



# DEFESA DO SUS

## **Comissão Nacional Pró-SUS CFM**

*Conselheiro Donizetti Dimer Giamberardino Filho*  
*Coordenador*



## Eixos da Comissão Nacional Pró-SUS

- ✓ Financiamento do SUS
- ✓ Rede de Atenção Médica Própria no SUS
- ✓ Prestação de Serviços ao SUS
- ✓ Carreira de Estado do Médico no SUS, com financiamento definido.



## Sistemas Universais de Saúde

- ✓ Sistema público, financiado por impostos, que funciona como seguro público, universal e obrigatório.



# Sistema Único de Saúde - SUS

## PRINCÍPIOS:

- ✓ UNIVERSALIDADE
- ✓ EQUIDADE
- ✓ INTEGRALIDADE
- ✓ GRATUIDADE





## Influências em Políticas de Saúde na Europa

### **OCDE, Banco Mundial, OMS e União Européia**

Parâmetros de avaliação dos Sistemas:

- ✓ Sustentabilidade e Eficiência Financeira
- ✓ Universalidade e Equidade no acesso na prestação de cuidados de saúde
- ✓ Qualidade dos serviços prestados e seus resultados



## Dimensões do SUS

- ✓ **207 milhões de brasileiros**
- ✓ **1,7 milhão de cirurgias eletivas**
- ✓ **11,2 milhões de internações**
- ✓ **4 bilhões de procedimentos ambulatoriais**
- ✓ **520 milhões de consultas médicas**
- ✓ **170 milhões de doses vacinais**
- ✓ **25 mil transplantes de órgãos e tecidos**



# Cobertura Horizontal X Cobertura Vertical

A cobertura universal dos serviços de saúde tem se tornado uma das principais preocupações dos governos em todos os cantos do mundo.

O direito a saúde é essencial para o bem estar e a felicidade.

Portanto, mesmo ainda longe da perfeição, todos os países, nos últimos anos, buscam aumentar progressivamente não só a **cobertura horizontal, ou seja mais pessoas com acesso aos serviços de saúde**, mas também a **cobertura vertical, isto é, mais serviços diversificados** para cobrir as diferentes necessidades das pessoas cobertas.

*André Cezar Medici – Diretor Banco Mundial – Blog de 01/08/10*



# Cobertura Horizontal X Cobertura Vertical

*Kotlikoff & Hagist (2005)*, avaliando o crescimento dos gastos em saúde em 10 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) entre 1970 e 2002, concluiu que os gastos anuais em saúde cresceram duas vezes e meia mais que o Produto Interno Bruto (PIB) e a **extensão vertical** da cobertura foi responsável por 89% do crescimento dos gastos em saúde, enquanto que a **extensão horizontal** por apenas 11%.

*André Cezar Medici – Diretor Banco Mundial – Blog de 01/08/10*



# Integralidade na Constituição

- **Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, **garantido mediante políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal** e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

(...)

- **Art. 198.** As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
  - I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
  - II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
  - III - participação da comunidade



## Integralidade na Lei 8.080/1990

- Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
  - I - **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em **todos os níveis de assistência**;
  - II - **integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;



## Lei 8.080/1990

**Art. 19-M.** A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

- I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;
- II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.



# Defesa do Ato Médico e dos Direitos Individuais em Saúde

- ✓ Os **legítimos direitos dos pacientes** e os desígnios constitucionais da maior conquista social da nossa democracia devem ser respeitados, assegurando-se um sistema público de saúde de **acesso universal, equitativo, integral, gratuito, de qualidade e com controle social**, conforme previsto na Constituição de 1988 que assegura a existência cidadã num Estado Democrático de Direito;
- ✓ O compromisso efetivo da gestão do SUS deve ser materializado com a **adoção de políticas, programas e ações de Saúde Pública nos âmbitos da Promoção, Prevenção e Atenção capazes de garantir acolhimentos às demandas da população, com vistas ao bem-estar de todos e a um envelhecimento com dignidade**, garantindo-se também a transparência aos indicadores epidemiológicos;



# Defesa do Ato Médico e dos Direitos Individuais em Saúde

- ✓ A Lei nº 12.842/2013 deve ser respeitada, **descartando-se propostas e ações** nos âmbitos do Executivo e do Legislativo que autorizam, estimulam e/ou propõem a delegação de **atividades privativas do médico para profissionais de outras categorias da saúde;**
- ✓ O Governo – em todas as suas instâncias de gestão – deve dar ampla **visibilidade e transparência às informações** epidemiológicas, de cobertura assistencial, de produtividade dos serviços, de demandas por procedimentos, de despesas em saúde, entre outros itens, de modo a permitir que a sociedade possa ter conhecimento sobre os avanços e as necessidades da gestão em saúde.



## Relação entre os Níveis de Atenção e de Regionalização

**Primária - Município** - PSF, UBS; internações clínicas para tratamento de infecções, primeiros-socorros, parto risco habitual, etc.

**Secundária** - Polo de microrregião (cerca de 100.000 habitantes, distância a cerca de 1h30min) - É o 1º nível de referência. Mamografia, ultrassonografia, tomografia, internações para complicações da gravidez, UTI adulto e neonatal, cirurgias de media complexidade da urologia, vasculares, pequeno e médio trauma, tratamento de doenças cardiovasculares. Hospitais de médio porte e serviços ambulatoriais de especialidade, da MC. TRS, Cobertura dos municípios da micro.

**Terciária (AC-MCHE)** - Polo da macrorregião (cerca de 1.000.000 hab., com subconjuntos de cerca de 500.000 habitantes; a distância não é relevante) - É o 2º nível de referência, geralmente serviços de AC e de MC de maior especialização, como as cirurgias de coluna. Devem atender o grande trauma, as cirurgias e tratamento em Onco, Cirurgias Cardiovasculares, transplantes, etc. Devem contar com serviços de Medicina Nuclear, ressonância magnética e serviços diagnósticos e terapêuticos de grande especialização. Hospitais de grande porte, ter oferta de mais de 70% do elenco esperado e referência ou cobertura de toda macro. (SES MG – DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG No 2.144, DE 15 DE JULHO DE 2015 )



## Organização Mundial da Saúde - OMS

Os Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária adotam como estratégia o ordenamento de Políticas de Saúde capazes de assegurar o Direito Universal à Saúde.



## Interiorização da Medicina e Trabalho Médico

O trabalho em saúde, especialmente do médico, precisa ser **valorizado, eliminando-se sua precarização e assegurando-se políticas de gestão do trabalho nas três esferas de governo** que ofereçam aos profissionais remuneração adequada e condições necessárias ao ético e eficiente exercício de suas atividades na assistência;



## Interiorização da Medicina e Trabalho Médico

A criação de uma **carreira de Estado** - sob responsabilidade da União - para os médicos que atuam na rede pública (SUS) deve ser garantida de modo a promover a fixação desses profissionais em todo o território nacional. Tal proposta deve se ater a aspectos como:



# Interiorização da Medicina e Trabalho Médico

- a) Instalação de **infraestruturas** física e de equipamentos adequadas nos municípios como forma de garantir a oferta de assistência em saúde dentro de padrões de qualidade, que possibilitem a materialização dos princípios do SUS;
- b) Formação de uma **rede eficaz e eficiente de referência e contra referência**, fundamental para a realização de diagnósticos e as prescrições de tratamentos;
- c) Definição de um **programa de educação continuada** (presencial e à distância), permitindo a atualização de conhecimentos, o que oferecerá ao usuário do SUS acesso a profissionais permanentemente qualificados;
- d) Elaboração de um **plano de progressão e promoção funcional**, nos moldes dos adotados atualmente pelo Ministério Público e pelo Poder Judiciário, o que seria fator de estímulo e de adesão em médio e longo prazos;
- e) Oferta de **remuneração compatível** com a formação, a responsabilidade e o compromisso exigidos dos profissionais.



# Interiorização da Medicina e Trabalho Médico

- ✓ Os médicos da rede pública devem ser contemplados com a implantação de **Planos de Cargos, Carreiras e Vencimento**, com a fixação de valor mínimo de remuneração para o médico em atividade no SUS, tendo como parâmetro inicial o **piso nacional da categoria** estabelecido pela sua **representação sindical**, contemplando ainda aspectos como educação continuada e todos os direitos dos servidores públicos;
- ✓ A precarização do trabalho médico no serviço público deve ser combatida e eliminada, tornando-se obrigatório o ingresso do profissional por **aprovação em concurso de provas e títulos**, afastando-se os prejuízos das indicações e favorecimentos políticos e de programas de contratação temporária;



# Interiorização da Medicina e Trabalho Médico

- ✓ O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (**Revalida**) **deve ser definido legalmente como a única forma de acesso de portadores de diplomas de Medicina obtidos no exterior ao trabalho médico no Brasil;**
- ✓ O Revalida, processo que reduz a possibilidade de exposição dos pacientes a profissionais sem a devida qualificação, **deve ser conduzido pelo Conselho Federal de Medicina**, com o apoio de instituições médicas e de ensino.



# Linha do Tempo





## Linha do Tempo – 1994

- ✓ Programa de Saúde da Família
- ✓ Não ocorreu planejamento sistêmico
- ✓ Não ocorreu priorização de Territórios e Populações Vulneráveis
- ✓ Adesão opcional ao Programa dos Municípios



## Linha do Tempo – 1996

### **Norma Operacional Básica (NOB):**

- ✓ Primeira regra de financiamento da Atenção Primária
- ✓ Criação do PAB fixo (valor per capita/hab)
- ✓ Criação do PAB variável – Incentivo ao Programa de Saúde da Família



## Linha do Tempo – 1996

### **Programa de Saúde da Família (PSF):**

- ✓ Ocorreu falta de definição de responsabilidade sobre o provimento regular de pessoal, medicamentos, infraestrutura e equipamentos, na Rede de Atenção Primária à Saúde
- ✓ Os municípios passaram a arcar com grande parte do custeio
- ✓ O Programa não estabeleceu estratégia para a formação de médicos em Medicina da Família e Comunidade



## Linha do Tempo – 2011

### **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):**

- ✓ Passou a considerar o apoio a formação de Recursos Humanos para a Atenção Básica
- ✓ Alteração da grade curricular de cursos em saúde
- ✓ Ampliação dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional
- ✓ Reforçou os NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- ✓ Flexibilização da distribuição da carga horária dos profissionais de Saúde.



## Linha do Tempo – 2012

### **Segundo o Ministério da Saúde:**

- ✓ No Brasil existia 33.004 Equipes de Saúde da Família
- ✓ Representava cobertura de 54,84% da população de 5.297 Municípios
- ✓ Municípios com resultados distintos e com implementação heterogênea



“Admite-se que municípios isolados não conseguem desenvolver uma Política de Pessoal adequada para a Atenção Primária. Esta impossibilidade seria decorrente de restrições financeiras, que repercutiriam sobre a capacidade de recrutamento e fixação de pessoal, impedindo constituição de carreiras e de sistema de aposentadoria.”

*Dr. Gastão Wagner de Souza Campos(2017)*



# Melhoria urgente da infraestrutura, condições de trabalho e atendimento

- ✓ **A rede de atenção hospitalar e de serviços especializados de maior complexidade deve ser aperfeiçoada**, incluindo-se nesse processo a criação de centros de terapia intensiva, ampliação regionalizada da oferta de serviços e coordenação do acesso dos pacientes, por meio da gestão de filas únicas;
- ✓ **A rede de urgências e emergências** existente no País precisa contar com **investimentos** em sua recuperação, prevendo-se seu adequado aparelhamento, **contratação de profissionais capacitados** e responsáveis pelo atendimento;
- ✓ **Leitos de internação e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI)** devem ser oferecidos e assegurados aos pacientes e profissionais **em número suficiente** para dar atendimento à imensa demanda reprimida de milhares de brasileiros e brasileiras que aguardam por respostas em diferentes especialidades (cirúrgicas, pediátricas, ginecológicas, obstétricas e psiquiátricas);



## Melhoria urgente da infraestrutura, condições de trabalho e atendimento

- ✓ **As unidades básicas de saúde e de Estratégia Saúde da Família** devem ser beneficiadas com linhas de **investimento para sua recuperação**, com construções, reformas e compras de equipamentos, dotando-as de infraestrutura física adequada para permitir o atendimento da população, assegurando-lhes acesso às condições dignas para diagnósticos e tratamentos;
- ✓ **A rede hospitalar pública de assistência em Psiquiatria deve ser otimizada, interligando-a a uma rede ambulatorial especializada**, com leitos de internação suficientes para atender à demanda da população resultante do aumento da incidência de transtornos psíquicos e da drogadição;



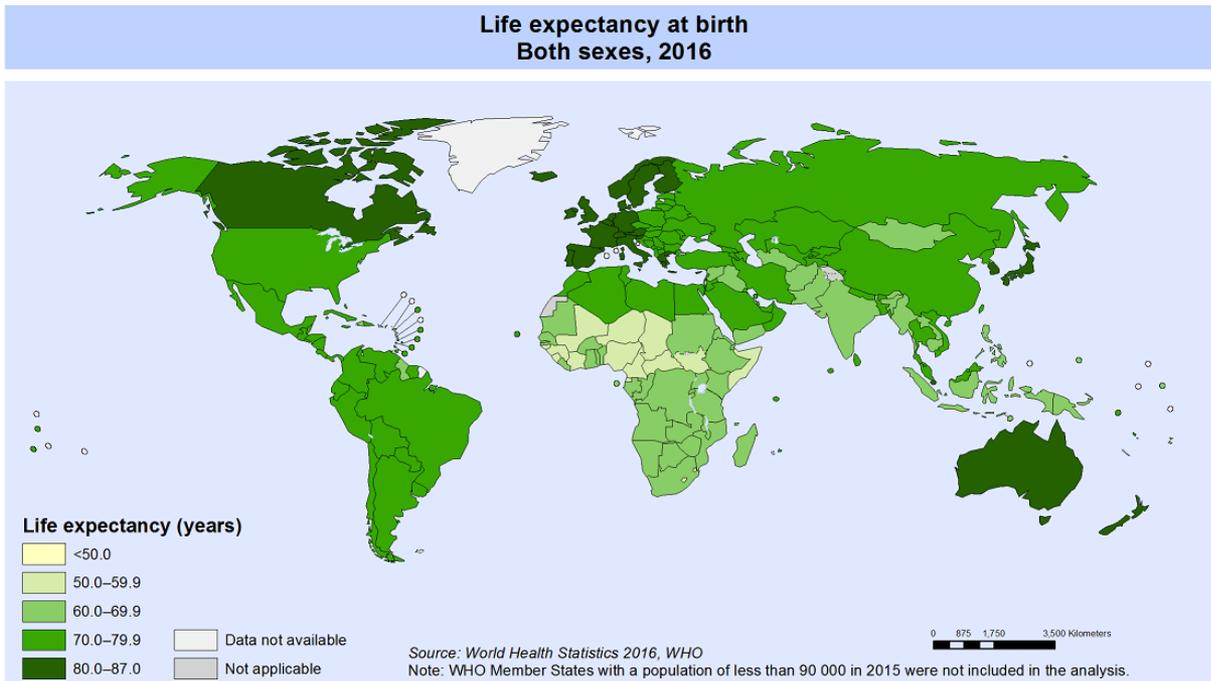
# Melhoria urgente da infraestrutura, condições de trabalho e atendimento

- ✓ **O acesso da população** a exames clínicos e de imagem (ressonância, ecografia, ultrassom, mamografia, etc.) necessários ao diagnóstico de doenças, deve ser facilitado, bem como a procedimentos terapêuticos de média e alta complexidade (quimioterapia, radioterapia, etc.), considerados relevantes para o combate aos transtornos e obtenção da melhora dos quadros clínicos e conquista da cura;
- ✓ **Novos métodos, terapias e medicamentos devem ser incluídos** no rol de procedimentos, serviços e produtos ofertados pelo SUS, tendo em vista os avanços tecnológicos com evidências científicas e validados pelo Conselho Federal de Medicina;
- ✓ **A Tabela SUS (em consultas e procedimentos) deve ser descongelada** e contar com reposição das perdas acumuladas, cuja defasagem tem ampliado a crise na saúde complementar e contribuído para a redução da cobertura assistencial.



# Expectativa de Vida

## Panorama Geral



- Japão - 83,7**
- Espanha - 82,8**
- Canadá - 82,2**
- Chile - 80,5**
- Argentina - 76,3**
- Brasil - 75,0**

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Information Evidence and Research (IER)  
World Health Organization

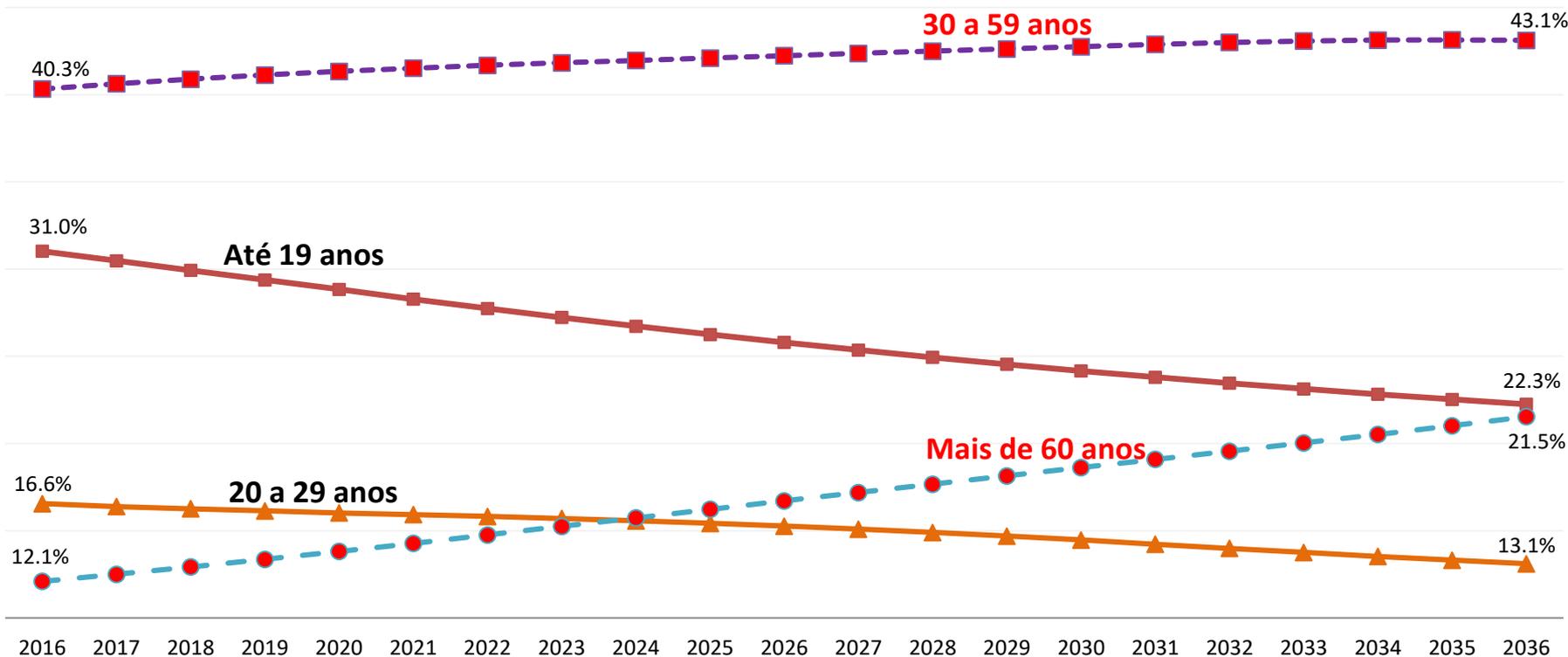


© WHO 2018. All rights reserved.



# Projeção Demográfica – Brasil

## Estimativa de composição da população por faixa etária



**Estimativa do aumento da população faixa de 30 a 59 anos entre 2016 e 2036 = 6,35 milhões**  
**Estimativa do aumento da população faixa mais de 60 anos entre 2016 e 2036 = 21,3 milhões**



# Interdependência dos Sistemas



*Frenk J; Chen L, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet Dec 4, 2010, vol 376; pp 1923-58. (versão em espanhol da Prof<sup>a</sup> Patricia Garcia – que fez parte da “Comissão dos 20” – da Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru.*



# Projeto Mais Médicos

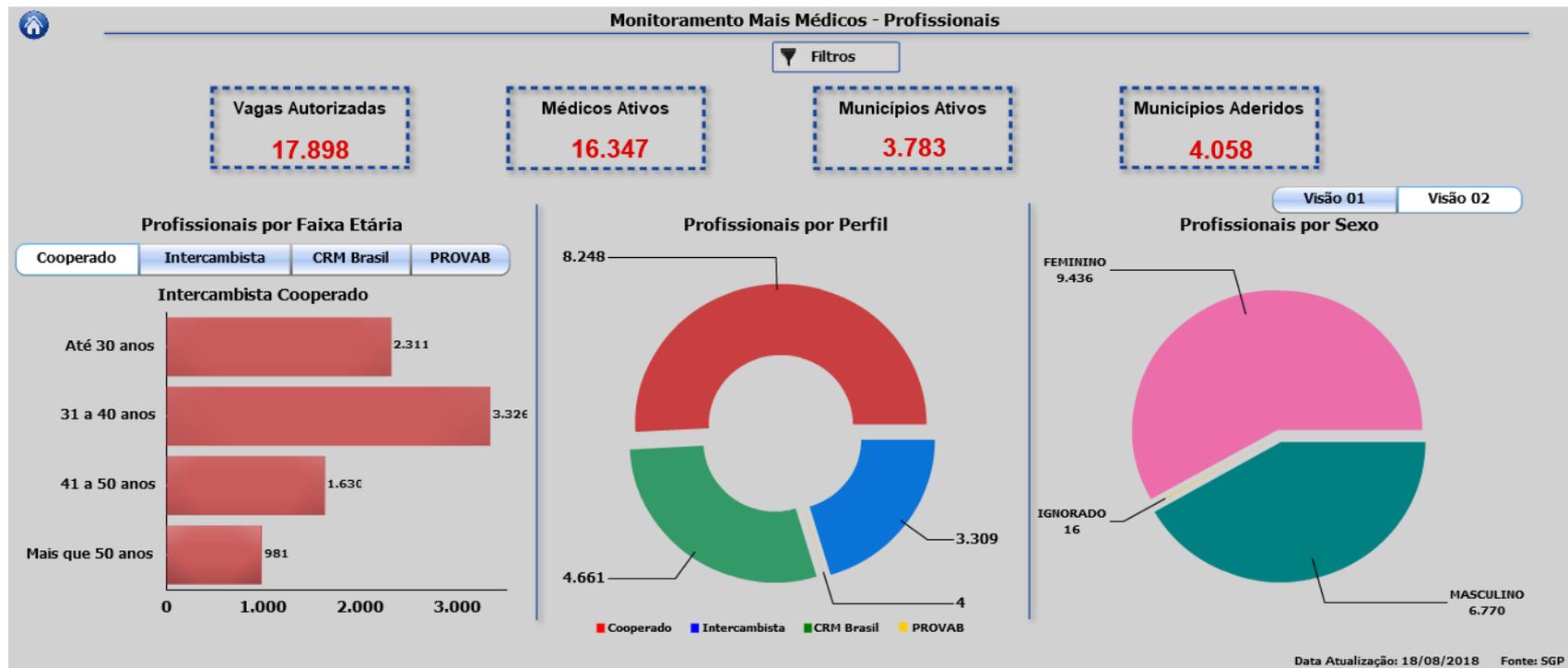
**2013/2014**

- ✓ 14.168 médicos inscritos;
- ✓ 11.150 médicos cooperantes;
- ✓ 47 nacionalidades;
- ✓ 3.166 médicos em 1.408 municípios não prioritários.



# Projeto Mais Médicos

2018





# Projeto Mais Médicos - Distribuição

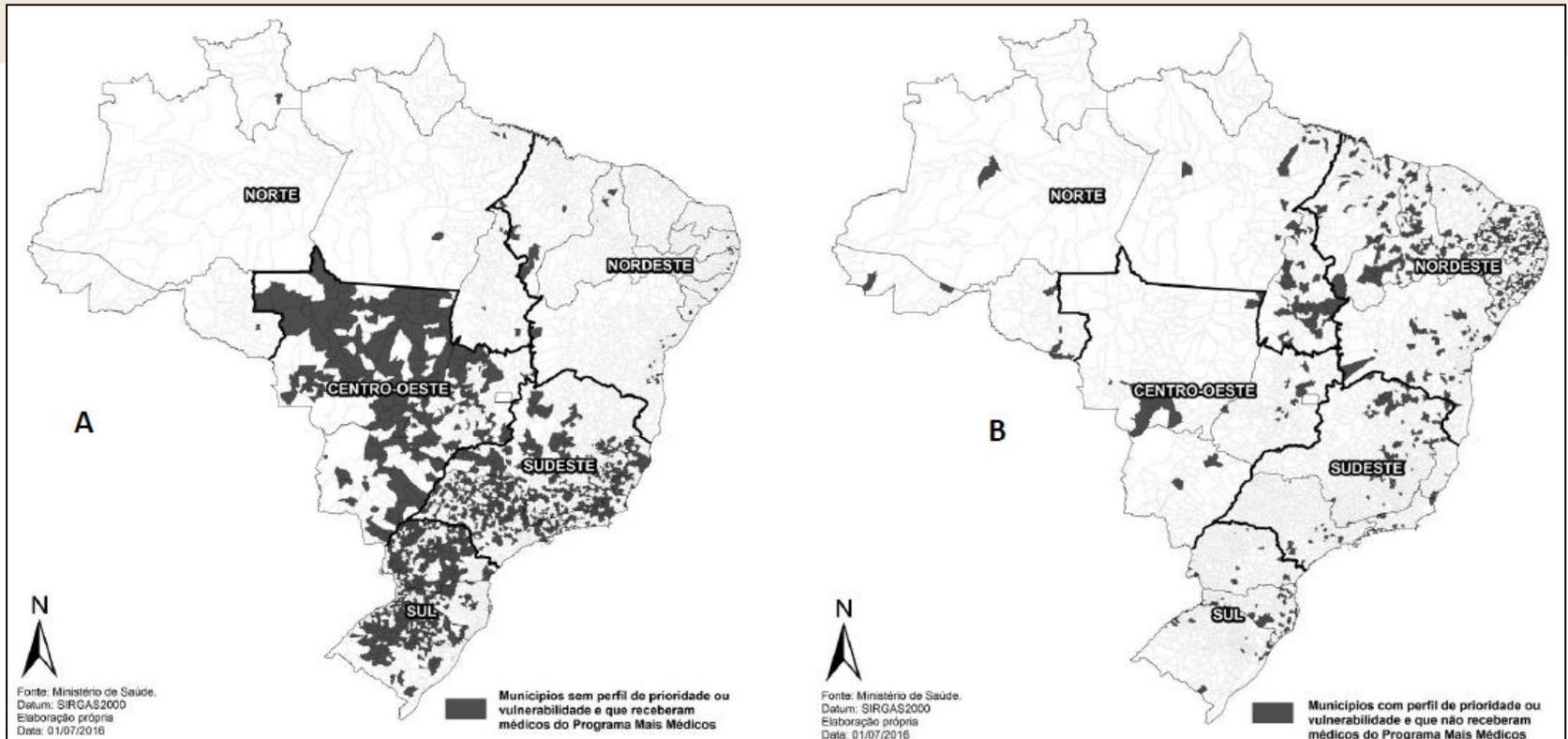


Figura 1. A – Distribuição dos municípios que receberam médicos do Programa Mais Médicos, sem critério de prioridade ou vulnerabilidade. B. – Distribuição dos municípios elegíveis para participação do Programa que não aderiram (2013-2014).



## Lei 12.871/2013

### **No Capítulo IV - Projeto Mais Médicos**

- ✓ Institui o médico intercambista
- ✓ Contrato de trabalho provisório e precário
- ✓ Não melhorou a integração com a Rede de Assistência
- ✓ Não definiu carreiras para o SUS



## Linha do Tempo – 2014

### ✓ **Resolução 3/2014**

Conselho Nacional de Educação – Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina.

### ✓ **COAP**

Contrato Organizado de Ação Pública

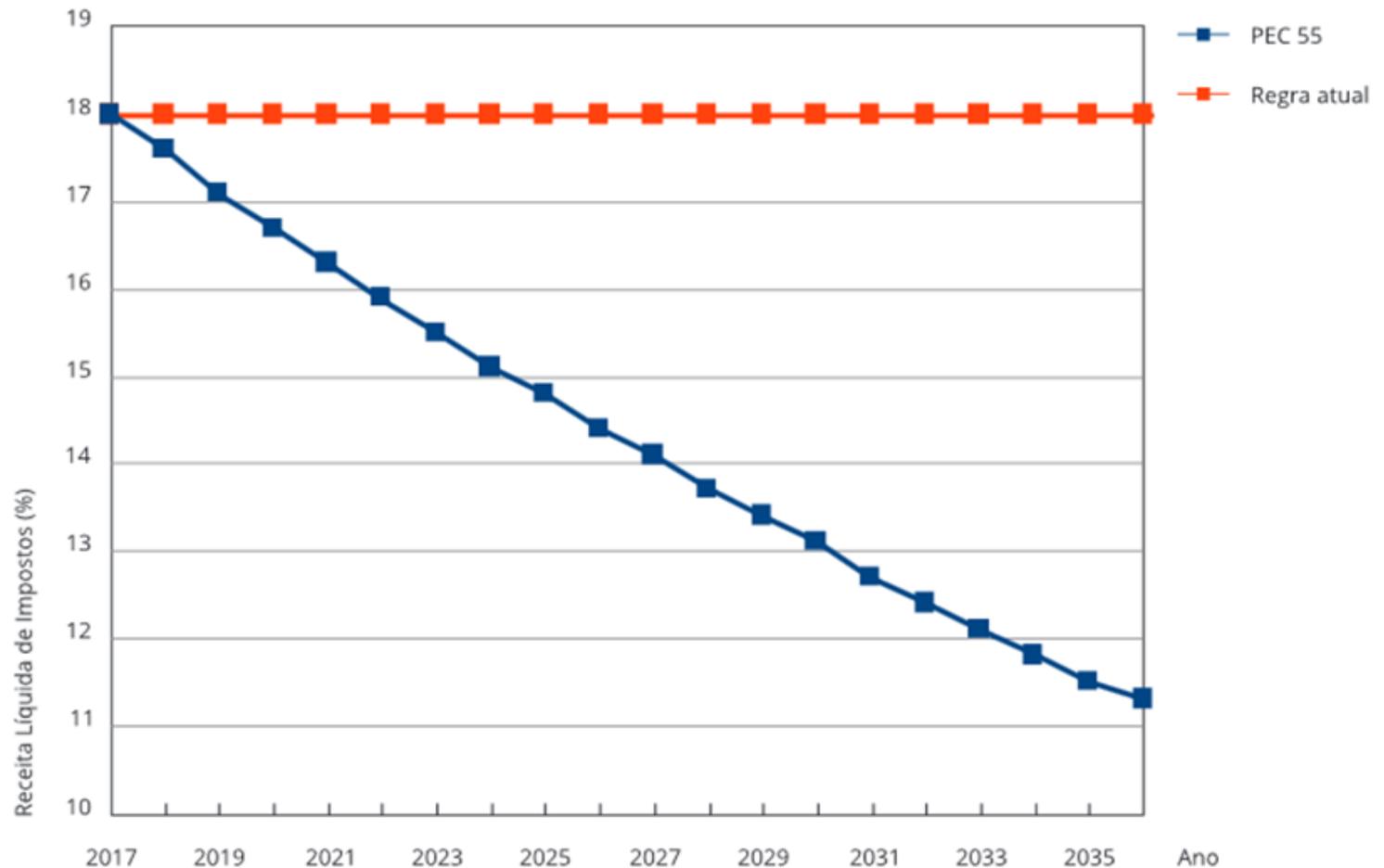


## Linha do Tempo – 2016

- ✓ PEC 241 / PEC 55 aprovada
- ✓ Início em 2018 – Orçamento baseado no gasto do ano anterior acrescido do IPCA
- ✓ Representa desvinculação entre o PIB, aumento da receita e os orçamentos

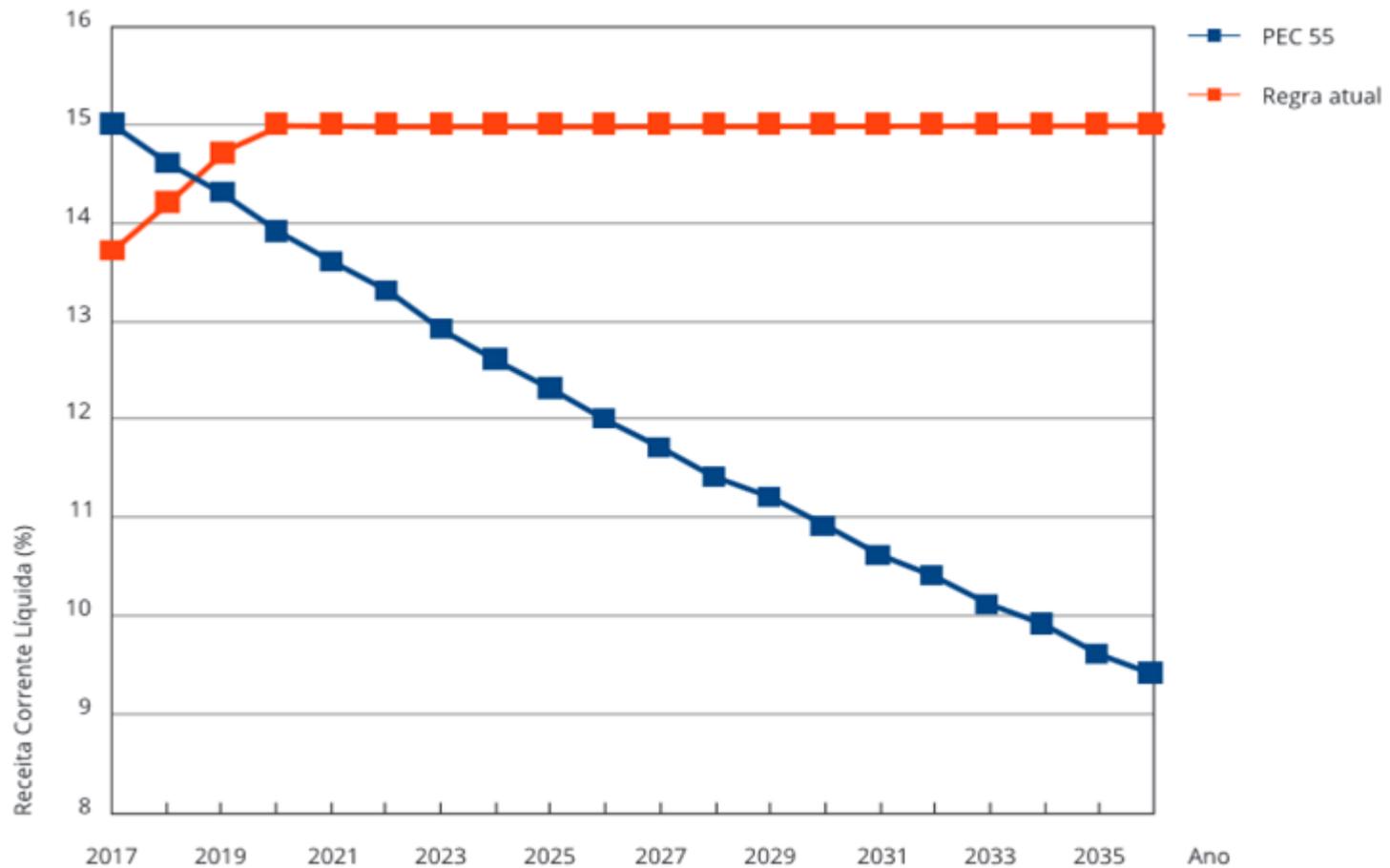


# Congelamento na Educação





# Congelamento na Saúde





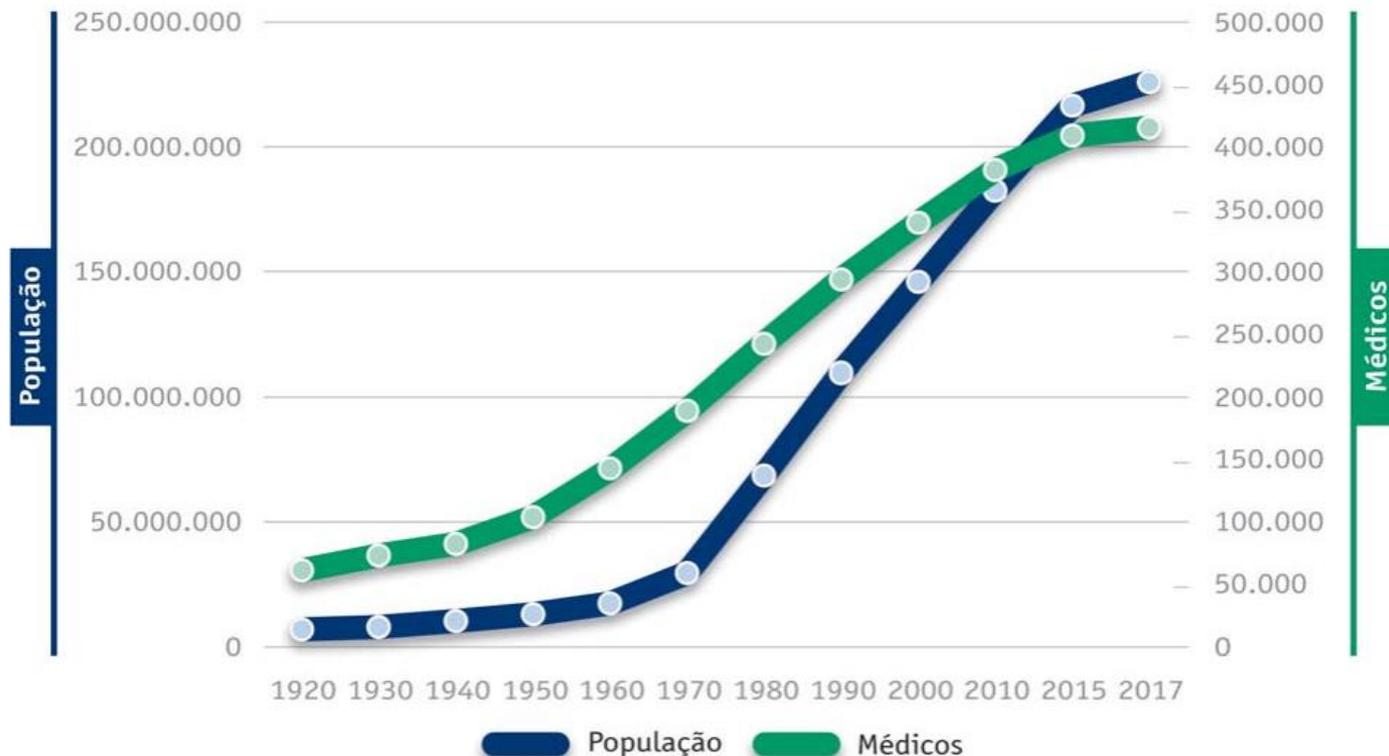
## Linha do Tempo – 2017

- ✓ Portaria nº 10/GB/MS – Número de médicos em UPAS
- ✓ Portaria 2436/MS – PNAB
- ✓ Lei da Terceirização – Lei 13.429/17
- ✓ Portaria 3992/MS – Dispõe sobre transferência de recursos financeiros



# Demografia Médica (2018)

Evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017 – Brasil, 2018



**Nota:** nesta análise foi usado o número de registros de médicos.

**Fonte:** Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.



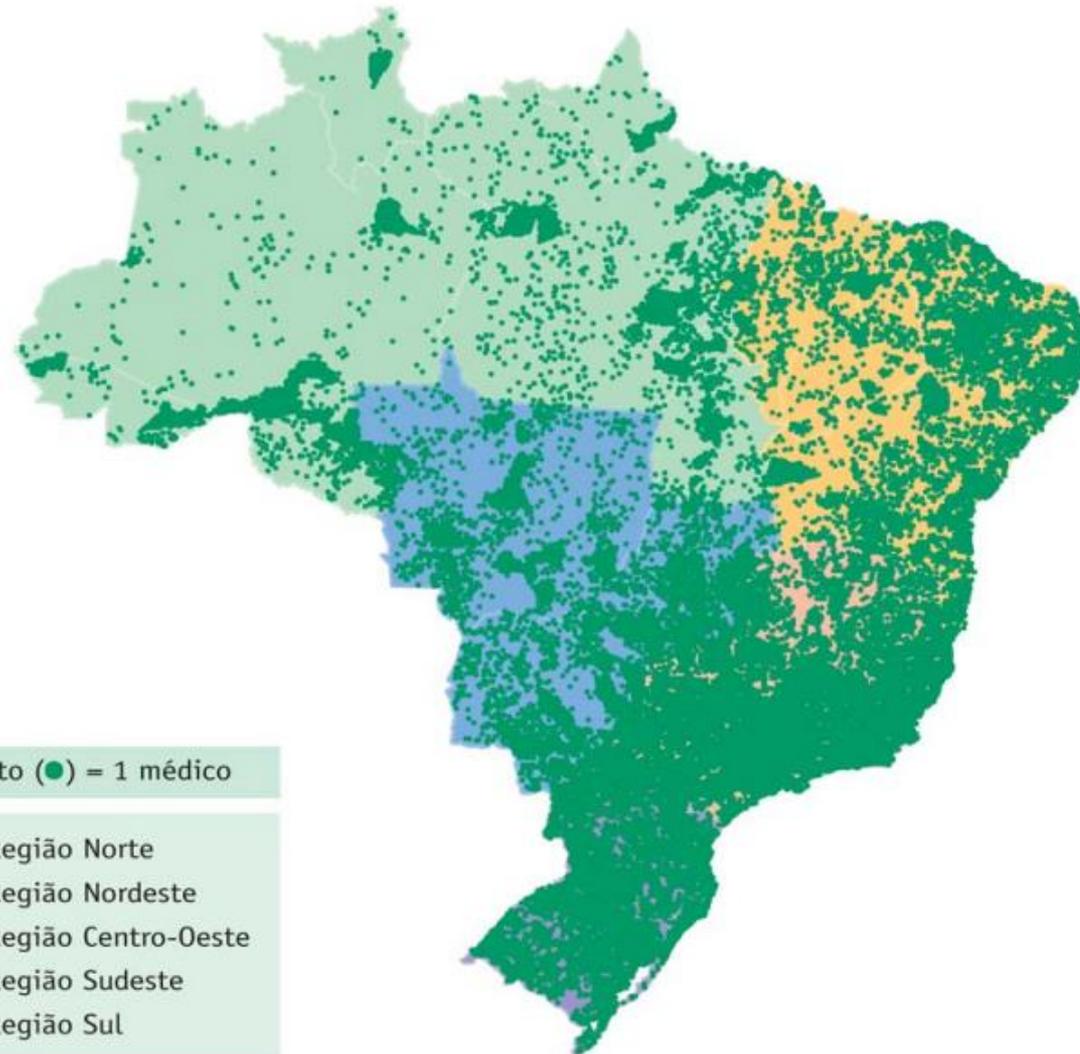
# Mais cursos, mais vagas, Mais Médicos

Atualmente o Brasil tem **323** escolas médicas (set./2018), mais de **100** após a Lei do Mais Médicos





# Demografia Médica (2018)



1 ponto (●) = 1 médico

- Região Norte
- Região Nordeste
- Região Centro-Oeste
- Região Sudeste
- Região Sul



## Ensino e Residência Médica de Qualidade

**O processo de formação médica deve ser aperfeiçoado com o fim da abertura desenfreada de novos cursos e vagas em instituições que não possuem condições para funcionamento, cuja existência vitimizam alunos e, posteriormente, a população que ficará à mercê de profissionais sem a devida qualificação. Para tanto, essas escolas devem possuir:**



# Ensino e Residência Médica de Qualidade

- a) **Oferta de grade curricular adequada**, com a inclusão de disciplinas que valorizem a formação técnica, clínica e deontológica, além de fortalecimento do compromisso social dos futuros médicos com o modelo assistencial brasileiro;
- b) Presença de **corpo docente preparado** para o desafio do ensino médico, comprometido com a formação dos futuros profissionais;
- c) Existência de **hospital-escola e campo de atuação na área de atenção básica**, com a presença de mestres e preceptores, que constituem instrumentos fundamentais para a qualificação prática dos jovens médicos;
- d) **A preceptoria – elemento fundamental** para que um PRM ou internato consiga atingir seus objetivos de ensino-aprendizagem – precisa ser devidamente **organizada por meio de regras que assegurem sua valorização, condição de trabalho e remuneração justa.**



# Ensino e Residência Médica de Qualidade

- ✓ As escolas médicas que **não atendam os critérios mínimos** para seu funcionamento regular em termos pedagógicos e de infraestrutura **devem ser fechadas**;
- ✓ As **entidades médicas nacionais devem ter participação ativa** em processos de avaliação do sistema formador em Medicina, assegurando-se a aplicação de sanções rigorosas para os cursos mal avaliados, **incluindo a diminuição de vagas e o fechamento de estabelecimentos**;
- ✓ As entidades médicas defendem a **criação de Exame Nacional de Proficiência em Medicina através de avaliação seriada**, como forma de estimular a qualificação da formação médica e do exercício da profissão;
- ✓ **A Residência Médica deve ter suas vagas ampliadas de forma estratégica e responsável**, segundo diagnósticos das necessidades regionais e nacionais, garantindo-se aos ingressos nos Programas acesso a formação adequada e consistente, com medidas que visem sua qualidade;
- ✓ **A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) deve manter seu equilíbrio gerencial e operacional na análise e tomada de decisões, contando com a participação qualificada e proporcional de entidades médicas nacionais**;



# Ensino e Residência Médica de Qualidade

- ✓ **O acesso aos programas de Residência Médica deve ser revisto, determinando-se ainda critérios mínimos para seu funcionamento**, como existência de hospital com quantidade suficiente de leitos nas especialidades básicas e corpo docente qualificado, fiscalização permanente, e **assegurando à CNRM o papel de instância máxima reguladora da Residência no País;**
- ✓ **Os valores das bolsas de Residência Médica devem ser reajustados anualmente e equiparados aos de outros programas, como o Provac e o Mais Médicos.** Da mesma forma, deve ser garantido aos residentes o atendimento de suas justas reivindicações: pagamento de 13ª remuneração, auxílio alimentação, alojamento ou auxílio moradia, adicional de insalubridade, licença gestante de seis meses e licença para tratamento de saúde;
- ✓ **Programas de educação continuada gratuitos no âmbito do SUS**, elaborados em parceria com as entidades médicas, **devem ser instituídos**, visando o aperfeiçoamento profissional, técnico e deontológico dos médicos e de outros profissionais de saúde.



## Financiamento da Saúde – situação atual

### As contas da Saúde (2003 – 2017)

Orçamento Geral da União - Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2003	69.491.128.742,48	64.590.010.059,86	-4.901.118.682,62
2004	79.927.372.580,13	70.515.638.008,34	-9.411.734.571,78
2005	84.015.728.188,35	69.777.309.945,17	-14.238.418.243,17
2006	86.745.698.717,95	76.958.850.812,09	-9.786.847.905,86
2007	96.051.908.768,69	83.543.212.003,19	-12.508.696.765,50
2008	97.311.918.304,40	86.426.254.898,14	-10.885.663.406,27
2009	105.190.341.024,57	93.056.256.693,45	-12.134.084.331,12
2010	108.646.687.523,59	102.382.550.244,41	-6.264.137.279,17
2011	118.081.840.491,59	107.088.041.947,38	-10.993.798.544,21
2012	132.840.033.224,75	114.426.102.668,95	-18.413.930.555,80
2013	131.078.612.562,31	115.208.878.391,51	-15.869.734.170,81
2014	132.920.917.619,93	121.569.954.814,99	-11.350.962.804,94
2015	136.264.446.044,47	119.296.090.361,32	-16.968.355.683,15
2016	125.087.357.673,08	118.642.521.508,91	-6.444.836.164,17
2017	129.683.885.064,00	115.870.666.610,66	-13.813.218.453,34
<b>TOTAL</b>	<b>1.633.337.876.530,29</b>	<b>1.459.352.338.968,37</b>	<b>-173.985.537.561,92</b>

Fonte: SIAFI / Contas Abertas / CFM

\*Valores atualizados pelo IPCA. \*\* Inclui os restos a pagar pagos.

### Os investimentos na Saúde (2003 – 2017)

Investimentos Ministério da Saúde*			
Ano	Dotação Autorizada	TOTAL PAGO**	TOTAL PAGO - Dotação Autorizada
2003	3.181.422.259,02	1.520.994.487,46	-1.660.427.771,57
2004	5.221.322.305,26	2.543.008.974,34	-2.678.313.330,92
2005	5.066.979.128,65	1.876.104.948,20	-3.190.874.180,45
2006	6.229.480.655,36	2.866.064.925,96	-3.363.415.729,40
2007	8.544.102.429,95	2.529.209.080,39	-6.014.893.349,56
2008	6.756.611.818,39	2.124.856.395,19	-4.631.755.423,20
2009	6.969.754.383,64	2.640.197.460,54	-4.329.556.923,10
2010	7.130.241.463,01	3.542.377.563,22	-3.587.863.899,78
2011	8.396.048.308,82	3.473.390.403,61	-4.922.657.905,20
2012	16.814.972.767,25	4.847.504.116,91	-11.967.468.650,34
2013	12.233.443.171,85	5.071.359.485,23	-7.162.083.686,62
2014	11.581.936.363,22	5.285.721.357,39	-6.296.215.005,82
2015	11.569.855.677,43	4.630.557.372,99	-6.939.298.304,44
2016	7.001.458.085,84	5.098.684.139,03	-1.902.773.946,81
2017	8.216.962.892,00	2.943.453.959,94	-5.273.508.932,06
<b>TOTAL</b>	<b>124.914.591.709,68</b>	<b>50.993.484.670,40</b>	<b>(73.921.107.039,28)</b>

Fonte: SIAFI / Contas Abertas / CFM.

\*Valores atualizados pelo IPCA. \*\* Inclui os restos a pagar pagos.



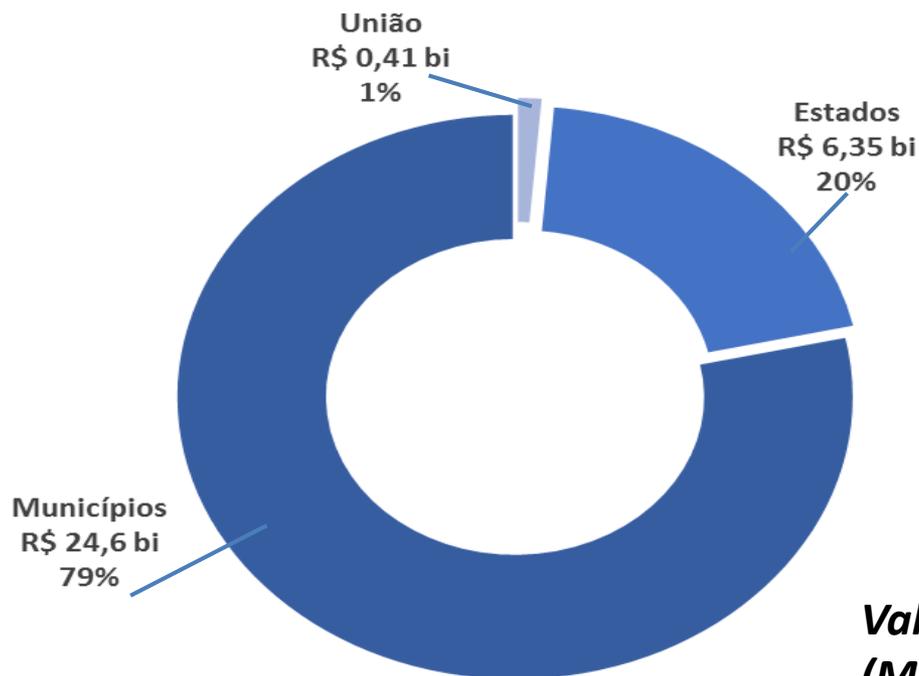
## Composição do Gasto Público com Saúde Por esfera de governo em relação ao total



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



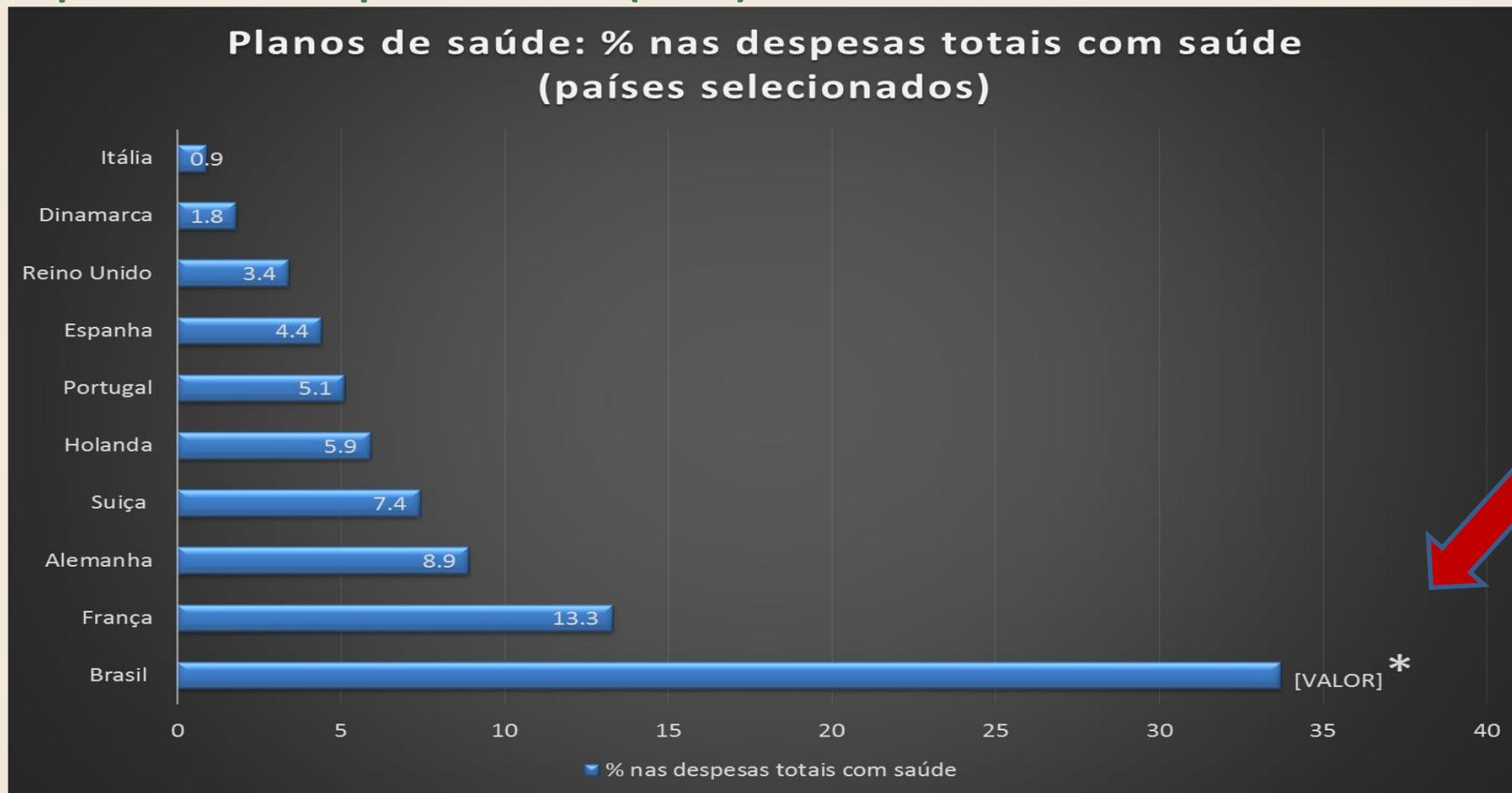
## Gastos com ASPS – acima do mínimo constitucional



**Valores em bilhões de Reais**  
**(Média gastos 2013 - 2015)**  
**Atualização janeiro de 2016 pelo IPCA**



## Planos responsáveis por mais de 5% do total das despesas de saúde em apenas 11 de 53 países da UE. (2014)



Elaboração: Scheffer, M e Bahia, L

Fonte: WHO (2016). Sagan, A; Thomson S. Voluntary health insurance in Europe. Role and regulation. The European Observatory on Health Systems and Policies/WHO-Regional Office for Europe. 136 pag. Copenhagen O, Denmark, 2016

\* Brasil Contas Satélites. IBGE (gastos privados totais menos medicamentos).



## Fortalecimento do Financiamento, Gestão e Controle do SUS

- ✓ Uma **política de financiamento adequado do SUS** deve ser adotada no País de modo a **permitir a oferta e o acesso da população aos serviços em todos os níveis de complexidade** sem obrigar pacientes, médicos e outros profissionais a conviverem com os problemas decorrentes da precarização do trabalho e com a falta de instalações adequadas, insumos e equipamentos;
- ✓ A **gestão do SUS** – em suas três esferas – deve ser atualizada e capacitada com estímulo à **efetividade e qualidade dos serviços**, preservando seu caráter público e superando a lógica fragmentada e dispersa do planejamento e da tomada de decisão;



## Fortalecimento do Financiamento, Gestão e Controle do SUS

- ✓ **Os mecanismos de controle social e de fiscalização do SUS devem ser defendidos e implementados** de modo efetivo por meio do estabelecimento de um canal de diálogo permanente com as diferentes representações da sociedade e com a valorização das estruturas e carreiras no âmbito público que se dedicam a acompanhar e monitorar os gastos orçamentários e os resultados, de ações e de gestões, conforme previsto na Lei nº 8.142/1990;
- ✓ **A participação do Estado**, especialmente em nível federal, nas despesas sanitárias totais, **deve crescer, elevando-a ao patamar dos percentuais praticados por países com sistemas de saúde de acesso universal**, como Reino Unido, Canadá, Alemanha e França, entre outros, permitindo o adequado custeio e investimento em ações e serviços de saúde;



## Fortalecimento do Financiamento, Gestão e Controle do SUS

**O Ministério da Saúde**, como agente responsável pela execução do **orçamento da União** para sua área de atuação, deve ser instado a assumir o **compromisso de garantir que a totalidade dos recursos autorizados para o custeio e investimento em ações e serviços voltados à assistência sejam efetivamente aplicados**, tendo como meta o atendimento de necessidades prioritárias de forma racional e transparente, conforme determina a legislação.



## Fim do desequilíbrio na relação com as Operadoras de Planos de Saúde

- ✓ **A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) deve possuir isenção e garantia de autonomia** para intervir no segmento específico, orientada unicamente **pela defesa do interesse público**, dos direitos dos pacientes e do equilíbrio nas relações entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários;
- ✓ Os **subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde** devem ser **extintos**;
- ✓ O **ressarcimento das operadoras à União** dos valores pelos atendimentos de seus beneficiários realizados no SUS **deve ser garantido**;
- ✓ A **transparência nos dados e informações** referentes à cobertura assistencial oferecida pelos planos de saúde deve ser **assegurada à sociedade** de forma ampla.







**Muito obrigado!**  
**giamberardino1@bol.com.br**