

FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL E A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº. 29, DE 2000

HEALTH FINANCING IN BRAZIL AND THE CONSTITUTIONAL AMENDMENT. 29, 2000

Chennyfer D. P. da Rosa¹, Armando Pereira Grell²

Um dos principais problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o financiamento. Muita demanda e pouco dinheiro, comprometendo a qualidade e o acesso à saúde da população.

A Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13/09/2000, representou uma conquista para a construção do SUS, pois estabeleceu o papel das três esferas de governo (União, Estados, Municípios) e no Distrito Federal no processo de financiamento da saúde pública, regulamentando o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), reforçando o papel do controle e fiscalização dos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS) e definindo critérios e percentuais mínimos das receitas federais, estaduais e municipais para serem aplicadas em ações e serviços públicos de saúde.

A falta de definição do processo de financiamento para depois de 2004 foi a justificativa para a implementação da EC nº. 29, no entanto, ela não definiu os conceitos de ações e serviços de saúde. Esta tarefa foi contemplada pela Lei Complementar.

A Lei Complementar (LC) nº 141/2012 entrou em vigor a partir de sua data de publicação, em janeiro de 2012, estabelecendo o percentual mínimo de aplicação e das ações e serviços públicos de saúde contemplados no cumprimento da EC Nº 29. Também conceituou os gastos com ações e serviços de saúde que poderiam ou não ser financiados com os recursos provenientes da EC 29 depositados nos fundos de saúde. Essa medida visou acabar com as inúmeras divergências existentes em relação a que tipos de ações e serviços os recursos poderiam ser aplicados.

Apesar desta LC ter regulado a alocação dos recursos mínimos das três esferas governamentais e Distrito Federal, na prática os processos de orçamentação, transferências e controle de recursos entre as esferas de governo ainda são nebulosos, principalmente nos pontos de onde e de que maneira devem-se aplicar esses recursos, melhorando a operação dos serviços em saúde.

Dentre os princípios do SUS está a descentralização; a transferência federal de recursos financeiros para as operações em serviços de saúde de cada entidade federativa é com base na demanda geográfica por serviços de saúde, na capacidade instalada e nas ações desenvolvidas pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Assim, para o SUS, a eficiência econômica na aplicação dos recursos federais é mais relevante que a equidade dos serviços de saúde pública, portanto, não há controle sobre a forma e com o que esses recursos são empregados na saúde. Existe apenas um controle orçamentário, faltando o controle sobre os tipos de ações e serviços nos quais os recursos poderiam ser aplicados, além de não especificar as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada.

É necessário deixar claro que ambas as legislações (EC 29 e LC 141) tiveram o foco no financiamento da operação, não se preocupando com a efetividade e a qualidade das ações de saúde nas unidades federativas e seus respectivos municípios.

Os gestores devem adotar um processo de melhoria contínua na administração dos gastos para alavancar os

resultados da operação dos serviços públicos de saúde, viabilizando uma gestão baseada em melhoria contínua. Para que isso ocorra é preciso ter gestores com as competências necessárias e mais recursos financeiros para desenvolver a capacitação dos gestores públicos em saúde.

Os CNS das entidades federativas e municipais também devem ser envolvidos de maneira que se tenha o compromisso do monitoramento contínuo das ações de saúde conduzidas pelo poder Executivo local, controlar como esses recursos são aplicados e não apenas se o percentual foi cumprido.

Há dificuldade na elaboração de um plano de governo conjunto entre União, Estados e Municípios. Os objetivos do setor de saúde pública nas três esferas de governos são fragmentados e pouco compartilhados entre elas. Justifica-se essa situação pelo entorno político-partidária do País, onde as eleições municipais não coincidem com as estaduais e federais, dificultando o planejamento integrado, e também pelo próprio princípio da descentralização que rege o SUS.

Existe um largo investimento em pequenos hospitais públicos de pequeno porte (menos de 50 leitos espalhados pelo País), com baixa qualidade, taxa de ocupação e eficiência, além de não serem economicamente e operacionalmente viáveis. Entretanto, essa prática nos Estados e Municípios é rotineira, pois envolve uma questão política. O político eleito deve cumprir as promessas feitas durante sua campanha, essa é uma forma de dizer que cumpriu o prometido, investindo os recursos para a saúde em serviços não consistentes, porém que “apresentam-se” sólidos para a população.

A rede hospitalar dispersa acaba tendo uma gestão inadequada com problemas na entrega de serviços e qualidade de operação comprometida, quando não há falta de profissionais qualificados, mas pulverização das atividades clínicas, forte dependência dos usuários e pouca autonomia corporativa dos gestores.

O SUS não é um plano de saúde, mas um sistema. Como sistema tem como doutrina a universalidade, equidade, integralidade. O problema da EC 29 é que não aborda essas doutrinas. As unidades de saúde do País não têm noção de quais serviços são oferecidos, se existe disponibilidade de medicamentos, se o pessoal tem a capacitação necessária, se possuem os equipamentos mínimos para realizar os serviços, se sua operação funciona 24 horas por dia e se a população é atendida.

Quanto ao acesso da população ao sistema de saúde, a deficiência existente decorre da falta de serviços vitais de saúde próximos ao domicílio ou município do paciente, pelas longas filas de espera para realizar uma consulta e/ou um exame e pela eterna falta de vagas nos hospitais públicos.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 51 - 52, 2015

1. Enfermeira, Doutora em Economia da Saúde, professora do Programa de Pós-Graduação em Administração - Uninove.

2. Mestrando no Programa de Mestrado em Administração, Gestão em Sistemas de Saúde - Uninove.

Recebido em 23/2/2015. Aceito para publicação em 3/3/2015.

Contato: chennyferr@yahoo.com.br

Nos municípios brasileiros, a atenção básica é pouco usada pela população para ingressar na rede de serviços, assim, não funciona o processo de referência e contra referência para encaminhar o paciente aos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde.

A operação e a integração dos três níveis de complexidade de atenção à saúde apresentam falhas e o processo de referência e contra referência não funcionam adequadamente; a operação do serviço em saúde acaba funcionando isoladamente em vez de operar de forma estruturada e integrada.

O desenvolvimento dos gestores, a melhoria da operação e a modernização dos serviços públicos de saúde são dificultados pela regulação dos serviços de referência regional, ausência de objetivos claros de produção, qualidade e mecanismos de avaliação.

O setor já conquistou alguns avanços em suas operações, entretanto, na maioria das organizações de saúde pública não houve evolução em seus processos de gestão, em parte pela falta de autonomia dos gestores sobre seus recursos financeiros e humanos. Se a falta de autonomia prejudica a eficiência dos serviços, a corrupção, a falta de transparência e a judicialização de parte das demandas pelos serviços de saúde geram um impacto negativo muito maior na qualidade das operações dos serviços de saúde pública.

Em alguns estados e municípios, o setor de saúde suplementar tem presença muito forte dentro do mercado de saúde, apesar disso, o SUS não considera essas informações da operação dos planos privados para seu processo de planejamento das ações de saúde pública. Seu interesse pelas informações dos planos privados é centrado no ressarcimento financeiro dos serviços prestados pelo sistema público aos clientes dos convênios.

O grande número de normas legais e a escassez orçamentária pressionam as organizações públicas na busca de instrumentos de gestão mais eficientes com a finalidade de atender cada vez melhor a sociedade, gerar resultados expressivos, ter operação de serviços de qualidade e apresentar transparência para o contribuinte.

Embora a EC 29 e a LC 141 não tenham resolvido o problema do subfinanciamento do setor de saúde, os gestores públicos podem implantar melhorias em suas operações alinhadas à estratégia da sua organização e customizadas de acordo com as limitações financeiras.

As mudanças não devem ocorrer somente nos conceitos, mas na prática de rotinas e procedimentos de trabalho com foco na qualificação do profissional envolvido.

Ferramentas de gestão estratégica suportadas por indicadores de desempenho (financeiros e não financeiros) podem servir como instrumentos de apoio na gestão, controle e melhoria das operações em saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Barbosa EC. 25 anos do Sistema Único de Saúde: conquistas e desafios. *Rev Gestão Sistem Saúde RGSS*. 2013;2(2):85-102.
2. Barbosa N, Elias PM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/ privado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2483-95.
3. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Orçamento e Financiamento. COFIN/CNS Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Texto referência para debate seminário 29 e 30 de maio de 2012, Conselho Nacional de Saúde, COFIN/CNS. 2012.
4. Costa RMD, Vieira FS, Paim CRP, Zucchi P. Emenda constitucional nº 29: análise do gasto público estadual em saúde de 2004 a 2010 no Brasil. [Rev Adm Saúde. 2011;13\(52\):135-42.](#)
5. Gragnolatti M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of Health System Reform in Brazil: an assesment of the Sistema Único de Saúde. *Directions in Development*. Washington: The World Bank; 2013.
6. Kaplan RS, Norton DP. Organização orientada para a estratégia. Rio de Janeiro: Campus; 2000.
7. Lorenzetti J, Lanzoni G, Assuíti LF, Pires DE, Ramos FR. Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(2):417-25.
8. Médiçi A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: Bacha EL, Schwartzman S. Brasil: a nova agenda social Rio de Janeiro: LTC; 2011. p. 23-93.
9. Mendes JD, Bittar OJ. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2014;16(1):35-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. A operacionalização da emenda constitucional nº 29. Relatório do seminário, com subsídios para o estabelecimento de diretrizes voltadas à aplicação e operacionalização da Emenda Constitucional n.º 29. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2002.
11. Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (CONOF/CD). Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD.
12. Resende RE. A Regulamentação da Emenda Constitucional 29: esperança ou decepção para o financiamento. *Rev Direito PGE-GO*. 2011;26:59-81.
13. Santos L. Lei Complementar 141/2012: novo marco das transferências interfederativas no SUS. *Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania – BVS [Internet]*. São Paulo: Bireme; 2012 [acesso em 10 fev. 2015]. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/>.