

entendendo o
SUS



**Ministério
da Saúde**

Governo Federal

Apresentação

“Entendendo o SUS” é a primeira publicação do Ministério da Saúde que tem como finalidade reunir informações essenciais sobre o Sistema Único de Saúde aos jornalistas e demais profissionais de comunicação que trabalham na cobertura de temas que envolvem a saúde pública no Brasil.

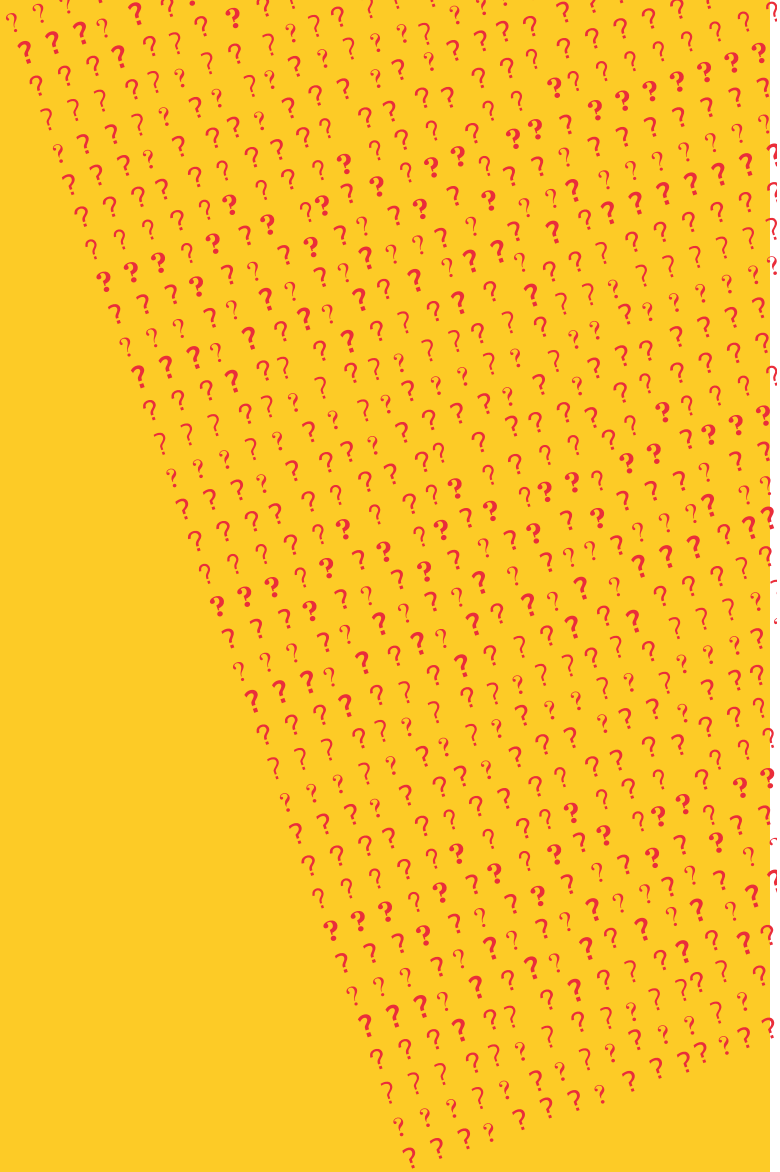
Como se trata de um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, é primordial que o jornalista compreenda as particularidades de seu funcionamento e as responsabilidades inerentes a cada ator dentro do sistema. O outro objetivo da publicação é garantir a transparência do sistema na destinação de recursos públicos e na sua execução.

O jornalista que conhece o SUS está qualificado para prestar um serviço indispensável à população brasileira, que é informá-la sobre

seus direitos e sobre o funcionamento desse sistema que transformou o Brasil no país de maior atendimento gratuito de saúde no mundo. Também compreende a magnitude dessa política de Estado, orgulho de milhares de profissionais de saúde e de gestão que trabalham por sua manutenção, aprimoramento e expansão.

Agenor Álvares

Ministro da Saúde



10 informações básicas

10 informações básicas

1

Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.

2

A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada)

3

O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

4

Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual.

5

O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território.

6

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).

7

O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios.

8

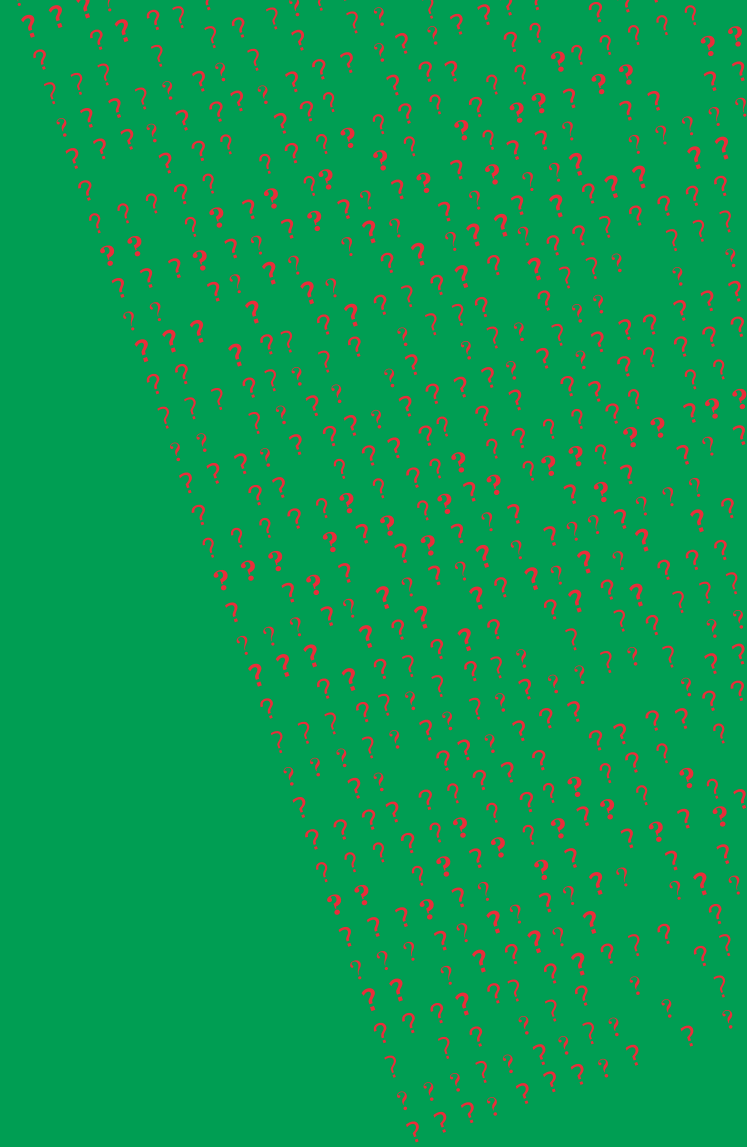
Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).

9

Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos - incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes - como Doença de Gaucher - e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.

10

Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 - Atenção Básica; 2 - Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 - Vigilância em Saúde; 4 - Assistência Farmacêutica; e 5 - Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação.



Perguntas e respostas

Perguntas e respostas

Há hierarquia no Sistema Único de Saúde entre as unidades da Federação?

A relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados).

Qual a responsabilidade financeira do governo federal na área de saúde?

- A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde.
- O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos.
- O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.).
- Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Qual a responsabilidade do governo estadual na área de saúde?

- Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde.
- O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União.
- Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde.
- Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal.
- Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Qual a responsabilidade do governo municipal na área de saúde?

- A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população.
- A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território.
- Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde.
- O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado.
- O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde.
- Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual.
- Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Existe lei que define os recursos para a saúde?

- Em setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29.
- O texto assegura a co-participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública.
- A nova legislação estabeleceu limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa.
- Mas ela precisa ser regulamentada por projeto de lei complementar que já está em debate no Congresso Nacional. O novo texto definirá quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não podem ser considerados gastos em saúde.

Quanto a União, os estados e municípios devem investir?

- A Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).
- Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde.
- Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.

Quais são as receitas dos estados?

Elas são compostas por:

- A) Impostos Estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre herança e doações).
- B) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação, transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.
- C) Imposto de Renda Retido na Fonte.
- D) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de

impostos.

Desse total, devem-se subtrair as transferências constitucionais e legais que são feitas aos municípios.

E) São elas: 25% do ICMS, 50% do IPVA e 25% do IPI-Exportação.

Para calcular quanto o estado deve gastar em saúde, basta fazer a seguinte conta:

$$\text{TOTAL VINCULADO À SAÚDE} = (A+B+C+D-E) \times 0,12$$

Quais são as receitas dos municípios?

A) Impostos Municipais: ISS, IPTU, ITBI (sobre transmissão de bens imóveis).

B) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do ITR e transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.

C) Imposto de Renda Retido na Fonte.

D) Transferências do Estado: cota-parte do ICMS, cota-parte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação.

E) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

Para calcular quanto o município deve gastar, basta fazer a seguinte conta:

$$\text{TOTAL VINCULADO À SAÚDE} = (A+B+C+D+E) \times 0,15$$

E o Distrito Federal? Quanto deve gastar?

Nesse caso, deve-se somar tanto a conta feita para os gastos estaduais quanto o resultado para gastos municipais.

Para onde vão e como são fiscalizados esses recursos?

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que deveriam ser criados pelos estados, Distrito Federal e municípios os fundos de saúde e os conselhos de saúde. O primeiro recebe os recursos locais e os transferidos pela União. O segundo deve acompanhar os gastos e fiscalizar as aplicações.

O que quer dizer transferências “fundo a fundo”?

Com a edição da Emenda Constitucional nº 29, fica clara a exigência de que a utilização dos recursos para a saúde somente será feita por um fundo de saúde. Transferências fundo a fundo, portanto, são aquelas realizadas entre fundos de saúde (ex.: transferência repassada do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais).

Quem faz parte dos conselhos de saúde?

Os conselhos são instâncias colegiadas (membros têm poderes iguais) e têm uma função deliberativa. Eles são fóruns que garantem a participação da população na fiscalização e formulação de estratégias da aplicação pública dos recursos de saúde. Os conselhos são formados por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde.

Como funciona o atendimento no SUS?

O sistema de atendimento funciona de modo descentralizado e hierarquizado.

O que quer dizer descentralização?

Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a conseqüente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica.

Os municípios, então, devem ter todos os serviços de saúde?

Não. A maior parte deles não tem condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde. Para que o sistema funcione, é necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e municípios) para corrigir essas distorções de acesso.

Como é feita essa estratégia de atendimento?

- No Sistema Único de Saúde, há o que se chama de referencialização. Na estratégia de atendimento, para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço. A entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes do Saúde da Família, etc.).
- Um segundo conceito básico do SUS é a hierarquização da rede. O sistema, portanto, entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Quanto mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte seqüência: unidades de saúde, município, pólo e região.

Como se decide quem vai atender o quê?

Os gestores municipais e estaduais verificam quais

instrumentos de atendimento possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais, etc.). Após a análise da potencialidade, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha.

Os municípios têm pleno poder sobre os recursos?

Os municípios são incentivados a assumir integralmente as ações e serviços de saúde em seu território. Esse princípio do SUS foi fortalecido pelo Pacto pela Saúde, acertado pelos três entes federados em 2006. A partir de então, o município pode assinar um Termo de Compromisso de Gestão. Se o termo for aprovado na Comissão Bipartite do estado, o gestor municipal passa a ter a gestão de todos os serviços em seu território. A condição permite que o município receba os recursos de forma regular e automática para todos os tipos de atendimento em saúde que ele se comprometeu a fazer.

Há um piso para o recebimento de recursos da atenção básica?

Trata-se do Piso da Atenção Básica (PAB), que é calculado com base no total da população da cidade. Além desse piso fixo, o repasse pode ser incrementado conforme a adesão do município aos programas do governo federal. São incentivos, por exemplo, dados ao programa Saúde da Família, no qual cada equipe implementada representa um acréscimo no repasse federal. As transferências são realizadas fundo a fundo.

Como são feitos os repasses para os serviços hospitalares e ambulatoriais?

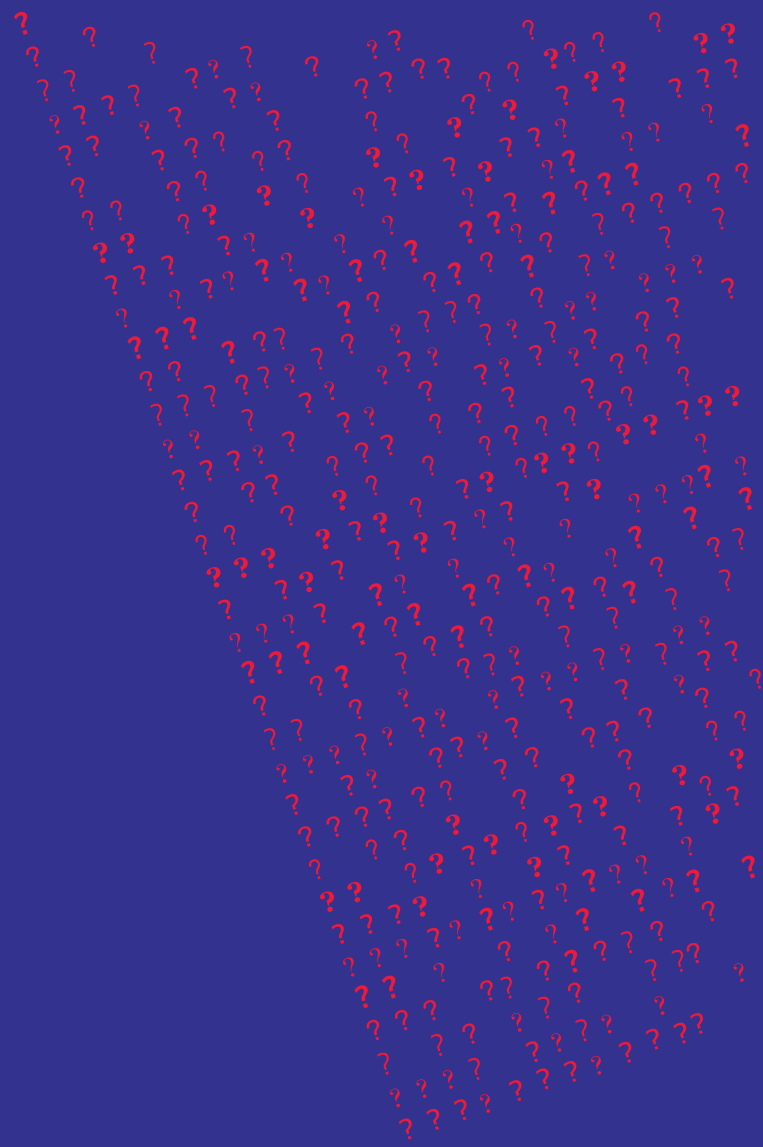
A remuneração é feita por serviços produzidos pelas instituições credenciadas no SUS. Elas não precisam ser públicas, mas devem estar cadastradas e credenciadas para realizar os procedimentos pelo serviço público de saúde. O pagamento é feito mediante a apresentação de fatura, que tem como base uma tabela do Ministério da Saúde que especifica quanto vale cada tipo de procedimento.

Pode-se, então, gastar o quanto se quiser nesse tipo de procedimento?

Não. Há um limite para o repasse, o chamado teto financeiro. O teto é calculado com base em dados como população, perfil epidemiológico e estrutura da rede na região.

E os convênios? O que são?

Esse tipo de repasse objetiva a realização de ações e programas de responsabilidade mútua, de quem dá o investimento (concedente) e de quem recebe o dinheiro (conveniente). O quanto o segundo vai desembolsar depende de sua capacidade financeira e do cronograma físico-financeiro aprovado. Podem fazer convênios com o Ministério da Saúde os órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, as prefeituras municipais, as entidades filantrópicas, as organizações não-governamentais e outros interessados no financiamento de projetos específicos na área de saúde. Os repasses por convênios significam transferências voluntárias de recursos financeiros (ao contrário das transferências fundo a fundo, que são obrigatórias) e representam menos de 10% do montante das transferências.



Glossário

Agente Comunitário de Saúde

O ACS mora na comunidade em que atua e é um personagem-chave do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), vinculado à Unidade de Saúde da Família (USF). Ele liga a equipe à comunidade, destacando-se pela comunicação com as pessoas e pela liderança natural. É um elo cultural do SUS com a população e seu contato permanente com as famílias facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde.

Alta Complexidade

Procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatotortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica.

Assistência Farmacêutica

Abrange todas as etapas do abastecimento de medicamentos, do atendimento ambulatorial/hospitalar ao fornecimento dos remédios para tratamento prescrito por médico responsável. A compra dos medicamentos básicos é descentralizada para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Atenção Básica à Saúde

Trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde.

Câmara Municipal

Deve receber trimestralmente relatório do gestor municipal para análise do Conselho de Saúde. O texto, que deve ter ampla divulgação,

precisa conter as informações sobre os recursos disponíveis e os aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas e dados sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. As câmaras municipais também recebem notificação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), quando há recurso liberado para os municípios.

Cobertura

Acesso e atendimento de saúde assegurado a uma determinada população. O conceito entende que o cidadão não precisa usar o serviço, embora este esteja pronto para recebê-lo.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Integrada por representantes dos estados, municípios, do Distrito Federal e da União, a comissão é um foro de articulação e pactuação na esfera federal. Na comissão, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. São quinze membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Para estados e municípios, cada indicado representa uma região do país. As decisões são tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Um dos fóruns fundamentais para o processo de descentralização das ações de saúde. Nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações. Ela é responsável por organizar a atenção à saúde no estado, além de definir estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS, no âmbito estadual. Vale observar que, antes de levar um tema para ser discutido na Bipartite, o assunto deve ter sido debatido entre os municípios em outras de suas instâncias representativas. As decisões somente são encaminhadas para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) se envolverem questões contrárias aos pactos e políticas do SUS ou aquelas que envolvem a União.

Conselho Municipal de Saúde

Constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço, tem a função deliberativa,

consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

É composto por secretários municipais de saúde. Os municípios são entendidos no SUS como os principais responsáveis pelo atendimento à saúde de sua população. O Conasems tem a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Composto por secretários de saúde dos estados, o Conass representa os gestores estaduais junto à CIT, onde pode formular e propor políticas. O conselho também serve aos secretários estaduais como um fórum de debate, intercâmbio, trocas de experiências e a discussão para a implementação das políticas e diretrizes constitucionais.

Conselhos Gestores de Unidades de Saúde

Podem ser criados por lei municipal. O conselho fica vinculado ao SUS e tem a finalidade de planejar, acompanhar, fiscalizar, avaliar a execução de políticas públicas, serviços e ações de saúde em cada unidade de saúde.

Consórcios Intermunicipais de Saúde

Têm a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais. Os municípios participantes podem optar pela formação de uma entidade jurídica separada para administrar o objeto consorciado.

Consórcios Públicos

Instrumentos de cooperação federativa, dos quais podem participar União, estados, Distrito Federal e municípios.

Contratualização

Contrato de um estabelecimento de saúde com o gestor (União, estados, DF, municípios), no qual são estabelecidas metas e

indicadores de resultado a ser cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros.

Convênios

São feitos quando há interesse recíproco entre o Ministério da Saúde e o conveniente (entidades federais, estaduais, municipais, ONGs, filantrópicas, empresas, etc.). No convênio, sempre se exige uma contrapartida, que será variável conforme a capacidade de cada parceiro. Podem ser utilizados para a execução de programas, projetos, ações, atividades ou eventos de saúde. São transferências voluntárias de recursos.

Descentralização

Processo de transferência de responsabilidades de gestão para o município, conforme determinações constitucionais e legais do SUS.

Emenda Constitucional nº 29

Estabeleceu os gastos mínimos em saúde dos governos federal (corrigidos pela variação nominal do PIB), estadual (12% de suas receitas) e municipal (15% de suas receitas). Sua regulamentação está em tramitação no Congresso e irá determinar quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não são.

Fundos de Saúde

São responsáveis por receber e repassar os recursos financeiros (oriundos da União, estados e municípios) destinados às ações e serviços de saúde.

Hospitais de Ensino e Pesquisa

Credenciados pelos ministérios da Saúde e da Educação para o atendimento à saúde, participam da formação de estudantes de graduação e pós-graduação. A partir de 2004, passaram a ser contratualizados pelo Ministério da Saúde.

Hospitais de Pequeno Porte

Possuem entre cinco e trinta leitos e atuam em serviços de atenção básica e média complexidade. Fazem parte de programa específico

do Ministério da Saúde, pelo qual passaram a receber mais recursos financeiros e a assumir maiores responsabilidades.

Média Complexidade

Tem o objetivo de atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimento especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. É constituída por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a atenção básica e a alta complexidade.

Municipalização

Estratégia adotada no Brasil que reconhece o município como principal responsável pela saúde de sua população. Permitiu transferir aos municípios a responsabilidade e os recursos necessários para exercerem a gestão sobre as ações e os serviços de saúde prestados em seu território.

Programa Saúde da Família

Estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio. É responsável pela atenção básica em saúde de uma área determinada. Cada equipe (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) deve atender no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas, podendo solucionar 80% dos casos em saúde das pessoas sob sua responsabilidade.

Redes de Atenção

As ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso à população ocorre preferencialmente pela rede básica de saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. As principais redes de atenção de alta complexidade do SUS são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise);
- assistência ao paciente portador de oncologia;

- cirurgia cardiovascular;
- cirurgia vascular;
- cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traumatologia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras labiopalatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- e redes para cirurgia reprodutiva, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfecta, fibrose cística e reprodução assistida.

Cabe à direção municipal do SUS a gestão da rede de serviços em seu território, estabelecendo parcerias com municípios vizinhos para garantir o atendimento necessário à sua população.

Regionalização

É um dos princípios que orientam a organização do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento. Quando recebido pelo sistema de saúde, o cidadão será encaminhado para um serviço de saúde de referência daquela região.

Tabela de Procedimentos do SUS

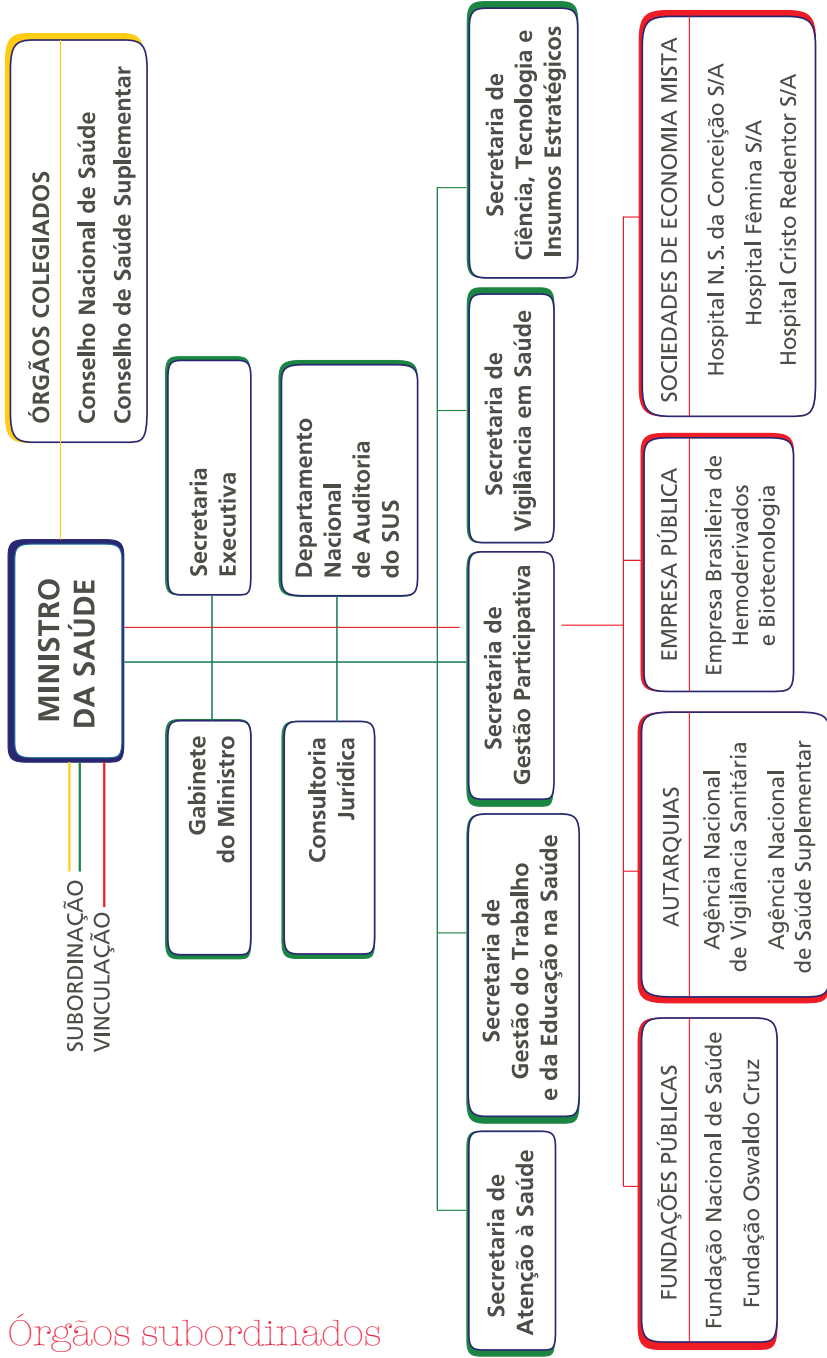
Estabelece a remuneração a cada procedimento ambulatorial e hospitalar no SUS. Para receber por serviços prestados ao SUS, as instituições contratadas ou

conveniadas emitem uma fatura com base na Tabela de Procedimentos do SUS.

Teto Financeiro de Assistência

Total de recursos que os estados e municípios podem receber do Ministério da Saúde por procedimentos realizados de média e alta complexidade. O teto é calculado com base nos perfis populacionais e epidemiológicos de cada região e a partir de parâmetros estabelecidos pela Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Órgãos subordinados



Os órgãos subordinados são regulados e têm as suas atribuições determinadas pelo Decreto nº 5.678, de 18/1/2006.

São eles:

- Gabinete do ministro
- Secretaria executiva
- Consultoria jurídica
- Departamento Nacional de Auditoria do SUS
- Secretaria de Atenção à Saúde
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- Secretaria de Gestão Participativa
- Secretaria de Vigilância em Saúde
- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Órgãos vinculados

Fundações

Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – promove ações e serviços de saneamento para a população brasileira, além de ser responsável pela promoção e proteção à saúde dos povos indígenas.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – a instituição desenvolve pesquisas, fabricação de vacinas, medicamentos, reagentes e kits de diagnóstico. Também presta serviços hospitalares e ambulatoriais, além de possuir atividades de ensino.

Autarquias

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Normatiza, controla e fiscaliza produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Sua finalidade é defender o interesse público na assistência suplementar à saúde (planos de saúde). Ela regula as operadores do setor.

Empresa Pública

Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)

Seu objetivo é produzir hemoderivados para o tratamento de pacientes do Sistema Único de Saúde.

Sociedades de Economia Mista

Grupo Hospitalar Conceição

É constituído pelo Hospital N. S. da Conceição, Hospital Fêmina e Hospital Cristo Redentor. Atende a população de Porto Alegre, sua região metropolitana e o interior do estado do Rio Grande do Sul.

Órgãos Colegiados

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Entre as atribuições do conselho, o órgão delibera sobre a formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal e acompanha a execução da transferência de recursos federais.

Conselho de Saúde Suplementar (Consu)

Órgão deliberativo que tem por finalidade atuar na definição, regulamentação e controle das ações relacionadas com a prestação de serviços da saúde suplementar.

© 2006 Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim

comercial.

O conteúdo desta cartilha pode ser acessado no Portal da Saúde, no endereço http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136

Distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Assessoria de Comunicação
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, sala 556
CEP: 70058-900, Brasília, DF
tel.: (61) 3315 3580, 3315 2351
e-mail: imprensa@saude.gov.br
www.saude.gov.br

Assessoria de Comunicação Social
Djalma Gomes / Comunicação
Homero Viana / Publicidade

Coordenação da Assessoria de Imprensa
Cristiane Santiago / Andrea Cordeiro

Edição e texto
Luis Renato Strauss

Projeto Gráfico
Fernanda Goulart



**Ministério
da Saúde**

Governo Federal

www.saude.gov.br

Disque Saúde: 0800 61 1997