



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **2**

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2)

ISBN: 978-85-89545-62-4



1. SUS (BR). 2. Financiamento. I Título..

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Oswaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Osvaldo de Souza Leal Junior
Suely de Souza Melo da Costa

AL Herbert Motta de Almeida
Alexandre de Melo Toledo

AM Agnaldo Gomes da Costa
Wilson Alecrim

AP Eupídio Dias de Carvalho
Evandro Costa Gama

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Fabíola de Aguiar Nunes
Rafael de Aguiar Barbosa

ES Anselmo Tozi
José Tadeu Marino

GO Irani Ribeiro de Moura
Antonio Faleiros

MA José Márcio Soares Leite
Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques

MS Beatriz Figueiredo Dobashi

MT Augusto Carlos Patti do Amaral
Pedro Henry Neto

PA Maria Sílvia Martins Comaru Leal
Cláudio Nascimento Valle
Hélio Franco de Macedo Júnior

PB José Maria de França
Mário Toscano de Brito Filho

PE Frederico da Costa Amâncio
Antônio Carlos dos Santos Figueira

PI Telmo Gomes Mesquita
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

PR Carlos Augusto Moreira Júnior
Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN George Antunes de Oliveira
Domicio Arruda

RO Milton Luiz Moreira
Alexandre Carlos Macedo Muller

RR Rodolfo Pereira
Leocádio Vasconcelos Filho

RS Arita Gilda
Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Roberto Eduardo Hess de Souza
Dalmo Claro de Oliveira

SE Mônica Sampaio de Carvalho
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

SP Luiz Roberto Barradas Barata
Nilson Ferraz Paschoa
Giovanni Guido Cerri

TO Francisco Melquíades Neto
Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO
René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Viviane Rocha de Luiz

COLABORADORES*
Joelmir Rodrigues da Silva
Sérgio Francisco Piola
Solon Magalhães Vianna
Viviane Rocha de Luiz

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES
José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

* Os créditos referem-se às edições de 2007 e de 2011.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

Introdução 8

- 1 Histórico do financiamento público da Saúde 12**
 - 1.1 Antecedentes 12
 - 1.2 As crises do financiamento e a busca de novas fontes 17
- 2 Modelos de financiamento e gastos públicos e privados: panorama nacional e internacional 28**
 - 2.1 Considerações gerais 28
 - 2.2 Como são financiados os serviços de saúde 29
 - 2.3 Dispêndios: comparações internacionais 32
 - 2.4 O porquê do Estado 39
 - 2.5 Gasto privado com saúde no Brasil 41
- 3 A Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000 48**
 - 3.1 Considerações 48
 - 3.2 A Emenda Constitucional n. 29/2000 e seus principais pontos 49
 - 3.3 A Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003, do CNS (Antiga Resolução n. 316, de abril de 2002) 51
 - 3.4 A Portaria GM/MS n. 2.047, de 5 de novembro de 2002 55
 - 3.5 O acompanhamento da Emenda Constitucional n. 29 57
 - 3.6 O Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) 60
- 4 Gastos públicos em Saúde por esfera de governo no Brasil 62**
 - 4.1 Introdução 62
 - 4.2 Distribuição da arrecadação segundo principais tributos 63
 - 4.3 Distribuição da arrecadação e da receita disponível 64
 - 4.4 Distribuição federativa do gasto social 65
 - 4.5 Evolução do gasto das três esferas de governo com Saúde 66

5 Fontes federais do SUS e distribuição dos gastos do Ministério da Saúde 70

5.1 Evolução do financiamento federal da saúde 70

5.2 Estrutura do gasto do Ministério da Saúde 77

5.3 Descentralização e governança dos recursos 91

5.4 Regionalização das transferências do Ministério da Saúde 92

6 Mecanismos e critérios de transferência de recursos federais a estados e municípios 96

6.1 Introdução 96

6.2 O início das transferências regulares e automáticas 98

6.3 Por que são importantes critérios explícitos para orientar a alocação/transferência de recursos? 99

6.4 As transferências de recursos sob a égide da NOB 01 de 1996 101

6.5 O advento das Normas Operacionais da Assistência à Saúde 105

6.6 Mudanças recentes: a criação dos blocos 105

Referências bibliográficas 119



APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 22 anos, por revelar-se a política pública mais incluyente desde então. A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita.

O financiamento tem-se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm-se transformado em um grande desafio para os gestores.

A repolitização do SUS é necessária e urgente e está posta no Pacto pela Saúde. O Pacto em Defesa do SUS convoca-nos a participar mais intensamente, levando essas questões para a discussão no seio da sociedade, para que, uma vez informada, defina de forma clara qual o sistema de saúde desejado e os meios disponíveis para efetivá-lo; quanto está disposta a pagar para mantê-lo e como atuar politicamente para garantir orçamento público adequado.

Medidas de curto prazo, como a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, por Lei Complementar a ser aprovada no Congresso Nacional, podem trazer mais recursos para a saúde.

Este livro traz o panorama do financiamento da saúde no Brasil, as informações mais atualizadas sobre as mudanças ocorridas a partir do Pacto pela Saúde, reflete a preocupação constante com a inadequação do financiamento do setor e conchama a uma atitude firme e contínua que assegure o cumprimento dos princípios basilares do SUS mediante garantia do financiamento. Esse objetivo foi mantido nesta edição, submetida a um processo de revisão e atualização.

Boa leitura.

Beatriz Dobashi - Presidente do CONASS



INTRODUÇÃO

A questão da saúde, particularmente no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem despertado atenção e preocupação crescentes nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira. Seja pela importância social da questão em si mesma, seja pela participação, cada vez maior, do setor não só na economia como um todo, mas em particular nas contas públicas e nos orçamentos das famílias.

Assim, no Brasil, saúde tem-se mantido nos últimos anos como:

- » 1º problema mais importante enfrentado no cotidiano pela população (24,2%), seguido por desemprego (22,8%), situação financeira (15,9%) e violência (14%)¹;
- » 2º item de gasto federal (depois de previdência), excluídos os encargos da dívida;
- » 3º item do gasto agregado das três esferas de governo (depois de previdência e educação);
- » equivalente a 8,4% do PIB, incluindo gasto público e privado, a participação privada corresponde a 4,91% do PIB.

Não é mais, portanto, um tema presente apenas nas agendas dos profissionais de saúde em geral, em particular dos médicos e suas entidades. Nos últimos anos, em especial a partir da década de 1970 e ainda mais acentuadamente após a redemocratização do país, políticos, economistas, administradores e advogados, entre outros, de uma forma ou de outra, têm tido participação ativa no debate. Parafraseando Clemenceau, quando disse que a guerra era importante demais para ser decidida por generais, pode-se dizer o mesmo em relação à saúde e aos profissionais do setor. A saúde, por sua importância e complexidade, torna-se cada vez mais multidisciplinar, interprofissional e intersetorial. Neste último aspecto, é bastante conhecida a influência direta de outras políticas públicas, como as de emprego e renda, alimentação e nutrição, saneamento, educação e proteção ao meio ambiente, como condicionantes da situação de saúde da população.

1_ Soma ponderada das respostas espontâneas: respostas que surgem em primeiro lugar obtêm peso 3; em segundo, peso 2 e, em terceiro lugar, peso 1. A soma das citações, direta ou indiretamente, referentes à vida econômica das pessoas (desemprego, situação financeira, criação dos filhos e futuro) totaliza 40% das respostas obtidas (Fonte: CONASS, Progestores. 2003).

Há bons exemplos da ampliação do espaço ocupado pela temática sanitária na agenda das políticas públicas. No Congresso Nacional, a questão tomou corpo a partir do I Simpósio sobre Saúde e Previdência, realizado na década de 1970, quando a Comissão de Saúde era presidida pelo deputado Ubaldo Dantas (BA). Outros eventos similares foram realizados desde então: o 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que reuniu na Câmara dos Deputados, em junho de 2005, mais de 800 participantes e o Fórum “Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil”, realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o jornal O Globo, nos dias 13 e 14 de março de 2006, no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, com mais de 1100 participantes.

Atualmente, a busca para sensibilizar o Congresso Nacional tem-se concentrado no tema financiamento e a imperativa necessidade de regulamentação da Emenda Constitucional 29/2000.

A Frente Parlamentar da Saúde (FPS), criada em 1984, é um movimento pluripartidário e integrado por 372 deputados e 23 senadores (MENDONÇA, 2006). Como as ações e serviços de saúde são de relevância pública (CF, Art. 197), o Ministério Público (CF, Art. 129, II) passou a ter papel relevante na questão em geral e, particularmente, nos desdobramentos do processo de implantação de um novo sistema de saúde intimamente associado à tomada de consciência de parcelas crescentes da população quanto aos seus direitos nesse campo.

Movimentos sociais foram surgindo e consolidando-se no setor. Dos 48 membros do Conselho Nacional de Saúde, metade representa movimentos sociais, os mais diversos. Nada mais natural, portanto, que a mídia dedique espaço cada vez maior ao assunto. Denúncias sobre distorções no funcionamento dos sistemas público e privado, bem como o rápido surgimento de novos avanços tecnológicos no campo médico, são visivelmente os principais pontos pautados quase diariamente.

Seguramente, muitos dos problemas que atormentam o usuário do SUS podem ser equacionados mediante boas práticas de gestão. No entanto, é no subfinanciamento que está o ponto frágil do sistema público de saúde. Isso não só porque o Brasil não gasta o mínimo suficiente, mas pela inexorável tendência de crescimento das necessidades de recursos devido à combinação de elementos, como os demográficos (crescimento e envelhecimento da população) e a velocidade com que novas tecnologias são incorporadas ao arsenal terapêutico e de diagnose.

O subfinanciamento do setor público de saúde é bem conhecido pelos diferentes atores sociais e grupos de interesse direta ou indiretamente envolvidos no processo de construção do SUS como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral.

Como destaca o Manifesto do Cebes, Abrasco, Abres, Rede Unida e Ampasa, por ocasião do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, já referido, o subfinanciamento do SUS tem dupla implicação.

Uma, por impossibilitar os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade (...), o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão”. Outra, por significar “intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica (...) “a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas. (CEBES; ABRASCO; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA, 2006).

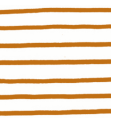
Foi essa unidade de pensamento entre os movimentos sociais e agentes públicos que possibilitou, ainda na década de 1990, a mobilização política que levou à promulgação da Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29), em 13 de setembro de 2000.

Este livro trata do financiamento setorial com foco no setor público. No primeiro capítulo, procura-se analisar a evolução, pré e pós-constituente, do financiamento e os principais esforços para garanti-lo em escala adequada ou, pelo menos, para assegurar alguma estabilidade, diminuindo o grau de incerteza que tende a cercá-lo.

No capítulo 2, o foco está na importância do Estado na saúde e seus porquês, na descrição breve das principais formas de financiar o setor, nas comparações internacionais em relação ao nível de gasto. A seguir, o capítulo 3 aborda a Emenda Constitucional n. 29/2000, suas bases de cálculo, definição de ações e serviços públicos de saúde, regulamentação e o papel do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos (Siops).

O capítulo 4 trata fundamentalmente da origem e distribuição das receitas públicas e da evolução do gasto com saúde das três esferas de governo. O capítulo 5 ocupa-se das fontes federais do SUS e do gasto do Ministério da Saúde (MS), suas prioridades alocativas e seus efeitos no processo de descentralização.

O capítulo 6 trata dos mecanismos de transferência e critérios de alocação utilizados para repassar recursos da União para estados e municípios, enfatizando as mudanças ocorridas com o Pacto pela Saúde.



1

HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE

1.1 Antecedentes

1.2 As crises do financiamento e a busca de novas fontes



1 HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE

1.1 Antecedentes

1.1.1 O financiamento da saúde antes do SUS (1988)

Até outubro de 1988, o sistema oficial de saúde disputava recursos, na esfera federal, em duas arenas distintas. Na primeira, situada na órbita previdenciária, a partição dos recursos entre as três áreas (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) ocorria autonomamente: o orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) não era apreciado pelo Congresso Nacional e, na prática, sua elaboração não sofria interferência do órgão orçamentário central. A maior parcela da receita do Sinpas era arrecadada pelo próprio Sistema, não se confundindo, portanto, com os recursos que compunham o orçamento fiscal. A contribuição da União para o Sinpas, retirada do orçamento fiscal, era relativamente pouco expressiva com tendência de queda. Entre 1971 e 1988, só em dois exercícios (1971 e 1984) correspondeu a mais de 10% da receita total do Sinpas. Os dois últimos anos desse período registraram as menores taxas (0,8% e 0,6%)

Tabela 1 BRASIL: PARTICIPAÇÃO (%) DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO NO ORÇAMENTO DO SINPAS 1971-1988

ANO	PORCENTAGEM	ANO	PORCENTAGEM
1971	10,9	1980	5,2
1972	9,8	1981	9,5
1973	8,5	1982	9,7
1974	6,9	1983	8,2
1975	6,2	1984	11,6
1976	6,2	1985	4,4
1977	7,1	1986	3,9
1978	5,9	1987	0,8
1979	5,0	1988	0,6

FONTES: Grupo de custeio do MPAS, Balanços do FPAS e SINTESE. In: Oliveira, F. et al. Metodologia de Projeção dos Gastos Previdenciário e Assistências. Rio de Janeiro, Ipea (INPES) 1990 (Estudos sobre Economia do Setor Público, n. 4), Citado por PIOLA; VIANNA, 1991, op. cit.

Na segunda arena, a do orçamento fiscal, os programas a cargo do Ministério da Saúde concorriam com educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União, inclusive os Poderes Legislativo e Judiciário.

Os dois orçamentos, fiscal e previdenciário, tiveram, historicamente, importância bastante distintas no financiamento do sistema de saúde. Entre 1980 e 1986, o Tesouro teve participação relativa crescente no gasto federal com saúde, aqui incluídos os dispêndios da assistência médico-hospitalar da Previdência Social, embora nunca tenham alcançado a 23% do total (Tabela 2).

Em 1987, o dispêndio federal com serviços de saúde aproximou-se dos Cz\$ 300 bilhões. Esse montante correspondia a 70% do gasto público total (três esferas de governo) no setor.

Os recursos oriundos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), por sua vez, oscilaram entre 85% e 76,9% do gasto federal total com saúde. A contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salário era a principal fonte dos recursos desse Fundo. A participação da União (receita de impostos), grosso modo correspondendo ao orçamento do MS, oscilou entre 12,9% e 22,7% do total (Tabela 2).

Tabela 2 BRASIL: GASTO FEDERAL CONSOLIDADO COM SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR FONTE 1980 A 1988

ANOS	TESOURO	FPAS**	FAS***	OUTRAS	TOTAL
1980	12,9	85,2	1,5	0,4	100
1981	14,5	83,8	1,2	0,6	100
1982	15,7	82,2	1,4	0,8	100
1983	18,8*	79,8	1,3	0,2	100
1984	16,8*	82,4	0,7	0,1	100
1985	20,9*	78,2	0,9	-	100
1986	22,7*	76,9	0,5	-	100
1987	19,4	80,2	0,3	-	100
1988	19,9	79,5	0,6	-	100

FONTE: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. - Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde, Ipea, dez., 1991, 139p (não publicado).

*Inclui recursos do Finsocial: 1983 (2%); 1984 (2,2%), 1985 (2,5%) e 1986 (0,3%).

**Fundo de Previdência e Assistência Social.

***Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

1.1.2 Inovações da Constituição de 1988

A construção do arcabouço jurídico do SUS pela Assembleia Nacional Constituinte

(ANC) chegou ao seu final em outubro de 1988, de forma não inteiramente coincidente com o que vinha sendo formulado no âmbito do movimento sanitário, embora a ANC tenha incorporado o fundamental: os princípios que passaram a conformar a doutrina do Sistema Único de Saúde definidos na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS). As principais diferenças foram a criação da Seguridade Social e a rejeição da vinculação permanente de recursos para o setor proposta pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Outras inovações constitucionais importantes com repercussão no financiamento e planejamento da saúde foram as que ocorreram na ordem tributária, a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e o Plano Plurianual (PPA).

1.1.2.1 A SEGURIDADE SOCIAL E SEU ORÇAMENTO (OSS)

Definida como um “conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, art. 194), a seguridade social não estava entre as intenções iniciais do legislador constituinte.

As primeiras versões do projeto constitucional não cogitavam integrar as três áreas. Inúmeras propostas que, de alguma forma, subsidiaram esses anteprojetos, tanto as oriundas de grupos e entidades da sociedade civil (RODRIGUES NETO, 2003) como, em especial, as recomendações da VIII CNS (1986) e da CNRS (1987), propunham solução diametralmente oposta, ou seja, separar saúde das áreas de previdência e assistência social. Dessa forma, o sistema de saúde passaria a ser financiado com recursos tributários, enquanto as contribuições sociais custeariam somente pensões, aposentadorias e outras prestações de cunho previdenciário e assistencial (VIANNA, 1992).

A Constituição de 1988 estabeleceu também que a lei anual de meios, aprovada pelo Congresso, passaria a compreender três orçamentos (CF, art. 195, § 2º): o fiscal, o de investimentos das estatais e o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Até então, o Parlamento apreciava somente o orçamento fiscal. Este, durante o regime autoritário, como já mencionado, não podia ser alterado por emenda congressional.

O orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), justo onde estava a parcela mais expressiva dos recursos federais, mesmo antes de 1964, não era submetido à deliberação do Congresso. Somente após a Constituição de 1988, os recursos previdenciários passaram a ser apreciados pelo Legislativo, que também retomou a prerrogativa de emendar o orçamento.

A criação do OSS parecia ter como desdobramento natural atribuir à Seguridade So-

cial o recolhimento de todas as contribuições sociais² e não apenas a proveniente da taxaço sobre folha de salário, como já ocorria na previdência. Essa pretensão, que aumentaria, em escala sem precedentes, a autonomia da Seguridade Social, não prosperou.

1.1.2.2 MUDANÇAS NA ORDEM FISCAL: A NOVA PARTILHA TRIBUTÁRIA E AS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS

A nova Constituição brasileira reverteu o centralismo imposto pela reforma de 1976, ao instituir uma nova partilha tributária que favoreceu os entes subnacionais, principalmente os municípios, em detrimento da União. Em meados da década de 1970, mais de 68% da receita tributária disponível ficava com a União. Aos estados e municípios cabiam, respectivamente, 23,3% e 8,6%. Em 1993, ao fim da implementação gradual da reforma, esses percentuais ficaram em 57,8 % (União), 26,4% (estados) e 15,8% (municípios) (ARAÚJO, 2006). Em outras palavras, enquanto a participação relativa da União caiu dez pontos percentuais, estados e municípios tiveram um incremento da ordem de 13,3% e 83,7%, respectivamente, na receita disponível.

As “perdas” da União, entretanto, ficaram circunscritas ao campo dos tributos, Imposto de Renda e Imposto sobre Produtos Industrializados, que compõem o Fundo de Participação dos Estados (FPE) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), deixando incólume, sob plena governança federal, a receita, tão ou mais substancial, oriunda das Contribuições Sociais criadas pela nova Constituição.

Por inúmeros fatores, as Contribuições Sociais constituem uma fonte bastante atraente para a União, vis a vis outros tributos. Primeiro, por sua magnitude, já que correspondem a mais da metade da receita tributária federal. Segundo, por não estarem sujeitas ao princípio da anualidade (CF Art. 150, III b), já que podem ser recolhidas noventa dias depois de sua criação (CF Art.195, § 6º). Terceiro, sua vinculação a uma causa nobre (área social) as torna mais palatáveis pela sociedade do que outros acréscimos fiscais sem destinação explícita ou para algum uso polêmico.

Por tudo isso e também por terem base populacional mais ampla, sua arrecadação tem crescido mais do que a de outros tributos. Entre 1997 e 2007, Cofins e CPMF cresceram, respectivamente, 435,95% e 428,02%. Em contrapartida, o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados cresceram bem menos: 338% e 100,75%. Não são outras as razões para o governo federal preferir ampliar a carga tributária

2_ Pela Constituição de 1988, as Contribuições de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários, o antigo Finsocial, o FAS, o PIS/Pasep e a nova contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas passaram a compor o OSS.

preferentemente através dessas fontes. Entretanto, com a extinção da CPMF, a partir de janeiro de 2008, o governo aumentou o percentual de incidência do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF), que cresceu 106,96% entre 1997 e 2007 e 159,67% de 2007 para 2008.

1.1.2.3 PLANO PLURIANUAL (PPA) E LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)

O Orçamento Programa (OP) gerado pela Reforma Administrativa de 1967 (D. L. 200), o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), criados pela Constituição de 1988, são, possivelmente, as principais ferramentas introduzidas nas últimas seis décadas no campo das finanças públicas em geral e no do planejamento governamental, em particular.

O OP, um avanço notável em transparência e racionalidade, ainda não é utilizado em toda a plenitude. Para tanto, seria necessária a implantação de sistema permanente de contabilidade de custos ainda não institucionalizado na administração pública brasileira.

O governo ordena suas ações com a finalidade de atingir objetivos e metas por meio do Plano Plurianual. Este é um plano de médio prazo elaborado no primeiro ano de mandato do presidente eleito, para execução nos quatro anos seguintes, terminando, portanto, no primeiro ano do mandato do presidente seguinte.

O PPA é instituído por lei, estabelecendo, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para aquelas referentes a programas de duração continuada. Os investimentos cuja execução seja levada a efeito por períodos superiores a um exercício financeiro só poderão ser iniciados se previamente incluídos no PPA ou se nele incorporados por autorização legal. A não observância desse preceito caracteriza crime de responsabilidade (Lei n. 8074/92).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias, por sua vez, tem por finalidade precípua orientar a elaboração dos três orçamentos previstos na Constituição: o Orçamento Fiscal, o Orçamento da Seguridade Social (OSS) e o Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais³. A LDO busca sintonizar a Lei Orçamentária Anual (LOA) com as diretrizes, objetivos e metas fixados no PPA.

Nos termos do § 2º do art. 165 da Constituição Federal, a LDO:

3_ Empresas em que a União, direta ou indiretamente, detém a maioria do capital social com direito a voto. Na saúde, inclui o Hospital das Clínicas da UFRS (Porto Alegre) vinculado ao MEC. Vinculados ao MS estão a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (empresa pública) e três sociedades de economia mista que formam o Grupo Hospitalar Conceição (quatro hospitais e uma rede de postos de saúde em Porto Alegre).

- » compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente;
- » orienta a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA);
- » dispõe sobre as alterações na legislação tributária, e
- » estabelece a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento ([www. tesouro.fazenda.gov.br/siafi/atribuicoes_01_02.asp](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi/atribuicoes_01_02.asp)).

1.2 As crises do financiamento e a busca de novas fontes

O sistema de saúde brasileiro teve sua expansão acelerada a partir do início da segunda metade do século XX. No início dos anos 1950, os dispêndios nacionais com saúde não excediam a 1% do PIB, grande parte destinada a programas de saúde pública, principalmente os de controle de doenças transmissíveis (MC GREEVEY; BAPTISTA; PINTO; PIOLA; VIANNA, ANO). Vinte e cinco anos depois, esse percentual era estimado como equivalente a 2,5% do PIB, incluindo o gasto privado. Nos anos 1980, chegou a 4,5% (VIANNA; PIOLA, 1991). Atualmente, está em 8,4% do PIB (WHO, 2010).

A Constituição de 1988 foi formulada em um contexto bastante diferente do atual. Em um quadro de euforia decorrente do retorno às regras democráticas, parecia que um sistema de saúde universal, integral e gratuito pudesse ser financiado pelas fontes tradicionais (folha de salário e aportes do Tesouro) e pelas novas contribuições sociais então criadas (faturamento, loterias, lucro das empresas).

Novos eventos, contudo, contribuiriam para comprometer o financiamento da saúde, destacando-se a inflação, persistente até o Plano Real (1994), o baixo crescimento da economia, a eliminação da folha de salário como fonte da saúde (1993), as chicanas jurídicas (posteriormente superadas) para procrastinar o pagamento da Cofins, o crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, levando a previdência a absorver parcelas crescentes do Orçamento da Seguridade Social.

Com o início da implantação do SUS, em 1990, o financiamento passou a ser a questão central da política de saúde. Até então, a escassez de recursos, embora relevante, não tinha a magnitude que passou a ter nos últimos vinte anos. Vários fatores têm contribuído para dar à questão do financiamento a importância política que tem atualmente. Primeiro, porque no passado a assistência médico-hospitalar, principal componente do gasto com saúde, estava restrita à população previdenciária, criando uma situação de verdadeiro apartheid médico ao segmentar cidadãos em pacientes de 1ª (previdenciários urbanos, trabalhadores do setor formal), 2ª (previdenciários rurais) e 3ª classes

(aqueles sem proteção previdenciária, então chamados, “indigentes”). Somente depois de 1988, passou a ser universal, não obstante os avanços graduais nesse sentido ocorridos a partir do final dos anos 1940 mediante políticas públicas de inclusão⁴.

Essa conquista, que qualifica o SUS como, possivelmente, a principal política de inclusão social na história brasileira contemporânea, coincidiu justo com um contexto mais agudo de escassez agravado com as medidas de ajuste fiscal que, sobretudo no âmbito federal, começaram a ser implementadas na primeira metade da década de 1990. São dessa época os primeiros antagonismos de bastidores entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional (STN) com acusações recíprocas de insensibilidade social e ineficiência administrativa.

Segundo, porque a atenção médica na Previdência Social, uma prestação de natureza assistencial, esteve até outubro de 1988, legalmente, condicionada à disponibilidade de recursos depois de atendidas as despesas com os compromissos securitários como pensões e aposentadorias. Hoje é um direito universal inteiramente desvinculado da condição de contribuinte, embora na prática pareça fiel à mesma regra.

Terceiro, porque o boom econômico da década de 1970, particularmente forte no setor moderno da economia, propiciou o crescimento do mercado de trabalho formal urbano, inflando as receitas previdenciárias. Nessa época, o peso relativo dos benefícios previdenciários estava ainda muito distante do que tem hoje. A partir dos anos 1990, o mercado de trabalho formal entrou em crise e os recursos oriundos da folha de salário logo deixaram de ser suficientes até mesmo para o pagamento de benefícios. Neste caso, como decorrência da combinação sinérgica de diferentes fatores como a criação de novos direitos sociais pela Constituição de 1988 e a inclusão na conta da seguridade social (OSS) das despesas com inativos e pensionistas civis e militares da União, antes custeadas com recursos do Tesouro (impostos gerais). Como resultado, a receita de contribuições de empregados e empregadores, uma fonte de financiamento tradicional da assistência médica, passou em 1993 a financiar exclusivamente o pagamento de benefícios, compelindo o Ministério da Saúde (MS) ao endividamento para atender despesas de custeio.

Quarto, porque o envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias

4_ A primeira talvez tenha sido a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (Samdu), uma espécie de consórcio entre os diversos institutos de previdência criado em 1949, extinto cerca de trinta anos depois, mas que ressurgiu recentemente, sob nova marca (Samu). Outras: Funrural, Plano de Pronta Ação (PPA) da Previdência Social (que universalizou o atendimento de emergência), a estratégia Ações Integradas de Saúde (AIS), precursora do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que antecedeu o SUS.

médicas, fatores universalmente reconhecidos como responsáveis pelo incremento do gasto com saúde, avançavam de forma muito mais lenta no passado do que hoje.

A judicialização da saúde tende a se tornar um quinto fator de pressão sobre as despesas setoriais, embora ainda esteja longe da importância econômica que tem nos Estados Unidos. Naquele país, o apelo ao Poder Judiciário está mais relacionado à malpractice e atinge principalmente médicos e hospitais privados. Com isso, gera não só processos vultosos de reparação e indenização como, conseqüentemente, eleva o preço do prêmio do seguro, sobretudo em especialidades médicas identificadas como de maior risco. Ademais, incentiva a prática da chamada medicina defensiva.

No Brasil, o ônus das decisões judiciais, embora atinja também o setor privado, em particular a medicina suplementar, recai com mais frequência sobre os gestores públicos subnacionais. A razão está no instituto do Mandado de Segurança com a concessão de Liminar, uma formidável ferramenta jurídica de defesa dos direitos do cidadão. No âmbito do SUS, ela visa, via de regra, garantir algum tratamento negado pelo gestor. Entre os casos mais frequentes, estão a fila de espera para alguma cirurgia importante ou o recebimento de algum medicamento, geralmente de alto custo, crítico para a sobrevivência do paciente.

A questão fica polêmica quando a decisão judicial alcança terapias experimentais ainda sem eficácia comprovada ou não reconhecidas no país. Ou, então, quando eficazes e acessíveis a quem pode pagá-las, não integram o conjunto de procedimentos do SUS.

1.2.1 O papel da CPMF

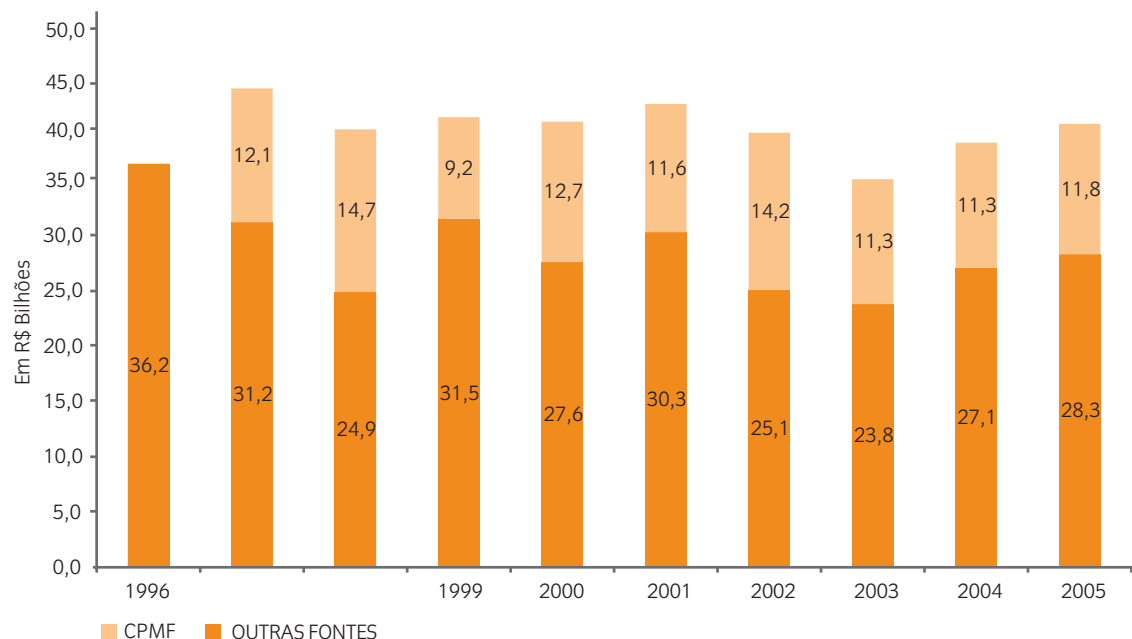
Até maio de 1993, quando deixou de ser partilhada com a saúde e assistência social para se tornar fonte exclusiva do custeio de benefícios previdenciários, a Contribuição de Empregados e Empregadores era, na área federal, a principal fonte de financiamento da saúde. Essa hegemonia surgiu com o crescimento dos serviços médicos da previdência, quando a assistência médica da Previdência Social ainda não havia sido transferida para o Ministério da Saúde.

Depois de 1988, com a unificação da assistência médica nesse Ministério e com a criação de novas contribuições constitucionais, a Contribuição de Empregados e Empregadores (folha de salário) perdeu importância no financiamento federal da saúde, mas mesmo assim, em 1993, representava quase um terço (31,6%) do orçamento do Ministério da Saúde. É fácil entender, por conseguinte, a perplexidade causada por sua abrupta retirada do financiamento da saúde e as esperanças depositadas no novo imposto sobre a movimentação financeira, depois transformado em contribuição social pela área da saúde.

A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) conviveu com três ironias:

» como acontecera com o Finsocial⁵, uma contribuição social criada em 1982 para fortalecer o financiamento da área social (LIMA, M. A.)⁶, a CPMF mostrou-se menos um fator de crescimento de recursos para o SUS do que um expediente para evitar que as perdas fossem maiores. Em outras palavras, a CPMF funcionou como fonte substitutiva: a incorporação de seus recursos correspondeu, quase na mesma proporção, à diminuição de outras fontes (Gráfico 1);

Gráfico 1 - PARTICIPAÇÃO DA CPMF NA RECEITA TOTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996-2005



FONTE: Siaf/Sidor

Nota: em R\$ bilhões - Dezembro/2005

» concebida como imposto integralmente vinculado à saúde, pouco tempo depois foi transformada em contribuição social; depois de algum tempo de exclusividade da saúde, passou a ser compartilhada com a previdência social, em um segundo revés do setor na competição com o pagamento de benefícios⁷, embora a alíquota tenha sido elevada para atender a partilha⁸;

5_ Atual Cofins

6_ LIMA, M. A. - Informação pessoal, s. d.

7_ A primeira, já referida, foi em maio de 1993, quando a folha de salários tornou-se fonte exclusiva para o pagamento de pensões e aposentadorias.

8_ Desde que foi prorrogada até 2007, a alíquota foi de 0,38%, partida em 0,20% para saúde e 0,18% para a previdência.

- » definida como provisória, parecia ter adquirido caráter permanente, até que em 13 de dezembro de 2007 o Senado Federal não aprovou sua prorrogação. Com isso, ela deixou de ser cobrada a partir de 1º de janeiro de 2008 e o governo federal deixou de arrecadar aproximadamente R\$ 40 bilhões de reais no ano.

1.2.2 Tentativas de vinculação

A vinculação de recursos para o SUS não é pretensão recente, já constava da proposta da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) criada em 1986, por recomendação da VIII CNS. A CNRS pretendia vincular à saúde recursos equivalentes a 10% do PIB (WHO, 2003). Em valores atuais (2005), esse percentual representaria cerca de R\$ 193,7 bilhões, um valor em torno de 37% das receitas das três esferas do governo.

No processo constituinte, a disputa intersetorial por recursos acabou mantendo apenas a vinculação orçamentária para educação (ABRAHÃO, 2001). À guisa de compensação, o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (C.F., ADCT, Art. 55), da Constituição de 1988, determinou que 30%, no mínimo, do OSS – excluído o seguro desemprego – deveriam ser destinados à saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), outra inovação da nova Constituição (C.F., Art. 165) como já apontado.

A tentativa protecionista, contudo, não teve maior eficácia. A nova Constituição entrou em vigor em outubro de 1988, o que impediu a adoção do OSS em 1989. Estimativas para esse ano (1989) sugerem que, no conjunto dos gastos com saúde, previdência e assistência social, a primeira área tenha recebido 28,6% do total dos recursos (AZEVEDO & LOBO, 1991).

Tanto a primeira LDO (Lei n. 7.800/89), editada para orientar a elaboração do orçamento de 1990, bem como a segunda (Lei n. 8.074/90), dispondo sobre as diretrizes orçamentárias para 1991, não mantiveram a vinculação, restabelecida, entretanto, para o orçamento de 1992 (Lei n. 8.211/91). Neste último, o percentual destinado à saúde chegou a 30,6% do OSS. Mas, para ser alcançado, foi necessário incluir na conta da saúde dispêndios com saneamento básico, apoio nutricional, hospitais universitários, saúde escolar, merenda escolar, assistência médica e odontológica a servidores da União, além de encargos com inativos e pensionistas do MS.

1.2.3 A saga da Emenda Constitucional n. 29/2000

A década de 1990 foi bastante prolífica em tentativas vinculatórias. A primeira proposta (PEC 169-A dos deputados Eduardo Jorge – PT/SP – e Waldir Pires – PDT/BA) emergiu como resposta ao afastamento dos recursos da contribuição sobre a folha do financiamento da saúde. Por intermédio dessa PEC, o artigo 198 da Constituição Federal passaria a ter a seguinte redação:

A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento (30%) das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento (10%) da receita de impostos. Os estados e o Distrito Federal e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes de impostos.

A PEC assegurava ainda aplicação de um patamar mínimo de recursos por parte de estados, Distrito Federal e municípios. O relator da proposta, deputado Darcísio Perondi (PMDB/RS), alterou a vinculação para 30% do OSS, não a restringindo mais às receitas das contribuições sociais exclusivamente. Em contrapartida, excluiu da proposta a obrigatoriedade de a União aplicar 10% da receita de impostos na área de saúde (MARQUES, 1999).

Além da PEC 169-A, merecem destaque as propostas apresentadas pelos deputados José Aristodemo Pinotti (PMDB/SP) e pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG). A primeira propunha que o setor público de saúde fosse financiado com recursos equivalentes a 5% do PIB do ano anterior. Ao contrário da proposta anterior, esta não definia a origem dos recursos. A segunda (PEC 82-A) determinava a vinculação dos recursos financeiros da Cofins e da CSLL para a saúde.

Em 1998, no II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, foi explicitada a proposta do ministro da Saúde José Serra, destinando 30% das Contribuições Sociais para o setor, sem, portanto, especializar fontes. Ficava fora do cálculo apenas a receita do Pis/Pasep. A participação dos estados e municípios evoluiria, entre 1999 e 2003, respectivamente, de 8% a 12% e de 11% a 15% da receita própria de impostos e transferências (MARQUES, OP CIT).

Ainda em 1998, a Comissão Especial que avaliou a PEC 82-A, tendo como relator o deputado Urcisino Queiroz (BA), elaborou substitutivo que compatibilizou aspectos das propostas dos deputados Carlos Mosconi, Eduardo Jorge e outros. Após intensas negociações, foi aprovada pela Câmara, em votação de dois turnos, como a PEC n. 82-C. Essa proposta tramitou no Senado como PEC 86-A e acabou sendo aprovada e promulgada como Emenda Constitucional n. 29. A Emenda Constitucional n. 29 será objeto do capítulo 3 deste livro.

1.2.4 Os projetos de lei: regulamentando a EC n. 29

Formalizada a tese da vinculação depois de doze anos de luta, resta a regulamentação dos dispositivos não autoaplicáveis da EC n. 29. Esperava-se que essa etapa fosse bem mais curta, no entanto, persistem as mesmas dificuldades políticas enfrentadas pela EC n. 29.

A regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 será fundamental para orientar os

respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento.

1.2.4.1 PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR (PLC) N. 1/2003

O projeto de lei complementar (PLC 1/2003) de iniciativa do deputado Roberto Gouveia, em pouco mais de dois anos, venceu todas as etapas regimentais da Câmara. Depois de passar pelo crivo de três comissões técnicas, Constituição e Justiça e de Cidadania, Finanças e Tributação e Seguridade Social e Família, em que recebeu emendas, a proposta entrou em discussão em primeiro turno no Plenário em 10 de abril de 2006. Mas, no dia 25, foi retirada da pauta em face da não conclusão da apreciação da Medida Provisória 275-C/05 (www.camara.gov.br/sileg, acesso em 26/10/2006).

Na Comissão de Seguridade Social e Família, o projeto foi aprovado na forma de substitutivo apresentado pelo deputado Guilherme Menezes, depois de ouvir representantes de ministérios, entidades da sociedade civil e conselhos de saúde.

Inúmeros pontos no PLC 01/2003 merecem destaque. Em relação ao financiamento, sobressai a definição das regras para a participação mínima anual das três esferas de governo no financiamento do SUS.

A União passaria a destinar à saúde 10% das suas receitas correntes brutas que compõem o orçamento fiscal e da seguridade social. Estima-se que essa mudança no critério vigente (ver capítulo 3), uma reivindicação da 12ª Conferência Nacional de Saúde reafirmada na 13ª, proporcione ao SUS um aporte adicional estimado pela assessoria técnica do CONASS, para 2011, de aproximadamente R\$ 32,9 bilhões.

Segundo o referido PLC, os estados e o DF aplicarão, em ações e serviços públicos de saúde, o mínimo de 12% da arrecadação de impostos, à que se refere o art. 155 e dos recursos que tratam os arts. 157 e 159 (inciso I, alínea “a” e inciso II da CF), deduzidas, no caso dos estados, as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Enquanto os municípios e o DF destinarão 15% da arrecadação de impostos à que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159 (inciso I, alínea “b” e § 3º da CF). Para os entes subnacionais, inclusive o DF, prevalecerá o que estiver disposto nas respectivas constituições ou lei orgânica sempre que o percentual nelas estabelecido for superior ao fixado na lei complementar.

Após muitas manifestações junto ao Legislativo, o projeto de lei complementar voltou a tramitar em meados de outubro de 2007, quando teve início a discussão no Plenário da Câmara dos Deputados, sofrendo várias emendas. Destaca-se o retorno às regras atuais na definição da participação mínima anual da União no financiamento do SUS, acrescido de percentuais da receita da CPME.

A União aplicaria, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante equivalente ao empenhado para essa finalidade no exercício financeiro anterior acrescido, no mínimo, do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB – à que se refere a lei orçamentária, adicionado nos exercícios de 2008 a 2011 de percentuais da receita da CPMF. Os percentuais da receita da CPMF adicionados, de forma não cumulativa e não incorporável ao valor mínimo do exercício seguinte, são: 2008 - 10,1788%, 2009 - 11,619%, 2010 - 12,707% e 2011 - 17,372%.

O Projeto de Lei Complementar n. 1/2003 foi aprovado em 31 de outubro de 2007 na Câmara dos Deputados e encaminhado ao Senado Federal onde recebeu outra denominação e numeração, Projeto de Lei da Câmara (PLC) n 89 de 2007 – Complementar, sendo, em 9 de setembro de 2008, aprovada a tramitação conjunta com o Projeto de Lei Complementar do Senado (PLS) n. 156/2007⁹, de autoria do senador Marconi Perillo (PSDB-GO).

A Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) aprovou relatório, em 7 de julho de 2010, contrário ao PLC n. 89, de 2007 – Complementar e favorável ao Projeto de Lei do Senado n. 156, de 2007 – Complementar. Nesse momento, os projetos estão na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) aguardando parecer do relator da matéria.

1.2.4.2 PROJETO DE LEI DO SENADO – COMPLEMENTAR (PLS) N. 121/2007

O Projeto de Lei Complementar do Senado n. 121/2007, de autoria do senador Tião Viana, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Em 9 de abril de 2008, foi aprovado por unanimidade, o substitutivo do senador Augusto Botelho (PT-RR).

Entretanto, em 6 de maio de 2008, o senador Augusto Botelho, na ordem do dia do Senado Federal, pediu a palavra como relator do projeto ao presidente Garibaldi Alves para lembrar que aquela casa tinha aprovado a redação final do projeto que regulamenta a Emenda Constitucional n. 29 após muito debate e negociações, visando destinar mais recursos para a saúde. Invocou artigo do regimento interno e solicitou que a redação final do projeto fosse novamente colocada em votação para que se harmonizasse a redação do artigo segundo com o que tinha sido acordado e aprovado no Plenário.

9_ O PLS n. 156/2007 define que a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, conforme definidos nesta Lei Complementar, o montante mínimo correspondente a 18% de sua receita corrente líquida, calculada nos termos do art. 2º da Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000.

Essa harmonização foi necessária para não dar margem a interpretações outras que pudessem diminuir a base de cálculo dos recursos aplicado pela União em ações e serviços de saúde.

O presidente do Senado colocou a matéria em votação e novamente, por unanimidade, o Senado Federal aprovou o Projeto de Lei Complementar do Senado n. 121/2007 com a mudança na redação do artigo segundo, que define o montante mínimo a ser aplicado pela União, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde: no mínimo, 10% de sua receita corrente bruta excluídas as restituições tributárias, sendo essa alocação progressiva: 8,5% em 2008; 9,0% em 2009; 9,5% em 2010 e 10% a partir de 2011.

Os estados e os municípios continuam aplicando em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, da arrecadação de impostos estabelecida. Para o DF, o montante deverá corresponder, pelo menos, ao somatório dos percentuais mínimos de vinculação estabelecidos para os estados e para os municípios calculados separadamente.

Os estados, o DF e os municípios que na data de início da vigência da Lei aplicarem percentual inferior ao especificado acima deverão elevá-lo gradualmente, à razão de, pelo menos, um quarto por ano, a fim de atingir o percentual mínimo no exercício financeiro de 2011.

1.2.4.3 O PLS 121/2007 NA CÂMARA DOS DEPUTADOS (PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR – PLP – N. 306/2008)

O PLS n. 121/2007 – Complementar, ao ser enviado à Câmara, recebeu uma nova denominação e um novo número, Projeto de Lei Complementar – PLP – n. 306/2008, e em 14 de maio de 2008 foi aprovado requerimento que requer urgência na apreciação do projeto.

Encaminhado à Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), o relator designado, deputado Rafael Guerra, emitiu parecer favorável ao projeto que foi aprovado pela CSSF em 21 de maio de 2008.

No Plenário da Câmara, em 4 de junho de 2008, o deputado Pepe Vargas, relator pela Comissão de Finanças e Tributação, emite parecer que conclui pela adequação financeira e orçamentária e, no mérito, pela aprovação, na forma do Substitutivo apresentado.

Nesse mesmo dia, também no Plenário, o relator pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, deputado Eduardo Cunha, conclui pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa do projeto original e do Substitutivo oferecido pelo relator da Comissão de Finanças e Tributação.

A proposição aguarda apreciação pelo Plenário da Câmara do artigo 16 da Subemenda Substitutiva da Comissão de Finanças e Tributação, objeto de destaque para votação em separado da bancada dos Democratas para que o projeto retorne ao Senado Federal.

Se aprovado o PLP n. 306/08, a União aplicará anualmente em saúde, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da lei complementar acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, acrescido do montante total correspondente ao produto da arrecadação da Contribuição Social para a Saúde (CSS)¹⁰, calculada sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, com alíquota de um décimo por cento, não aplicado à DRU.

Define também o montante mínimo a ser aplicado pelos estados, que manteve o mínimo de 12% da arrecadação dos impostos à que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea “a”, e inciso II, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios, ficando excluída da base de cálculo a distribuição de recursos definidos, para compor o Fundo de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), mas essa exclusão vigorará pelo prazo de cinco exercícios financeiros, contados da data da entrada em vigor desta lei complementar. Os estados que aplicarem percentual inferior aos 12% deverão atingi-lo até o exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.


O montante mínimo a ser aplicado pelos municípios equivalente a 15% da arrecadação dos impostos à que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea “b” e § 3º, da CF. Os Municípios que apliquem percentual inferior aos 15% deverão atingi-lo até o exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

10_ A Contribuição Social para Saúde terá uma alíquota de 0,10%, tendo as mesmas características de incidência tributária da extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com a diferença de que sua arrecadação estará totalmente vinculada ao custeio das despesas na área da saúde.



2

MODELOS DE FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL

- 2.1 Considerações gerais**
 - 2.2 Como são financiados os serviços de saúde**
 - 2.3 Dispendios: comparações internacionais**
 - 2.4 O porquê do Estado**
 - 2.5 Gasto privado com saúde no Brasil**
- 

2 MODELOS DE FINANCIAMENTO E GASTOS PÚBLICOS E PRIVADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL

2.1 Considerações gerais¹¹

Os sistemas de proteção social estão, em alguns países, vinculados ao conceito de Estado de Bem-Estar (Welfare State), cuja característica central é a cobertura universal de serviços sociais básicos, como educação fundamental, previdência, assistência social e saúde. Sua construção representa, em última análise, o resultado de um processo de desmercantilização da área social, ou seja, uma progressiva substituição das relações de mercado por direitos sociais. Tal concepção, característica da social democracia, leva a uma gradual universalização da política social.

Depois de forte expansão a partir do final da II Guerra (1939-1945) e tendo atingido seu apogeu nos anos 1970, o Estado de Bem-Estar entrou em crise. Três causas destacam-se:

- » a emergência de novos sujeitos e necessidades;
- » a perda de correlação entre o incremento dos gastos fiscais e o aumento da qualidade dos serviços;
- » a falta de modelos de gestão que atendam as especificidades do setor público.

Para dar respostas às necessidades que o mercado e o Estado não conseguem satisfazer, começa a ter destaque uma terceira via, terceiro setor, setor não lucrativo, também chamado de público não estatal, tais como ONGs, cooperativas, associações, organizações sociais e entidade filantrópicas em geral. Esses entes privados não lucrativos passaram a ser protagonistas ainda mais importantes do que antes, no processo de ajuste do Estado de Bem-Estar aos novos tempos, particularmente no campo da saúde, em diversos países.

No sistema de saúde brasileiro, a participação de instituições do terceiro setor, em certa medida, não é exatamente uma novidade. Afinal, a origem do nosso sistema hospitalar no século XVI está nas Misericórdias (Santas Casas), que respondem por pouco mais de 37% da atenção hospitalar do SUS. A Associação das Pioneiras Sociais, criada por lei fe-

11_ Adaptado de PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. & VIVAS, D. C. Tendências do sistema de saúde brasileiro (Estudo Delphi). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2001. 147 p

deral e vinculada ao Ministério da Saúde, é o exemplo mais atual e com mais presença na mídia. Em São Paulo, as Organizações Sociais que operam parte da rede pública estadual aparecem bem avaliadas (BARBOSA, 2005). A semelhança entre as duas está no fato de serem exclusivas do SUS.

Alguns autores distinguem três modelos de Estado de Bem-Estar: total, residual e compromissário. No primeiro, o Estado provê, praticamente, todas as necessidades essenciais no campo social, ou, como se costuma dizer, uma proteção que vai do berço ao túmulo. No modelo residual, a participação estatal é marginal, geralmente focada nos mais pobres, como acontece nos Estados Unidos. O terceiro, o compromissário desenvolvido, principalmente no sul da Europa, tem essa denominação por derivar de um compromisso entre Estado e mercado, mas com participação predominantemente pública, em que o setor privado opera para o setor público por meio de contratos. Esse modelo tem tido amplo emprego na área da saúde.

2.2 Como são financiados os serviços de saúde

A escassez é, por definição, uma característica inerente aos recursos em qualquer campo da atividade humana. Embora a magnitude da escassez possa variar no tempo e entre setores, jamais haverá suficiência de meios materiais para satisfazer integralmente todas as necessidades, de vez que as aspirações humanas são crescentes e ilimitadas.

No campo da saúde, essa questão era, provavelmente, pouco relevante nos primórdios da medicina. Sobretudo, porque a tecnologia para prevenir e tratar doenças era então bastante simples, principalmente quando comparada com os padrões modernos.

O crescimento acelerado do saber médico-sanitário e outros fatores que incrementam os custos dos serviços de saúde mudaram substancialmente esse cenário, sobretudo a partir de meados do século XX, forçando a crescente participação dos estados nacionais no financiamento e na provisão de cuidados médicos.

Desenharam-se então, de início na Europa, os dois principais modelos de financiamento de sistemas de sistema de saúde:

- » o modelo contributivo ou de seguridade social, também chamado modelo de cotas, ou ainda bismarckiano, o qual é financiado por contribuições compulsórias patronais e de trabalhadores. Sua denominação deriva da legislação alemã do estadista prussiano Bismarck, de 1883, inspiradora de sistemas previdenciários de todo o mundo. Imediatamente, na Bélgica (1884), França (1888) e Luxemburgo (1901) (PIOLA; VIANNA; VIVAS, op. cit.). Quarenta anos depois (1923), chegou ao Brasil;

» o modelo anglo-saxão, beveridgeano (de Lord William Henry Beveridge, 1879-1963), financiado por impostos gerais, teve origem na Inglaterra em 1948. Foi adotado posteriormente em vários países como Itália, Grécia, Portugal, Espanha, Suécia, Dinamarca (PIOLA; VIANNA; VIVAS, 2001), Noruega, Finlândia e Suécia (MENDES, 1996).

Na América Latina e Caribe, a opção predominante foi pela combinação eclética dos dois modelos. No modelo segmentado e desigual gerado por essa escolha, conviviam dois subsistemas: um contributivo, também chamado de seguridade social, ao qual se vinculava a população inserida no mercado de trabalho formal, e outro, para o resto da população, operado pelos respectivos Ministérios da Saúde, mas oferecendo uma cobertura qualitativamente inferior à proporcionada pela seguridade social.

Alguns países, entre os quais Trinidad Tobago, Suriname, Jamaica, Haiti, Guiana, Belize, Barbados, Bahamas e Brasil (depois de 1988), optaram pelo modelo anglo-saxão. Esses países têm duas características em comum. Com exceção do Brasil, são todos unitários, de pequeno porte, quer territorialmente, quer na dimensão demográfica. Também com exceção do Brasil e de Cuba, os demais são de colonização não hispânica.

Um terceiro modelo seria o modelo americano. Sob a óptica do financiamento, a origem é mista, pois envolve recursos federais, dos estados (no caso de alguns grupos sociais) e dos beneficiários. Mas a clientela é seletiva. Os primeiros beneficiários foram os índios e os ex-combatentes. Na década de 1960, foram incorporados os idosos (*medicare*) e os pobres (*medicaid*). A população incorporada ao mercado formal de trabalho é atendida por meio de seguros privados de saúde em grande parte patrocinados pelas empresas.

Tentativas de mudar o sistema inspiradas no vizinho Canadá, durante os governos do Partido Democrata (Kennedy e Clinton), não prosperaram. Dessa forma, na principal potência mundial que compromete o equivalente a 15% do PIB com saúde e onde esse gasto representa a segunda maior despesa das organizações privadas, atrás apenas da folha de pagamento (MERCER RESOURCE, 2006), cerca de 40 milhões de pessoas não têm acesso à assistência médica regular. Em parte, devido aos critérios de elegibilidade adotados pelas políticas públicas mencionadas, em parte, por força do modelo assistencial excludente (financiamento pelas empresas ou pelas famílias e provisão privada), com raras exceções, como nas Forças Armadas com predominância do pagamento *fee for service*.

Um quarto modelo, praticamente extinto desde o esfacelamento da União Soviética, foi adotado a partir das ideias de Semashko (MENDES, 1996). No seu apogeu, cobriu os países socialistas do leste europeu, chegando a Cuba no início dos anos 1960. Sua identidade com o modelo anglo-saxão está na universalidade do acesso e no financiamento

estatal, mas com uma característica específica: ausência do setor privado, sendo a provisão exclusivamente estatal, pelo menos até seu apogeu. Hoje, o gasto privado com saúde na Rússia (Tabela 3) está em torno de 35,8% do total (WHO, 2010).

No mercado privado, o financiamento é, por definição, originário das famílias e das empresas. Mas a participação governamental pode estar presente, como acontece no Brasil, sob duas formas: indireta, mediante incentivos fiscais, e diretamente, quando financia ou subsidia planos de saúde para seus servidores e dependentes. Ambas as formas são polêmicas. Como a Constituição de 1988 criou um Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário, o uso de recursos públicos para um segmento diferenciado seria no mínimo questionável. Como ensinam Carvalho e Santos, o

poder público (União, estado, município e Distrito Federal) não pode custear serviços de saúde para seus servidores, nem instituir contribuição compulsória para o custeio, em benefício destes, de serviços de assistência à saúde, porque o sistema de saúde constitui um único sistema, uma rede integrada de serviços públicos de saúde, não comportando nenhum público fora desse sistema universalizado (CARVALHO E SANTOS, 2001).

Em se tratando de privilégio que alcança os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, em todas as instâncias federativas, não é difícil entender porque sua revogação tem-se mantido à margem de qualquer agenda oficial de reforma nos últimos 20 anos.

O financiamento no mercado ocorre em duas vertentes: com recursos das famílias e/ou das empresas. Por sua vez, as modalidades principais de financiamento são o pré-pagamento e o pagamento direto (*out of pocket*).

A primeira é inerente aos planos e ao seguro de saúde. A segunda modalidade é o pagamento direto (*out of pocket*). Trata-se da modalidade mais antiga e uma das características da medicina liberal clássica¹². Sua vantagem mais apreciada é possibilitar ao paciente o exercício, na plenitude, do direito de livre escolha do médico, hospital ou qualquer outro tipo de serviço. Por outro lado, o pagamento direto pode ser a forma mais regressiva de custear a assistência à saúde, além de expor as famílias a gastos que podem ser catastróficos (OMS, 2000).

12_ Livre escolha, ausência de intermediários, livre fixação de preços, liberdade terapêutica e posse dos instrumentos de trabalho.

2.3 Dispêndios: comparações internacionais

Comparações internacionais no campo da saúde, como em qualquer outro, são sempre interessantes e úteis, se levadas a cabo de forma adequada. Não necessariamente para copiar experiências exitosas em outros contextos, cujo sucesso pode não se repetir se incorporadas acriticamente em ambiente diverso. Mas, sobretudo, para evitar a repetição de erros já cometidos e identificar a posição relativa de seu próprio país vis a vis outras nações com alguma similaridade, social, econômica, geográfica, demográfica e ou – no caso específico deste capítulo – de modelo de sistema de saúde.

Parte das dificuldades está na padronização de informações e conceitos utilizados, de modo que as informações de cada país possam ser confrontadas com outras. No caso específico de comparações de dispêndio público com saúde, as dificuldades começam com o próprio entendimento do que está sendo considerado como gasto em saúde. Levantamentos mais antigos, por exemplo, por vezes sem alertar o leitor, referiam-se somente ao gasto do governo central. Com essa conduta, omitia-se em países federativos o dispêndio subnacional, que pode ser importante como acontece no Brasil. Ou então, em países com sistemas de seguridade social, considerava-se apenas o gasto do Ministério da Saúde, financiado com receita de impostos, ficando de fora a assistência médica previdenciária social, custeada por cotas bipartites (empresa/trabalhadores) ou tripartites (empresas/trabalhadores/governo). Questão mais difícil ainda é estimar o gasto privado, geralmente apreendido por pesquisas de gastos domiciliares ou por sistemas de contas nacionais de saúde, estes ainda bastante raros.

Outra limitação (que ainda se observa) em alguns estudos comparativos é a utilização do valor do dólar americano para conversão das moedas nacionais. A margem de erro, nesse caso, está no fato de se considerar que a mesma quantidade de dólares americanos tem o mesmo poder de compra em todos os países. Além disso, eventuais desvalorizações da moeda podem produzir quedas abruptas no gasto medido em dólar sem que tenha havido, obrigatoriamente, queda importante no financiamento da saúde. Essa questão ficou minimizada com a adoção do dólar PPP (paridade do poder de compra), também conhecido como US\$ ONU ou dólar internacional, que, contudo, também não é isento de críticas.

Neste capítulo, procura-se dar uma abrangência maior às comparações, fazendo-as segundo grupos de países. As comparações que se seguem confrontam países com as seguintes características:

- » grande área geográfica;
- » grande dimensão demográfica;

- » integrantes do Mercosul;
- » sistemas de saúde similares (acesso universal).

O gasto com saúde apresenta grande diversidade entre os países de grande dimensão geográfica em relação ao gasto per capita (US\$PPP). Como percentual do PIB, o Brasil ocupa posição intermediária. Entretanto, quando se considera apenas os chamados BRICs¹³, o Brasil é o país com o mais alto gasto com saúde como percentual do PIB e em valores per capita. Mas Brasil, China e Estados Unidos têm situação bastante similar quando se examina o percentual do gasto público em relação ao gasto total com saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - GASTO NACIONAL EM SAÚDE: PERCENTUAL DO PIB EM PER CAPITA E PARTICIPAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO: ESTIMATIVAS PARA 2007. (PAÍSES COM ÁREA ACIMA DE 3.000 KM²)

PAÍS	% PIB	PER CAPITA* EM SAÚDE	ÍNDICE BRASIL: 100	% PÚBLICO	% PRIVADO	ÁREA KM ²
Austrália	8,9	3.357	401	67,5	32,5	7.687
Brasil	8,4	837	100	41,6	58,4	8.512
Canadá	10,1	3.900	466	70,0	30,0	9.976
China	4,3	233	28	44,7	55,3	9.561
Índia	4,1	109	13	26,2	73,8	3.288
Rússia	5,4	797	95	64,2	35,8	17.075
USA	15,7	7.285	870	45,5	54,5	9.373

FONTE: World Health Report 2010

*Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

Entre os países com população elevada (acima de 100 milhões), as diferenças parecem ainda maiores (Tabela 4). No gasto com saúde como percentual do PIB, a posição brasileira só é inferior a dos Estados Unidos, o que não surpreende, mas está bastante próxima do Japão, onde a despesa per capita pública com saúde é quase sete vezes mais alta. No percentual do gasto público em relação ao total do setor, a posição brasileira supera Índia, Nigéria e Paquistão. Embora esse indicador seja similar ao registrado na China e nos Estados Unidos, como já mencionado, é inferior ao do Japão (81,3%), de Bangladesh (66,4%), da Rússia (64,2%), do México (54,5%) e da Indonésia (54,5%).

13_ Sigla criada por uma empresa de consultoria internacional para designar quatro países considerados emergentes: Brasil, Rússia, Índia e China.

Tabela 4: GASTO NACIONAL EM SAÚDE: PERCENTUAL DO PIB, *PER CAPITA* E PARTICIPAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO: ESTIMATIVA PARA 2007. (PAÍSES COM POPULAÇÃO ACIMA DE 100 MILHÕES)

PAÍS	% PIB	PER CAPITA* EM SAÚDE	ÍNDICE BRASIL: 100	% PÚBLICO	% PRIVADO	POPULAÇÃO (MILHÕES DE HABITANTES)
Brasil	8,4	837	100	41,6	58,4	192
Bangladesh	3,4	42	5	66,4	33,6	159
China	4,3	233	28	44,7	55,3	1.336
Índia	4,1	109	13	26,2	73,8	1.169
Indonésia	2,2	81	10	54,5	45,5	232
Japão	8,0	2.696	322	81,3	18,7	128
México	5,9	819	98	54,6	45,4	107
Nigéria	6,6	131	16	25,3	74,7	148
Paquistão	2,7	64	8	30,0	70,0	164
Rússia	5,4	797	95	64,2	35,8	142
USA	15,7	7.285	870	45,5	54,5	306

FONTE: World Health Report 2010 - População: World Health Report 2009

Nota: *Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

Entre os países do Mercosul (Tabela 5), exceto aqueles com status de membros associados, a situação pode ser considerada como de equilíbrio, quando confrontada com a situação dos grupos anteriores. Em valores relativos (% do PIB), o Brasil (8,4%) só gasta menos do que Argentina (10%). Em valores per capita, perde para esse país e para o Uruguai e Chile. O Uruguai, entretanto, é o país com mais alta participação pública (74%); nesse quesito o percentual brasileiro é o mais baixo.

Tabela 5: GASTO NACIONAL EM SAÚDE: PERCENTUAL DO PIB, *PER CAPITA* E PARTICIPAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO: ESTIMATIVA PARA 2007. (PAÍSES DO MERCOSUL)

PAÍS	% PIB	PER CAPITA ⁽¹⁾ EM SAÚDE	ÍNDICE BRASIL: 100	% PÚBLICO	% PRIVADO
Argentina	10,0	1.322	158	50,8	49,2
Bolívia*	5,0	200	24	69,2	30,8
Brasil	8,4	837	100	41,6	58,4
Chile*	6,2	863	103	58,8	41,3
Paraguai	5,7	253	30	42,4	57,6
Uruguai	8,0	916	109	74,0	26,0
Venezuela	5,8	697	83	46,5	53,5

FONTE: World Health Report 2010

NOTA: (1)Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

* Possuem o status de membros associados.

Os países da América Latina com renda média per capita entre US\$ 2 mil e US\$ 3 mil (Tabela 6) têm em comum uma participação relativamente baixa do setor público no financiamento da saúde (abaixo de 50%), com exceção do Uruguai. Em valores per capita, os limites extremos estão na Argentina (US\$PPP 1.322) e Venezuela (US\$PPP 697). Embora gaste quase o mesmo valor *per capita* que o México (US\$PPP 819), o dispêndio brasileiro como percentual do PIB é superior.

Tabela 6: GASTO NACIONAL EM SAÚDE: PERCENTUAL DO PIB, *PER CAPITA* E PARTICIPAÇÃO PÚBLICO E PRIVADO: ESTIMATIVA PARA 2007. (PAÍSES SELECIONADOS DA AL COM RENDA *PER CAPITA* MÉDIA ENTRE US\$ 2.000 E US\$ 3.000 EM 1991 - RENDA MÉDIA ALTA)

PAÍS	% PIB	PER CAPITA ⁽¹⁾ EM SAÚDE	ÍNDICE BRASIL: 100	% PÚBLICO	% PRIVADO
Argentina	10,0	1.322	158	50,8	49,2
Brasil	8,4	837	100	41,6	58,4
México	5,9	819	98	45,4	54,6
Uruguai	8,0	916	109	74,0	26,0
Venezuela	5,8	697	83	46,5	53,5

FONTE: World Health Report 2010

Nota: (1)Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

As tendências internacionais são examinadas a seguir sob duas dimensões: o grau de participação (%) público e privado e o percentual do gasto público com saúde em relação ao gasto público total. No primeiro caso, há uma nítida queda da participação pública em sete dos onze países considerados entre 1975 e 2007, inclusive no Brasil (Tabela 7), o que parece resultar da crise do Estado de Bem-Estar. A participação percentual não se manteve estável em nenhum país e cresceu a pública somente na Austrália, na França, na Holanda e, paradoxalmente, nos Estados Unidos. Mas, nos 11 países, a participação pública continua elevada (acima de 70%), salvo na Austrália (67,5%), no Brasil (41,6%), nos Estados Unidos (45,5%) e na Suíça (59,3%).

Tabela 7: PAÍSES SELECIONADOS SEGUNDO A PARTICIPAÇÃO RELATIVA PÚBLICA E PRIVADA GASTO NACIONAL COM SAÚDE (1975, 2003 E 2007)

PAÍSES	1975		2003		2007	
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
Alemanha	77,1	22,9	78,2	21,8	76,9	23,1
Austrália	64,5	35,5	67,5	32,5	67,5	32,5
Brasil	67,0	33,0	45,3	54,7	41,6	58,4
Canadá	75,4	24,6	69,9	30,1	70,0	30,0
França	76,0	24,0	76,3	23,7	79,0	21,0
Holanda	71,1	28,9	62,4	37,6	82,0	18,0
Itália	91,6	8,7	75,3	24,7	76,5	23,5
Reino Unido	92,6	7,4	85,7	14,3	81,7	18,3
Suécia	91,6	8,4	85,2	14,8	81,7	18,3
Suíça	66,5	33,5	58,5	41,5	59,3	40,7
USA	42,7	57,3	44,6	55,4	45,5	54,5

FONTE: Ano de 1975 - Mac Greevey, WP et al Política e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: Uma perspectiva internacional Ipea. Série Estudos

Ano de 2003 - World Health Report 2006: Statistical Annex 2

Ano de 2007 - World Health Report 2010

Em contrapartida, no segundo caso (% do gasto público com saúde em relação ao gasto público total), como mostra a Tabela 8, a tendência parece ser de aumento. Os dados de 1980, 1991 e 2003 e 2007 revelam que, de 17 países selecionados, em 15 houve aumento da participação relativa da saúde no gasto público total.

Tabela 8: PERCENTUAL DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL DO GOVERNO 1980, 1991, 2003 E 2007

PAÍSES	1980	1991	2003	2007
Argentina	-	3,0	14,7	13,9
Austrália	10,0	12,7	17,7	17,7
Bangladesh	6,4	4,8	5,8	8,0
Brasil	-	-	10,3	5,4
Canadá	6,7	5,2	16,7	18,1
Espanha	9,7	13,7	13,7	15,6
Índia	1,6	1,6	3,9	3,8
Indonésia	2,5	2,4	5,1	6,2
México	2,4	1,9	11,7	15,5
Paquistão	1,5	1,0	2,6	3,5
Paraguai	3,6	4,3	14,2	11,9
Reino Unido	13,0	13,3	15,8	15,6
Suécia	2,2	0,8	13,6	14,1
Trinidad Tobago	5,8	-	5,9	9,4
Uruguai	4,9	4,5	6,3	17,3
USA	10,4	13,8	18,5	19,5
Venezuela	8,8	-	6,4	7,1

FONTE: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. *Investir em Salud*. Banco Mundial. Washington DC, p.264

Ano de 2003 - World Health Report 2006: Statistical Annex 2

Ano de 2007 - World Health Report 2010

Em países federativos (Tabela 9), o gasto com saúde é relativamente alto. O mesmo acontece com a participação do gasto público no gasto total com saúde, com exceção – já referida – do Brasil e dos Estados Unidos.

Tabela 9: GASTO TOTAL (PÚBLICO E PRIVADO) COM SAÚDE EM RELAÇÃO (%) AO PIB E GASTO PÚBLICO COMO PERCENTUAL DO GASTO TOTAL COM SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS (2007)

PAÍS	% PIB	% DO GASTO PÚBLICO
Alemanha*	10,4	76,9
Austrália*	8,9	67,5
Bélgica*	9,4	74,1
Brasil*	8,4	41,6
Canadá*	10,1	70,0
Espanha	8,5	71,8
Reino Unido	8,4	81,7
EUA*	15,7	45,5

FONTE: World Health Report 2010

Nota: * Países federativos

O paradoxo aparece quando se examina o Brasil frente a países com sistema de saúde de similar (acesso universal). Os sistemas de saúde de atenção universal apresentam algumas características em comum: gasto total em saúde relativamente alto (Cuba é uma situação especial), financiamento público superior ao privado, recursos oriundos de impostos gerais, gratuidade, gasto e cobertura privados residuais ou pouco significativos. O SUS atende os quesitos da gratuidade e da origem dos recursos, admitindo as contribuições sociais, dada sua natureza, na categoria de impostos gerais. Desatende, contudo, aos demais: no Brasil o gasto público é inferior ao privado e percentual significativo da população não usa o SUS ou só o faz seletivamente, o que reduz as externalidades positivas decorrentes da presença da classe média entre a clientela do sistema público (Tabela 10).

Tabela 10: PAÍSES SELECIONADOS COM SISTEMA DE SAÚDE DE ACESSO UNIVERSAL SEGUNDO % DO PIB DO GASTO SETORIAL, *PER CAPITA* PÚBLICO (EM US\$ PPP) E % DO GASTO PÚBLICO EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL COM SAÚDE, 2007

PAÍSES	% DO PIB	PER CAPITA PÚBLICO	% DO GASTO PÚBLICO
Austrália	8,9	2.266	67,5
Brasil	8,4	348	41,6
Canadá	10,1	2.730	70,0
Cuba	10,4	875	95,5
Reino Unido	8,4	2.446	81,7
Suécia	9,1	2.716	81,7

FONTE: World Health Report 2010

2.4 O porquê do Estado

2.4.1 Lord Beveridge teria razão?

Se há consenso quanto à participação do Estado Moderno na saúde, a abrangência e a forma da ação estatal permanecem controvertidas.

O pensamento econômico ortodoxo tende a limitar a ação do estado na saúde aos bens públicos clássicos (ver box). Entretanto, alguns representantes dessa corrente de pensamento reconhecem que em uma sociedade em que a pobreza e o mercado com seu processo competitivo tendem a reforçar e ampliar as distâncias entre os indivíduos, saúde e educação dos que não tem recursos para pagá-los são uma espécie de “bem público” que só o Estado pode suprir. E, taxativamente: “Não é um bem público puro, apenas porque os que dispõem de recursos e podem pagá-lo, deveriam ser excluídos para ajudar os demais” (NETTO, 2006).

BENS PÚBLICOS E BENS PRIVADOS

Em economia, são considerados bens privados aqueles bens econômicos “cuja utilização por determinado indivíduo exclui a utilização por parte de outros” (PEREIRA, 1995). Sob essa ótica, consultas médicas e internações hospitalares são bens privados típicos.

Bens públicos têm conceito oposto. Não se pode excluir do seu consumo um indivíduo em particular (princípio da não exclusividade) e o seu uso por determinada pessoa não reduz a quantidade disponível do mesmo bem para os demais membros da sociedade (princípio da não rivalidade). Como explica Delfim Netto, segurança interna e iluminação pública são bens públicos típicos (NETTO, 2006). No campo da saúde, é o caso do controle da poluição, do combate a vetores de doenças e as ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica.

Bem de mérito ou bem social, por sua vez, é um bem de consumo individual cuja utilização dá origem a benefícios superiores àqueles gozados pelo consumidor. A qualidade de bem de mérito provém da existência de externalidades positivas. Em outras palavras, é o que acontece quando o consumo de um bem ou serviço tem efeitos positivos ou negativos sobre outros indivíduos que não aqueles diretamente envolvidos no ato de consumir [...] como, por exemplo, os efeitos das imunizações sobre a população como um todo e não apenas sobre o indivíduo vacinado. O conceito de externalidade é importante para diferenciar os cuidados de saúde de outros bens, pois indica que existe um valor social associado ao consumo de cuidados individuais (PEREIRA, 1995).

Não pensava assim Lord Beveridge, idealizador do bem-sucedido sistema de saúde inglês, em meados da década de 1940, quando expressava que serviços de saúde para pobres serão sempre serviços pobres.

2.4.2 As peculiaridades do mercado da saúde

Ainda que a participação do mercado venha crescendo no setor de saúde, inclusive em países que optaram por sistemas públicos de acesso universal, o Estado permanece como um ator importante no sistema de saúde. Na verdade, a tendência observada aponta para uma redução do seu papel como provedor e financiador, mas para o crescimento como regulador.

O protagonismo estatal tem várias causas. A primeira delas está nas imperfeições do mercado, possivelmente mais presentes na saúde do que nos demais setores da economia. No mercado setorial, não há soberania do consumidor. O usuário não decide quando usar

os serviços face à imprevisibilidade do aparecimento da doença. As pessoas não sabem quando vão adoecer nem, por consequência, o tipo de atendimento ao qual irão recorrer.

Na saúde, é forte a assimetria de informação: o paciente desconhece as medidas (tratamento) que deve tomar e, por isso, delega a um profissional de saúde (o médico, na grande maioria das vezes) a decisão sobre o que consumir. De outra parte, a demanda (procura) por atenção à saúde ocorre em uma circunstância anormal de fragilidade, que pode comprometer a racionalidade da decisão do consumidor.

O consumo ainda envolve risco. Não há garantia, no caso da atenção médica ou odontológica, que uma experiência anterior bem-sucedida se repita. Não vale, portanto, o bordão presente em outros mercados “satisfação garantida ou seu dinheiro de volta”. Essa circunstância aumenta a importância do elo de confiança entre médico e paciente. O elemento de confiança é reforçado pela crença de que o conselho do médico estaria, supostamente, dissociado de seu próprio interesse.

O setor, com as exceções de praxe, também é pouco afeito à competição. Pelo menos no contexto brasileiro, os órgãos corporativos que regulam a conduta médica condenam ou são bastante rigorosos quanto a determinados procedimentos de mercado bastante comuns em outras atividades. É o caso da propaganda, em particular no que diz respeito ao anúncio de preços. Em determinadas situações, como nos casos de hospitalização, o paciente desconhece o preço que pagará no final do tratamento. Intercorrências não são raras nesses casos, em alguns podem acarretar prejuízos financeiros ao paciente.

Em princípio, é salutar essa forma de rigor ético, embora tenda a dificultar a escolha do consumidor e iniba a competição. Agrega-se a esses aspectos a vigência de tabelas oficiais de preços mínimos que, no Brasil, orientam a conduta do profissional médico ou do dentista. O fato de a ética médica condenar a propaganda e, indiretamente, a competição (tabela nacional de preços mínimos) entre os profissionais (mercantilismo) limita o volume de informações, inclusive de preço, para que o consumidor possa tomar suas decisões.

O mercado também tem pouca eficiência alocativa. Os Estados Unidos, onde o mercado é hegemônico, têm o mais alto nível de gasto com saúde do mundo (ver tabelas da seção 2.3). Contudo, as condições de saúde são inferiores às do Reino Unido e do Canadá e o número de excluídos da atenção médica alcança quarenta milhões de pessoas.

O mercado setorial, além de imperfeito, é perverso. Enquanto permaneceram desregulados, os planos de saúde não aceitavam pacientes idosos e crônicos ou então rompiam seus contratos unilateralmente. Com a regulação, essa prática foi abolida. Em seu lugar, surgiram outras formas mais sutis de exclusão, como imposição de carências para pacien-

tes crônicos, aumentos de mensalidades por mudança de faixa etária e antecipação da data de reajuste sob a alegação de aumento na sinistralidade da apólice.

2.5 Gasto privado com saúde no Brasil

Em países como o Brasil, com alta taxa de pobreza e forte concentração de renda, é relativamente baixo o percentual de pessoas que podem pagar serviços de saúde sempre que necessitam. Embora mais de 90% da população seja usuária do SUS, apenas 28,6% utilizam exclusivamente o sistema público. Parece pouco para um sistema de acesso universal. A maioria (61,5%) utiliza o SUS e outros serviços (plano de saúde, pagamento direto). Não usuários são apenas 8,7% (CONASS, 2003).

Esses dados apontam para uma cesta de consumo tipo mix público/privado, que se reflete na inusitada predominância da participação privada no financiamento do sistema de saúde como um todo, já mostrada. Para um gasto total estimado em US\$ 837 PPP per capita, a parcela privada responde por 58,4% (Tabela 6). Cerca de 64,2% do gasto privado no Brasil é realizado com pagamento direto. Os planos e seguros de saúde respondem pelos 35,8% restantes em que há a participação das empresas.

Uma forma de se estimar o gasto das famílias com saúde é por meio da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF)¹⁴ do IBGE. Quando se examina orçamento doméstico de forma mais abrangente, observa-se uma clara queda no consumo à medida que aumenta a renda. O oposto ocorre em relação aos impostos e aos ativos. Os primeiros, que comprometem 2% do orçamento dos mais pobres (1º decil), chegam a 19% entre os mais ricos (10º decil)

Tabela 11 BRASIL - COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO ORÇAMENTO DOMÉSTICO SEGUNDO GRANDES GRUPOS, 2002-2003

DECIS DE RENDA	CONSUMO (%)	IMPOSTO (%)	ATIVOS (%)
1	92	2	7
4	88	5	7
7	82	8	10
10	64	19	17
Média	74	12	13

FONTE: GAIGER et al., op. cit., 2006

14_ A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE investiga a estrutura de gastos (despesas) e de rendimentos das famílias. A mais recente POF foi realizada no biênio 2002/2003 e teve abrangência nacional, tendo sido pesquisadas 48.568 unidades domiciliares.

O gasto com saúde é o quarto item de gasto de consumo entre as famílias brasileiras. É o quinto para os que estão no 1º decil de renda (os 10% mais pobres da população). Para todos os decis de renda, os três primeiros itens do orçamento doméstico são alimentação, habitação e transporte, nessa ordem. No entanto, a dimensão percentual da participação de cada item varia. Alimentação, por exemplo, diminui sensivelmente à medida que aumenta a renda (CAMPOLINA et al., 2006). Para uma média de 30% (todos os decis), o decil mais pobre compromete 45% de seu orçamento com esse item, no decil mais rico, o percentual é de 23% (Tabela 12). Mas a tendência é inversa em transporte, saúde, educação e lazer, cuja participação relativa na despesa familiar cresce conforme aumenta a renda.

Tabela 12 - COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO ORÇAMENTO FAMILIAR POR DECIL DE RENDA SEGUNDO OS PRINCIPAIS ITENS DE DESPESA, 2002-2003

DESPESAS	1º DECIL	10º DECIL	MÉDIA
Alimentação	45	23	30
Habitação	25	26	26
Transporte	9	16	14
Saúde	5	10	8
Vestuário	6	5	6
Educação	1	8	5
Outros	9	12	11
Total	100	100	100

FONTE: Adaptado de GAIGER et al., op. cit., 2006

Na despesa com saúde, o item mais importante é a compra de medicamentos, seguido de planos de saúde e tratamento odontológico. Essa ordem mostra as vulnerabilidades do SUS. No primeiro, porque a assistência farmacêutica pública tem sido o elo mais fraco da oferta pública de serviços desde os tempos da medicina previdenciária, o que levou à hegemonia do mercado¹⁵. Os planos porque são o refúgio da classe média insatisfeita com a qualidade e, principalmente, com a falta de presteza, do atendimento médico-hospitalar público, salvo em algumas poucas ilhas de excelência; a saúde bucal, porque como política nacional, anunciada como prioridade de governo, é muito recente e a estratégia de implementação, portanto, ainda não pode ser avaliada.

15_ Alguns programas oficiais nesse campo, contudo, são considerados exitosos. É o caso dos medicamentos para Aids e os chamados excepcionais (alto custo). Esses programas estão entre os mais universais, pois alcançam também - não por acaso - os segmentos populacionais mais organizados e, por isso, com maior poder de pressão.

Em média, a atenção farmacêutica compromete 40% do gasto familiar com saúde. Entre os mais pobres (1º decil), esse percentual chega a quase 80%. O decil mais rico (10) gasta apenas 26,7%. Neste segmento, o principal item de despesa é a medicina suplementar (Planos de Saúde), cuja participação relativa (28,2% em média) chega a 39% no último decil de renda. Um comportamento inverso, portanto, do que ocorre com medicamentos (Tabela 13). Itens como consulta médica, exames complementares e materiais ou mesmo exames e materiais não apresentam grandes variações entre os diferentes decis de renda.

Tabela 13 - GASTO FAMILIAR (%) COM SAÚDE POR DECIL DE RENDA SEGUNDO OS PRINCIPAIS ITENS DE DESPESA, 2002-2003

ITENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MÉDIA
Medicamentos	79,4	75,7	68	65,7	59,6	56,6	49	48,3	39,2	26,7	40,6
Plano de saúde	4,5	3,5	3,6	7,6	12,3	14,1	18,8	21,7	31,6	39	28,2
Cons. médica	5	4,6	6,5	6	6,1	6,7	6,8	6	6,3	4,2	10,1
Hospitalização	1,2	1	4,7	2,5	3,1	4,8	5,2	3	3,5	10,7	5,4
Cons. Odont.	1,7	5,5	5,3	6,8	8,1	7,4	10,2	11,9	10,7	10,9	6,7
Exames comp	3,1	3,5	4,1	4,7	4,3	4,1	4,1	3,3	3,4	2,1	3
Materiais	2,9	4,1	6,2	5,3	5,4	5,6	5,2	4,5	4,7	5,6	5,2
Outros	2,2	2,2	1,5	1,4	1,3	0,7	0,8	1,2	0,6	0,8	0,9

FONTE: GAIGER et al., op. cit., 2006

Não há mudanças significativas na estrutura básica do gasto familiar ao longo dos últimos 16 anos (1987-2003). Como mostram as pesquisas de 1987/1988, 1995/1996 e 2002/2003, a única alteração de monta está nas despesas com impostos, que absorviam pouco mais de 10% da renda doméstica nas duas primeiras pesquisas e ascenderam para quase 15% na última (Tabela 14).

Tabela 14 - BRASIL - COMPOSIÇÃO PERCENTUAL DO ORÇAMENTO DOMÉSTICO SEGUNDO GRANDES GRUPOS, 1987/1988, 1995/1996 E 2002/2003

ESPECIFICAÇÃO	CONSUMO (%)	IMPOSTOS (%)	ATIVOS (%)
1987/1988	73,9	10,6	15,5
1995/1996	71,1	10,1	18,7
2002/2003	75,5	14,9	13,7

FONTE: GAIGER et al., op. cit., 2006

Há, ironicamente, uma clara elevação no gasto das famílias em áreas em que a Constituição oferece garantias formais. Na educação, esse paradoxo ainda é mais claro do que na saúde, embora em ambas haja uma elevação no patamar do percentual do gasto familiar entre a primeira pesquisa e a última. De outra parte, não deixa de ser promissora a queda significativa no gasto com fumo e do gasto com saúde entre a segunda e a última pesquisa.

Para as regiões metropolitanas, a pesquisa mostra pequena tendência de elevação no percentual do gasto com saúde em praticamente todos os decis de renda. Na verdade, o aumento é maior entre a primeira (5,31%) e a segunda (6,51%) pesquisa. Na terceira, há uma pequena queda (5,97%). Os valores, entretanto, são mais baixos do que para o país como um todo (Tabela 15), embora a tendência seja a mesma.

Tabela 15 - BRASIL - ESTRUTURA DO GASTO FAMILIAR EM ITENS SELECIONADOS, 1987/1988, 1995/1996 E 2002/2003

ITENS SELECIONADOS	1987/1988	1995/1996	2002/2003
Atenção à saúde	7,2	9,1	8,4
Educação	3,6	4,9	6,7
Fumo	1,5	1,4	0,8

FONTE: GAIGER et al., op. cit., 2006

Nas regiões metropolitanas¹⁶, observa-se um relativo equilíbrio na distribuição do gasto com saúde entre 10 decis de renda. Há um pequeno aumento no gasto total em praticamente todos os decis de renda entre a 1ª e a 2ª pesquisa e uma queda um pouco menor entre a 2ª e a 3ª. É relevante, no entanto, a queda da participação no primeiro decil (10% mais pobres), que foi inferior na pesquisa de 2002/2003, inclusive à participação encontrada em 1987/1988 (Tabela 16).

16_ São 26 RMs concentrando 413 municípios, com 68 milhões de habitantes em uma área total de 167 mil km² (REI E SOGABE, 2006).

Tabela 16 - REGIÕES METROPOLITANAS - PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DA DESPESA FAMILIAR COM SAÚDE DE ACORDO COM OS DECIS DE RENDA, 1987/1988, 1995/1996 E 2002/2003 EM PERCENTUAL


DECIS DE RENDA	1987/1988	1995/1996	2002/2003
1	5,14	7,63	4,45
2	4,78	5,81	4,99
3	4,56	5,66	4,56
4	5,17	6,83	5,16
5	4,77	6,38	5,59
6	5,5	6,95	5,61
7	5,77	7,19	6,15
8	5,95	7,26	6,34
9	5,88	6,86	6,74
10	4,94	6	5,96
Média	5,31	6,51	5,97

Fonte: GAIGER et al., op. cit., 2006



3

A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

- 3.1 Considerações**
 - 3.2 A Emenda Constitucional n. 29/2000 e seus principais pontos**
 - 3.3 A Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003, do CNS (Antiga Resolução n. 316, de abril de 2002)**
 - 3.4 A Portaria GM/MS n. 2.047, de 5 de novembro de 2002**
 - 3.5 O acompanhamento da Emenda Constitucional n. 29**
 - 3.6 O Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)**
- 

3 A EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

3.1 Considerações

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a cada ano define prioridades de atuação visando sempre ao fortalecimento do SUS. Uma delas refere-se à necessidade de regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29).

Apesar de enormes resistências, fundadas no raciocínio de poderosas correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários, a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29) foi aprovada em 2000 e ainda não foi regulamentada. A falta de definição precisa sobre o que são ações e serviços de saúde tem levado à introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS. Desse modo, a luta política por mais recursos públicos para a saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional n. 29. Tal regulamentação será fundamental para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento (Consensus 24).

No livro *SUS: avanços e desafios*, lançado em 13 de dezembro de 2006, o CONASS analisa os avanços do sistema e aponta seis desafios para a continuação da construção do SUS, e, no item referente ao financiamento e à regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, afirma que:

a luta política por mais recursos públicos para a Saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da EC n. 29.(...) Essa regulamentação só será aprovada se for feito um amplo movimento de mobilização social pelo SUS que chegue ao interior do Congresso Nacional.

Neste capítulo, apresentaremos os principais pontos da EC n. 29, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 322/2003, que tenta definir as bases de cálculo, ações e serviços públicos de saúde, instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle, a Portaria GM/MS n. 2.047/2002 e considerações do CONASS a seu respeito, o acompanhamento da EC n. 29, sua regulamentação e o Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

3.2 A Emenda Constitucional n. 29/2000 e seus principais pontos

A Emenda Constitucional n. 29¹⁷ (EC n. 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, assegurou o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportem anualmente recursos mínimos provenientes da aplicação de percentuais das receitas e determinando as suas bases de cálculo. Portanto, vinculou recursos ao setor saúde.

Seus principais pontos são os seguintes:

- a. acrescenta (arts. 1º e 2º), aos artigos 34 e 35 da Constituição Federal, a possibilidade de intervenção da União nos estados, Distrito Federal e municípios, e do estado em seus municípios, no caso da não aplicação, em ações e serviços públicos de saúde, do mínimo previsto de suas receitas;
- b. acrescenta (art. 3º) dispositivo ao § 1º do art. 156 da CF, permitindo aos municípios estabelecer progressividade na cobrança do IPTU em função do valor do imóvel e ter alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e uso do imóvel;
- c. condiciona (art. 4º), no art. 160 da CF, a entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda;
- d. permite, no art. 167 da CF, a vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde (MARQUES op, cit);
- e. determina (art. 5º), como regra permanente, no art. 198 da CF, que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios apliquem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos. No caso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios¹⁸, os percentuais serão calculados sobre a arrecadação de impostos e as transferências constitucionais. No caso da União, na forma como for definida em lei complementar;
- f. prevê (art. 6º) a promulgação de lei complementar, em que essas medidas serão reavaliadas pelo menos a cada cinco anos, tanto para estabelecer os percentuais mínimos

17_ Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

18_ No caso dos estados e do Distrito Federal, a vinculação incide sobre o produto da arrecadação dos impostos à que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I alínea "a" e inciso II da CF, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. No caso dos municípios e do Distrito Federal, incide sobre o produto da arrecadação de impostos à que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea "b" e parágrafo 3º da CF.

de aplicação quanto para definir critérios de rateio dos recursos transferidos pela União aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios e pelos estados aos seus municípios. A lei complementar também deverá estabelecer: (i) os critérios de rateio para a distribuição dos recursos, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (ii) as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual e municipal e (iii) as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União;

g. insere (art. 7º) um novo artigo no ADCT (art. 77), estabelecendo regras para a aplicação dos dispositivos da emenda, enquanto não entrar em vigor a lei complementar que definirá os percentuais de vinculação;

h. define (art. 77, § 1º) que, no caso da União, no ano 2000, o total de recursos mínimos a ser aplicado em ações e serviços de saúde será equivalente ao montante empenhado no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. Do ano 2001 ao ano 2004, o valor mínimo será aquele apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. No caso dos estados e do Distrito Federal, os recursos mínimos serão equivalentes a 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos municípios. No caso dos municípios, os recursos mínimos corresponderão a 15% da arrecadação de impostos e dos recursos de transferências constitucionais;

i. estabelece, para o caso dos estados, Distrito Federal e municípios que aplicam menos que os percentuais previstos, a obrigação de elevarem progressivamente suas aplicações até 2004, na razão de pelo menos um quinto por ano;

j. define que a partir de 2000 as aplicações de estados, Distrito Federal e municípios serão de pelo menos 7%;

k. obriga a aplicação pelos municípios de no mínimo 15% dos recursos federais vinculados ao setor em ações e serviços básicos de saúde. A lei complementar disporá sobre o assunto, incluindo o rateio desses recursos segundo o critério populacional;

l. determina que os recursos das três esferas de governo sejam aplicados por meio dos Fundos de Saúde, que serão acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde;

m. mantém as regras do art. 77 (ADCT), a partir de 2005, caso não seja criada a lei complementar referida no art. 198, parágrafo 3º.

Os primeiros efeitos positivos da EC n. 29 logo se fizeram sentir, e em 2001 o gasto público em saúde já apresentou um crescimento real de 10% em relação ao ano anterior e de 35% entre 2000 e 2004. Os efeitos só não foram maiores por duas razões básicas:

» possíveis dificuldades de alguns entes subnacionais, sobretudo os mais endividados;

» o fato de a EC n. 29 não ter definido, para efeito do seu cumprimento, o que são ações e serviços públicos de saúde. Sem resolver essa última controvérsia, continuarão proliferando protestos na demonstração do cumprimento da Lei, além de fazer prevalecer entendimentos díspares a critério de cada Tribunal de Contas.

3.3 A Resolução n. 322, de 8 de maio de 2003, do CNS (Antiga Resolução n. 316, de abril de 2002)

Com a promulgação da Emenda Constitucional n. 29, em 13 de setembro de 2000, o Conselho Nacional de Saúde entendeu que seus dispositivos eram autoaplicáveis e que se fazia necessário o esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, visando garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos, até a aprovação da lei complementar à que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal.

A Resolução n. 322/2003 aprova dez diretrizes acerca da aplicação da EC n. 29/00 divididas em quatro temas:

1. da base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde (primeira diretriz);
2. dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde (segunda, terceira e quarta diretrizes);
3. das ações e serviços públicos de saúde (quinta, sexta e sétima diretrizes);
4. dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle (oitava, nona e décima diretrizes).

3.3.1 Base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde

No caso da União e para o ano de 2000, a EC n. 29 definiu a base de cálculo como equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 até o ano de 2004, a base de cálculo correspondeu ao montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

Para os estados, a base de cálculo é a sua receita própria, calculada da seguinte forma:

Total das Receitas de Impostos de Natureza Estadual (ICMS + IPVA + ITCMD)

(+) Receitas de Transferências da União:

- » Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE)
- » Quota-Parte do IPI – Exportação

- » Transferências da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir)
- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)
- (+) Outras receitas correntes:
 - » Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária
- (-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos Municípios:
 - » 25% do ICMS
 - » 50% do IPVA
 - » 25% do IPI – Exportação
- (=) Receita Própria do Estado = Base de Cálculo

De forma semelhante, para os municípios, a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada:

Total das Receitas de Impostos Municipais (ISS, IPTU, ITBI)

- (+) Receitas de Transferências da União
 - » Quota-Parte do FPM
 - » Quota-Parte do ITR
 - » Quota-Parte da Lei Complementar n. 87/96 (Lei Kandir)
- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF
- (+) Receitas de Transferências do Estado:
 - » Quota-Parte do ICMS
 - » Quota-Parte do IPVA
 - » Quota-Parte do IPI – Exportação
- (+) Outras Receitas Correntes:
 - » Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária
- (=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal

3.3.2 Recursos mínimos a serem aplicados em saúde

Segundo a EC n. 29, no caso da União, os recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, no período de 2001 até 2004, correspondem ao valor efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

Para os estados e os municípios, até o exercício financeiro de 2004, deveria ser observada as seguintes regras:

- a. os estados e municípios cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido inferior a sete por cento deveriam aumentá-lo progressivamente, de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes;
- b. o caso do Distrito Federal é especial. As receitas orçamentárias dessa instância da Federação possuem componentes que são típicos das receitas estaduais e também das municipais. Assim, segundo a correspondência desses componentes, aplica-se o percentual mínimo de vinculação dos estados ou dos municípios;
- c. Os estados e os municípios que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderiam reduzi-lo de imediato. A diferença entre o percentual efetivamente aplicado e o final estipulado no texto constitucional poderia ser reduzida pelo estado ou município na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 o percentual deveria ser, no mínimo, de 12% e 15%, respectivamente.

3.3.3 Definição do que são ações e serviços públicos de saúde

Para efeito da aplicação da EC n. 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio (inclusive administrativos) que atendam, simultaneamente, os seguintes critérios:

- a. sejam destinadas às ações e aos serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;
- b. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;
- c. sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Além de atender esses critérios, as despesas com ações e serviços de saúde realizadas pelos estados, Distrito Federal e municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º do ADCT (EC n. 29).

Atendidos esses critérios, para efeito da aplicação dessa Emenda, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- » vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- » vigilância sanitária;
- » vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- » educação para a saúde;
- » saúde do trabalhador;
- » assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- » assistência farmacêutica;
- » atenção à saúde dos povos indígenas;
- » capacitação de recursos humanos do SUS;
- » pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- » produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e equipamentos;
- » saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em âmbito domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- » serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- » atenção especial aos portadores de deficiência;
- » ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Nesse mesmo contexto legal, para efeito da aplicação da EC n. 29, a resolução do CNS não considera como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

- a. pagamento de aposentadorias e pensões;
- b. assistência à saúde que não atenda o princípio da universalidade (clientela fechada);
- c. merenda escolar;
- d. saneamento básico, mesmo o previsto no primeiro item do tópico anterior, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
- e. limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- f. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
- g. ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços de saúde e não promovidas pelos órgãos de saúde do SUS;
- h. ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados nas bases de cálculos das receitas próprias de estados e municípios.

3.3.4 Instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle

Segundo a referida resolução, a referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (Siops).

A Resolução n. 322, do Conselho Nacional de Saúde, orienta o Siops a divulgar as informações relativas ao cumprimento da EC n. 29 aos diversos órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos estados e municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembleias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

3.4 A Portaria GM/MS n. 2.047, de 5 de novembro de 2002

O Ministério da Saúde, considerando sua competência na condição de órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) de estabelecer normas operacionais para o funcionamento do Sistema e a aprovação da Resolução n° 316, pelo Plenário do Con-

selho Nacional de Saúde, editou a Portaria GM/MS n. 2.047, de 5 de novembro de 2002, aprovando as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da EC n. 29.

O anexo dessa portaria apresenta os mesmos quatro temas da Resolução n. 322/2003.

À época, a diretoria do CONASS encaminhou ao ministro da Saúde, Barjas Negri, ofício CONASS n. 291, de 7 de novembro de 2002, com as observações da entidade em relação à referida portaria. O CONASS, no documento, destacava o seu compromisso com o cumprimento da EC n. 29 e reafirmava considerar a sua regulamentação por Lei Complementar como caminho mais adequado para que isso acontecesse.

Entre os pontos abordados no expediente ao ministro, cita-se:

- » o entendimento do CONASS quanto à regra de evolução progressiva, no caso dos estados, de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação (2001-8,25%; 2002 – 9,50%; 2003 – 10,75%; 2004 – 12%);
- » o questionamento se os critérios de evolução podem ser objeto de regulamentação por resolução de CNS ou portaria do MS;
- » a inclusão de que os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em cada ente federado, serão calculados pela “soma das despesas liquidadas com essas ações...”. Cabe lembrar que a Resolução n. 316 do CNS, em sua primeira diretriz, quando cita a questão da base de cálculo, refere-se, por exemplo, no caso da União, em “montante efetivamente empenhado”;
- » o artigo sexto da seção que trata das “ações e serviços públicos de saúde” considera como despesas em ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e capital que sejam de responsabilidade específica do setor saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde e “deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde”. Esse conceito deixa de fora gastos em saúde realizados em outros setores governamentais. O artigo oitavo dessa mesma seção define as situações não consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, listadas conforme descrito na Resolução n. 316 do CNS. Sobre essa questão persiste a polêmica, visto que o conceito constitucional de saúde abrange algumas das ações desse artigo.
- » sobre a questão dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento da EC n. 29: o Siops é um sistema de informação utilizado para o acompanhamento dos gastos em saúde, sendo que o seu preenchimento tem efeitos internos ao SUS e na relação com o Ministério da Saúde, devendo ser observadas as

respectivas competências dos órgãos de controle externo responsáveis pelo controle da aplicação dos recursos, entre outros aspectos;

- » a atuação do Denasus é feita no âmbito dos recursos federais, não cabendo a esse órgão atuar sobre o cumprimento da EC n. 29.

Vários desses questionamentos permanecem atuais e sem resposta.

3.5 O acompanhamento da Emenda Constitucional n. 29

A cada final de exercício, ou na elaboração da proposta orçamentária, sempre surge o tema sobre o cumprimento da Emenda Constitucional n. 29 pelas três esferas de governo, isto é, o volume mínimo de recursos determinado pela EC n. 29 foi aplicado em ações e serviços públicos de saúde?

Parece uma pergunta fácil de responder se as informações estiverem disponíveis para uma análise da execução orçamentária, mas se torna difícil, pois existem diversas interpretações sobre quais gastos podem ser considerados como ações e serviços públicos de saúde e qual a base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos, o embate base fixa versus base móvel do governo federal.

Ao determinar que um patamar mínimo de recursos – calculado aplicando-se a variação nominal do PIB sobre os gastos federais em saúde ano a ano – seria destinado obrigatoriamente a “ações e serviços públicos de saúde”, a EC n. 29 não determinou quais ações governamentais seriam consideradas para tal. Ao não expressar explicitamente, por exemplo, que apenas os gastos com ações do SUS seriam legítimos para o atendimento de metas definidas na EC n. 29, foi aberto muito espaço para dúvidas, tais como o que fazer com as despesas de saneamento; com os inativos do setor saúde; com os gastos das políticas de alimentação; e com os gastos do setor público com serviços de saúde de clientela fechada, como os planos de saúde dos servidores públicos. É essencial, portanto, que se estabeleça o que são “ações e serviços públicos de saúde”, aos quais os recursos foram vinculados, para que não ocorram interpretações diferenciadas a cada ano. (...)

A “outra questão referente à interpretação e à implementação da EC n. 29, que tem gerado debate constante, consiste na contraposição entre os critérios de “base móvel” “base fixa”. Por meio do artigo 77, adicionado ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a EC n. 29 definiu como ponto de partida o exercício de 1999, uma vez que estabeleceu como patamar mínimo de recursos da União para Ações e Serviços Públicos em Saúde no ano 2000 “o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”. (...)

A primeira interpretação defende que o termo apurado deve ser entendido como empenhado, à semelhança do que foi definido pela Emenda para o ano 2000. Este entendimento é conhecido como critério de base móvel, porque dessa forma a base de cálculo sempre será o volume de recursos efetivamente aplicado no ano anterior, exceto quando esse for inferior ao respectivo piso mínimo calculado – o que configuraria uma situação de desrespeito à emenda. Essa interpretação é compartilhada pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Tribunal de Contas da União (TCU), entre outros. A segunda defende que o termo apurado deve ser entendido como calculado, ou seja, o valor mínimo para determinado ano será o valor mínimo calculado para o ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Essa interpretação é conhecida como critério de base fixa, pois ao considerar como base de cálculo não a execução efetiva do ano imediatamente anterior, mas sim o piso calculado, os recursos previstos para Ações e Serviços Públicos de Saúde são, em cada ano, sempre correspondentes ao valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e corrigido pela variação nominal do PIB acumulada no período. Tal entendimento é defendido, fundamentalmente, pelo Ministério da Fazenda, pela Advocacia Geral da União (AGU) e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, esse último particularmente importante na medida em que orienta os vetos presidenciais à LDO e à Lei Orçamentária (Ipea 2005 – Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, n. 10).

A Tabela 17, extraída do Boletim do Ipea de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, número 16, página 95, demonstra as duas ordens de problemas.

Em relação à primeira questão, foi resolvido um aspecto relevante em torno do conflito que existia. A partir de 2006, a integralidade da execução do Programa Transferência Direta de Renda com Condicionais foi atribuída ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Assim, acabou-se com o problema da exclusão ou não deste programa para calcular a despesa com ações e serviços públicos em saúde, posições defendidas, respectivamente, pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Conforme se observa na tabela 17, desde 2006 as despesas com ações e serviços públicos de saúde apresentam o mesmo valor (colunas a e b).

No tocante à base de cálculo, a depender do critério utilizado, os resultados são distintos no que respeita ao cumprimento da EC n. 29 por parte do governo federal. Tomando-se o critério base fixa, no período de 2000 a 2007 o montante aplicado pelo Ministério da Saúde em ações e serviços públicos de saúde foi superior ao mínimo exigido em todos os anos, totalizando um saldo positivo acumulado de R\$ 11 bilhões. Entretanto, se a metodologia aplicada for a da base móvel, o governo só cumpriu o mínimo constitucional em 2000 e 2002, deixando de aplicar em ações e serviços públicos de saúde um total acumulado de R\$ 6,2 bilhões no mesmo período.

Em 2008, a dotação inicial reservada ao MS foi de R\$ 51,8 bilhões, dos quais 47,8 bilhões destinados às ações e serviços públicos de saúde. Entretanto, após discussão no Congresso, a lei orçamentária aprovada autorizou o valor de R\$ 52,6 bilhões para

o ministério, dos quais R\$ 48,6 bilhões para ações e serviços públicos de saúde, ou seja, R\$ 753 milhões a mais que a dotação inicial. Embora a dotação autorizada tenha aumentado em relação à dotação inicial, não foi ainda suficiente para ultrapassar o recurso mínimo que deveria ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde segundo critério da base móvel (R\$ 49,2 bilhões), superando apenas o mínimo calculado pelo critério da base fixa (R\$ 46,4 bilhões). (Ipea 2008 – Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, n. 16).

Tabela 17 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO MS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS) - 2000 A 2007 E ESTIMATIVA PARA 2008 (EM R\$ BILHÕES CORRENTES)

ANO	DESPESAS EM ASPS LDO (a) ¹	DESPESAS EM ASPS CNS (b) ²	BASE FIXA (c) ³	BASE MÓVEL (d) ⁴
2000	20,4	20,4	19,3	19,3
2001	22,5	22,5	21,4	22,6
2002	24,9	24,9	23,6	24,9
2003	27,2	26,8	26,8	28,3
2004	32,7	31,9	30,8	32,5
2005	36,5	34,4	35,2	37,3
2006	40,7	40,7	38,9	41,3
2007	44,3	44,3	42,3	44,9
2008 ⁵	48,6	48,6	46,4	49,2

FONTE: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal/Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Siafi/Sidor).

Notas: 1 Segundo a definição das LDOs: gastos totais do Ministério da saúde, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. 2 Além das exclusões previstas na LDO, excluíram-se também as despesas com os programas de transferência direta de renda de acordo com a Resolução nº 322 do Conselho Nacional de saúde. Estas exclusões deixaram de ocorrer a partir de 2006, quando a execução do Programa. 3 sob o enfoque da “base fixa”, o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o valor mínimo de recursos calculado pra o ano anterior. 4 Sob o enfoque da “base móvel”, o percentual de variação do PIB nominal é aplicado sobre o volume de recursos executado no ano anterior, exceto quando este for inferior ao piso mínimo. 5 Em 2008, as despesas em ASPS corresponderam à dotação inicial autorizada

Quanto aos governos estaduais, os questionamentos existentes também são de duas ordens de problemas:

- » em relação a receitas, exclusão de algumas receitas de impostos, bem como o Fundef (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério) e outros mais;
- » em relação a despesas, idêntica a das outras esferas, a inclusão de itens de despesas em ações e serviços de saúde que não seriam consideradas para tal.

Para que essas controvérsias acabem, faz-se necessária a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 que, desde 2003, tem projeto de lei tramitando no Congresso Nacional propondo sua regulamentação (capítulo 2).

3.6 O Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é um banco de dados cujo objetivo é coletar informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo.

A Portaria Interministerial n. 529 do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, de 30 de abril de 1999, designou uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do Siops.

Essa equipe iniciou a coleta de dados através de um sistema informatizado desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus), possibilitando a transmissão dos dados pela internet. Os dados transmitidos estão disponibilizados na internet, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, a partir do ano-base 1998.

O preenchimento de dados do Siops, como o Imposto de Renda, tem natureza declaratória. Atualmente, o Siops possui duas versões, sendo uma semestral (a partir de 2002) e outra anual.


O Departamento de Economia da Saúde (DES), da SCTIE/MS, coordena nacionalmente o Siops e conta com o auxílio de uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação (CT/Siops), multi-institucional composta por 19 membros. Foram constituídos Núcleos Estaduais de Apoio ao Siops, com funções de: estimular a adesão de municípios ao Siops, proporcionando-lhes apoio técnico necessário para que alimentem o Sistema; zelar pelas informações dos estados ao Sistema; analisar as informações geradas pelo Sistema, subsidiando os processos de planejamento e gestão do SUS no estado, e contribuir para o controle social sobre as políticas de financiamento da saúde.


Resumindo, o Siops é um sistema de informação que reúne dados declarados pelos estados e pelos municípios sobre financiamento (receita) e despesa com ações e serviços públicos de saúde. Os dados referentes à União ainda não são informados nesse sistema.

O CONASS entende que, como sistema de informação, o Siops deve ser alimentado por todas as Unidades da Federação a fim de permitir análises importantes para a administração pública. Vale reiterar, no entanto, que o Siops não se configura como instrumento hábil para aferimento do cumprimento da EC n. 29, sendo os respectivos Tribunais de Contas os encarregados legais pela fiscalização das contas dos governos (Consensus, 2006).



4 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE POR ESFERA DE GOVERNO NO BRASIL

- 4.1** Introdução
 - 4.2** Distribuição da arrecadação segundo principais tributos
 - 4.3** Distribuição da arrecadação e da receita disponível
 - 4.4** Distribuição federativa do gasto social
 - 4.5** Evolução do gasto das três esferas de governo
- 



4 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE POR ESFERA DE GOVERNO NO BRASIL

4.1 Introdução

Os gastos realizados pela administração pública para financiar as políticas sociais e outras despesas governamentais são provenientes de impostos, contribuições e taxas cobradas pelo Estado sobre a produção, consumo, renda e patrimônio. Conhecer o volume e a origem desses recursos é um elemento importante para a análise dos gastos públicos, particularmente para avaliar o espaço ocupado pelos gastos sociais e a forma, regressiva ou progressiva, como a tributação incide sobre os diferentes segmentos sociais.

O resultado da arrecadação de todos os tributos¹⁹, quando relacionado ao Produto Interno Bruto (PIB), dá uma proporção que corresponde ao conceito de carga tributária. Ou, dito de outra forma, a carga tributária corresponde ao percentual do PIB que é apropriado pelo setor público mediante a cobrança de tributos em determinado período.

A carga tributária brasileira aumentou bastante nos últimos anos, sendo, de longe, a mais alta da América Latina e bastante próxima a de países europeus com sistemas de proteção social bem mais abrangentes.

Em países federativos, como é o caso do Brasil, em que as diferentes esferas de governo possuem a capacidade legal para arrecadar tributos e compartilham a provisão de inúmeros serviços públicos, a distribuição da receita é um aspecto importante a ser levado em consideração. É importante, portanto, saber quanto cada esfera de governo (federal, estadual, municipal) arrecada – qual o produto dos tributos que são de competência própria de cada esfera – e como se dá a distribuição final da arrecadação pública, após as transferências governamentais constitucionais e legais²⁰ entre as diferentes instâncias de governo.

19_ Tributos é a denominação genérica utilizada para impostos, taxas, contribuições de melhoria, contribuições sociais, contribuições previdenciárias, contribuições de intervenção sobre o domínio econômico e contribuições de interesse de categorias profissionais.

20_ São exemplos de transferências constitucionais e legais da União para estados e municípios: Fundo de Participação dos Estados (FPE); Fundo de Participação dos Municípios (FPM); Fundo de Participação na Exportação (FPEX); Seguro para Recuperação de ICMS; Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF) e Salário Educação. Dos estados para os municípios: Imposto sobre Circulação de Mercadorias de Serviços (ICMS); Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Fundo de Participação nas Exportações (FPEX) e Fundo Nacional de Desenvolvimento do Ensino Fundamental (Fundef)

A carga tributária brasileira é extremamente alta – cerca de 39% do PIB em 2005 (AFONSO, MEIRELLES e CASTRO, 2006) ou de 37,37% do PIB, segundo a Secretaria da Receita Federal. Outra característica é ter a maior parte de sua arrecadação centralizada no governo federal²¹ (67,8% do total da arrecadação em 2005), embora o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS), arrecadado pelos estados, seja o principal imposto nacional. Percentuais menores são recolhidos pelos estados e pelos municípios (26,7% e 5,5%, respectivamente).

4.2 Distribuição da arrecadação segundo principais tributos

Observando-se, na Tabela 18, a distribuição da arrecadação, segundo os principais tributos, verifica-se que cerca de 75% concentra-se em não mais do que seis impostos ou contribuições sociais²², Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto de Renda (IR), Contribuição de Empregados e Empregadores para a Previdência Social, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)²³. Um deles, o ICMS, é responsável por mais de um quinto da receita nacional.

Considerando-se a incidência de tributos segundo a base de arrecadação, verifica-se que os maiores tributos recaem sobre a produção e circulação de bens e serviços. Em 2003, o ICMS, a Cofins, o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), o Programa de Integração Social (PIS), o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)²³, que tributam essa base, foram responsáveis por mais da metade da carga tributária brasileira. Por outro lado, é baixa a incidência dos tributos que são cobrados sobre o patrimônio: Impostos sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto Transmissão Intervivos (ITBI), Imposto Transmissão “Causa Mortis” e Doação (ITCD) e Imposto Territorial Rural (ITR).

21_ MF, Receita Federal, Coordenação Geral de Política Tributária. A Carga Tributária no Brasil 2005, Estudos Tributários 15, Brasil, agosto 2006. Disponível em: www.receita.fazenda.gov.br/Publico/Estudo?TRibutario/carga_fiscal.

22_ Contribuição social é uma espécie de tributo com finalidade constitucionalmente definida, a saber, intervenção no domínio econômico, interesse de categorias profissionais ou econômicas e seguridade social (MACHADO, 2002). Não é compartilhada automaticamente com estados e municípios como alguns outros tributos.

23_ Em 13 de dezembro de 2007, o Senado Federal não aprovou sua prorrogação e, com isso, ela deixou de ser cobrada a partir de 1º de janeiro de 2008.

Tabela 18 - DISTRIBUIÇÃO DA ARRECAÇÃO POR PRINCIPAIS TRIBUTOS, 2005

ESPECIFICAÇÃO	R\$ BILHÕES	% PIB	% TOTAL
PIB	1.937,6	-	-
Total	724,1	37,37	100,0
ICMS	154,8	7,99	21,4
Imposto de Renda	132,3	6,83	18,3
Contribuição sobre Folha	108,4	5,59	15,0
COFINS	86,8	4,48	12,0
FGTS	32,2	1,66	4,4
CPMF	29,2	1,51	4,0
IPI	26,1	1,35	3,6
PIS/PASEP	21,0	1,08	2,9
Contribuição sobre Lucros	24,2	1,25	3,3
Demais ¹	109,1	5,63	15,1

FONTE: www.fazenda.gov.br/Publico/Estudo/Tributario/cargafiscal

Nota: 1 Imp. Importação, ISS, IPVA, IPTU, IOF, ITBI, ITCD, ITR, demais tributos estimados

4.3 Distribuição da arrecadação e da receita disponível

Em países federativos, a concentração da arrecadação na esfera federal possibilita ao governo central exercer a função redistributiva. Ademais, pode haver maior eficiência na arrecadação centralizada de alguns impostos e contribuições sociais. Contudo, no caso brasileiro, como veremos mais adiante, existem outras razões que explicam essa concentração da arrecadação na União, como o fato de a criação de contribuições sociais ser prerrogativa da União e de a arrecadação desses tributos ter crescido muito nos últimos anos devido a sucessivos incrementos de alíquotas. De qualquer forma, após as partilhas constitucionais dos impostos que são arrecadados pela União e transferidos para estados e municípios e das transferências de estados para municípios, chega-se a uma nova distribuição do bolo tributário, que é a chamada da Receita Disponível²⁴.

Nesse novo conceito, distribuição da receita disponível por esfera de governo, verifica-se que, em 2005, a União transferiu para estados e municípios o equivalente a 4,3% do PIB. Os estados transferiram para os municípios o equivalente a 0,3% do PIB. Estes, por sua vez, têm sua receita aumentada em 4,5% do PIB em função das transferências constitucionais e legais recebidas das outras esferas de governo (Tabela 19).

24_ O conceito de Receita Disponível de cada esfera de governo corresponde à sua arrecadação própria (receita gerada pelos tributos da respectiva esfera de governo), mais ou menos as transferências constitucionais e legais.

Tabela 19 - ARRECADAÇÃO E RECEITA DISPONÍVEL EM % DO PIB E DISTRIBUIÇÃO POR ESFERA DE GOVERNO, 2005

ESPECIFICAÇÃO	EM % DO PIB			DISTRIBUIÇÃO %		
	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
Arrecadação	26,7	10,1	2,2	67,8	26,7	5,5
Receita disponível	22,4	9,8	6,7	57,6	25,2	17,2
Variação (pontos %)	(-) 4,3	(-) 0,3	(+) 4,5	(-) 10,2	(-) 1,5	(+) 11,7

FONTE: Afonso, J. R; Meireles, B. B; Castro, K. P. (2006)

4.4 Distribuição federativa do gasto social

Em 2004, o gasto social das três instâncias de governo foi estimado como equivalente a 22,36% do PIB (AFONSO, 2006). A Previdência Social, incluídos tanto os gastos do regime geral quanto os regimes dos servidores públicos, é responsável pela maior proporção dos gastos: 50% do total ou 11,1% do PIB. A segunda maior área de gastos corresponde à área de educação: 20% dos gastos sociais, correspondendo a 4,4% do PIB. Os gastos com saúde seriam correspondentes a 16% do gasto social das três esferas ou 3,5% do PIB (Tabela 20).

Tabela 20 - GASTO SOCIAL DAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO, EM % DO PIB, 2004

ÁREA	% PIB	% TOTAL
Previdência	11,1	50
Educação	4,4	20
Saúde	3,5	16
Assistência Social	1,0	4
Urbanismo	0,9	4
Outras Sociais	1,4	6
Total	22,3	100

FONTE: Afonso, JR. e Araujo, EA. (2006)¹

A distribuição do gasto social segundo esfera de execução, em 2004, pode ser vista na Tabela 21. Verifica-se que a União é responsável por 54% do gasto social, enquanto os estados responsabilizam-se por 25% e os municípios, por 21%.

Tabela 21 - GASTO SOCIAL POR ESFERA DE GOVERNO, SEGUNDO PERCENTUAL DO PIB E DO GASTO TOTAL

ESFERA DE GOVERNO	% PIB	% TOTAL
União	12,2	54,0
Estados	5,5	25,0
Municípios	4,7	21,0
Total	22,4	100,0

FONTE: Afonso, Jr. e Araujo, EA. (2006)

Note-se, contudo, que nessa distribuição as transferências para outras esferas de governo estão contabilizadas como gasto da esfera governamental recebedora. Por exemplo, todas as transferências do SUS/MS estão computadas como gasto com saúde de estados e municípios. Mesmo assim, a participação da União é majoritária no conjunto dos gastos da área social. Isso ocorre porque os gastos do regime geral de Previdência – gastos do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) – são realizados diretamente pela União, além disso, os gastos com os benefícios previdenciários de servidores públicos federais, civis e militares, são significativos.

4.5 Evolução do gasto das três esferas de governo com Saúde

O acompanhamento da evolução do gasto das três esferas de governo com saúde, ou com as áreas sociais de uma forma geral, não é trivial. Entre os trabalhos que fizeram esse tipo de levantamento, cabe citar os realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) de São Paulo e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) nas décadas de 1980 e 1990.

Esses trabalhos tinham uma característica comum, que era a de fazerem estimativas para os gastos municipais a partir de uma amostra de municípios. Outra característica desses levantamentos era a dificuldade em tratar as transferências intra e intergovernamentais de forma a se evitar a dupla contagem de recursos.

Com a criação do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e com a aprovação da Emenda Constitucional n. 29 em 2000, passou-se a ter mais uma fonte para acompanhamento das despesas públicas com saúde, principalmente das despesas municipais, uma vez que se passou a ter informação direta de milhares de municípios.

A análise da evolução dos gastos públicos com saúde desenvolvida neste capítulo é feita utilizando os dados informados ao Siops por estados e municípios.

4.5.1 A participação relativa das três esferas de governo no financiamento do SUS

A Emenda Constitucional n. 29 provocou alteração importante na distribuição relativa dos gastos das três esferas de governo com saúde. Nos últimos anos, em parte por força da EC n. 29, ocorreu uma redução crescente da participação relativa da União no financiamento público da saúde.

A Tabela 22, a seguir, apresenta a distribuição relativa do gasto público total com saúde, entre União, estados e municípios para alguns anos anteriores a 1995 e de 2000 a 2008. Até 1995, os dados referem-se à despesa total com saúde das três esferas de governo. Nesses anos, a metodologia utilizada já desconsiderava os gastos realizados com inativos e pensionistas da saúde, com assistência social, com alimentação e nutrição e saneamento básico, mesmo quando executados por órgãos da saúde. Entretanto, não excluía as despesas com juros e encargos das dívidas interna e externa e com assistência médica a servidores públicos de outros órgãos ou poderes.

Nota-se, contudo, que, independentemente da forma de agregação ou dos conceitos utilizados para consolidar o gasto público com saúde, há uma nítida tendência de redução da participação do governo federal nos gastos. Entre 1980 e 1990, a União era responsável por mais de 70% do gasto público com saúde. Em 2000, estava em torno de 58,6%, em 2008, essa participação caiu para 43,5%. Ou seja, a participação dos estados e dos municípios no financiamento da saúde cresceu, consideravelmente, nos últimos anos.

Tabela 22: PARTICIPAÇÃO NA DESPESA COM SAÚDE SEGUNDO ESFERA DE GOVERNO, 1980 A 2008

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	75,0	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4
2000	58,6	20,2	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3
2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,3	27,0
2007	45,8	26,9	27,3
2008	43,5	27,6	29,0

FONTE: 1980, 1985 e 1990: Barros MED, Piola SF e Vianna SM (1996)

1995: Piola, SF e Bisotto, G (2001)

União - 2000 a 2008: MS/SPO/CGOF/CAA, planilhas elaboradas para a COFIN/CNS

Estados: MS/SIOPS Indicadores - Ano base 2000 e 2001 e Série Histórica - 2002 em diante (anual) - [HTTP://siops.datasus.gov.br/indicauf.php?escuf=3](http://siops.datasus.gov.br/indicauf.php?escuf=3)


Municípios: MS/SIOPS Indicadores - Série Histórica - 2000 em diante (anual) - <http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>

Obs: 1980 a 1990 - Despesa total com saúde. 1995 - Gasto público com saúde, exclui inativos e dívida e acrescenta gastos com saúde, exceto os destinados a servidores públicos de outros órgãos federais. 2000 a 2001 - despesas empenhada 2002 a 2003 - despesa liquida. A partir de 2004 - despesa empenhada, sendo deduzidos os restos a pagar sem disponibilidade financeira e os restos a pagar com disponibilidade financeira do exercício anterior cancelados no exercício considerado.



5

FONTES FEDERAIS DO SUS E DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- 5.1 **Evolução do financiamento federal da saúde**
 - 5.2 **Estrutura do gasto do Ministério da Saúde**
 - 5.3 **Descentralização e governança dos recursos**
 - 5.4 **Regionalização das transferências do Ministério da Saúde**
- 

5 FONTES FEDERAIS DO SUS E DISTRIBUIÇÃO DOS GASTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

5.1 Evolução do financiamento federal da saúde

5.1.1 Participação da área de saúde no Gasto Social Federal (GSF)

O Gasto Social Federal (GSF) representa, segundo a metodologia adotada no Ipea, o somatório dos dispêndios da União com Previdência Social, Assistência Social, Educação, Cultura, Trabalho, Saúde, Alimentação e Nutrição, Habitação e Urbanismo, Saneamento, Emprego e Defesa do Trabalho, Desenvolvimento Agrário e Benefícios para Servidores Públicos. O GSF tem-se mantido em ascensão: em 1995 correspondia a 12,28% do PIB. Em 2005 atingiu o montante de R\$ 296,7 bilhões, equivalente a 15,32% do PIB (Tabela 23), o que significa um incremento da ordem de 24% entre 1995 e 2005.

Tabela 23 - GASTO SOCIAL FEDERAL COMO PERCENTUAL DO PIB, 1995 - 2005, EM R\$ MILHÕES CORRENTES

ANO	PIB(1)	GSF (2)	%	ÍNDICES 1995=100
1995	646.191,5	79.346	12,28	100,0
1996	778.886,7	92.705	11,90	96,9
1997	870.743,0	108.073	12,41	101,1
1998	914.187,9	118.528	12,97	105,6
1999	973.846,0	129.542	13,30	108,3
2000	1.101.255,1	148.088	13,45	109,5
2001	1.198.736,2	164.967	13,76	112,1
2002	1.346.027,6	190.892	14,18	115,5
2003	1.556.182,1	220.161	14,15	115,2
2004	1.766.621,0	256.292	14,51	118,1
2005	1.937.598,3	296.752	15,32	124,7

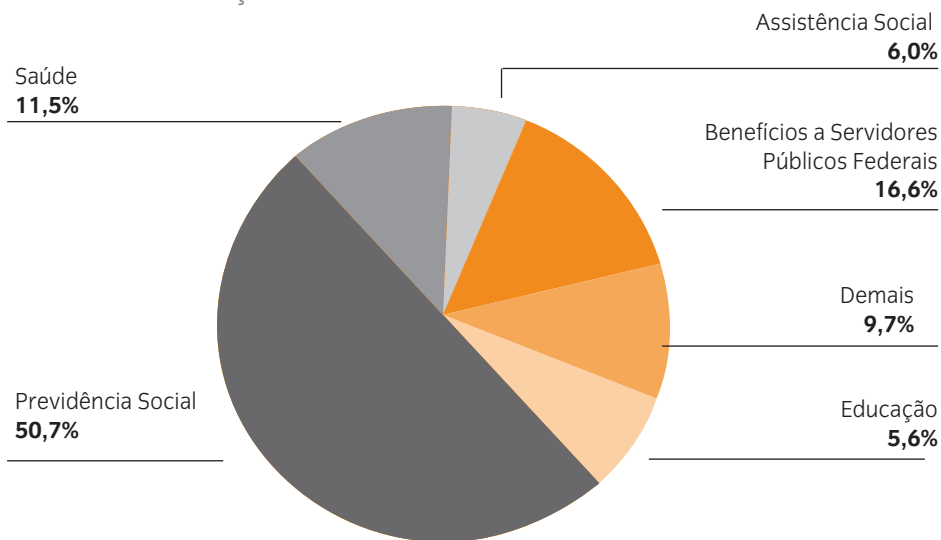
FONTE: (1) Banco Central, (2) Ipea/Disoc.

O principal item de dispêndio do Gasto Social Federal é a Previdência Social, basicamente o regime geral. Em 2005, os gastos com essa área somaram R\$ 150 bilhões, mais

da metade (50,7%) do total. Nesse item, contudo, não estão incluídos os gastos com os regimes de servidores públicos civis e militares. Esses dispêndios estão incluídos na área de Benefícios para Servidores Públicos, que engloba os gastos com assistência médica, previdência e com serviços assistenciais para os servidores públicos, civis e militares, dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Benefícios para Servidores é a segunda principal área de gasto, com R\$ 49,1 bilhões em 2005, correspondendo a 16,6% do gasto social federal.

Saúde²⁵, com um gasto de R\$ 34,1 bilhões em 2005, é a terceira principal área de dispêndio. Em 2005, foram aplicados em saúde recursos equivalentes a 11,5% do GSF. Assistência Social, aqui incluídos o Programa Bolsa Família e os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) para idosos e deficientes carentes, absorveu R\$ 17,8 bilhões em 2005, constituindo o quarto item de dispêndio. Com Educação, foram gastos R\$ 16,6 bilhões, o equivalente a 5,6% do GSF. As demais áreas (alimentação e nutrição, cultura, habitação e urbanismo, saneamento, desenvolvimento agrário e emprego e defesa do trabalho) absorveram R\$ 28,7 bilhões, o equivalente a 9,7% do GSF (Gráfico 2).

Gráfico 2 BRASIL - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO GSF POR ÁREA EM 2005



FONTE: Ipea/Disc

25_ A área de saúde segundo a metodologia do Ipea para dimensionar o Gasto Federal Social tem um conceito um pouco diferente do utilizado no SUS para definir Ações e Serviços Públicos de Saúde para efeito de cumprimento da Emenda Constitucional n. 29. No levantamento do Ipea, para efeito do GSF, os gastos com Saúde são compostos pelos gastos totais do Ministério da Saúde, subtraídos os dispêndios com alimentação e nutrição, saneamento básico, assistência médica e social a servidores, juros e encargos das dívidas interna e externa e inativos e pensionistas. Inclui, no entanto, as despesas de custeio dos Hospitais de Ensino e Universitários (MEC).

Em relação ao GSF, o gasto com ações e serviços de saúde²⁶ do Ministério da Saúde representou, no período entre 1995 e 2005, 15,45% (1995) e 12,35% (2003). Em 2005, foi equivalente a 12,52% do Gasto Social Federal, o que dá bem a dimensão dos gastos do SUS dentro desse agregado de despesas federais²⁷ (Tabela 24).

Tabela 24 - GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE COMO PERCENTUAL DO GASTO SOCIAL, 1995-2005, EM R\$ MILHÕES CORRENTES

ANO	GSF (1)	ASPS (2)	%	ÍNDICE 1995 = 100
1995	79.346	12.257	15,45	100,0
1996	92.705	12.408	13,38	86,6
1997	108.073	15.464	14,31	92,6
1998	118.528	15.246	12,86	83,3
1999	129.542	18.353	14,17	91,7
2000	148.088	20.352	13,74	89,0
2001	164.967	22.474	13,62	88,2
2002	190.892	24.736	12,96	83,9
2003	220.161	27.183	12,35	79,9
2004	256.292	32.703	12,76	82,6
2005	296.752	37.146	12,52	81,0

FONTE: (1) Ipea/Disoc. (2) MS/SPO.

5.1.2 Evolução das fontes de financiamento do Ministério da Saúde

As contribuições sociais têm sido, de longe, o grupo hegemônico de fontes no financiamento do MS. Somente em três anos – 1995, 1996 e 1999 –, a participação desse grupo de fontes ficou abaixo de 70%. Em 2005, no seu pico, superou 88% das receitas (Tabela 25 e Gráficos 3 e 4).

A participação de cada fonte varia no tempo. Em 1995, a Cofins correspondia a quase 50% do total das contribuições destinadas ao MS. A CPMF teve seu apogeu em 2002 (36%), enquanto, em 2005, a participação da Contribuição sobre o Lucro Líquido foi a mais importante (39,7%).

26_ Corresponde, basicamente, ao gasto total do Ministério da Saúde menos os gastos com inativos e pensionistas e encargos das dívidas interna e externa. É o conceito utilizado para verificação do cumprimento da EC n. 29 pela União.

27_ O conceito de Ações e Serviços de Saúde e o utilizado pelo Ipea para agregar os gastos da área no Gasto Social Federal são ligeiramente diferentes, daí os percentuais diferentes, quando comparados ao GSF total.

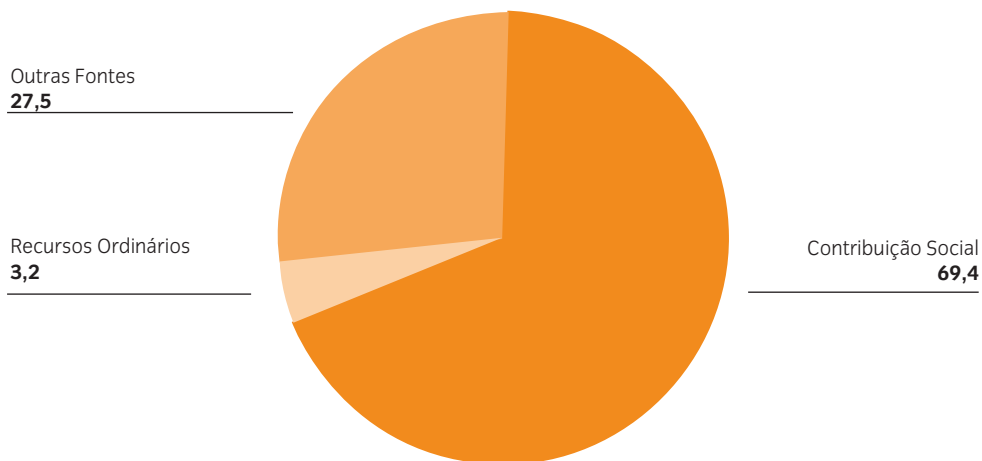
A participação dos Recursos Ordinários do Tesouro – a segunda fonte mais destacada depois do conjunto das Contribuições Sociais – tem sido irregular (Tabela 25 e Gráfico 1). No seu apogeu, só teve alguma importância (acima de 14% do total do financiamento) em 1999 e 2001. Em outros dois anos (1996 e 1997), sua presença no custeio do MS foi praticamente residual (0,2% e 1,0%, respectivamente).

Tabela 25 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO GASTO, SEGUNDO A FONTE DOS RECURSOS, 1995-2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7	5,2	14,3	10,3	13,1	7,1	4,8
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8	0,7	0,9	1,3	0,5	0,0	0,0
Operações Crédito Internas - Moeda	7,6	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Operações Crédito Externas - Moeda	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4	2,6	2,1	1,8	1,1	0,7	0,7
Recursos Diretamente Arrecadados	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5	3,2	3,1	2,6	2,3	2,2	2,3
CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5	81,5	74,4	78,7	80,9	87,2	88,2
› Contrib. Social Luco PJ	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3	12,3	7,1	23,5	27,4	32,7	39,7
› Contrib. Social p/Financ. Segurid. Social	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6	37,7	39,5	19,2	21,1	25,1	19,2
› Contrib. Prov. s/Mov. Financeira	0,0	0,0	27,8	37,1	22,6	31,5	27,6	36,0	32,4	29,4	29,3
FSE/FEF/DRU	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	1,7	0,0	0,9	0,3
Demais Fontes	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0	6,8	1,2	3,5	2,2	1,9	3,7
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

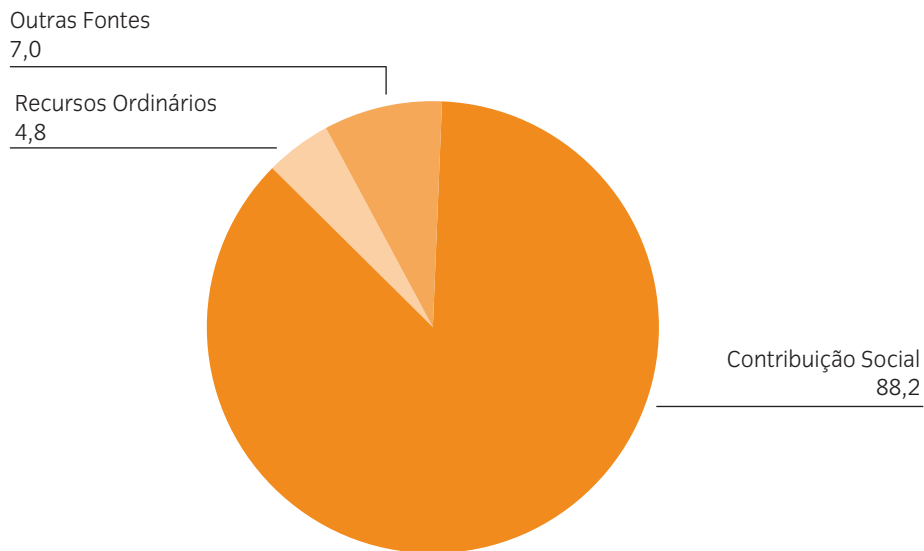
FONTE: Siaf/Sidor. Elaboração Ipea/Disoc

Gráfico 3 MS PARTICIPAÇÃO % DAS PRINCIPAIS FONTES EM 1995



Fonte: MS/Siaf/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc

Gráfico 4 MS PARTICIPAÇÃO % DAS PRINCIPAIS FONTES EM 2005



FORNTE: MS/Siaf/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc

O Fundo de Estabilização Fiscal, criado como Fundo Social de Emergência em 1994, foi rebatizado como Desvinculação de Receitas da União (DRU) em 2000. A DRU, com vigência até 2007, é composta pela desvinculação de 20% das receitas de impostos e

contribuições, entre as quais estão incluídas as contribuições vinculadas ao Orçamento da Seguridade Social (OSS). A justificativa para a criação da DRU foi a necessidade de dar maior flexibilidade ao orçamento da União.

As receitas do MS, em valores reais, corrigidos pelo IPCA, mantiveram-se em ascensão entre 1995 e 2005. Embora registrando três quedas na sua evolução, a única importante ocorreu em 1996 (-16,7%). A diferença entre valores extremos – R\$ 27 bilhões em 1997 e R\$ 40,80 bilhões em 2005 – foi de 51,1%. Na média do período, a receita foi da ordem de R\$ 34,6 bilhões. Dos quatro anos que registraram receita significativa acima da média do período, a maior foi em 2005, quando a diferença ficou perto de 18%. Dos sete anos que registraram valores abaixo da média, cinco são de antes de 2000. O melhor desempenho das receitas, a partir de 2000, parece decorrer da EC n. 29 (Tabela 26).

Tabela 26 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO, SEGUNDO A FONTE DOS RECURSOS, 1995-2005, EM R\$ BILHÕES MÉDIOS 2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Recursos Ordinários	1,0	0,1	0,3	3,5	4,8	1,8	5,3	3,8	4,5	2,8	2,0
Títulos Resp. Tesouro Nacional	0,9	0,9	0,9	0,2	0,3	0,2	0,3	0,5	0,2	0,0	0,0
Operações Crédito Internas - Moedas	2,5	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Operações Crédito Externas -Moedas	0,3	0,2	0,2	0,3	0,5	0,9	0,8	0,7	0,4	0,3	0,3
Recursos Diretamente Arrecadados	0,8	0,7	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,0	0,8	0,9	0,9
CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	22,5	17,1	24,1	23,3	20,6	28,0	27,5	29,1	27,9	34,1	36,0
› Contrib. Social Lucro PJ	6,5	5,6	6,4	2,6	4,4	4,2	2,6	8,7	9,4	12,8	16,2
› Contrib. Social p/ Financ. Segurid. Social	15,9	11,5	8,6	8,5	8,8	12,9	14,6	7,1	7,3	9,8	7,8
› Contrib. Prov. s/Mov Financeira	0,0	0,0	9,2	12,2	7,4	10,8	10,2	13,3	11,2	11,5	12,0
Fundo de Estabilização Fiscal	3,9	4,8	6,4	4,4	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,6	0,0	0,3	0,1
Demais Fontes	0,6	1,0	0,2	0,2	1,0	2,4	0,4	1,3	0,7	0,7	1,5
Total	32,4	27,0	33,0	32,8	33,0	34,4	37,0	37,0	34,4	39,0	40,8

FONTE: MS/SE/SPO. Ipea/Disoc.

Nota: Deflator IPCA Médio 2005

5.1.3 Progressividade ou regressividade no financiamento

A carga tributária brasileira é criticada não apenas por ser exagerada – quando comparada a outros países – e, nos últimos anos, por apresentar clara tendência de crescimento. Também é criticada por incidir em demasia sobre os salários e, sobretudo, por ser regressiva, na medida em que penaliza os mais pobres. Assim, o financiamento dos serviços de saúde – feito com base em impostos gerais e contribuições sociais – pode ter características progressivas ou regressivas, dependendo de como esse ônus distribui-se na sociedade. Alta participação dos impostos indiretos na carga tributária e/ou alíquota única para as diferentes faixas de renda ou de valor relativamente baixo para o estrato mais rico, no caso de impostos diretos, são formas regressivas de financiar o setor público e, conseqüentemente, os serviços de saúde.

Entre as famílias que ganham até dois salários mínimos (SM), a carga tributária em 2004 foi equivalente a 48,8% da renda familiar mensal (Tabela 27). Para os de renda mais alta (mais de 30 SM), o percentual foi bem menor (26,6%). A tendência, portanto, tem sido de aumento da iniquidade. Entre 1996 e 2004, o percentual de renda familiar comprometido com impostos cresceu 26,6% para os mais pobres (renda até 2 SM) e apenas 8,4% para os mais ricos (mais de 30 SM) (Fipe/USP, 2006).

Tabela 27- BRASIL - CARGA TRIBUTÁRIA POR FAIXA DE RENDA MENSAL FAMILIAR EM 2004 E PERCENTUAL DE CRESCIMENTO EM RELAÇÃO A 1996

RENDA MENSAL FAMILIAR EM SM*	CARGA TRIBUTÁRIA EM 2004 (%)	(%) DE AUMENTO (1996-2004)
Até 2	48,8	20,6
2 a 3	38,0	15,4
3 - 5	33,9	14,5
5 - 6	32,0	14,0
6 - 8	31,7	13,7
8 - 10	31,7	15,6
10 - 15	30,5	15,4
15 - 20	28,4	13,5
20 - 30	28,7	13,9
Mais de 30	26,3	8,4

FONTE: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) da USP

Nota: *Salário Mínimo

Em estudo de 2006 com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE (2002/2003), Ugá e Santos discutem a questão da regressividade/progressividade das fontes que financiam o SUS. Como já referido, uma fonte é progressiva quanto o tributo que a gera onera mais os que podem pagar mais. É regressiva quando ocorre o oposto. Ela é proporcional quando incide proporcionalmente à renda do contribuinte. No Brasil, de um modo geral os impostos indiretos – como o ICMS, principal imposto nacional – são regressivos e os diretos são progressivos como acontece, por exemplo, com o Imposto de Renda.

O estudo aponta que o financiamento do SUS, na sua totalidade e não apenas o componente federal, é progressivo para os três primeiros decis mais pobres da população (1º, 2º e 3º), que contribuem menos do que proporcionalmente à sua renda. Do 4º ao 9º decil, que comporta os estratos pobres e médios da população, a relação renda/pagamentos aproxima-se da proporcionalidade. É regressivo para o último extrato (10º), em que se alojam os 10% mais ricos da população.

O Índice de Kakwani²⁸ do financiamento público calculado na pesquisa é de 0,008, correspondendo, portanto, a um sistema que onera quase proporcionalmente a renda. Mas, como conclui o estudo, um financiamento proporcional em uma sociedade tão desigual quanto a brasileira, é - no mínimo - questionável. Seria, portanto, “desejável do ponto de vista da justiça social, construir bases de financiamento do SUS francamente progressivas, de forma a contra-restar a fortíssima concentração de renda da nossa sociedade.”

5.2 Estrutura do gasto do Ministério da Saúde

5.2.1 Despesa por categoria econômica

O processo de implementação do SUS acarretou mudanças substanciais no perfil orçamentário do Ministério da Saúde (Tabelas 28 e 29). Em síntese: enquanto, em 1995, 71,7% das despesas atendiam pagamento de pessoal (16,7%) e outras despesas correntes (54,8%), em 2005 esses grupos de despesas tiveram sua participação reduzida para quase 30%. Enquanto isso, as transferências a estados e municípios, que representavam 7,9% da despesa total do MS em 1995, passaram a constituir 58,3% desse total, ou seja, um crescimento em valores relativos de quase 7,4 vezes.

28_ Este índice é utilizado para avaliar a progressividade dos impostos. Mede a diferença entre a curva de concentração do imposto e a curva de Lorenz antes do imposto. Quanto mais próximo de zero, mais proporcional à renda é o imposto.

Tabela 28 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO GASTO TOTAL, SEGUNDO CATEGORIA ECONÔMICA - 1995 A 2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoal	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3	12,4	10,9	12,1	12,3	11,4	9,2
Outras Despesas Correntes	54,8	55,5	52,3	42,4	39,3	33,8	30,7	29,3	26,2	19,2	20,7
Investimentos	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7	1,6	1,2	0,7	0,8	1,2	1,1
Amortização, Juros e Encargo de Dívida	9,0	3,5	8,5	3,2	0,8	0,2	0,9	1,3	1,4	1,3	0,8
Inativos e Pensionistas	8,8	10,3	8,4	10,0	9,1	9,0	7,9	7,6	7,4	7,3	7,0
Transf. de Estados e DF	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2	11,0	14,8	20,2	22,1
Transf. Municípios	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0	32,0	34,4	34,7	34,3	36,4	36,3
Outros	1,6	1,6	1,8	3,6	3,5	3,2	2,8	3,3	2,8	3,1	2,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: MS/SE/SPO. Ipea/Disoc.

O decréscimo em Outras Despesas Correntes deve-se, em grande parte, ao processo de descentralização. Com isso, o Ministério deixou de pagar diretamente a rede prestadora contratada, responsabilidade que passou a ser de estados e municípios. Em valores absolutos, as outras despesas correntes baixaram de R\$ 17,8 bilhões, em 1995, para R\$ 8,4 bilhões, em 2005. Dessa forma, a participação relativa desse item caiu, em relação à despesa do Ministério da Saúde, de 54,9% do total em 1995 para 20,55% em 2005.

Algumas categorias de despesas do MS também demonstraram comportamento peculiar. É o caso, já referido, do gasto com pessoal. Além de pequeno²⁹, é decrescente tanto em valores reais como relativos (Tabelas 28, 29 e 30). Explicam essa peculiaridade os baixos salários e o alto percentual de pessoal terceirizado. Ademais, a função provedora do MS tem pouca expressão relativa, sendo decrescente nos últimos anos³⁰, contrastando com as secretarias estaduais e municipais de saúde. A oferta federal de hospitais não tem crescido, o que é coerente com a diretriz constitucional da descentralização. Nesse aspecto, a Rede Sarah seria a única exceção, mas essa instituição, a rigor, não integra a rede própria do MS³¹.

29_ Na saúde, setor intensivo em mão de obra, o gasto com pessoal pode chegar a mais de 60% em média.

30_ Seria ainda menor não fora as exceções abertas pela Lei n. 8.080/90 (Art. 41 e Art. 45), que preservou, na órbita federal, a Rede Sarah e o Inca no MS e os hospitais universitários no MEC. Alguns estudiosos do financiamento setorial consideram a participação federal na provisão de serviços assistenciais ainda alta para um sistema descentralizado.

31_ Contudo, essa peculiar entidade privada criada por lei pode ser tratada como integrante da rede federal, porque todo o seu financiamento provém do MS ao qual está vinculada por contrato de gestão.

Tabela 29 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: GASTO TOTAL, SEGUNDO CATEGORIA ECONÔMICA, 1995-2005. EM R\$ BILHÕES MÉDIOS/2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pessoal	5,4	4,5	4,4	4,2	4,1	4,3	4,0	4,5	4,2	4,5	3,8
Outras Despesas Correntes	17,8	15,0	17,2	13,9	13,0	11,6	11,4	10,8	9,0	7,5	8,4
Investimentos	0,5	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4
Amortização, Juros e Encargo de Dívida	2,9	0,9	2,8	1,1	0,3	0,1	0,3	0,5	0,5	0,5	0,3
Inativos e Pensionistas	2,9	2,8	2,8	3,3	3,0	3,1	2,9	2,8	2,5	2,9	2,9
Transf. de Estados e DF	0,8	0,4	0,7	1,1	1,4	2,7	4,1	4,1	5,1	7,8	9,0
Transf. Municípios	1,7	2,9	4,3	7,9	9,9	11,0	12,7	12,8	11,8	14,2	14,8
Outros	0,5	0,4	0,6	1,2	1,2	1,1	1,0	1,2	1,0	1,2	1,1
Total	32,4	27,0	33,0	32,8	33,0	34,4	37,0	37,0	34,4	39,0	40,8

FONTE: Siafi/Sidor.

Elaboração: Ipea/Disoc.

Nota: Deflator IPCA Médio 2005

Assim, o dispêndio com a folha de salário³² caiu 29,6% no período analisado em valores absolutos (Tabela 29). Em valores relativos, a queda foi de 7,4 pontos: 16,6% em 1995 para 9,2% em 2005 (Tabela 28). Tomando outro agregado de despesa como parâmetro, a participação relativa dos salários do MS na despesa com ações e serviços públicos de saúde passou de 20% para 11,65% em uma queda quase ininterrupta de 41,7% entre 1995 e 2006 (Tabela 30).

Tabela 30 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: GASTO COM PESSOAL ATIVO COMO PROPORÇÃO DO GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, 1995 A 2004. R\$ MILHÕES NOMINAIS

ANO	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE R\$	PESSOAL ATIVO R\$	%
1995	12.257	2.451	20,00
1996	12.408	2.364	19,05
1997	15.464	2.447	15,82
1998	15.246	2.250	14,76
1999	18.353	2.501	13,63
2000	20.352	2.631	12,93

32_ A Tabela 28 não inclui o gasto com pessoal da Rede Sarah e, até 2002, com o pessoal do GHC.

(continuação)

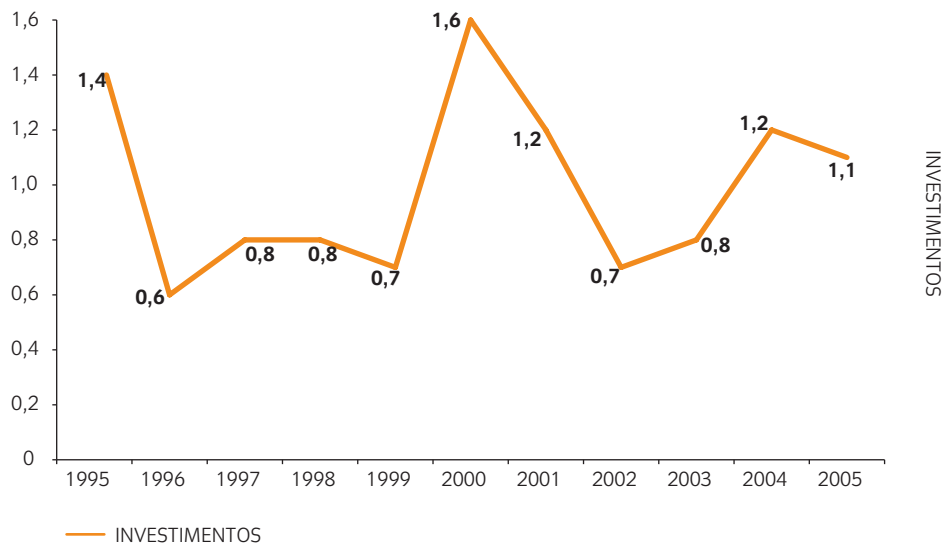
ANO	AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE R\$	PESSOAL ATIVO R\$	%
2001	22.474	2.628	11,69
2002	24.736	2.974	12,02
2003	27.183	3.336	12,27
2004	32.703	3.810	11,65

FONTE: MS/SE/SPO.

O comportamento da despesa com inativos e pensionistas ficou praticamente estável quando visto em valores absolutos, mas sua participação relativa no gasto do MS teve pequena queda, embora constante a partir de 1998 (Tabelas 28 e 29).

A taxa de investimento direto, por outro lado, é bastante baixa. O máximo alcançado foi 1,6% do total em 2000. Deve ser lembrado, entretanto, que essa taxa não representa, de fato, o total de investimento financiado com recursos federais, uma vez que outros recursos para esse mesmo fim (investimentos por parte de estados e municípios) estão incorporados na rubrica de transferências para estados e transferências para municípios.

Gráfico 5 EVOLUÇÃO DA TAXA DE INVESTIMENTOS, 1995-2005



Fonte: Ipea/Disoc

Nota: Não inclui transferências de capital para estados e municípios

5.2.2 Alocação finalística

5.2.2.1 A PRIORIDADE PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

As Tabelas 31 e 32 mostram de forma inequívoca a prioridade da atenção primária/básica, quando confrontam o gasto dessa área com o de atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), ou mesmo com o dispêndio total com ações e serviços públicos de saúde.

Entre 1995 e 2004, último ano do período analisado, o gasto com atenção básica ganhou importância relativa e absoluta no total de despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Em 1995, representavam 10,82% da despesa com ASPS. Em 2004, a participação subiu para 18,34%.

A Média e Alta Complexidade (MAC), por sua vez, diminuiu ligeiramente a sua participação relativa: de 50,01% em 1995 para 48,34% em 2004.

Em valores absolutos (Tabela 32 e Gráfico 6), o gasto com atenção básica mais do que dobrou (+122%). Em contrapartida, a atenção MAC teve um desempenho bem menos exuberante: aumentou perto de 27%.

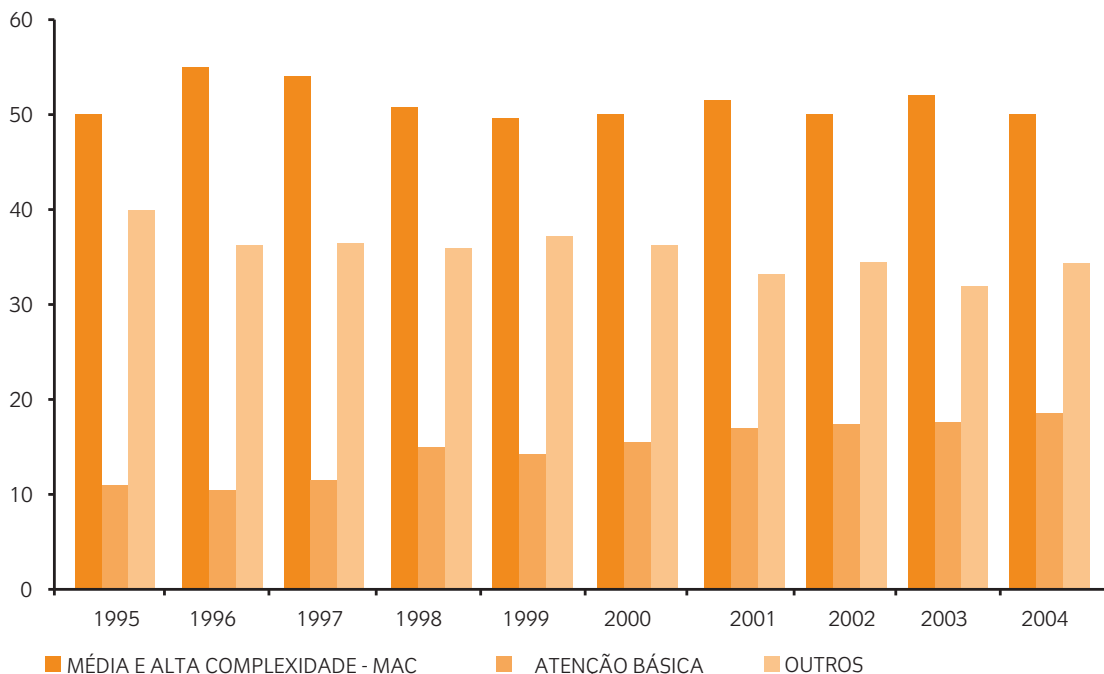
Tabela 31 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: EVOLUÇÃO DAS DESPESAS SEGUNDO GRANDES ÁREAS PROGRAMÁTICAS 1995 A 2004. R\$ MILHÕES MÉDIOS/2005

ANO	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		ATENÇÃO BÁSICA		OUTROS		TOTAL DE GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
1995	13.308	50,01	2.879	10,82	10.423	39,17	26.609	100
1996	12.573	54,03	2.427	10,43	8.271	35,54	23.270	100
1997	14.353	52,92	3.183	11,74	9.587	35,35	27.123	100
1998	12.915	49,84	3.783	14,60	9.214	35,56	25.913	100
1999	14.564	48,96	4.232	14,23	10.952	36,82	29.748	100
2000	15.351	49,81	4.656	15,11	10.810	35,08	30.817	100
2001	16.082	50,49	5.241	16,45	10.529	33,06	31.852	100
2002	15.954	49,35	5.525	17,09	10.847	33,55	32.326	100
2003	15.687	50,66	5.423	17,51	9.858	31,83	30.967	100
2004	16.893	48,34	6.409	18,34	11.648	33,33	34.950	100

FONTE: MS/SE/SPO.

Nota: Deflator - IPCA Médio/2005

Gráfico 6 PARTICIPAÇÃO % SEGUNDO GRANDES ÁREAS PROGRAMÁTICAS 1995 A 2004



FONTE: MS/Siafi/Sidor

Elaboração: Ipea/Sidoc

A Tabela 32 mostra a evolução dos três itens, tomando o ano 1995 como base. Entretanto, quando se considera os dados a partir de 1996, verifica-se que somente a atenção básica teve crescimento ininterrupto em toda a série. A média e alta complexidade teve oscilações em 1998 e 2002. O total de ASPS variou para menos em 1998 e 2003. Mas, para os quatro itens da tabela, o melhor ano do período foi, sem dúvida, 2004.

Tabela 32 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: EVOLUÇÃO DAS DESPESAS SEGUNDO GRANDES ÁREAS PROGRAMÁTICAS, 1995 A 2004. R\$ MILHÕES MÉDIOS/2005

ANO	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - MAC		ATENÇÃO BÁSICA		OUTROS		TOTAL DE GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	
	R\$	ÍNDICES 1995=100	R\$	ÍNDICES 1995=100	R\$	ÍNDICES 1995=100	R\$	ÍNDICES 1995=100
1995	13.308	100,0	2.879	100,0	10.423	100,0	26.609	100,0
1996	12.573	94,5	2.427	84,3	8.271	79,4	23.270	87,5
1997	14.353	107,9	3.183	110,6	9.587	92,0	27.123	101,9

(continuação)

ANO	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE-MAC		ATENÇÃO BÁSICA		OUTROS		TOTAL DE GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	
	R\$	ÍNDICES 1995=100	R\$	ÍNDICES 1995=100	R\$	ÍNDICES 1995=100	R\$	ÍNDICES 1995=100
1998	12.915	97,1	3.783	131,4	9.214	88,4	25.913	97,4
1999	14,564	109,4	4.232	147,0	10.952	105,1	29.748	111,8
2000	15.351	115,4	4.656	161,7	10.810	103,7	30.817	115,8
2001	16.082	120,8	5.241	182,1	10.529	101,0	31.852	119,7
2002	15.954	119,9	5.525	191,9	10.847	104,1	32.326	121,5
2003	15,687	117,9	5.423	188,4	9.858	94,6	30.967	116,4
2004	16.893	126,9	6.409	222,6	11.648	111,8	34.950	131,3

FONTE: MS/SE/SPO.

Nota: Deflator - IPCA Médio/2005

Também há diferenças internas dentro da atenção de Média e Alta Complexidade (MAC). Estimativas do CONASS mostram que os dois elementos que compõem a MAC seguem distintas tendências de crescimento (Tabela 33).

Na média complexidade, que corresponde, grosso modo, ao cotidiano assistencial do SUS, em que se concentra a maior parte da demanda, a participação relativa no gasto MAC está em queda praticamente ininterrupta. Foi de 78,49% em 1999. Caiu para 59,12% em 2005. Em contraste, a alta complexidade, cujo número de atendimentos é menor, mas os custos unitários são bem mais elevados, a participação na MAC praticamente dobrou no mesmo período (Tabela 33).

Tabela 33 - MS EVOLUÇÃO (%) DO GASTO COM ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ATENÇÃO (MAC), 1999-2005

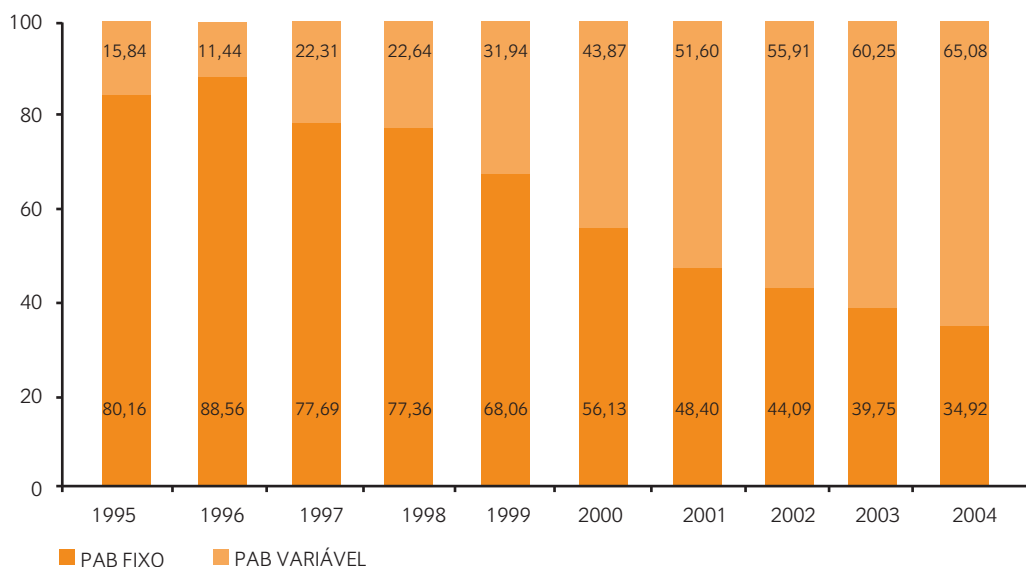
ANO	MÉDIA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	TOTAL
1999	78,49	21,51	100
2000	66,41	33,59	100
2001	63,83	36,17	100
2002	63,93	36,07	100
2003	63,45	36,55	100
2004	61,19	38,81	100
2005	59,12	40,88	100

FONTE: CONASS. Assessoria Técnica (2006a)

Na atenção básica, o gasto com o Pacs/PSF teve um crescimento significativo no período. Em parte, por ter sido prioridade de governos sucessivos. De outro lado, porque a série começa nos primeiros anos de vida do programa. Em geral, quando um programa começa a se consolidar, o ímpeto expansionista tende a estabilizar com o tempo. Em que pese o Pacs já ter alcançado a fase de maturidade, o que de certa forma assegura a irreversibilidade da iniciativa, ainda está longe de ser um programa universal e, mais longe ainda, do cumprimento de seu papel como estratégia para mudança do modelo assistencial. Para tanto, será necessário, entre outros fatores, que os recursos continuem sua evolução positiva sem retrocessos. Em 2004, o Pacs/PSF absorveu 36,07% do gasto total com atenção básica (Tabela 34). Em 1995, representava menos de 6%.

Uma mudança importante na política alocativa para atenção básica ocorreu no período 1995-2004. Em 1995, o PAB variável representava 15,84% da atenção básica. Esse percentual subiu para 51,6%, em 2001, e para mais de 65%, em 2004. Consequentemente, o PAB fixo teve comportamento inverso: queda da participação nos gastos totais com atenção básica de 84,16%, em 1995, para 34,92%, em 2004 (Tabela 34 e Gráfico 7).

Gráfico 7 EVOLUÇÃO DO % PAB FIXO E DO PAB VARIÁVEL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 1995 A 2004



FONTE: MS/Siafi/Sidor. Elaboração: Ipea/Disoc.

Tabela 34 - MINISTÉRIO DA SAÚDE - DESPESA TOTAL E *PER CAPITA* EM ATENÇÃO BÁSICA SEGUNDO SEUS PRINCIPAIS ITENS, EM VALORES CORRENTES E PERCENTUAL, 1995 A 2004

TIPO DE GASTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
R\$ MILHÕES NOMINAIS										
ATENÇÃO BÁSICA	1.326	1.294	1.815	2.226	2.611	3.075	3.698	4.228	4.760	5.997
- PAB Fixo	1.116	1.146	1.410	1.722	1.777	1.726	1.790	1.864	1.892	2.094
- PAB Variável	210	148	405	504	834	1.349	1.908	2.364	2.868	3.903
Epidemiologia e Controle de Doenças	-	-	121	124	186	338	535	552	615	641
Farmácia Básica	-	-	-	45	124	164	168	166	177	186
Ações Básicas Vigilância Sanitária	3	5	21	50	60	39	66	75	86	83
PACS / PSF	79	111	161	226	324	656	969	1.318	1.624	2.163
Bolsa Alimentação/ Comb. Carências Nutr.	129	32	102	59	140	152	170	254	366	830
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL										
ATENÇÃO BÁSICA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
- PAB Fixo	84,16	88,56	77,69	77,36	68,06	56,13	48,40	44,09	39,75	34,92
- PAB Variável	15,84	11,44	22,31	22,64	31,94	43,87	51,60	55,91	60,25	65,08
Epidemiologia e Controle de Doenças	-	-	6,67	5,57	7,12	10,99	14,47	13,06	12,92	10,69
Farmácia Básica	-	-	-	2,02	4,75	5,33	4,54	3,93	3,72	3,10
Ações Básicas Vigilância Sanitária	0,23	0,39	1,16	2,25	2,30	1,27	1,78	1,77	1,81	1,38
PACS/PSF	5,96	8,58	8,87	10,15	12,41	21,33	26,20	31,17	34,12	36,07
Bolsa Alimentação/ Comb. Carência Nutr.	9,73	2,47	5,62	2,65	5,36	4,94	4,60	6,01	7,36	13,84

FONTE: MS/SE/SPO

5.2.2.2 DESPESAS COM INSUMOS CRÍTICOS

Os dispêndios com insumos setoriais críticos (sangue e hemoderivados, vacinas e medicamentos) constituem um item de despesa em ascensão, principalmente devido à assistência farmacêutica (82,58% dos gastos com insumos críticos). O percentual mais baixo de participação dos medicamentos foi em 1996 (69,37%). Não há, no período, variações importantes que comprometam a participação hegemônica desse item na composição da despesa com os principais insumos críticos do setor (Tabela 35). Os demais insumos, principalmente sangue e hemoderivados, têm participação bastante irregular. O primeiro recebeu sua maior fatia em 2000 (2,48%). O segundo, em 1996 (30,63%).

Tabela 35 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISPÊNDIOS TOTAIS E PERCENTUAL POR TIPO DE INSUMO BÁSICO, 1995 - 2005 - EM R\$ MILHÕES CORRENTES.

ANO	SANGUE E HEMODERIVADOS		VACINAÇÃO		MEDICAMENTOS		TOTAL GERAL	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
1995	11	1,81	109	17,56	499	80,63	618	100
1996	0	0,00	133	30,63	301	69,37	433	100
1997	1	0,07	179	19,48	740	80,45	920	100
1998	16	1,68	190	20,20	735	78,12	940	100
1999	35	2,37	283	19,30	1.150	78,33	1.468	100
2000	42	2,48	294	17,46	1.350	80,07	1.686	100
2001	31	1,65	352	18,95	1.476	79,39	1.859	100
2002	33	1,41	520	22,34	1.776	76,25	2.328	100
2003	9	0,38	458	18,89	1.958	80,72	2.426	100
2004	41	1,37	543	18,25	2.392	80,38	2.976	100
2005	58	1,68	542	15,74	2.844	82,58	3.443	100

FONTE: MS/SE/SPO (Planilha elaborada para apreciação do Conselho Nacional de saúde).

Influenciado pelo volume de gastos com medicamentos, o gasto total com insumos está aumentando. Há relativa estabilidade no gasto com vacinas (aquisição, produção e distribuição), mas a despesa com sangue e hemoderivados oscilou bastante no período (Tabela 36).

Tabela 36 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISPÊNDIOS TOTAIS POR TIPO DE INSUMO BÁSICO, 1995 - 2005

ANO	SANGUE E HEMODERIVADOS		VACINAÇÃO		MEDICAMENTOS		TOTAL GERAL	
	TOTAL	ÍNDICES 1995 = 100	TOTAL	ÍNDICES 1995 = 100	TOTAL	ÍNDICES 1995 = 100	TOTAL GERAL	ÍNDICES 1995 = 100
1995	24	100,0	236	100,0	1.083	100,0	1.343	100,0
1996	0	0,0	249	105,6	564	52,1	813	60,5
1997	1	4,9	314	133,3	1.29	120,0	1.614	120,2
1998	27	110,9	323	136,9	1.248	115,3	1.598	119,0
1999	56	232,0	459	194,8	1.864	172,2	2.379	177,2
2000	63	260,9	446	189,0	2.044	188,9	2.553	190,2
2001	44	179,7	499	211,5	2.092	193,3	2.635	196,3
2002	43	176,7	680	288,3	2.320	214,3	3.043	226,7
2003	11	43,7	522	221,5	2.231	206,1	2.764	205,9
2004	44	179,5	580	246,1	2.556	236,2	3.180	236,9
2005	58	238,4	542	229,8	2.844	262,7	3.443	256,5

FONTE: MS/SE/SPO (Planilha elaborada para apreciação do Conselho Nacional de saúde).

Deflator: IPCA (Médio/2005).

A despesa com medicamentos cresce também em valores relativos (como % do gasto com ações e serviços públicos de saúde). A participação que era de 4,07%, em 1995, sobre gradualmente até chegar a 7,66%, em 2005 (Tabela 37).

Tabela 37 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: PERCENTUAL DO GASTO COM MEDICAMENTOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DO GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. EM R\$ MILHÕES CORRENTES

ANO	ASPS (1) ^(A)	MEDICAMENTOS ^(B)	% ^{(B) / (A)}
1995	12.257	499	4,07
1996	12.408	301	2,42
1997	15.464	740	4,79
1998	15.246	735	4,82
1999	18.353	1.150	6,26
2000	20.352	1.350	6,63
2001	22.474	1.476	6,57
2002	24.736	1.776	7,18
2003	27.183	1.958	7,20
2004	32.703	2.392	7,31
2005	37.146	2.844	7,66

FONTE: MS/SE/SPO. (Planilhas elaboradas para o CNS).

Nota: (1) Ações e Serviços Públicos de Saúde.

A política alocativa na área de assistência farmacêutica é uma das que mais sofreu alterações nos últimos 11 anos. Menos devido ao lançamento de programas novos (Farmácia Básica em 1998 e Farmácia Popular em 2004) do que devido às alterações na distribuição relativa do dispêndio do Programa.

Os medicamentos para Aids tinham participação residual na despesa em 1995. Em 2005, passaram a comprometer quase 20% do gasto do Programa. A fatia dos medicamentos de dispensação excepcional (alto custo), por sua vez, passou de 14,87% para 40,35%. Essa variação deve-se, em primeiro lugar, ao aumento do gasto total. Em segundo, porque a assistência farmacêutica geral perdeu espaço para programas específicos, não só porque os insumos desses programas são mais caros, mas principalmente porque os grupos de interesse dessas áreas (movimentos sociais, ONGs de portadores de patologias) exercem pressão permanente na defesa de seus direitos. A parcela de gasto com outros medicamentos caiu 54 pontos percentuais, passando de 84,86% para 30,55% (Tabela 38).

Os medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica não são financiados exclusivamente pelo MS. Há, na verdade, uma expressiva participação das Secretarias Estaduais de Saúde, principais executoras do programa.

Tabela 38 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DISPÊNDIOS COM MEDICAMENTOS SEGUNDO OS PRINCIPAIS PROGRAMAS, 1995 - 2005

MEDICAMENTOS	1995	2005
DST/AIDS	0,27	19,33
Excepcionais	14,87	40,35
Farmácia Básica	-	7,98
Farmácia Popular	-	1,79
Outros	84,86	30,55
Total	100	100

FONTE: Conselho Nacional de Saúde com base em planilhas da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO).

5.2.2.3 DESPESAS COM REDE PRÓPRIA DE HOSPITAIS

De um modo geral, em países federativos e de sistema de saúde descentralizado, os governos centrais (Ministérios da Saúde) não têm ação direta em serviços de natureza local ou mesmo regional, como é o caso da atenção médica. O paradigma desse modelo é o Canadá, onde a função médico-assistencial é exclusivamente provincial. Embora o governo central exerça um papel importante no financiamento, não opera serviços médicos de qualquer natureza.

No Brasil, onde o sistema é descentralizado por mandado constitucional (CF, Art. 198,

I), a regulamentação do SUS (Lei n. 8080/90) abriu exceções, preservando na órbita federal o Inca, a Rede Sarah e os hospitais universitários vinculados ao MEC. O restante da rede do MS³³, quase toda no Rio de Janeiro, acabou ficando na mesma situação.

O gasto total foi irregular no período, mas cresceu em 2004 e 2005; 2003 foi o único ano em que a despesa foi inferior a R\$1 bilhão. O conjunto dos hospitais próprios apresenta os piores índices de evolução do seu financiamento (Índice de Base 1995 = 100 chegou a 43 em 2003). Em toda a série, o gasto não conseguiu igualar 1995. No Inca, GHC e Rede Sarah, a tendência é de crescimento, embora com uma ou outra oscilação.

Tabela 39 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DESPESAS COM HOSPITAIS PRÓPRIOS OU VINCULADOS, 1995-2005. EM R\$ MILHÕES CORRENTES

ANO	INCA	GHC	REDE SARAH	HOSPITAIS PRÓPRIOS	TOTAL
1995	41,6	152,4	115,2	248,1	557,4
1996	49,0	181,4	162,6	258,9	651,9
1997	59,6	209,9	162,8	277,2	709,5
1998	59,4	192,2	165,6	256,1	673,3
1999	65,5	221,7	182,1	257,9	727,2
2000	72,8	221,0	217,0	179,5	690,2
2001	76,0	245,0	221,0	175,6	717,5
2002	83,5	269,5	245,0	197,7	795,7
2003	83,4	330,0	245,0	206,9	865,3
2004	152,9	387,7	324,0	261,6	1.126,2
2005	162,5	415,1	348,0	332,1	1.264,7

FONTE: Conselho Nacional de Saúde com base em planilhas da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO).

Na distribuição dos recursos, as maiores fatias nos quatro anos mostrados na Tabela 40 foram para o GHC (Porto Alegre). O Inca (Rio de Janeiro) recebeu a parcela menor, embora crescente ano a ano.

33_ Instituto de Cardiologia de Laranjeiras, Hospital dos Servidores do Estado (HSE), Hospital Geral de Bonsucesso, Instituto de Traumatologia-Ortopedia (ITO), Hospital Geral de Jacarepaguá, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral do Andaraí e Hospital Geral da Lagoa, todos no Rio de Janeiro. O gasto com a rede própria incorpora também as despesas com navios hospitalares operados pela Marinha na Amazônia e com Residência Médica (Fonte: SPO/MS).

Tabela 40 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: DISTRIBUIÇÃO % DOS RECURSOS PARA REDE PRÓPRIA E VINCULADA POR HOSPITAL, 1995 - 2005

ANO	INCA	GHC	REDE SARAH	HOSPITAIS PRÓPRIOS	TOTAL
1995	7,47	27,35	20,68	44,51	100
2000	7,52	27,83	24,94	39,71	100
2003	8,40	29,58	22,94	39,07	100
2005	8,83	28,54	24,59	38,04	100

Fonte: Conselho Nacional de saúde com base em planilhas da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO).

A despeito da evolução positiva do financiamento em valores reais absolutos, os repasses diminuem em valores relativos (como percentual do gasto total em ações e serviços públicos de saúde). Em 1995, representavam 4,55% das despesas com ASPS, em 2005, a participação baixou para 2,38% (Tabela 41 e Gráfico 8).

Tabela 41 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: PERCENTUAL DO GASTO TOTAL COM A REDE PRÓPRIA EM RELAÇÃO AO TOTAL DOS GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. EM R\$ MILHÕES CORRENTES

ANO	ASPS (1) ^(A)	REDE PRÓPRIA ^(B)	% (B)/(A)
1995	12.257,0	557,4	4,55
1996	12.408,0	651,9	5,25
1997	15.464,0	709,5	4,59
1998	15.246,0	673,3	4,42
1999	18.353,0	727,2	3,96
2000	20.352,0	690,2	3,39
2001	22.474,0	717,5	3,19
2002	24.736,0	795,7	3,22
2003	27.183,0	541,8	1,99
2004	32.703,0	751,3	2,30
2005	37.145,8	884,9	2,38

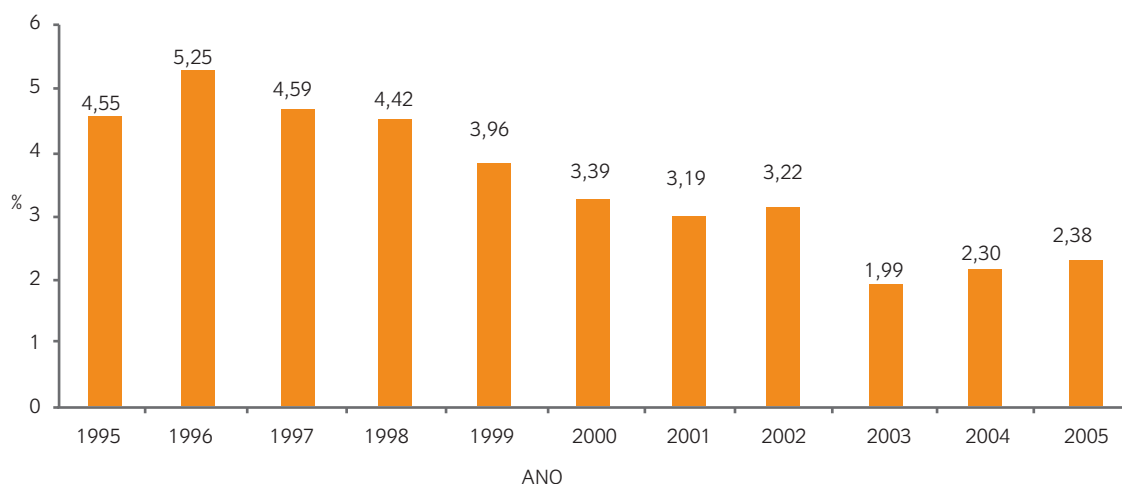
FONTE: Conselho Nacional de Saúde com base em planilhas da subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO).

Nota: (1) Ações e Serviços Públicos de Saúde.

As comparações, todavia, devem ser feitas com cautela, evitando ilações que os dados não autorizam, como a maior ou menor eficiência de um grupo de hospitais em relação a outro. Em primeiro lugar, porque, para a grande maioria dos hospitais, as despesas informadas não incluem pessoal (exceções: GHC e Rede Sarah). Outros recebem, além

do repasse do MS, pagamento por procedimento (GHC, por exemplo) não incluído na Tabela 40. Segundo, porque o custo de cada hospital tende a variar por uma série de fatores, como porte (número de leitos) e tipos (hospital geral, especializado, com ou sem emergência). O GHC, além de quatro hospitais (três gerais e um pediátrico), gere doze postos de saúde. O Inca (câncer) e a Rede Sarah (seis hospitais³⁴ para doenças do aparelho locomotor) são especializados. Para não mencionar a assimetria nas políticas de remuneração e regimes de trabalho adotados.

Gráfico 8 PERCENTUAL DE GASTO TOTAL COM A REDE PRÓPRIA EM RELAÇÃO AO GASTO TOTAL COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, 1995 - 2005



5.3 Descentralização e governança dos recursos

Se, por um lado, diminui a participação relativa da rede própria e também do gasto direto do MS no financiamento, em contrapartida, crescem as transferências para estados e municípios, como já foi visto antes (seção 5.2.1). Esses dados combinados constituem indicadores do grau de descentralização do sistema público de saúde, que só não é maior por força do entendimento abrangente predominante em relação ao papel do MS, o que tem favorecido o ímpeto normativista da direção nacional do SUS.

O gasto direto do MS cai de 92,2% para 41,5% do gasto total no período (quase 50 pontos percentuais). Enquanto o percentual das transferências aumenta um pouco mais: 50,5 pontos percentuais (7,9% em 1995 para 58,4% em 2005). A participação municipal e estadual é de, respectivamente, 36,3% e 22,1% do gasto total do Ministério da Saúde. Ambas cresceram continuamente no período (Tabela 42 e Gráfico 9).

34_ Brasília, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Fortaleza e São Luiz.

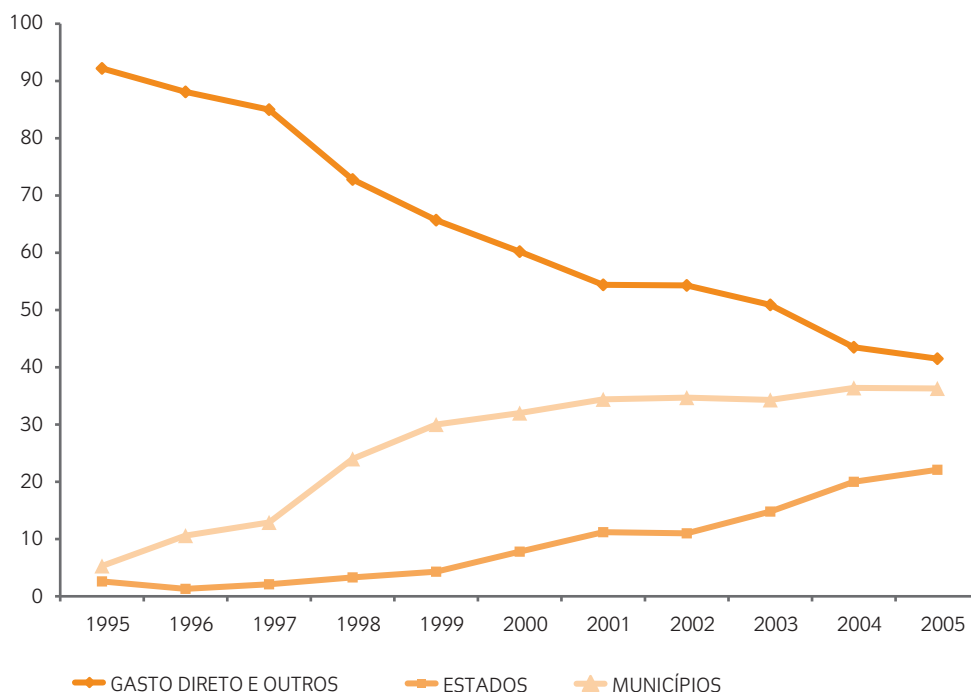
Tabela 42 - BRASIL: PERCENTUAL DAS DESPESAS FEDERAIS COM SAÚDE DIRETAS E COM TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS, 1995 - 2005

GASTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto Direto e Outros*	92,2	88,1	85,0	72,8	65,7	60,2	54,4	54,3	50,9	43,5	41,5
Transferências	7,9	11,9	15,0	27,3	34,3	39,8	45,6	45,7	49,1	56,4	58,4
Estados	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3	7,8	11,2	11,0	14,8	20,0	22,1
Municípios	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0	32,0	34,4	34,7	34,3	36,4	36,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

FONTE: Conselho Nacional de Saúde com base em planilhas da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO).

Nota: *Inclui transferência a instituições privadas.

Gráfico 9 PERCENTUAL DAS DESPESAS FEDERAIS COM SAÚDE DIRETAS E COM TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS, 1995 - 2005



FONTE: Tabela 42

5.4 Regionalização das transferências do Ministério da Saúde

O monitoramento da distribuição regional das transferências federais do SUS é fundamental para conhecer a evolução da política de saúde em relação à equidade alocativa geográfica.

Esta seção trata apenas da regionalização das transferências federais (MS). Em que pese essa limitação, tem a vantagem de olhar exclusivamente para recursos sobre os quais há, em tese, total flexibilidade alocativa, ao contrário de outros recursos, como os aplicados em pessoal próprio ou no custeio de hospitais federais.

Comparando dois pontos do período (1998 e 2005), sem considerar, portanto, o que pode ter acontecido entre eles, verifica-se um aumento de valores per capita das transferências totais, mais expressivo na região Norte (49,52%) e região Nordeste (30,53%); mas nenhuma região registrou perdas. A região Sul, a de menor incremento, aumentou seu per capita 13,84% (Tabela 43).

Na Atenção Básica³⁵, os maiores incrementos foram nas regiões Nordeste (47,69%), Norte (47,15%) e Sul (44,30%). Na atenção médica e alta complexidade (MAC)³⁶, os aumentos também foram maiores no Nordeste (24,58%) e no Norte (47,49%).

Esse comportamento, porém, não se repete para todas as linhas programáticas analisadas. No Centro-Oeste, registraram-se as maiores quedas: 82,26% em Vigilância Sanitária³⁷ e 18,02% no Controle de Endemias. Outras perdas de menor monta ocorreram, também em Vigilância Sanitária no Sul (7,82%) e Sudeste (8,23%).

A duplicação dos valores per capita repassados para as regiões Sudeste e Sul e destinados ao controle de endemias³⁸ é explicada pelo fato de nesse item estarem incluídos recursos para as DST/Aids e dengue. Na região Norte, onde é mais alta a prevalência de malária e hanseníase, entre outras doenças, o crescimento foi, contudo, inferior a 13%. No Centro-Oeste, a queda foi de 18,02%³⁹.

Ocorreu também aumento generalizado nos valores per capita para investimentos ainda que com pouca correspondência com os déficits de oferta. Embora a região Nordeste tenha tido um incremento de 45,06%, a Sudeste foi a melhor aquinhoadada, com um incremento de 52,45%. O Sul e o Centro-Oeste do país tiveram crescimentos de 33,53% e 31,20%, respectivamente. Mas, a região Norte, onde a capacidade instalada para prover serviços de saúde está, sabidamente, bem abaixo de outras regiões, recebeu um acréscimo de apenas 6,38%.

35_ PAB Fixo, Pacs/PSF, Farmácia Básica, Carências Nutricionais e Campanha de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino.

36_ AIH-SIA/SUS, Medicamentos Excepcionais e Assistência a Entidades (Emendas Parlamentares).

37_ 1997 e 1998 foram anos atípicos com relação às transferências para Vigilância Sanitária na região Centro-Oeste. Nesses dois anos, as transferências têm valores três vezes maiores do que a média dos anos seguintes.

38_ Transferências do Fundo Nacional de Saúde, da Fundação Nacional de Saúde, Emendas Parlamentares e Controle das DST/Aids.

39_ Norte e Centro-Oeste foram as regiões com maior crescimento populacional entre 1998 e 2005. O Norte cresceu 25% e o Centro-Oeste, 18%.

Não obstante as exceções apontadas, a política alocativa, de um modo geral, teve aspectos predominantemente positivos no que se refere à equidade.

Tabeta 43 - MINISTÉRIO DA SAÚDE: TRANSFERÊNCIAS POR REGIÃO, EM PER CAPITA, 1998 A 2005 . EM R\$ MÉDIOS/2005

DESCRIÇÃO	NORTE		NORDESTE		SUDESTE		SUL		CENTRO-OESTE						
	1998	2005	VAR.%	1998	2005	VAR.%	1998	2005	VAR.%	1998	2005	VAR.%			
Atenção Básica ⁽¹⁾	19,84	28,99	46,15	25,13	37,11	47,69	21,06	22,36	6,16	19,07	27,51	44,30	22,88	29,12	27,28
Média e Alta Complexidade ⁽²⁾	45,27	66,77	47,49	63,68	79,34	24,58	93,50	105,94	13,30	92,16	99,03	7,45	76,05	87,99	15,70
Controle de Endemias ⁽³⁾	8,03	9,08	12,99	3,49	5,91	69,40	3,69	7,72	109,43	1,70	3,51	107,22	7,43	6,09	-18,02
Vigilância Sanitária	0,49	0,46	5,92	0,38	0,39	2,13	0,40	0,37	-8,23	0,42	0,39	-7,85	2,19	0,39	-82,26
Investimentos ⁽⁴⁾	13,20	14,05	6,38	7,83	11,36	45,06	5,24	7,99	52,45	6,32	8,44	33,53	11,11	14,59	31,29
Total	6,37	9,52	49,52	28,46	37,15	30,53	52,80	61,51	16,48	17,87	20,34	13,84	8,13	9,77	20,13

FONTE: MS/SE/SPO.

Nota: (1) - PAB Fixo; PACS/PSF; Farmácia Básica; Carências Nutricionais; Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino

(2) - AIH - SIA/SUS Medicamentos Excepcionais, Assistência à Entidade (Emendas).


(3) - Fundo Nacional de Saúde; Fundação Nacional de Saúde; Emendas Parlamentares (Funasa); Controle DST/Aids.

(4) - Infra-estrutura dos SUS; Saneamento Básico, Demais emendas (Funasa).



6

MECANISMOS E CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FEDERAIS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

- 6.1 **Introdução**
 - 6.2 **O início das transferências regulares e automáticas**
 - 6.3 **Por que são importantes critérios explícitos para orientar a alocação/transferência de recursos?**
 - 6.4 **As transferências sob a égide da NOB 01 de 1996**
 - 6.5 **O advento das Normas Operacionais da Assistência à Saúde**
 - 6.6 **Mudanças recentes: a criação dos blocos**
- 



6 MECANISMOS E CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FEDERAIS A ESTADOS E MUNICÍPIOS

6.1 Introdução

O financiamento do SUS é compartilhado entre as três esferas de governo. Atualmente, segundo dados do Siops, cerca de 43,5% dos recursos do SUS são originários do Ministério da Saúde e os outros 56,5% de estados, Distrito Federal e municípios. Essa partição já foi bem mais favorável ao Ministério da Saúde antes da implantação do SUS. Com o processo de construção do novo sistema, a hegemonia federal no financiamento foi sendo gradualmente reduzida.

Antes, quando as responsabilidades da União para com a saúde estavam divididas entre o Ministério da Saúde, que cuidava principalmente da saúde coletiva, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que provia assistência médica aos segmentos populacionais incorporados ao mercado formal de trabalho urbano e, secundariamente, à população rural, não havia transferência de recursos, nos moldes atuais, para estados e municípios. Os repasses, pouco frequentes, até a segunda metade da década de 1970, eram feitos mediante convênios ou por decorrência, ainda menos comum, da compra de serviços.

Foi essa última modalidade que viabilizou, por exemplo, o sistema de saúde de Brasília, a partir de 1960 até o advento do SUS. Em 1964, a Secretaria Estadual de Saúde/Fundação Hospitalar do Distrito Federal (SES/FHDF) recebia 94,4% de todos os recursos destinados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) à compra de serviços no DF. Esse percentual decresceu ano após ano, alcançando 71,3% em 1971 (Codeplan, 1972). As demais unidades da federação, como “vendedoras de serviços” para a Previdência Social, jamais tiveram a mesma importância relativa, pelo menos até a década de 1980. De qualquer forma, o repasse de recursos para gestão das Secretarias Estaduais e Municipais, para que estas contratassem prestadores e pagassem por seus serviços, começou bem mais tarde, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987⁴⁰.

40_ O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), criado pelo Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987, previa a descentralização para as Secretarias Estaduais de Saúde das funções então exercidas pelas Superintendências Regionais do Inamps.

No início da década de 1990, as ações de saúde então desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) foram unificadas; esse instituto foi incorporado pelo Ministério da Saúde em 1990 e formalmente extinto em 1993 pela Lei n. 8.689/93.

A criação do SUS, ao mesmo tempo em que unificou as ações de saúde no âmbito federal, também incluiu a descentralização como uma das diretrizes básicas do novo sistema. Nada obstante, parte importante, senão majoritária, do financiamento do SUS foi incluída no Orçamento da Seguridade Social (OSS). Esse orçamento, criado para custear a seguridade social, tem suas receitas integralmente arrecadadas pela União.

Essa característica do SUS – gestão descentralizada para estados e municípios e com boa parte dos recursos que lhes são destinados sendo arrecadada pelo governo federal – fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal para estados e municípios se tornasse relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos do setor. Não é por outro motivo que a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, apresentam diversos dispositivos dedicados a regulamentar essa questão.

A Lei n. 8.080 já tratava, em dispositivo vetado pelo presidente da República quando de sua promulgação, do caráter regular e automático que deveriam ter as transferências intergovernamentais no âmbito do SUS. Também tratou, como veremos mais adiante, dos critérios para definição dos montantes de recursos federais a serem repassados para estados e municípios no seu artigo 35.

A Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990 (art. 3º), reincorporou essa norma na legislação da saúde, tornando regulares e automáticas as transferências do governo federal, desde que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4º da mesma lei, quais sejam: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários. Apesar desse respaldo legal, passou-se um bom tempo, mais de três anos, para que esse tipo de transferência começasse a ocorrer (CARVALHO e SANTOS, 2001), assim mesmo de forma incipiente.

As Normas Operacionais n. 01/1991 e n. 01/1992 não chegaram propriamente a tratar de mecanismos de transferência regular e automática de recursos. Por essas NOBs, as transferências, mesmo para órgãos públicos, passaram a ser feitas como ressarcimento pela prestação de serviços. Foi nessa época, contudo, que se estabeleceram tetos financeiros, por estado, para o pagamento de serviços hospitalares e tetos para os atendimentos ambulatoriais. Estes últimos calculados com base no número de habitantes multiplicado

pelo valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que era um valor variável que seguia uma estratificação estabelecida para os estados.

6.2 O início das transferências regulares e automáticas

Foi o Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, depois das Normas Operacionais 01/91 e 01/92 do SUS, que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Repasses de fundo a fundo começaram a ser feitos para os estados e municípios habilitados na forma de gestão semiplena, conforme previsto na Norma Operacional Básica n. 01 de 1993. Essa norma operacional criou três condições de gestão – incipiente, parcial e semiplena –, às quais estados e municípios poderiam habilitar-se, de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão. Contudo, somente no caso da gestão semiplena, a mais avançada, estava prevista a transferência regular e automática aos fundos de saúde de recursos federais, calculando-se tetos financeiro globais com base na série histórica de gastos.

A NOB 01/1993 também fez avançar o processo de pactuação, negociação, articulação e integração. Possibilitou colocar em funcionamento a Comissão Intergestores Tripartite e orientou a criação, em cada estado, da Comissão Intergestores Bipartite (CARVALHO, 2002).

A utilização de critérios para orientar o estabelecimento de valores das transferências para estados e municípios aparece já na Lei n. 8.080/1990, mais precisamente no artigo 35:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo. Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuído segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio. Parágrafo 2º - Nos casos de estados e municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados. Parágrafo 6º - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Como o artigo 35 (Lei n. 8.080/90) não era autoaplicável, a Lei n. 8.142/90 (art. 3º, § 1º) estabeleceu que, enquanto não fosse regulamentado, seria utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério previsto no parágrafo primeiro do artigo 35, ou seja, um per capita igualitário⁴¹. Esse critério só começou a ser utilizado mais tarde, ainda que parcialmente, com a adoção do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, como veremos mais adiante. De qualquer forma, os primeiros repasses, regulares e automáticos, foram feitos sob a égide da NOB 01 de 1993, como já dito. Esses repasses, contudo, tiveram como critério a utilização da série histórica dos repasses para o estado ou município em questão, como base para definir o montante de recursos a serem transferidos.

6.3 Por que são importantes critérios explícitos para orientar a alocação/transferência de recursos?

Alocar recursos, sejam financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente⁴² e equitativa⁴³ é um desafio que o gestor enfrenta cotidianamente. Isso se aplica tanto na macrogestão quanto na microgestão da saúde. Ou, dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre estados, regiões, municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não, para um indivíduo, a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia.

No caso específico, trata-se das transferências intergovernamentais, ou seja, entre as instâncias gestoras do SUS. Naturalmente, em todas as decisões de alocação ou de transferência de recursos existem, explicitados ou não, critérios que orientam ou, em última instância, justificam a decisão tomada. Situação diferente é ter critérios previamente estabelecidos e que sejam, além de transparentes, consistentes com o objetivo desejado para a política de saúde em relação à distribuição de recursos.

O principal objetivo de uma distribuição de recursos financeiros em saúde deve ser atender as necessidades de saúde. A questão central é como medir “necessidade de saúde” ou que indicadores devem ser utilizados para medi-la.

No Brasil, diversos estudos analisam a questão da utilização de indicadores de neces-

41_ O parágrafo primeiro do artigo 35 define que os recursos federais destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios serão repassados segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

42_ Alocação eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado (PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M., 2002).

43_ A equidade na prestação de serviços de saúde envolve duas dimensões importantes: a equidade horizontal – tratamento igual para indivíduos com necessidades iguais – e equidade vertical – tratamento apropriadamente desigual para indivíduos com necessidades de saúde distintas (PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M., 2002).

sidade de saúde para orientar propostas de alocação de recursos entre as instâncias gestoras do SUS. A título de exemplo citamos os trabalhos realizados por Porto et al. (2001), Heimann et al. (2002) Machado et al., (2003) e Viegas et al. (2004). Os dois primeiros discutem critérios para distribuição dos recursos federais para estados e municípios. Os dois últimos simulam critérios para transferências de recursos estaduais para os municípios do estado de Minas Gerais.

A adoção prévia de critérios para orientar os repasses tem pelo menos duas vantagens:

- » em sistemas descentralizados, como é o caso do SUS, em que boa parte dos recursos utilizados na ponta do sistema é oriunda de transferências de outras esferas, a existência de critérios objetivos, previamente definidos, para o repasse de recursos dá maior transparência ao processo de alocação;
- » confere maior segurança à instância de governo que recebe os recursos, que poderá estimar com antecedência o que vai receber.

Como já foi dito anteriormente, o artigo 35 da Lei n. 8.080/90 traz um conjunto de critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios. Esse artigo, contudo, por dificuldades técnicas ou políticas não chegou a ser regulamentado. No vácuo dessa omissão, foram sendo utilizados diversos critérios para as transferências de recursos do SUS. A Lei n. 8.142/90 também definiu critério, basicamente o populacional, para o estabelecimento do montante das transferências para estados e municípios. A NOB 01/93 tinha como base a série histórica dos gastos no estado e/ou município. A NOB 01 de 1996 e as portarias regulamentadoras que a sucederam utilizaram o critério populacional de formas diversas, adicionando, inclusive, outros. Enfim, não se pode alegar a falta de critérios para as transferências do Ministério da Saúde. Pode-se, contudo, questionar que a sistemática desenvolvida não significa uma distribuição equitativa, como se observa no exemplo abaixo, extraído do livro SUS: avanços e desafios.

Em 2005 as transferências per capita dos recursos do Ministério da Saúde para os estados brasileiros, mostra uma situação que se aproxima de uma distribuição igualitária. Contudo, uma alocação de recursos igualitária, ainda que tenha as vantagens da aceitabilidade política e da transparência, não significa uma distribuição equitativa porque não se faz segundo as necessidades em saúde diferenciadas das populações. Se toma o IDH como uma proxy das necessidades em saúde e a cobertura do Sistema de Saúde Suplementar como uma proxy das necessidades sócio-econômicas, a distribuição próxima à igualdade torna-se iníqua. Tomem-se os casos do Rio Grande do Norte e São Paulo. O Rio Grande do Norte recebeu do Ministério da Saúde, no ano, R\$ 125,91 per capita e São Paulo um valor, muito próximo, de R\$ 126,43. Entretanto, o Rio Grande do Norte tem um IDH de 0,705 e uma cobertura de planos privados de 10,3%

da população; São Paulo tem um IDH de 0,820 e uma cobertura privada de 37,8% da população.

O financiamento do SUS, na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado, a partir de um valor per capita ajustado por estrutura etária, gênero, necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços. (...)

Paralelamente ao processo de redistribuição equitativa dos recursos federais de custeio, devem ser implementados programas de investimentos, por meio de Planos Diretores de Investimentos (PDI), para equilibrar interregionalmente a oferta dos serviços de saúde, além de uma política de recursos humanos voltada a fixação de profissionais (CONASS, 2006).

Esse conjunto de ações articuladas deve ter como objetivo a redução das desigualdades regionais.

6.4 As transferências de recursos sob a égide da NOB 01 de 1996

A Norma Operacional n. 01/96 do SUS introduziu novas condições de gestão para estados e municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde. Dessa forma, aumentou a possibilidade de um maior número de municípios habilitarem-se à gestão descentralizada de recursos, uma vez que poderiam fazê-lo na condição de gestores da atenção básica (CARVALHO, 2002). Essa NOB reinvestiu no planejamento integrado, ao instituir a Programação Pactuada Integrada (PPI)⁴⁴. Ademais, essa NOB abriu a possibilidade de descentralização de recursos a outras áreas do Ministério da Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Fundação Nacional de Saúde e Assistência Farmacêutica), não ficando restrita, como ocorria anteriormente, aos recursos da assistência à saúde.

Outras alterações importantes ocorreram no campo das transferências: a instituição do critério populacional para o financiamento da assistência básica – Piso da Assistência Básica, posteriormente transformado em Piso da Atenção Básica (PAB) –, a definição de valores e incentivos para o financiamento do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Foram propostos índices, fatores de incentivos e,

44_ Na década de 1980, na vigência das Ações Integradas de Saúde (AIS) e durante a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), foram utilizados instrumentos de integração da programação dos agentes públicos, os chamados Planos Operativos Anuais que são, de certa forma, precursores da PPI.

sobretudo, criados os tetos financeiros para estados⁴⁵, para municípios⁴⁶ e para atividades específicas (Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD).

Apesar de aprovada, a NOB 01/96 acarretou diversos problemas, alguns com a área econômica do governo, que protelaram o início da sua implementação. O PAB, por exemplo, só foi introduzido nos primeiros meses de 1998. O PAB é um mecanismo de repasse de recursos aos estados e municípios para o financiamento de um elenco definido de ações básicas de atenção à saúde. Até a criação do PAB, o Ministério da Saúde remunerava os serviços de atenção básica prestados por estados e municípios com base na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), a mesma adotada com o setor privado. Com a criação do PAB, várias ações⁴⁷ passaram a ser financiadas com base em um valor per capita repassado de forma direta e automática aos Fundos de Saúde dos municípios habilitados.

O valor inicial do PAB foi de R\$ 10 por habitante ano, podendo chegar até a R\$ 18 no caso de municípios que comprovassem que já vinham gastando mais do que R\$ 10 por habitante com as ações incluídas no PAB. A essa parte do PAB, convencionou-se chamar de PAB Fixo ou Parte Fixa do PAB. O PAB inclui todos os municípios que atendam os requisitos para repasses regulares e automáticos previstos na Lei n. 8.142/1990 e no Decreto n. 1.232/1994. O PAB Fixo recebeu alguns reajustes desde sua criação. O último foi em setembro de 2009. Atualmente, o repasse do PAB Fixo está fixado em, no mínimo, R\$18 por habitante ao ano (Portaria GM/MS n. 2.007/2009).

Outro critério de transferência iniciado pela NOB 01/96 foi o incentivo com base na adesão a programas ou atividades consideradas estratégicas pelo Ministério da Saúde. Os incentivos ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) foram criados com o objetivo de acelerar a implantação desses dois programas que, estrategicamente, deveriam contribuir para a mudança do modelo assistencial. Os valores inicialmente atribuídos aos municípios para custeio das equipes deveriam variar em sentido contrário ao valor do PAB fixo do município, ou seja, quanto menor o PAB fixo do município maior seria o incentivo por equipe (Portaria GM/MS n. 157/98).

45_ O Teto Financeiro de Assistência do Estado (TFAE) corresponde ao total do financiamento das ações assistenciais assumidas pelo Estado (excluídos os repasses aos municípios).

46_ O Teto Financeiro de Assistência no Município (TFAM) corresponde ao total do financiamento referente às ações assistenciais assumidas pelo município.

47_ Foram incluídas no PAB: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimento básico por outros profissionais de nível superior e de nível médio, visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF), vacinação, atividades educativas a grupos da comunidade, assistência pré-natal e parto domiciliar, atividades de planejamento familiar, pequenas cirurgias, atividades dos agentes comunitários de saúde e pronto atendimento em unidade básica de saúde.

Em 1999, foi estabelecida nova forma de cálculo do incentivo financeiro ao Pacs/PSF. Por meio da Portaria GM/MS n. 1.329, de novembro de 1999, criou-se um novo critério em que a definição dos valores a serem transferidos variaria de acordo com a cobertura populacional alcançada pelo programa (Barros, 2002). Atualmente, as transferências para o PSF obedecem aos critérios definidos pelas Portarias GM/MS n. 648 e 650, de 28 de março de 2006.

A criação do incentivo ao PSF pode ser considerada como o principal fator de expansão do programa: as 787 equipes existentes em 1995 passaram a ser 16,1 mil em 2002 (BARROS, 2002). Em agosto de 2010, são mais de 31 mil equipes atuando em quase todo o país.

Como visto no capítulo 5, as transferências para estados e municípios crescem bastante no período entre 1998 e 2005 e esse crescimento pode ser atribuído, principalmente, aos recursos transferidos para programas que operam com incentivos por adesão. As transferências do PAB Fixo, que são universais por atenderem quase todos os municípios, correspondiam, em 1999, a cerca de 68% do total transferido para atenção básica. Em 2005, os recursos do PAB Fixo tiveram sua participação reduzida para 35% do total da Atenção Básica. Esses dados reforçam a percepção de que houve nesse período mudança de prioridade, de modo a favorecer formas de transferências que vinculam os recursos às ações reconhecidas como prioritárias pelo órgão repassador (BARROS, 2002).

Outra mudança que ocorreu, a partir de 1998, diz respeito aos critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade. Até esse ano, os recursos para o financiamento dessas ações eram quase integralmente incluídos nos tetos financeiros de municípios em gestão plena do sistema, repassados fundo a fundo ou mediante o pagamento por serviços prestados.

O financiamento da média e alta complexidade começou a apresentar problemas quando alguns municípios começaram a não receber recursos suficientes para o pagamento dos serviços prestados à população originária de outras localidades e, dessa forma, a cogitar o estabelecimento de barreiras burocráticas ao acesso de não residentes. Com o objetivo de sanar o problema, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 531, de 30 de abril de 1999, criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), cuja finalidade inicial era a de arcar com os pagamentos dos procedimentos selecionados de alto custo e/ou de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e dos decorrentes de ações consideradas estratégicas (BARROS, 2002).

Os recursos destinados ao Faec foram crescendo de forma contínua. Inicialmente eram da ordem de R\$ 105 milhões, valor que correspondia a 1,23% dos tetos financeiros de média e alta complexidade para os estados e o Distrito Federal. Passaram a R\$ 406,3

milhões em 1999 (4,22% do total dos tetos dos estados e do Distrito Federal para financiamento da média e alta complexidade) e superaram R\$ 1 bilhão, em dezembro de 2001, o que já representava cerca de 10% dos recursos disponibilizados nos tetos dos estados e do Distrito Federal da ordem de R\$ 10,2 bilhões (MS/SAS, 2002). Nesse período, expande-se também a estratégia de utilizar recursos do Faec para incrementar ações sob a forma de campanhas.

O Relatório 1998–2002, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, destaca, ainda, os quatro blocos então financiados pelo Faec. O primeiro bloco foi denominado de Ações Assistenciais Estratégicas e correspondia a ações voltadas para grupos populacionais considerados pelo MS como prioritários e para a ampliação de acesso dos usuários do SUS a procedimentos com grande demanda reprimida, definidos em função de políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Entre eles, foi dado destaque às campanhas para realização de cirurgias eletivas⁴⁸ e à campanha para diagnóstico do câncer de colo uterino. Também foram destinados recursos para financiar a disponibilidade de medicamentos excepcionais, kit para carga viral para diagnóstico da Aids, reagentes para diagnóstico da Aids, bem como para o incentivo para alta por cura do paciente com tuberculose.

Um segundo grupo de ações correspondia a um grupo de incentivos para estimular a parceria com o sistema público ou a realização de ações assistenciais. São recursos transferidos a entes públicos ou privados filantrópicos, adicionais aos pagamentos decorrentes da compra de serviços. Neste grupo, destacam-se o Integrasus, adicional pago aos hospitais filantrópicos, o incentivo para os estados e municípios para a descentralização das unidades assistenciais da Funasa e o incentivo para a assistência hospitalar às populações indígenas.

Havia também uma linha de recursos para financiamento de novas ações programáticas, correspondentes a novos procedimentos incluídos na tabela do SUS para os quais ainda não havia previsão do impacto financeiro, ou que seriam objeto de adesão progressiva dos gestores e só mais tarde, após definido o “perfil” dos gastos, seriam incorporados aos tetos de estados e municípios (MS/SAS, 2002). Neste grupo, incluíam-se recursos destinados a ações voltadas para humanização do parto e para o programa de triagem neonatal.

Finalmente, parte dos recursos alocados no Faec tem sido destinado ao financiamento de procedimentos de alta complexidade para usuários do SUS, realizados por uma

48_ Campanhas para cirurgias de catarata, próstata, varizes, transplantes, gastroplastia e cirurgia para correção de deformidades craniofaciais.

unidade federada em pacientes provenientes de outros estados, que não dispõem desses serviços, através da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade.

Nos anos seguintes, foi aumentando o número de itens de despesas que envolvem transferência fundo a fundo para estados e municípios. Eram 14 em 1998, 30 em 1999, 40 em 2000 e 65 em outubro de 2001 (BARROS, 2002), chegando a mais de uma centena em 2006. Ainda que dez desses itens representassem mais de 90% dos recursos transferidos para estados e municípios, o número de itens passíveis de transferência, correspondendo, em muitos casos, a contas vinculadas ao item de despesa, implicava programação e prestação de contas específicas, gerando uma situação muito desgastante para os gestores estaduais e municipais do SUS.

6.5 O advento das Normas Operacionais da Assistência à Saúde

As Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e de 2002, além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, não trouxeram novidades na parte de mecanismos e critérios para transferência de recursos. Essas normas estavam mais direcionadas a estabelecer uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso por meio da implantação de complexos reguladores que congregassem unidades de trabalhos responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços.

6.6 Mudanças recentes: a criação dos blocos

As mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/2006) que engloba: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida define os principais compromissos dos gestores do SUS, em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Para 2011 são: saúde do idoso, controle do câncer de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids, promoção da saúde, fortalecimento da rede básica, saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS busca reforçar o fortalecimento do SUS como política pública e a defesa de seus princípios constitucionais. Por fim, o Pacto de Gestão envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização,

regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde.

A principal novidade do Pacto pela Saúde é a de resguardar a CIT como âmbito de pactuação das diretrizes e dos processos essenciais, dando maior flexibilidade para a adequação dessas diretrizes às especificidades locais e regionais, fortalecendo o papel das Comissões Intergestores Bipartite.

6.6.1 Aspectos gerais

A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

São seis os blocos de financiamento:

- I. Atenção Básica;
- II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III. Vigilância em Saúde;
- IV. Assistência Farmacêutica;
- V. Gestão do SUS;
- VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos. As exceções são os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica, que devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco e os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais.

Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, com exceção dos recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, que devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do mesmo.

Também não se aplica a restrição prevista de gasto em ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco dos recursos relativos à prestação de serviços das unidades públicas próprias.

É vedada a utilização dos recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS, para pagamento de:

- I. servidores inativos;
- II. servidores ativos, exceto aqueles contratados para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco;
- III. gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco;
- IV. pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou estado;
- V. obras, exceto reformas e adequações.

Poderão ser acrescidos com recursos específicos, visando atender situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, os recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento, devendo, nesse caso, ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

6.6.2 Bloco de Atenção Básica

O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

- I. Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo;
- II. Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável.

O Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios.

Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades.

O Componente Piso da Atenção Básica (PAB) Variável é constituído por recursos finan-

ceiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I. Saúde da Família;
- II. Agentes Comunitários de Saúde;
- III. Saúde Bucal;
- IV. Compensação de especificidades regionais;
- V. Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI. Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII. Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- VIII. outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico que são:
 - a. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)*;
 - b. *Inclusão do microscopista na atenção primária*;
 - c. *Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*;
 - d. *Programa de Saúde na Escola (PSE)*.

Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do estado.

Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e informados ao plenário da CIT, devendo atender especificidades estaduais, e transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Os recursos federais referentes aos Incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos estados e municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de

assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nas Portarias GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006; n. 649, de 28 de março de 2006; n. 650, de 28 de março de 2006; n. 822, de 17 de abril de 2006; n. 847, de 2 de junho de 2005 e Portaria Interministerial n. 1.777, de 9 de setembro de 2003.

6.6.3 Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

V.3enham a ser instituídos por meio de ato normativo.

Os recursos federais serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo Faec, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos estados, Distrito Federal e municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.

Enquanto o procedimento não for incorporado ao Componente Limite Financeiro MAC, o mesmo será financiado pelo Componente Faec.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

- I. procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);
- II. transplantes e procedimentos vinculados;
- III. ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo predefinido;
- IV. novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

Os Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente Faec, classificados no item III.

Os procedimentos da Atenção Básica, atualmente financiados pelo Faec, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos municípios e Distrito Federal, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT:

- I. 0705101-8 coleta de material para exames citopatológicos;
- II. 0705103-4 coleta de sangue para triagem neonatal;
- III. 0707102-7 adesão ao componente I – Incentivo à assistência pré-natal;
- IV. 0707103-5 conclusão da assistência pré-natal.

6.6.4 Bloco de Vigilância em Saúde

As Portarias GM/MS n. 3252, de 22 de dezembro de 2009, e GM/MS n. 1106, de 12 de maio de 2009, alteram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07.

Os recursos que compõem o bloco financeiro de Vigilância em Saúde dos municípios, do Distrito Federal e dos estados representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e de vigilância sanitária.

O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

- I. Componente da Vigilância e Promoção da Saúde;
- II. Componente da Vigilância Sanitária.

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do bloco.

Os recursos desse bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e orientados pelo respectivo Plano de Saúde.

O Componente da Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, constituído em:

- III. Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS);
- IV. Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS).

O PFVPS compõe-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa e será alocado segundo os seguintes critérios:

- I. as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVPS atribuído ao estado correspondente, acrescidos dos valores re-

- ferentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Finlacen);
- II. cada município perceberá valores equivalentes a, no mínimo, 60% do per capita do PFVPS atribuído ao estado correspondente;
 - III. cada capital e município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a, no mínimo, 80% do per capita do PFVPS atribuído ao estado correspondente;
 - IV. fator de ajuste pactuado na CIB, destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

Os recursos referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal deverão ser pactuados entre estados e municípios na respectiva CIB e acrescidos aos PFVPS de estados e municípios.

O PVVPS é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a. Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE);
- b. Sistema de Verificação de Óbito (SVO);
- c. Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP);
- d. casas de apoio para adultos vivendo com HIV/Aids;
- e. fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- f. incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST;
- g. promoção da saúde;
- h. outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A reserva estratégica federal será constituída de valor equivalente a até 5% dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde.

O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

- I. Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa), composto pelo piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao Finlacen-Visa;
- II. Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVisa), constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a. *gestão de pessoas em vigilância sanitária para política de educação permanente;*
- b. *outros que venham a ser instituídos.*

Os recursos do bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica.

6.6.5 Bloco de Assistência Farmacêutica

As Portarias GM/MS n. 2981 e GM/MS n. 2982, ambas de 26 de novembro de 2009, alteram dispositivos da Portaria GM/MS n. 204/07.

O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

- I. Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos do elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste na aplicação de valores per capita mínimos, sendo que cabe à União: R\$ 5,10 por habitante/ano; II - Estados e Distrito Federal: R\$ 1,86 por habitante/ano e III - Municípios: R\$ 1,86 por habitante/ano.

As Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.

As Secretarias Estaduais de Saúde poderão participar dos processos de aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos, conforme pactuação nas CIB.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I. controle de endemias, tais como a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II. antirretrovirais do programa DST/Aids;
- III. sangue e hemoderivados;
- IV. imunobiológicos;
- V. combate ao tabagismo;
- VI. alimentação e nutrição.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente estará diretamente relacionado ao grupo em que os mesmos estão alocados.

Os medicamentos do Grupo 3 serão financiados de acordo com a regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, em ato normativo específico.

Os medicamentos pertencentes ao Grupo 2 serão financiados integralmente pelos estados e Distrito Federal, sendo que a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde para os medicamentos desse grupo terá o valor igual a zero.

Os medicamentos pertencentes ao Grupo 1 serão financiados pelo Ministério da Saúde na forma de aquisição centralizada (Grupo 1A) e na forma de transferência de recursos financeiros (Grupo 1B).

Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do Grupo 1B terão como base a emissão e a aprovação das APACs emitidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos.

6.6.6 Bloco de Gestão do SUS

O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

- I. Componente para a Qualificação da Gestão do SUS;
- II. Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- I. regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento;
- II. planejamento e orçamento;
- III. programação;
- IV. regionalização;
- V. gestão do trabalho;
- VI. educação em saúde;
- VII. incentivo à participação e controle social;
- VIII. informação e informática em saúde;
- IX. estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
- X. outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

A transferência dos recursos no âmbito desse Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico.

O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

- I. implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps);
- II. qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
- III. implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- IV. fomento para ações de redução de danos em Caps AD;
- V. inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- VI. implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- VII. implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu);
- VIII. reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
- IX. implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- X. adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino;
- XI. outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

6.6.7 Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde

Em 2009, a Portaria GM/MS n. 837, de 23 de abril, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria GM/MS n. 204/2007, para inserir o bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que serão transferidos mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação de projeto⁴⁹, encaminhado pelo ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.

Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento: I - Plano Estadual de Saúde (PES); II - Plano Diretor de Regionalização (PDR) e III - Plano Diretor de Investimento (PDI).

As propostas de projeto deverão ser apresentadas por meio do Sistema de Proposta de Projetos, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, <http://www.fns.saude.gov.br>, cabendo ao Ministério da Saúde, por meio de sua área finalística, emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta.

As informações do projeto e da execução do bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde devem compor o Relatório de Gestão previsto na Lei n. 8.142, de 1990, no Decreto n. 1.651, de 1995, e na Portaria GM n. 3.176, de 24 de dezembro de 2008, que aprovou orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

6.6.8 Monitoramento e controle dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo

A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios far-se-á para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

49_ É vedada a aplicação dos recursos desse bloco em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

A regulamentação do conteúdo do Relatório de Gestão e do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo é objeto da Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos estados, Distrito Federal e municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos estabelecidos.

O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos estados, Distrito Federal e municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática.

Serão suspensas as transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os estados, Distrito Federal e municípios nas seguintes situações:

I. referente ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II. referente ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III. referente ao bloco de Vigilância em Saúde - Componente de Vigilância e Promoção

da Saúde, quando forem constatados dois meses consecutivos sem alimentação regular de um dos sistemas de informações estabelecidos: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) ou Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) ou do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas desses sistemas;

IV. referente ao bloco de Vigilância em Saúde - Componente da Vigilância Sanitária, quando for constatado o não cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ou dois meses consecutivos sem preenchimento da Tabela de Procedimentos de Visa no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA);

V. referente ao bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, quando constatarem impropriedades e/ou irregularidades na execução dos projetos;

VI. quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do estado, Distrito Federal ou município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

A regularização do repasse do bloco de Vigilância em Saúde ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 dias da data de publicação do bloqueio e sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 dias da data de publicação do bloqueio.

Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário (TAS) como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema, não sendo possível a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

Com a publicação Portaria GM/MS n. 204/2007, foram revogadas as portarias GM/MS: n. 59, de 16 de janeiro de 1998; n. 531, de 30 de abril de 1999; n. 2425, de 30 de dezembro de 2002, e n. 698, de 30 de março de 2006.

6.6.9 Revisão da Portaria n. 204/2007

O objetivo da Portaria n. 204/2007 foi ampliar a autonomia do gestor na execução dos recursos federais e, para que isso ocorresse, entendia-se como necessária a reorganização das transferências federais com a redução da fragmentação do financiamento das políticas de saúde, facilitando assim a sua execução.

A implementação da Portaria n. 204/2007 não garantiu esse objetivo, porque ainda há

muita dificuldade na execução dos blocos, por parte dos gestores municipais e estaduais e a publicação de muitas portarias definindo recursos específicos para vários setores aumentaram a fragmentação do financiamento nos blocos.

A necessidade de: (i) aproximar a política de financiamento dos instrumentos de planejamento e pactuação (PS, PAS, RAG, Pactuação), inclusive vinculando-os à prestação de contas do repasse de recurso federal; (ii) de regulamentar o uso do recurso entre os blocos; (iii) redefinir as funcionais programáticas do PPA e a desatualização da PT n. 204/2007 impõem a revisão da mesma, agenda já apontada pela CIT para 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, J. Qual é questão? Financiamento da Educação no Brasil. Em aberto 2001; dez, 2001; 18 (3-6).
- AFONSO J. R.; ARAÚJO, E. A. Cresceu a Carga Tributária em 2003, Nota Técnica publicada no site: <http://www.joserobertoafonso.ecn.br/>. Acessado em 15 out. 2006.
- AFONSO, J. R.; MEIRELLES, B. B.; CASTRO, K. P. A Verdadeira Carga Pesada: Tributação no Brasil. Rio de Janeiro, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, Rio Estudos n. 207, 2006.
- AFONSO; MEIRELLES; CASTRO,. 2006. CONASS (tabela) s.d.
- ARAÚJO, E. A. Análise das Contribuições Sociais no Brasil, mimeo. Brasília, 2006.
- AZEREDO, B.; LOBO, T. Política social: regulamentação constitucional e processo orçamentário, Relatório ao PNUD, 1991.
- BARBOSA, N. B. O modelo de administração direta e as Organizações Sociais da Saúde – Um estudo comparado - Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2005.
- BARROS, M. E. D; PIOLA, S. F; VIANNA, S. M. Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectiva. Ipea. Texto para Discussão n. 401, Brasília, fev. 2006.
- _____. Brasil: Uma Síntese Descritiva do Sistema de Saúde, Brasília, julho de 2005 (não publicado, 111 p.).
- BARROS, M. E. D. Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil: marco legal e comportamento do gasto. OPAS. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4 – Brasília, 2002.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (atualizada até a Emenda Constitucional n. 52, de 8 de março de 2006). Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 4 dez. 2006.
- BRASIL. Decreto Lei n. 1.939, de 20 de maio de 1982. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCVIL/Decreto-Lei/Del1939.htm>>. Acesso em: XXX
- BRASIL. Decreto n. 2.829, de 29 de outubro de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2829.htm>. Acesso em: 4 dez. 2006.
- BRASIL. Lei de Diretrizes Orçamentárias, Informações gerais, finalidade, conteúdo. <www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi/atribuicoes_01_02.asp> Acesso em: 3 out. 2006.

BRASIL. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L4320.htm>>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Planilhas elaboradas para o Conselho Nacional de Saúde – CNS.

BRASIL. Ministério de Orçamento e Gestão - Portaria n. 42, de 14 de abril de 1999. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/legislacao/portarias/portaria_42_14_04_99.htm>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Ministério de Planejamento e Orçamento - Portaria n. 117, de 12 de novembro de 1998. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/legislacao/portarias/portaria_117_12_11_98.htm>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Plano Plurianual (PPA). Disponível em: <www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi/atribuicoes_01_01.asp>, Informações gerais finalidade, conteúdo. Acesso em: 3 out. 2006.

BRASIL. Projeto de Lei n. 15/2006-CN (Projeto de Lei Orçamentária Anual 2007). Volume IV - Tomo I - Detalhamento de Ações - Órgãos do Poder Executivo. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/orcamentobrasil/orcamentouniao/loa/index.html/proposta/proposta/volume4_1.html>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Projeto de Lei n. 15/2006-CN - Projeto de Lei Orçamentária Anual 2007. Texto do Projeto de Lei, Quadros Orçamentários e Legislação da Receita e da Despesa, Volume I. (2006). Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/orcamentobrasil/orcamentouniao/loa/index.html/proposta/index.html>>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Secretaria de Orçamento Federal - Portaria Interministerial SOF/STN n. 163, de 4 de maio de 2001. Disponível em: <<https://www.portalsof.planejamento.gov.br/MTO/Componente-PortariaInterministerialSOF-STN-no163-04052001.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Secretaria de Orçamento Federal - Portaria n. 51, de 16 de novembro de 1998. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/orcamento/conteudo/legislacao/portarias/portaria_51_16_11_98.htm>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Histórico das atividades orçamentárias. Disponível em: <https://www.portalsof.planejamento.gov.br/sof/sistema_orc/Historico_das_Atividades_Orcamentarias.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2006.

BRASIL. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOLINA, B.; GAIGER, F. S.; SERVO, L.; PIOLA, S. F.; MENEZES, T. Expenditure and demand on health care of the brazilian households. Conferência Interamericana de Seguridad Social. Out, 2006. Cancún, México. (apresentação em power point).

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90 e 8142/90). 3 ed. Campinas, SP: Unicamp, 2001. 330

CARVALHO, G. C. O. Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001. São Paulo: PaperCrom Editora e Gráfica, 2002.

CASADO, J.; LOUVEN, M. Pobres pagam cada vez mais tributos no país. O Globo, 20 ago 2006, cad. O País, p. 12.

CEBES, ABRASCO, ABRES, REDE UNIDA e AMPASA. Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros. 2005, jun., 8º Simpósio sobre Política de Saúde. Câmara dos Deputados. Brasília, jun., 2005.

CINTRA, M. As suspeitas de sonegação da CPMF. Folha de São Paulo. Opinião Econômica. Dinheiro Cad. B2, 2004.

CODEPLAN. Saúde e Saneamento. Estudos Setoriais, 1972, vol. 4 Governo do Distrito Federal, Secretaria de Governo, Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central, jul. 1972.

CONASS. A saúde na opinião dos brasileiros – Progestores (Programa de informação e apoio técnico as novas equipes gestoras estaduais). 2003, 244 p.

CONASS. CONASS apresenta aos presidentiáveis 14 propostas prioritárias para o SUS. Consensus 24. 2006 setembro; (4-10). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Consensus%2024.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2006.

CONASS. Nota Técnica/CONASS N. 21/2006. Brasília: CONASS; 2006. 32 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=publicacao_notas>. Acesso em: 15 dez. 2006.

CONASS. SUS: Avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006. 164 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/livro_sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2006.

CONASS. CONASS Documenta; 12. Fórum Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

DELFIN NETTO, A. O quase bem público essencial. Folha de São Paulo, 9 ago., 2006, Opinião A2.

GIOVANNI, G. CAMPINAS (Org) Brasil – Radiografia da Saúde. SP: Unicamp, IE, 2001.

HEIMANN, L. S. et al. Quantos Brasis? Equidade para alocação de recursos no SUS. Nisis – Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde. Instituto de Saúde – IS, Coordenação dos Institutos de Pesquisa – CIQ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES/SP, s/d.

IBPT. Carga tributária pesada. Folha de São Paulo, Cad. Dinheiro B3, 17 set., 2006.

LORES, R. J. Suécia vota para manter Estado de Bem-Estar. Folha de São Paulo (Cad. Mundo) 17 set., 2006 A 34.

- MACHADO, H. B. Curso de Direito Tributário. 20 ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2002.
- MACHADO, E. M. et al. Atenção Básica à Saúde em Minas Gerais: desigualdade na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB). Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.
- MANGABEIRA UNGER, R. A classe média e o social. Folha de São Paulo, 3 fev., 1998 A: 2.
- MARQUES, R. M. O financiamento do sistema público de saúde brasileiro. Cepal. Serie financiamiento del esarrollo, n. 82. Santiago, Chile. ago, 1999, 63 p.
- MC GREEVEY, W. P.; BAPTISTA, L. P. M.; PINTO, V. G.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: Uma perspectiva internacional. (Ipea, Série Estudos para o Planejamento, 26). Brasília, 1984. 199 p.
- MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1996.
- MENDONÇA, F. Informação pessoal. 26 out, 2006.
- MF A Carga Tributária no Brasil 2005, Estudos Tributários 15, Brasil, agosto 2006. Disponível em: <www.receita.fazenda.gov.br/Publico/Estudo?TRIBUTARIO/cargafiscal>. Acesso em: XXX
- O GLOBO. Salário do brasileiro só é menos taxado que o do dinamarquês. Estudo é mera especulação diz a Receita. Cad. Dinheiro, B3, 17 set., 2006
- OMS. Informe sobre La Salud en el Mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, 2000.
- OPAS (Escritório Regional). Série Economia e Financiamento n. 1, 1990, 70 p.
- PEREIRA, J. Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. (Orgs.) Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Brasília, 2002, 3ª ed., 271-293.
- PIOLA, S. F.; BIASOTO, J. R. G. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, B E DI
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde Brasília: Ipea. Série Ipea, n. 149, 2002. 3. ed.
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde. Ipea, dez., 1991, 139 p (mimeo, não publicado).
- PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; VIVAS, D. C. Tendências do sistema de saúde brasileiro (Estudo Delphi) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasília, 2001.
- PORTO, S. M. et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2001 (Relatório final de projeto Reforsus)

PORTO, S. M.; UGÁ, A.; TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; LANDMANN, C. S; VIANNA, S. M. Metodologia de alocação equitativa de recursos (Relatório de Pesquisa) Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

REI, F; SOGABE, M. N. Regiões Metropolitanas Disponível em www.mre.gov.br/CDBRASIL/ITAMARATY/WEB/port/mekioam/mamburb/metrop/apresent/htm. Acesso em: 4 out. 2006.

RODRIGUEZ NETO, E. Saúde Promessas e limites da Constituição. Orgs. TEMPORÃO, J. G. & ESCOREL, S. Edd. Fiocruz, 2003, 260 p.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8): 11597-1609. ago 2006.

VIANNA; PIOLA. Políticas e Prioridades do Sistema Único de Saúde SUS. Brasília, dez 1991 (não publicado) 138 p.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha de recursos. Saúde e Sociedade, v. 1 n. 1, 1992, p. 43-59.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; GUERRA, A. J.; CAMARGO, S. F. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferências de recursos federais para estados e municípios (cols. Mandelli, MJ e Alvares da Silva, JA), nov.

World Health Organization. World Health Report, 2006 Statistical Annex. Genebra, World Health Organization, 2006.

World Health Organization. World Health Statistics 2009. Genebra, World Health Organization, 2009 Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf. Acesso em: 3 ago. 2010.

World Health Statistics 2010. Genebra, World Health Organization, 2010 Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf . Acesso em: 5 jun. 2010.

