ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título	SAÚDE
Autores (as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do Boletim	BOLETIM POLÍTICAS SOCIAIS: ACOMPANHAMENTO E ANÁLISE
Cidade	Brasília
Editora	Ipea
Ano	2004 (n.8)
ISSN	1518-4285

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/ portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SAÚDE

1 Introdução

O ano de 2003 foi marcado por forte mobilização do setor de saúde sobre dois aspectos diferentes. O primeiro deles foi o da participação social na elaboração das diretrizes da área para o PPA 2004-2007. Para esse fim, foram realizados diversos seminários, abertos à sociedade e também internos ao governo. O Conselho Nacional de Saúde teve intensa participação nesse processo, bem como na discussão e na organização da Conferência Nacional de Saúde, outro marco importante no primeiro ano do governo Lula no que se refere à mobilização setorial na redefinição de suas diretrizes e suas prioridades estratégicas.

O segundo ponto de relevância foi o da mobilização em torno dos recursos para a saúde e da regulamentação da EC nº 29. Essa merece um comentário geral, pois indica uma tendência política importante e que, de certa maneira, envolve o risco de abandono dos princípios e da possibilidade de construção de institucionalidade para a seguridade social.

Há consenso na área de saúde sobre a necessidade de assegurar recursos relativamente constantes e suficientes que financiem seus serviços. As fontes estão inscritas na Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 194 e 195, nos quais se redigiram e se definiram a Seguridade Social, os princípios da solidariedade entre as três áreas, Previdência, Assistência Social e Saúde, e ainda que elas seriam financiadas pelos recursos fiscais das três esferas de governo: União, estados e municípios; bem como pelos recursos das contribuições sociais e outras fontes fiscais. Pelos acordos firmados, 30% dos recursos da Seguridade deveriam ir para a Saúde. Tais princípios nunca foram seguidos e os recursos sempre foram inferiores aos preconizados. Portanto, a área sempre enfrentou dificuldades para fazer cumprir determinações constitucionais e legais sobre os recursos que a ela deveriam ser destinados, sem mencionar a quebra do princípio de solidariedade entre as áreas, comprometido em sucessivas ocasiões em nome do interesse nacional e do ajuste das contas da Previdência.

Nesse contexto, as soluções setoriais, como a proposta pela EC nº 29, partem de cálculo realista, a inexistência de fato, e não de direito, de institucionalidade que dê forma e conteúdo aos princípios constitucionais da Seguridade Social. Procura resguardar recursos anuais para a área da saúde por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), sem a preocupação recorrente com os princípios da seguridade, que não encontraram bases institucionais e políticas que as viabilizassem. Significativa desse momento político da área da saúde no sentido de resguardar recursos de forma setorialista, foi a recusa, na própria Conferência Nacional de Saúde de 2003, em sinalizar a criação de institucionalidade, na forma de um ministério único, que dê vida ao princípio da Seguridade Social. Fica a interrogação sobre a capacidade do poder público em organizar um sistema de proteção social sem uma ordem institucional com

funcionamento adequado e sob ação coordenada e articulada entre as áreas de Saúde, Assistência e Previdência Social.

2 Conjuntura

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), convocada por Decreto Presidencial e realizada no período de 7 a 11 de dezembro de 2003, teve por tema central "Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos". A questão principal proposta para a CNS, evidente em seu tema foi, o fortalecimento do SUS.

O tema central da 12ª Conferência foi discutido a partir de dez eixos temáticos previamente definidos pelo Conselho Nacional de Saúde, que eram: *i*) Direito à Saúde; *ii*) A Seguridade Social e a Saúde; *iii*) Intersetorialidade das Ações de Saúde; *iv*) As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; *v*) A Organização da Atenção à Saúde; *vi*) Gestão Participativa; *vii*) O Trabalho na Saúde; *viii*) Ciência e Tecnologia e a Saúde; *ix*) O Financiamento da Saúde; e *x*) Comunicação e Informação em Saúde.

No documento intitulado "Propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para os eixos temáticos da 12ª CNS", o Ministério da Saúde expressou seu ponto de vista sobre cada um dos dez eixos. No primeiro eixo, no qual afirma ser a saúde um direito, esta é entendida como

> qualidade de vida e, portanto, deve estar vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, à educação, à alimentação e ao lazer. O direito à saúde, especialmente quando examinado sob a ótica da qualidade de vida, exige também que a superação das desigualdades envolva o acesso democrático a alimentos, medicamentos e serviços que sejam seguros e que tenham sua qualidade controlada pelo poder público. (...) Ressalte-se que a promoção e a atenção à saúde são fundamentais e fazem parte do elenco de políticas sociais necessárias para a construção de sociedade justa e democrática, sendo esta a missão central do SUS.

Os outros eixos referem-se a tal conceito ampliado de saúde, entre os quais se reforça a saúde como área da Seguridade Social. No terceiro, afirma que, com a saúde colocada dentro desse conceito mais amplo, avanços na atuação desse ministério teriam de ser acompanhados por avanços na atuação de outros ministérios setoriais, cujas ações podem afetar a saúde conforme concebida anteriormente.

Além da etapa nacional da 12ª Conferência, houve etapas nos âmbitos municipal e estadual. A etapa municipal ocorreu até fim de setembro de 2003 e a estadual até fim de outubro de 2003. A última Conferência aconteceu em 2000 e, normalmente, as conferências são realizadas a cada quatro anos. No entanto, a 12ª Conferência aconteceu um ano antes do previsto. O principal motivo para isso foi o compromisso público assumido pelo Ministro da Saúde de basear as políticas de governo na sua área de atuação nas resoluções que comporiam o Relatório Final da 12ª CNS, tendo em vista que "uma das críticas mais freqüentes em relação às Conferências Nacionais de Saúde anteriores, a partir da oitava, é que suas deliberações na maioria dos casos não se tornavam políticas de governo".[22] Desse modo, a antecipação poderia ser vista, sob esse aspecto, como positiva. Por outro lado, apesar dessa justificativa, um dos problemas que pode surgir está relacionado ao pouco tempo que se teve para a realização das conferências municipais e estaduais. Parte das conferências estaduais aconteceu

22. De olho nas lições do passado recente, Jornal da 12ª Conferência, out. 2003.

apenas em novembro, sendo que a realizada no Maranhão não aconteceu em tempo de ser incorporada ao relatório que consolidou as conferências estaduais.

O relatório final da Conferência Nacional ainda não tem sua redação definitiva, mas entre as propostas apresentadas no eixo do financiamento, foi aprovada pela plenária da Conferência a vinculação de 10% da receita corrente da União para compor o orçamento da Saúde. A proposta de dotar a Seguridade Social de institucionalidade com a criação de um Ministério da Seguridade Social, por sua vez, foi rejeitada em plenária, como ressaltado anteriormente.

3 Acompanhamento de políticas

3.1 Regulamentação dos Planos e dos Seguros de Saúde

Dois pontos foram importantes em relação às políticas de saúde: a discussão sobre a regulamentação da Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos e os seguros privados de assistência à saúde, e o processo de redefinição do Plano Plurianual de governo 2004-2007.

Em relação à Lei nº 9.656/98, o baixo consenso político e jurídico em torno do alcance da sua regulamentação vem dificultando o seu cumprimento, e as reedições sucessivas de medidas provisórias relacionadas a ela expõem tal fragilidade. Apenas para ilustrar, vale lembrar que o acordo para aprovação da lei da regulamentação de planos e seguros no Senado Federal em 1998 só foi possível graças à promessa de uma medida provisória que alterou, em seguida, dispositivos da mesma lei. Além disso, uma liminar, concedida em agosto de 2003, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), relacionada à Ação Direta de Inconstitucionalidade movida pela Confederação Nacional de Saúde (CNS), restringiu a abrangência da Lei apenas aos contratos posteriores a 1999.

Entretanto, indo de encontro à decisão do STF, o governo federal editou a MP nº 148, em 16 de dezembro de 2003, que ampliou o poder de fiscalização da ANS para regular tais planos antigos e instituiu programas de incentivo à adaptação desses contratos para torná-los amparados pelas garantias e pelos direitos previstos na Lei.

Além disso, observa-se a não existência de consenso político-jurídico em relação à magnitude dos reajustes das mensalidades praticadas entre as diversas faixas etárias dos planos individuais, principalmente no tocante aos idosos, isto é, à população com idade igual ou superior a sessenta anos. A resolução nº 6 do Conselho de Saúde Suplementar (Consu), de 3 de novembro de 1998, estipulou sete faixas de idade[23] para o aumento de preços dos contratos desses planos, na qual a variação entre a primeira e a última não pode ser superior a seis vezes, o que representaria variação de até 500%. Isto foi o principal ponto de divergência entre os membros da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, que vigorou entre junho e novembro de 2003. O presidente da CPI e o relator da Comissão defenderam variação de apenas 100% entre a primeira e a última faixa, no sentido de evitar a expulsão dos idosos pelo aumento do preço dos prêmios. Ademais, o Estatuto do Idoso, que entrou em vigor em janeiro de 2004, veda o aumento das mensalidades

23. As sete faixas etárias são: de 0 a 17; de 18 a 29;de 30 a 39; de 40 a 49; de 50 a 59; de 60 a 69; e mais de 70 anos.

para aquelas pessoas acima de sessenta anos que comprarem planos de saúde a partir dessa data. Tal Estatuto trouxe, assim, a necessidade de se reverem as faixas etárias previstas na Resolução do Consu.

No fim de 2003, a ANS realizou consulta pública para discussão de proposta de resolução com a finalidade de alterar a regra de reajuste de planos de saúde por faixa etária, no intuito de adequar-se ao Estatuto do Idoso. A proposta da ANS alterou o número de faixas etárias de sete para dez.[24] Tal proposta foi consolidada por meio da publicação da Resolução nº 63 de, 22 de dezembro de 2003, que passou a vigorar a partir de janeiro de 2004. No entanto, o Procon de São Paulo adverte para o fato de a proposta da ANS reproduzir o teor daquela apresentada pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg).[25] Além disso, tal instituição lembra que, além de intervalos menores (cinco em cinco anos ao invés de dez em dez anos), a proposta da ANS mantém a variação de seis vezes (500%). Dessa forma, o valor, que antes poderia ser reajustado aos setenta anos, pode ser agora totalmente integralizado já a partir dos 59 anos de idade.

3.2 O PPA 2004-2007 e outras ações

Em relação ao PPA 2004-2007, as mudanças na programação ainda não são muito visíveis. Os dois programas mais importantes em termos de alocação de recursos, com algumas pequenas alterações, já podiam ser encontrados no PPA anterior, quais sejam: Atenção Ambulatorial e Hospitalar e Atenção Básica, sendo que este último, apesar da mudança de nomenclatura, conta com peso muito grande do Saúde da Família, que, para efeito deste PPA, transformou-se em ação.

Além desses, o PPA da Saúde tem outros 22 programas, contando com algumas novidades. Uma delas refere-se à junção dos programas de Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do Jovem como ações de novo programa denominado Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Além disso, foram criados programas de gestão do trabalho no SUS – Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde e Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde –, um programa de gestão participativa – Participação Popular e Intersetorialidade na Reforma Sanitária e no Sistema Único de Saúde (este tinha por objetivo mais imediato a organização da 12ª Conferência Nacional de Saúde) e um programa na área de ciência e tecnologia – Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Novamente, talvez agora com mais força, volta a ser colocada na pauta da discussão do Ministério da Saúde a integração entre os níveis de atenção, de modo que a atenção básica torne-se a porta de entrada do sistema. Além disso, tal ministério colocou como meta ter 120 milhões de brasileiros cobertos pelo Cartão SUS até o fim de 2007.

Outras ações tiveram alguns dos seus componentes estratégicos modificados. O combate à dengue, por exemplo, tornou-se prioridade do Ministério da Saúde. Para evitar que a epidemia tomasse as proporções dos anos anteriores, o governo re-

---

24. A faixa inicial passou a ser de 0 a 18 anos, e as seguintes com intervalos de cinco anos, sendo que a última faixa ficou estabelecida como sendo de 59 anos ou mais.

25. Fundação Procon-SP critica proposta apresentada pela ANS na consulta sobre o aumento por faixa etária. Extraído do site: <http://www.procon.sp.gov.br/caros.shtml>. Acesso em: 29/1/2004.

solveu monitorar a ação dos municípios, responsáveis pelo combate à doença. Assim, os municípios que registrarem um número grande de casos teriam apoio técnico e financeiro, tendo o MS sinalizado a possibilidade de contratar mais mil agentes de saúde, além dos nove mil já existentes.

O ministério sinalizou mudanças nos planos de saúde para regulação mais eficaz. Um dos objetivos é promover o ressarcimento ao SUS pelas empresas que comercializam planos e que têm clientes que usam o Sistema Único de Saúde (SUS). Os mecanismos legais de ressarcimento existem, mas têm sido pouco eficientes, o que requer alterações na legislação para a efetiva capacidade de regulação pelo poder público.

Outro ponto prioritário assinalado pelo governo Lula é a promoção do acesso a medicamentos, seja mediante aumento da compra para distribuição pelo poder público ou investimento nos laboratórios oficiais para a sua produção. Outra possibilidade anunciada como prioritária é a rede de farmácias populares, que consistiria no aproveitamento de estruturas com capilaridade na sociedade e que permitissem a distribuição de medicamentos, sem o custo dos funcionários ou da manutenção de redes específicas. Poderiam ser usadas farmácias privadas, associadas a programas de reembolso ou pagamento de taxas de administração.

4 Financiamento

4.1 LDO e a Emenda nº 29

O debate em torno da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e do Projeto de Lei do Orçamento para 2004 (PLO/2004) sobre as fontes e o montante de recursos para a Saúde foi responsável por parte significativa das discussões sobre o financiamento da área no segundo semestre de 2003.

O orçamento do Ministério da Saúde está submetido às determinações da EC nº 29, de 2000, que estabelece, entre outros pontos, o montante mínimo de recursos a ser aplicados pela União, estados, municípios e Distrito Federal em "Ações e Serviços Públicos de Saúde". A falta de legislação complementar específica possibilita diferentes interpretações sobre vários aspectos da aplicação da EC nº 29, entre os quais consta a forma de cálculo do montante de recursos federais, problema anteriormente discutido no número 7 deste boletim.

Parte da questão referente à delimitação do que seria considerado como ações e serviços públicos de saúde para efeito do cumprimento da Emenda foi atendida pelas LDOs. A esse respeito, as LDOs de 2002 e 2003 determinavam que:

> (...) consideram-se como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Lei nº 10.266/2001, artigo 46, parágrafo 2º e Lei nº 10.524/2002, artigo 57, parágrafo 2º).

O Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP), mencionado na LDO, foi criado pouco depois da aprovação da EC nº 29, pela Emenda Constitucional nº 31, em dezembro de 2000, devendo vigorar até o ano de 2010. Tal fundo é formado principalmente pelo adicional de 0,8% da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), além de parte do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI),

do imposto sobre grandes fortunas e de outras fontes. Os recursos do FCEP deveriam ser destinados às ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço da renda familiar e outros programas voltados para a melhoria da qualidade de vida de famílias abaixo da linha de pobreza e populações de localidades isoladas em condições de vida desfavoráveis. O FCEP passou a fazer parte do orçamento do Ministério da Saúde em 2001, financiando programas de saneamento básico, alimentação e nutrição, bem como de saúde da família.

Em 2003, o parágrafo da LDO 2004, semelhante ao incluído nas LDOs anteriores, que tratava da delimitação das ações e dos serviços públicos de saúde, foi vetado pelo governo federal. A justificativa para o veto foi a seguinte:

> A exclusão das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza do montante de recursos a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde cria dificuldades para o alcance do equilíbrio orçamentário, em face da escassez dos recursos disponíveis, o que contraria o interesse público, motivo pelo qual se propõe oposição de veto a esse dispositivo (MP, Mensagem nº 357, de 2003).

Apesar de focar diretamente o FCEP, pretendendo que recursos dessa fonte integrassem o montante mínimo constitucional exigido pela EC nº 29, o veto acabou também com o impedimento de incluir os gastos com inativos e serviço da dívida como despesas em ações e serviços de saúde. Tal veto desencadeou uma série de reações do Conselho Nacional de Saúde, de parlamentares e de entidades ligadas ao setor saúde, como os Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais (Conass e Conasems). Após as primeiras manifestações, o Poder Executivo comprometeu-se a incluir na LDO dispositivo que considerasse Ações e Serviços Públicos de Saúde na totalidade das dotações do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União e os serviços da dívida. Ficaria mantida, no entanto, a inclusão dos recursos do FCEP, questão que manteve aceso o debate.

As críticas ao veto do artigo da LDO concentraram-se em três pontos: *i*) com a inclusão do FCEP no montante destinado a Ações e Serviços Públicos de Saúde estariam sendo atendidas duas emendas constitucionais com o mesmo recurso; *ii*) o veto permitiria a inclusão de inativos, dívidas e ações de saneamento como Ações e Serviços Públicos de Saúde, estas últimas por conta das ações financiadas com o FCEP; e *iii*) tais problemas seriam potencializados pelo efeito demonstração que a União teria sobre estados e municípios.

O Ploa para 2004 previu para o Ministério da Saúde um total de R$ 35,799 bilhões. Retirando-se desse total os valores destinados ao pagamento de Inativos e Pensionistas e Encargos da Dívida, restariam R$ 32,477 bilhões a ser destinados a Ações e Serviços Públicos de Saúde (tabela 8). Esse total inclui R$ 3,571 bilhões originários do FCEP – se esse montante fosse excluído restariam R$ 28,906 bilhões para atendimento da EC nº 29.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, o montante mínimo a ser destinado a Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2004 seria resultado da aplicação da variação nominal do PIB entre 2002 e 2003 sobre o valor mínimo determinado para 2003, R$ 27,6 bilhões, ou sobre o valor efetivamente empenhado caso este fosse superior ao mínimo. As estimativas sobre a variação do PIB nesse período foram se alterando.

Como referência, utilizando a estimativa de variação nominal do PIB de 18,2%[26] e o valor mínimo para 2003, seriam necessários recursos da ordem de R$ 32,6 bilhões para cumprimento da EC nº 29, em 2004. Ao fim do ano de 2003, o IBGE divulgou novas estimativas para o PIB de 2001 e 2002, que resultaram em aumento do valor mínimo para 2003.[27] Naturalmente, pelo método de definição dos recursos federais previstos, o montante exato só poderá ser conhecido após encerrada a execução orçamentária desse ano e divulgado o PIB nominal de 2003, no primeiro trimestre do ano de 2004.

TABELA 8

Ministério da Saúde

Projeto de Lei Orçamentária e Lei Orçamentária Anual aprovada para 2004

(Em R$ milhões)

	Ploa	LOA
(A) **Total**	**35.799,3**	**36.528,7**
(B) Serviço da Dívida	708,3	708,3
(C) Inativos e Pensionistas	2.614,0	2.614,0
(D = A-B-C) **Subtotal**	**32.477,0**	**33.206,4**
(E) Fonte 179 – FCEP*	3.571,0	-
(F = D-E) **Ações e Serviços de Saúde sem FCEP**	**28.906,0**	**33.206,4**

Fonte: Siafe/STN/MF.

Obs.: *Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

Os recursos do FCEP foram distribuídos no Ploa para 2004 em ações de Atenção Básica e de Transferência de Renda, alocadas no Fundo Nacional de Saúde, e de Saneamento e Cultura e Patrimônio Indígena, na Fundação Nacional de Saúde. Aproximadamente metade desse total de recursos foi destinado ao Programa de Transferência de Renda com Condicionalidades, que incorporou a ação do Ministério da Saúde referente ao antigo Bolsa Alimentação. Tal programa está voltado para a melhoria da situação de segurança alimentar e combate às carências nutricionais de famílias em condição de extrema pobreza.

Deve ser notada ainda, como apontou o Relator do Orçamento em seu parecer preliminar, a "transferência para a saúde de ações que antes estavam a cargo da antiga Secretaria de Desenvolvimento Urbano, hoje Ministério das Cidades. Ações que não vinham sendo computadas no piso da Saúde (EC nº 29/2000) e que o atual governo pretende agora o seja". É a situação de parte das ações de Saneamento Ambiental Urbano e do Programa de Resíduos Sólidos Urbanos voltada para municípios com mais de 250 mil habitantes. Sobre tais ações, é preciso lembrar que sua relevância para a saúde não é questionada, porém elas são entendidas como fatores condicionantes e determinantes da saúde, nos termos da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 3º). Nesta lei, são citados como fatores determinantes e condicionantes da saúde, "entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais".

Das diversas iniciativas e manifestações em torno do veto à LDO e do Ploa para 2004, duas, em sentidos opostos, devem ser mencionadas. O Procurador-Geral da República, em resposta à questão proposta pelo Deputado Roberto Gouveia e outros,

26. Ipea. Boletim de Conjuntura nº 62, Rio de janeiro: Ipea, set. 2003.

27. IBGE, Contas Nacionais nº 10, Sistema de Contas Nacionais 2000-2002.

recomendou ao Presidente da República que complementasse o orçamento do Ministério da Saúde em R$ 4 bilhões, a fim de atingir o montante de R$ 32,9 bilhões, considerados necessários ao cumprimento da EC nº 29, sem que fossem considerados nesse total os recursos do FCEP. O total adotado pelo Ministério Público resulta da aplicação de percentual de 19,4% para a variação nominal do PIB entre 2002 e 2003.

De outro lado, a governadora do Rio de Janeiro assinou Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin), questionando a competência do Conselho Nacional de Saúde de regulamentar, por meio de sua Resolução nº 322/2003, a aplicação da EC nº 29 e solicitando a suspensão imediata de seus efeitos. A regulamentação, nesse entendimento, estaria reservada à Lei Complementar. A discordância mais concreta estava no impedimento de contabilização, para fins de cumprimento da EC nº 29, de recursos do FCEP estadual, recursos utilizados em saneamento básico e alimentação e os originários de operações de crédito. O Ministério Público Estadual, na mesma linha do Ministério Público Federal, alertou a governadora de que os recursos do FCEP Estadual não devem ser somados aos do Fundo Estadual de Saúde para fins de atendimento da EC nº 29.[28]

O CNS, apesar de suas manifestações contrárias ao veto da LDO e por extensão ao PLO, manifestou-se, em agosto de 2003, pela aprovação da proposta apresentada para o Orçamento 2004 e o PPA 2004-2007, com as ressalvas derivadas desse seu posicionamento. A polêmica em torno do veto termina em 25 de novembro, quando o Presidente da República sancionou a Lei nº 10.777/2003, que acrescenta dois parágrafos ao artigo 59 da LDO: um restaurando integralmente a redação vetada e outro estabelecendo que a observância do cumprimento da EC nº 29 nesses termos será feita ao fim do exercício de 2004.

A discussão em torno do PLO para 2004 levou à sua revisão. Na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada, os recursos orçados para o Ministério da Saúde alcançam o montante de R$ 36,5 bilhões e o FCEP é completamente excluído desse total (tabela 8). Os recursos destinados ao Programa de Transferência de Renda com Condicionalidades foram significativamente reduzidos, passando de R$ 2,6 bilhões para R$ 0,8 bilhão.

O debate surgido a partir do veto à LDO tornou mais visível a necessidade de regulamentação da EC nº 29. Mais que isso, identificou alguns pontos e conceitos particularmente sensíveis e voltou a mobilizar o setor saúde em torno da questão do financiamento. A oportunidade para a necessária regulamentação é a própria Lei Complementar, prevista no texto constitucional, e que deverá ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos. A esse respeito, foram constituídas no âmbito do Ministério da Saúde duas comissões, uma interna e outra estruturada a partir da Câmara Técnica do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), para discussão dos projetos de lei do Senador Tião Viana e do Deputado Roberto Gouveia e elaboração de propostas (ver *Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise* nº 7). Resta acompanhar a posição do Ministério da Saúde quanto à regulamentação da EC nº 29, uma vez que a vinculação de recursos federais não deverá ser decidida sem o envolvimento da área econômica.

---

28. Jornal O Globo, 4 dez. 2003.

4.2 A Execução Orçamentária de 2003

É natural que uma das primeiras perguntas a ser feitas em relação à execução orçamentária de 2003 seja relativa ao cumprimento da EC nº 29. Em Nota Técnica, de 11 de fevereiro de 2004, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde informou que o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde foi de R4 27,181 bilhões. Segundo seu entendimento, o montante mínimo a ser aplicado, em 2003, corresponderia a R$ 27,777 bilhões. A nota informa, ainda, que a diferença seria reposta no decorrer da execução deste ano (2004).

Em relação à execução orçamentária dos programas constantes do PPA, a tabela 1.1 do Anexo Estatístico apresenta relação de programas e ações selecionados, cujo empenho liquidado corresponde a R$ 23,496 bilhões, ou seja, 86% do total empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano de 2003. Para tal conjunto foi liquidado 97,3% do total disponível. Dos 26 programas selecionados, quatorze apresentam percentual de execução acima de 85% e 12 acima de 95%. A participação desses programas no orçamento, no entanto, é muito desigual. Apenas um deles, Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar, conta com recursos liquidados da ordem de R$ 14,2 bilhões, o que corresponde a 99,8% do total autorizado. Percentuais de execução significativos como esse podem ser observados nos programas com grande volume de recursos: Saúde da Família, 98,2%; Assistência Farmacêutica, 98,6%; e Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, 96,4%. De modo geral, os programas e as ações que operam com transferências a Fundos de Saúde Estaduais e Municipais apresentam percentual de execução elevado. Apenas dois dos programas selecionados apresentaram percentuais de execução inferiores a 75%: Saúde do Jovem e Qualidade e Eficiência do SUS. Cabe ainda mencionar, por sua baixa execução, os programas da área de Saneamento (ver tabela 1.1 do Anexo Estatístico).