

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº **802**

Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde

Carlos Octávio Ocké Reis
José Aparecido Carlos Ribeiro
Sérgio Francisco Piola

Brasília, junho de 2001

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 802

Financiamento das Políticas Sociais nos anos 1990: O Caso do Ministério da Saúde

Carlos Octávio Ocké Reis*
José Aparecido Carlos Ribeiro*
Sérgio Francisco Piola*

Brasília, junho de 2001

* *Técnicos de Pesquisa e Planejamento da Diretoria de Estudos Sociais (DISOC) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).*

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO
Martus Tavares – Ministro
Guilherme Dias – Secretário Executivo

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Presidente
Roberto Borges Martins

Chefe de Gabinete
Luís Fernando de Lara Resende

DIRETORIA

Eustáquio J. Reis
Gustavo Maia Gomes
Hubimaier Cantuária Santiago
Luís Fernando Tironi
Murilo Lôbo
Ricardo Paes de Barros

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o IPEA fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais e torna disponíveis, para a sociedade, elementos necessários ao conhecimento e à solução dos problemas econômicos e sociais do país. Inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro são formulados a partir dos estudos e pesquisas realizados pelas equipes de especialistas do IPEA.

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 130 exemplares

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Brasília – DF:
SBS Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES, 10º andar
CEP 70076-900
Fone: (61) 315 5374 – Fax: (61) 315 5314
E-mail: editbsb@IPEA.gov.br

Home page: <http://www.IPEA.gov.br>

EQUIPE

Coordenação: Marco Aurélio Dias Pires; Secretaria: Gardênia Santos
Gerência: Suely Ferreira
Revisão: Chico Villela (coord.), Sarah Pontes, Luciana Soares Sargio e Renata Frassetto de Almeida (estag.)
Edição Gráfica: Iranilde Rego (coord.); Aeromilson Mesquita, Cecília Bartholo, Francisco de Souza Filho, Lúcio Flavo Rodrigues
Divulgação: Doris Magda Tavares Guerra (coord.), Edineide Ramos, Edinaldo dos Santos, Mauro Ferreira, Marcos Cristóvão, Roseclea Barbosa da Silva e Janaina Maria do Nascimento (estag.)
Produção Gráfica: Edilson Cedro Santos

SERVIÇO EDITORIAL

Rio de Janeiro – RJ:
Av. Presidente Antonio Carlos, 51, 14º andar
CEP 20020-010
Fone: (21) 804-8118 – Fax: (21) 220 5533
E-mail: editrj@IPEA.gov.br

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

- 1 INTRODUÇÃO **5**
- 2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS **6**
- 3 O GASTO TOTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NO PERÍODO 1993/1999 **8**
- 4 FONTES DOS RECURSOS FINANCEIROS DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE **13**
- 5 EVOLUÇÃO DO GASTO SEGUNDO A CATEGORIA
ECONÔMICA DA DESPESA **17**
- 6 DISPÊNDIOS POR SUBPROGRAMAS **19**
- 7 PERSPECTIVAS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE **21**
- 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS **26**
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **27**

SINOPSE

Garantir um volume adequado e regular de recursos ao financiamento das políticas sociais é uma das questões sobre as quais governos, técnicos e congressistas têm se debruçado. Na área das políticas públicas de saúde, não é diferente.

Este trabalho discute o comportamento do financiamento das políticas públicas de saúde, a partir de um contexto específico: a trajetória dos gastos e das fontes de recursos do Ministério da Saúde. São apresentadas e analisadas a composição do financiamento do Ministério da Saúde por fontes e a evolução dos gastos por categoria econômica da despesa, bem como também por subprogramas.

Especial atenção é dada à questão da CPMF, e sobre qual teria sido o impacto final deste novo tributo no financiamento do Ministério da Saúde. Por fim, apresenta-se uma discussão prospectiva, sobre a Emenda Constitucional nº 29, que define novas regras e patamares para o financiamento das políticas de saúde no país.

ABSTRACT

The stabilization of public health financing has been one of the main concerns of various areas of society and of the state. This article contributes to this discussion from a specific context: to evaluate the behavior of the resource funds and expenses of the Ministry of Health.

The composition of finance by sources; the evolution of expenses by economic category and sub programs; and the evolution of CPMF will all be analyzed. We also discuss the impact of this new "tribute" (CPMF) about the financing of the Ministry of Health.

Finally, we present a prospective vision of the 29th Amendment which defines new rules to the financing of health policies in the country.

1 INTRODUÇÃO

Conferir estabilidade ao financiamento público da saúde no campo das políticas sociais tem sido uma das principais preocupações dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como do Congresso Nacional. Essa preocupação manifesta-se desde a elaboração do texto constitucional, com a aprovação do artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). Esse artigo estabelecia que até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), trinta por cento, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor saúde.

Ao atribuir transitoriedade a essa vinculação, o legislador constituinte estaria se posicionando contra uma vinculação específica e permanente, confiando que, a cada ano, a LDO estabeleceria um patamar adequado de recursos financeiros para área.

Tal dispositivo, que tinha a limitação de referir-se apenas aos recursos federais, mostrou-se ineficaz em sucessivas LDO. Desde então, trava-se um embate para definir na Constituição Federal (CF) um piso mínimo, permanente, de recursos financeiros públicos a serem aplicados no SUS. A crise de 1993¹ – decorrente da retirada de recursos financeiros da saúde, os quais eram originários da Contribuição de Empregadores e Trabalhadores sobre a Folha de Salário – aguçou a problemática do financiamento setorial, além de provocar o surgimento de um conjunto de propostas de emenda constitucional na perspectiva de solucioná-la.

Em 1996, a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi uma solução transitória encontrada para suprir as necessidades do financiamento setorial. Até o ano de 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde. No entanto, quando foi aprovada pela segunda vez em 1999, a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde.

Nesse contexto, este trabalho pretende discutir o comportamento do financiamento federal da saúde no período 1993/1999, analisando as participações das diferentes fontes, a evolução dos gastos por categoria econômica de despesa e por sub-programas, além de avaliar os resultados da criação da CPMF. Igualmente, tenta de-

¹ No bojo do Orçamento da Seguridade Social, entre os anos de 1990 e 1993, as despesas com os benefícios previdenciários apresentaram um crescimento de 47%, enquanto, no mesmo período, as transferências totais (Tesouro e Instituto Nacional do Seguro Social) para o Ministério da Saúde tiveram um crescimento inferior a 3%. Além do mais, tais gastos previdenciários cresceram de 61,5% em 1991 para 65,3% em 1992. Dessa forma, esse aumento dos gastos previdenciários provocou uma drástica redução da transferência de recursos, permitindo o aparecimento de uma grave crise financeira do Sistema Único de Saúde (SUS). Ver Barros; Piola e Vianna (1996).

monstrar que, ao contrário do normalmente aceito, não foi a criação dessa contribuição que possibilitou o alcance de um novo patamar nas despesas federais com saúde. Ao contrário, antes de sua criação, tais despesas já tinham tido uma primeira elevação. Finalmente, discutem-se as implicações da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 86-A, recém-aprovada e promulgada pelo Senado como Emenda Constitucional (EC) nº 29, destacando seus aspectos mais importantes.

2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A Constituição de 1988 definiu que o Sistema Único de Saúde (SUS) seria financiado fundamentalmente com recursos financeiros do OSS, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Desse modo, as bases de sustentação financeira do OSS assentam-se nas seguintes fontes:

- a) recursos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- b) recursos oriundos das contribuições sociais:
 - dos empregadores, incidentes sobre a folha de salários, sobre o faturamento e, ainda, sobre o lucro líquido das empresas;
 - dos trabalhadores;
 - das receitas de concursos e prognósticos (loterias).

A única contribuição social que não fazia parte do financiamento dos gastos destinados ao setor saúde foi a relativa aos programas de proteção ao trabalhador. Tais programas são custeados com recursos financeiros vinculados ao Programa de Integração Social (PIS)/Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) por meio do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Vale dizer que não foi definida uma fonte específica para o setor saúde, tampouco foram definidos percentuais de vinculação no momento da arrecadação. Assim, em tese, a cada exercício fiscal, por intermédio da LDO, é definido o quanto de recursos financeiros do referido orçamento será destinado a cada uma dessas áreas: previdência social, saúde e assistência social. Contudo, no processo de execução orçamentária podem ocorrer flutuações no nível de recursos e na sua repartição entre as áreas.

Mas quais foram os fatores que permitiram essas mudanças operadas no financiamento das políticas sociais, em particular das políticas de saúde?

A experiência do Estado do bem-estar social europeu influenciou fortemente as forças políticas e sociais que defenderam a implementação do SUS no Brasil. Na Constituição de 1988, a atuação desse bloco histórico permitiu a criação de um “subsistema” de saúde que se pretende universal, equitativo e integral.

Nessa linha, esse novo modelo de proteção social acabou reestruturando o arcabouço institucional do aparelho de Estado, sobretudo em relação à gestão e ao padrão de financiamento da política de saúde: antes da implantação do SUS, a medicina previdenciária era administrada pelo Ministério da Previdência Social e financiada principalmente por meio de contribuições previdenciárias.

Tais contribuições, que incidiam sobre a folha de salários e, portanto, estavam ligadas diretamente ao nível de emprego e à massa salarial, sofreram sérias restrições com a estagnação econômica da década de 1980. As demais fontes de financiamento para saúde – tais como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), o FINSOCIAL e os recursos financeiros do próprio Tesouro Nacional tinham uma participação minoritária no total de gastos com saúde.

Tornava-se então necessário criar fontes alternativas ao financiamento do setor saúde, sobretudo quando sabia-se que o Ministério da Previdência Social privilegiava o pagamento dos benefícios pecuniários em detrimento da assistência médica previdenciária. Além do mais, o setor saúde deveria contar com fontes de financiamento que estivessem desvinculadas do pagamento dos benefícios previdenciários, dado que a Constituição de 1988 promoveu uma ampliação considerável dos direitos sociais no âmbito da previdência rural.

Para que o SUS – bem como para as áreas que compunham o Orçamento da Seguridade Social – estivesse apto a garantir bases materiais efetivas para a concretização da universalização, era fundamental diversificar as fontes de financiamento. Por um lado, isso evitaria problemas derivados de oscilações macroeconômicas. Por outro, tendo em vista a redução estrutural do mercado formal de trabalho, tal diversificação tenderia a compensar uma diminuição da base de financiamento, uma vez que boa parte desse novo modelo baseava-se também na folha de salários. Desse modo, foi criada uma nova fonte, que incidia a partir de agora sobre o lucro líquido das empresas. Igualmente, foi elevada a alíquota da arrecadação do FINSOCIAL, que, a partir de 1989, veio a ser denominada COFINS.

Mas, sendo assim, como o setor saúde pôde apresentar uma crise crônica de financiamento ao longo da década de 1990?

Tratando-se de um período relativamente longo, as interpretações que tentam explicar o estrangulamento do setor saúde, ou mesmo que procuram refutá-lo, são diversas. Para efeitos deste trabalho, cabe apenas lembrar que, na primeira metade daquela década, tal estrangulamento pode ter sido fruto, como já dissemos, do aumento dos gastos previdenciários em detrimento dos gastos na área da saúde. Ou ainda, simultaneamente, pode ter decorrido de um crescimento acentuado da demanda por bens e serviços públicos de saúde mais que proporcional ao crescimento das receitas no contexto da universalização do SUS. Finalmente, poder-se-ia atribuir à utilização de recursos financeiros do OSS para outros fins que não os da Seguridade Social, como no caso dos Encargos Previdenciários da União (EPU) e da polêmica vinculação

de receitas da Seguridade Social ao Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994 [Ocké Reis, 1995].

A partir do Plano Real, como veremos a seguir, a constituição da CPMF teve exatamente como objetivo atenuar tal estrangulamento, sem necessariamente resolver a questão. Nessa perspectiva, a necessidade de se conferir estabilidade ao financiamento da saúde continua sendo um dos graves problemas no campo das políticas sociais. Seu encaminhamento vem se arrastando por quase oito anos, restando agora aguardar os resultados oriundos da implementação da Emenda Constitucional.

3 O GASTO TOTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PERÍODO 1993/1999

Observando a tabela 1, nota-se que o gasto total do Ministério da Saúde² apresentou um comportamento irregular ao longo do período 1993/1999. Cresceu 45% entre 1993 e 1995, ao passar de um montante de R\$ 15,3 bilhões para R\$ 22,3 bilhões. Apresentou posteriormente uma importante queda, em 1996 (decréscimo de 19,2% em relação ao ano de 1995), elevando-se novamente em 1997, quando atingiu o valor de R\$ 23,3 bilhões. Os gastos tornaram a cair nos anos de 1998 e 1999, situando-se entre R\$ 21 e 22 bilhões.

Em valores 'per capita', os dispêndios do Ministério da Saúde mantiveram-se entre R\$ 102 em 1993 e R\$ 132,9 em 1999. O valor máximo alcançado no período foi de R\$ 145,92 em 1997.

Do ponto de vista dos gastos do Ministério da Saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB), a maior participação alcançada foi em 1995 (2,31%). Nesse ano, a estimativa do gasto público total em saúde, ou seja, a soma de todos os gastos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios em relação ao PIB, foi de 3,2% [Vianna e Piola, 1998].

Na mesma linha, cotejando as experiências internacionais, segundo dados da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) [*Health Data Bank*, 1996], para o mesmo ano, o gasto público total em saúde na França e a na Espanha corresponderam, respectivamente, a 7,7% e 5,8% do PIB. Dados do Banco Mundial³

² Além de todas as unidades orçamentárias do órgão 36 000 (Ministério da Saúde), estão computados aqui os valores da Unidade Orçamentária 72 136 (Encargos Previdenciários da União – Recursos sob Supervisão do Ministério da Saúde). Até o exercício de 1995, existiam, para cada órgão, unidades orçamentárias destinadas aos lançamentos contábeis dos encargos previdenciários da União. Para garantir a compatibilidade entre os anos da série, essa Unidade Orçamentária foi integrada às demais unidades do Ministério da Saúde.

³ Os dados do Banco Mundial não indicam exatamente o ano correspondente ao dado. Dizem apenas que tratam-se “de dados do ano mais recente disponível”, dentro de uma série histórica que vai de 1990 a 1997.

[*World Development Indicators, World Bank CD-ROM, 1999*] revelam também que os gastos públicos em saúde corresponderam a 4,3%; 5,7% e 7,9% do PIB na Argentina, na Inglaterra e em Cuba, respectivamente. Nos EUA, que têm um sistema de saúde assentado predominantemente no mercado, tais gastos alcançavam 6,6% do PIB.

TABELA 1
Ministério da Saúde Gasto Total, 'Per Capita' e Proporção do PIB, 1993/1999

Ano	R\$ milhões ¹		'Per Capita'	
	Constantes Dez./99	Índices	R\$ de Dez./99	% PIB
1993	15 385,4	100,0	102,00	2,11%
1994	15 598,7	101,4	102,02	2,15%
1995	22 298,9	144,9	143,89	2,31%
1996	19 350,8	125,8	123,19	1,85%
1997	23 233,1	151,0	145,92	2,14%
1998 ²	21 169,5	137,6	131,18	1,94%
1999	21 791,1	141,6	132,92	n. disp.

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração IPEA/DISOC.

Nota: ¹Valores deflacionados mês a mês pelo IGP/DI da FGV.

²Não incluído valor de R\$ 1 782 milhões correspondente à dívida do Ministério da Saúde, amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional.

Como veremos a seguir, para melhor análise do dados apresentados na tabela 1, devem ser feitas algumas ressalvas:

a) a passagem para um nível mais elevado de dispêndio por parte do Ministério da Saúde ocorreu já em 1995, antes, portanto, da criação da CPMF;

b) a execução financeira de 1998 ficaria muito mais próxima à de 1997, se nela fosse incluído o valor de R\$ 1,7 bilhão, correspondente à dívida do Ministério da Saúde amortizada diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional;

c) o orçamento do Ministério da Saúde foi bastante pressionado pela amortização de dívidas contraídas principalmente junto ao FAT⁴ e pelo pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU), ou seja, as pensões e as aposentadorias dos inativos. Dessa forma os recursos efetivamente disponíveis para o custeio das ações e dos serviços de saúde são, evidentemente, menores;

d) o critério utilizado para a contabilização, ano a ano, das despesas é o de “empenho liquidado”, que se aproxima do critério de fluxo de caixa. Nota-se, entretanto, que as flutuações anuais se apresentam mais discretas quando adotado o “regime de competência” – uma vez que os gastos são aí registrados no ano de origem da despesa (quadro 1).

⁴ Em 1993, 1995 e 1996 o Ministério da Saúde tomou empréstimos com o FAT para pagamento da assistência médico-hospitalar.

QUADRO 1 O Regime de Competência

A cada ano, uma parcela das despesas do governo federal tem o seu pagamento postergado para o exercício seguinte, constituindo-se os “restos a pagar”. Essas despesas, ao ser efetivamente liquidadas, são classificadas sob a rubrica “despesas de exercícios anteriores”.

A tabela abaixo apresenta as despesas liquidadas, em cada ano, de forma discriminada: as despesas referentes a exercícios anteriores (coluna A) e as despesas referentes ao próprio exercício (coluna B). Em outras palavras, a coluna B apresenta os gastos “líquidos” do exercício, já retirados os gastos classificados como “despesas de exercícios anteriores” que constam da coluna A.

Somando essas duas colunas, temos o “regime de empenho liquidado” (coluna C), utilizado largamente neste trabalho. Por outro lado, podemos construir uma ‘proxy’ do “regime de competência” para um ano qualquer reintegrando as despesas deste ano que foram postergadas para o ano seguinte, ao mesmo tempo em que se excluem as despesas referentes a exercícios anteriores. Em outras palavras, ao somar a coluna B de um ano com a coluna A do ano seguinte, recuperam-se as “despesas de exercícios anteriores” de volta ao ano em que foram geradas, possibilitando uma aproximação dos totais sob a ótica do “regime de competência” (coluna D).

Pode-se perceber a partir daí que a execução orçamentária-financeira sob o regime de competência torna-se mais perene: por exemplo, a queda em 1996 torna-se menos acentuada (ver tabela 1).

Vale dizer que tal forma de calcular o gasto sob o “regime de competência”, entretanto, é apenas uma aproximação, pois os dispêndios classificados sob a rubrica “despesas de exercícios anteriores” não se referem necessariamente ao exercício imediatamente anterior.

	Despesas de Exercícios Anteriores (a)	Despesas Líquidas do Exercício (b)	Empenho Liquidado (c)	Regime de Competência (d)
1993	1 624 465	13 760 898	15 385 363	14 030 155
1994	269 257	15 329 489	15 598 746	16 582 185
1995	1 252 697	21 046 217	22 298 914	22 338 126
1996	1 291 909	18 058 905	19 350 814	20 991 232
1997	2 932 326	20 300 803	23 233 130	20 797 483
1998	496 680	20 672 826	21 169 506	21 664 125
1999	991 298	20 799 793	21 791 091	20 799 793

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Observando-se a tabela 2, verificamos que a magnitude dos recursos financeiros disponíveis ao Ministério da Saúde para administrar e executar as ações e os serviços de saúde – excluindo aqueles destinados à amortização de dívidas e ao pagamento de inativos – são menores: oscilaram entre 92% e 82% do total de gastos em 1993 e 1995, respectivamente. Desde o ano de 1995, os dispêndios financeiros com os EPU mantiveram um patamar aproximado de R\$ 2 bilhões. Os encargos da dívida, por sua vez, apresentaram uma tendência declinante nos dois últimos anos, pois seus serviços estão sendo quitados.

Em termos absolutos, esse quadro permite dizer que – embora os empréstimos em algum momento tenham sido convertidos em despesas correntes ou investimentos – em média, o Ministério da Saúde teve aproximadamente R\$ 2,5 bilhões a menos para aplicar na área finalística. Considerando-se que as políticas de saúde produzem externalidades positivas ao bem-estar social da população, esse dado reflete a urgência de se garantir uma sólida base de financiamento à política setorial.

TABELA 2
Ministério da Saúde – Disponibilidade Líquida para as
Ações e Serviços de Saúde, 1993/1999

(Em R\$ milhões de dez./99)

Ano	Gasto Total	EPU	Dívida	Disp. Líquida	Disp. Líquida % do G. Total
1993	15 385,4	1 128,0	71,7	14 185,70	92,2
1994	15 598,7	1 111,2	444,0	14 068,90	90,0
1995	22 298,9	1 969,6	2 008,8	18 356,70	82,2
1996	19 350,8	1 987,9	668,0	16 726,50	86,3
1997	23 233,1	1 943,7	1 968,8	19 358,30	83,2
1998	21 169,5	2 109,4	668,0	18 418,70	86,9
1999	21 791,1	1 992,6	168,6	19 629,90	90,1

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

O crescimento acelerado dos dispêndios com EPU não é exclusividade do Ministério da Saúde. No quadro a seguir, vemos a evolução dos EPU para alguns ministérios selecionados e para o conjunto do governo federal. Em diferentes níveis, tais gastos apresentaram um crescimento acentuado na esfera administrativa federal.⁵

⁵ Uma das explicações mais aceitas para justificar a trajetória ascendente dos EPU surge da constatação de uma reação defensiva dos servidores públicos frente à incerteza das conseqüências da Reforma da Previdência.

QUADRO 2
Evolução dos Gastos com Encargos Previdenciários da União:
Ministérios Seleccionados, 1993/1997

	(Em R\$ Milhões de Dez./99)					Índice 1993=100			
	1993	1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
Min. da Previdência	1 580,2	2 515,7	2 847,6	2 716,9	2 750,0	159,2	180,2	171,9	174,0
Min. da Educação	1 496,5	2 293,3	2 234,5	2 192,9	2 226,4	153,2	149,3	146,5	148,8
Min. da Saúde	1 127,8	1 160,6	1 969,4	1 987,7	1 941,3	102,9	174,6	176,3	172,1
Min. do Exército	3 297,1	3 154,9	4 200,3	4 316,0	4 304,7	95,7	127,4	130,9	130,6
Min. da Fazenda	1 702,9	1 667,6	2 105,4	1 999,9	2 226,8	97,9	123,6	117,4	130,8
Total Gov. Federal	15 035,7	19 820,2	23 611,4	23 424,8	24 658,5	131,8	157,0	155,8	164,0

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração IPEA/DISOC.

De outro ângulo, o quadro 3 permite-nos visualizar o conjunto da despesa federal. Apesar da constatação de um crescimento acentuado da magnitude da despesa financeira, o gasto do Ministério da Saúde não é desprezível, seja em relação à despesa não financeira (10,8% e 9,7%) seja em relação ao Gasto Social Federal⁶ (17,8% e 15,5%), nos anos de 1994 e 1998, respectivamente.

QUADRO 3
Gasto Total do Ministério da Saúde – Comparação com as Despesas
do Governo Federal, 1994 e 1998

Especificação	(Em R\$ milhões correntes)	
	1994	1998
<i>Desp. Total do Gov. Federal¹</i>	140 486	497 916
Despesa Financeira ²	70 999	315 115
Desp. Não Financeira ³	69 487	182 801
<i>Gasto Social Federal⁴</i>	42 174	113 905
<i>Gasto do Min. Da Saúde</i>	7 498	17 665
% MS/Desp. Efetiva	5,3	3,5
% MS/Desp. Finan.	10,6	5,6
% MS/Desp. Não Finan	10,8	9,7
% Gasto Social Federal	17,8	15,5

Fonte: SIAFI/SIDOR: Balanços Gerais da União. Elaboração IPEA/DISOC.

Nota: ¹Despesa total, menos transferências intergovernamentais.

²Despesas com juros e amortizações das dívidas interna e externa.

³Despesa efetiva, menos despesa financeira.

⁴Gasto mensurado segundo o conceito de Área de Atuação Social (metodologia DISOC/IPEA). ⁷

⁶ Apurado segundo metodologia DISOC/IPEA. Para maiores detalhes, ver Fernandes *et alii* (1998b) e Fernandes (2000)

⁷ Conforme Fernandes (2000, p.16): “(...) o conceito de *área de atuação* orienta o agrupamento das despesas de caráter social segundo o critério de *objetivo* ou *finalidade dos gastos*, na tentativa de promover a melhor aproximação possível da ação efetiva dos dispêndios junto à população beneficiária. A forma de agregação utilizada não é, portanto, compatível com os registros das despesas por ór-

4 FONTES DOS RECURSOS FINANCEIROS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ao contrário do que ocorre em países que adotam sistemas universais de atenção à saúde, aqui no Brasil a participação de impostos gerais no financiamento do setor sempre foi residual.

Isso já ocorria antes da Constituição de 1988, quando mais de 80% do financiamento federal da saúde era proveniente da Contribuição de Empregadores e Empregados sobre a Folha de Salário. Após 1988, esse fenômeno voltou a acontecer com o concurso das contribuições sociais vinculadas ao Orçamento da Seguridade Social. Mas será que essa tendência foi alterada na década de 1990?

TABELA 3
Ministério da Saúde: Distribuição do Gasto, segundo a Fonte dos Recursos, 1993/1999

Fontes de Financiamento	(Em R\$ milhões de dez./99)						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	1 376,3	156,1	703,2	38,3	237,3	2 285,3	3 201,4
Títulos Resp. Tesouro Nacional	2 319,8	251,9	587,3	648,2	648,2	98,3	165,9
Operações Crédito Internas – Moeda	401,5	-	1 704,0	1 598,1	-	-	-
Operações Crédito Externas – Moeda	71,2	187,3	237,6	165,4	115,9	223,6	315,7
Recursos Diretamente Arrecadados	155,0	333,4	542,6	484,3	560,7	548,3	753,3
Contribuições Sociais	10 377,3	8 511,1	15 465,6	12 268,2	16 984,9	15 043,3	13 621,3
Contrib. Social Lucro PJ	1 644,2	2 013,7	4 503,3	4 022,2	4 491,9	1 690,3	2 903,2
Contrib. Social p/Fin. Segurid. Social	3 868,5	5 316,7	10 962,3	8 246,1	6 025,7	5 501,3	5 797,9
Contrib. Emr. e Trab. p/Segurid. Social	4 864,7	-	-	-	-	-	-
Contrib. Prov. s/Mov. Financeira	-	-	-	-	6 467,3	7 851,8	4 920,1
FINSOCIAL- Recup. Dep. Judiciais	-	1 180,7	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	5 745,8	2 665,2	3 422,9	4 530,9	2 814,0	3 085,3
Demais Fontes	684,2	413,2	393,3	725,4	155,3	156,7	648,2
Total	15 385,4	15 598,7	22 298,9	19 350,8	23 233,1	21 169,5	21 791,1

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

A partir das tabelas 3 e 4 (e do gráfico 1) observa-se que as participações relativas das diferentes fontes no financiamento das despesas do Ministério da Saúde não apresentam um padrão estável. A cada ano, essas participações são bastantes diferentes.

Enfatizamos a princípio que os Recursos Ordinários do Tesouro tiveram, ao longo do período analisado, uma participação pouco significativa no financiamento do Ministério da Saúde. Porém, tal participação apresenta-se fortemente crescente nos últimos anos: 10,8% e 14,7%, em 1998 e 1999 respectivamente. Neste último ano, pode-se assinalar que a queda do ingresso de recursos financeiros oriundos da fonte

ção setorial (*critério institucional*), nem com os levantamentos das despesas por funções ou programas (*ênfoque funcional*), formatos usuais de apresentação das contas do setor público”.

CPMF, decorrente de sua não arrecadação durante alguns meses, foi compensada pelo aumento de recursos do Tesouro aplicados no Ministério da Saúde.

TABELA 4
Ministério da Saúde: Distribuição Percentual das
Fontes de Financiamento, 1993/1999

Fontes de Financiamento	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	8,9	1,0	3,2	0,2	1,0	10,8	14,7
Títulos Resp. Tesouro Nacional	15,1	1,6	2,6	3,3	2,8	0,5	0,8
Operações Crédito Internas – Moeda	2,6	-	7,6	8,3	-	-	-
Operações Crédito Externas – Moeda	0,5	1,2	1,1	0,9	0,5	1,1	1,4
Recursos Diretamente Arrecadados	1,0	2,1	2,4	2,5	2,4	2,6	3,5
Contribuições Sociais	67,4	54,6	69,4	63,4	73,1	71,1	62,5
Contrib. Social Lucro PJ	10,7	12,9	20,2	20,8	19,3	8,0	13,3
Contrib. Social p/Fin. Segurid. Social	25,1	34,1	49,2	42,6	25,9	26,0	26,6
Contrib. Emp. e Trab. p/Segurid. Social	31,6	-	-	-	-	-	-
Contrib. Prov. s/Mov. Financeira	-	-	-	-	27,8	37,1	22,6
FINSOCIAL- Recup. Dep. Judiciais	-	7,6	-	-	-	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	-	36,8	12,0	17,7	19,5	13,3	14,2
Demais Fontes	4,4	2,6	1,8	3,7	0,7	0,7	3,0
Total	100,0						

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Destacamos igualmente que as contribuições sociais no seu conjunto tiveram sua maior participação relativa em 1997 (73,0%) e a menor em 1994 (54,5%). Nota-se que, após o ano de 1997, houve uma nítida tendência de queda (sem alcançar, entretanto, os níveis do ano de 1994).

Avaliando a evolução dos dispêndios financeiros ano a ano, evidencia-se que em 1993 o Ministério da Saúde teve na contribuição sobre a folha de salários a sua principal fonte de financiamento. Essa fonte atendeu a 31,6% de seus dispêndios. Foram também significativas as participações da COFINS (25,1%) e dos Títulos sob a Responsabilidade do Tesouro Nacional (15,1%).

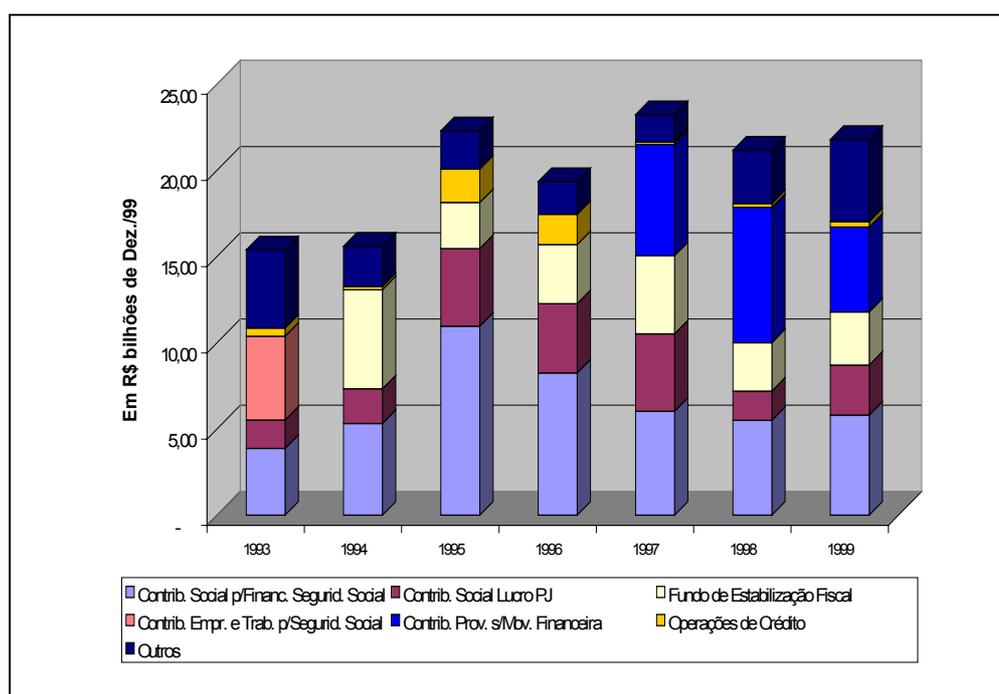
O Fundo Social de Emergência, criado em 1994, mais tarde rebatizado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF),⁸ teve já nesse ano uma participação considerável no financiamento do Ministério da Saúde: aproximadamente 37% do total dos gastos.

⁸ Por intermédio do FEF, o governo federal teve como objetivo aumentar o volume de recursos desvinculados no orçamento federal. Além do mais, tentou dessa forma diminuir os repasses obrigatórios da União para estados e municípios por meio do Fundo de Participação Estadual (FPE) e Fundo de Participação Municipal (FPM). No âmbito do OSS, pretendeu igualmente contornar a obrigatoriedade prevista na Lei nº 8 212/91 (Lei de Financiamento e Custeio da Seguridade Social), que previa percentuais decrescentes de utilização de recursos de contribuições sociais para o pagamento de EPU.

A COFINS, por sua vez, teve sua participação elevada para 34%, como forma de contrabalançar a ausência de repasses da Previdência Social.

Em 1995 e 1996, a COFINS foi a principal fonte de financiamento do Ministério da Saúde. Nesses anos, a participação relativa dessa fonte na estrutura de despesas do Ministério da Saúde foi de 49,1% e 42,5%, respectivamente. Quase também duplicou a participação relativa dos recursos provenientes da Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas (CSLL), que foi superior a 20%. No entanto, a partir de 1998, essa fonte apresentou uma queda acentuada.⁹

GRÁFICO 1
Evolução das Fontes de Financiamento - Ministério da Saúde



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Em 1997 e 1998, a CPMF passou a ser a principal fonte de financiamento da saúde do governo federal. Em 1997 essa fonte foi responsável pelo custeio de quase 28% das despesas do Ministério da Saúde e, em 1998, por 37%. Durante esses dois anos, a contribuição da COFINS situou-se em torno de 26%, enquanto o FEF participou com 19,5% das despesas em 1997; 13,3% em 1998 e 14,2% em 1999.

⁹ Em 1995 e 1996, a participação relativa dos recursos financeiros do FEF decresceu. De outra parte, foi significativa a participação de recursos oriundos de Operações de Crédito Internas para custear os gastos do Ministério da Saúde: 7,6% em 1995 e 8,2% em 1996.

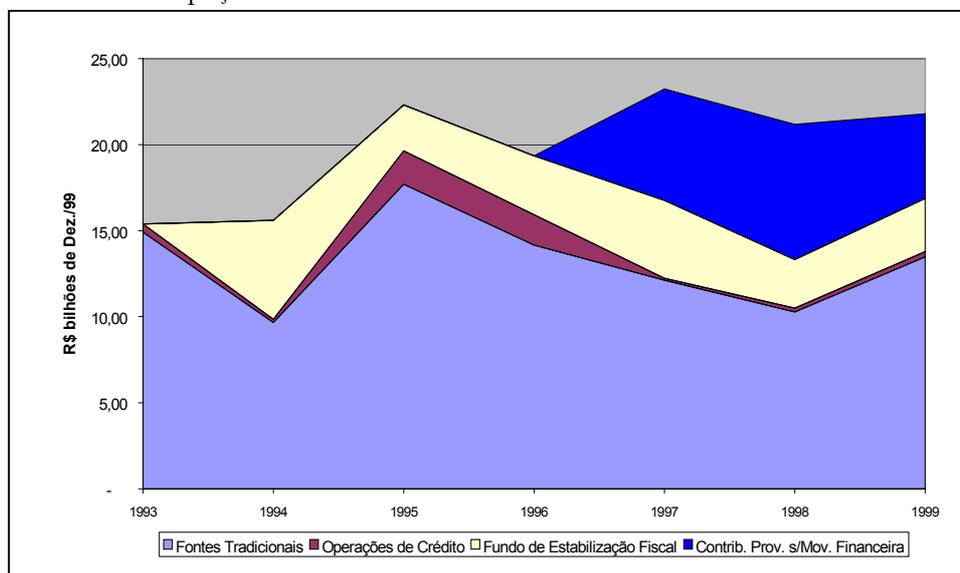
O que poderia explicar essa verdadeira “dança” das fontes? A participação das fontes de financiamento é definida na Lei Orçamentária. No entanto, nem sempre a execução financeira, em termos de fontes, segue o definido na Lei e, geralmente, não é feita a realocação final do montante a ser gasto pelas fontes.

Parece que há um receio de que a utilização sistemática de determinada fonte para determinado órgão crie expectativa de uma espécie de vinculação. Daí provavelmente essas contínuas alterações anuais, o que nos permite pensar na ausência de vontade política para garantir um volume adequado e regular de recursos para o financiamento das políticas públicas de saúde.

Mas a CPMF não veio exatamente para modificar esse quadro? Como mostra o gráfico 2, a criação dessa nova contribuição acabou levando a uma retração de recursos de fontes que tradicionalmente financiavam o Ministério da Saúde. Apesar de ter sido alocada integralmente ao Ministério da Saúde, a CPMF não proporcionou uma elevação dos recursos, pelo menos na dimensão esperada, em decorrência da redução da participação de outras fontes.

A título de exemplo, se mantidos os montantes que as outras fontes aportavam em 1996 – R\$ 19,35 bilhões –, ao acrescentarmos os recursos aplicados pela CPMF (tabela 3), o Ministério da Saúde apresentaria um nível de dispêndio total de R\$ 25,8 bilhões em 1997; R\$ 27,2 bilhões em 1998 e R\$ 24,3 bilhões em 1999, valores muito superiores aos efetivamente despendidos.

GRÁFICO 2
Participação de CPMF e FEF nos Gastos do Ministério da Saúde



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

5 EVOLUÇÃO DO GASTO SEGUNDO A CATEGORIA ECONÔMICA DA DESPESA

A análise da evolução do gasto do Ministério da Saúde segundo categoria econômica da despesa permite a verificação de algumas tendências importantes (tabelas 5 e 6 e gráfico 3).

TABELA 5
Ministério da Saúde – Gasto Total segundo Categoria Econômica 1993/1999

Natureza da Despesa	(Em R\$ Milhões Dez./99)						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Pessoal	2 747,1	3 401,9	3 694,0	3 203,8	3 063,5	2 719,7	2 680,3
Outras Despesas Correntes	9 926,9	9 327,6	12 223,9	10 745,8	12 159,8	8 973,2	8 555,3
Investimentos	115,8	226,6	302,2	121,9	186,0	166,9	156,5
Amort., Juros e Encargos Dívida	71,7	444,0	2 008,8	668,0	1 968,8	668,0	165,9
Inativos e Pensionistas	1 127,8	1 160,6	1 969,4	1 987,7	1 941,3	2 108,4	1 993,2
Transf. Estados e DF	832,8	382,7	578,4	247,5	495,5	689,9	937,0
Transf. Municípios	257,2	352,7	1 175,5	2 058,6	2 989,7	5 090,4	6 530,6
Outros	306,1	302,6	346,8	317,5	428,6	753,0	772,4
Total	15 385,4	15 598,7	22 298,9	19 350,8	23 233,1	21 169,5	21 791,1

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

TABELA 6
Ministério da Saúde – Distribuição Percentual do Gasto Total
Categoria Econômica, 1993/1999

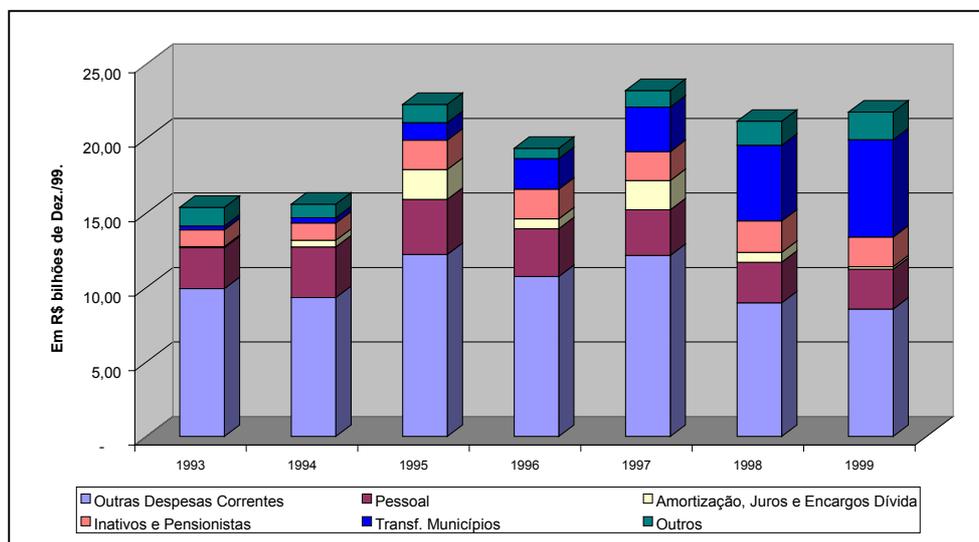
Natureza da Despesa	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Pessoal	17,9	21,8	16,6	16,6	13,2	12,8	12,3
Outras Despesas Correntes	64,5	59,8	54,8	55,5	52,3	42,4	39,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8	0,7
Amort., Juros e Encargos Dívida	0,5	2,8	9,0	3,5	8,5	3,2	0,8
Inativos e Pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,4	10,0	9,1
Transf. Estados e DF	5,4	2,5	2,6	1,3	2,1	3,3	4,3
Transf. Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,9	24,0	30,0
Outros	2,0	1,9	1,6	1,6	1,8	3,6	3,5
Total	100						

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

O avanço do processo de descentralização do SUS é inegável. O percentual de recursos financeiros descentralizados para estados e municípios subiu de 7,1% em 1993 para 34,3% em 1999. Esse percentual seria ainda mais significativo, caso retirássemos as despesas "não descentralizáveis", como pessoal, inativos e pensionistas, e como o pagamento da dívida (amortização e os encargos financeiros). Nesse caso, cerca de 38,0% dos recursos disponibilizados ao Ministério da Saúde em 1999 seriam descentralizados.

Em termos absolutos, o montante de recursos descentralizados para os municípios aumentou de R\$ 255 milhões em 1993 para R\$ 6,5 bilhões em 1999.

GRÁFICO 3
Ministério da Saúde – Gastos por Natureza de Despesa



Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Apesar da importância da Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB 01/93)¹⁰ para a avanço do processo de descentralização, foi indubitavelmente a aprovação da NOB 01/96 que intensificou tal processo, sobretudo por meio dos repasses do Piso da Atenção Básica (PAB).¹¹ Esse Piso possibilitou que um grande número de municípios se habilitassem à condição de gestores da atenção básica. Também cresceu o número de municípios que se habilitaram à gestão plena de seus sistemas municipais.¹² Esses dois movimentos constituem a principal explicação para o significativo incremento dos repasses do Ministério da Saúde para a esfera municipal, que saltam de R\$ 2,1 bilhões em 1996 para 6,5 bilhões em 1999.

¹⁰ Até janeiro de 1997, 3 127 municípios, representando 62,9% do total, haviam se habilitado a alguma das formas de gestão estabelecidas pela NOB 01/93. Desses 3 127 municípios, 2 367 foram habilitados à gestão Incipiente (75,7%), 616 (19,7%) à gestão Parcial e 144 (4,6%) à gestão Semiplena. ver MS/SAS/SPS (1999).

¹¹ Com o PAB passaram a ser repassados mensalmente recursos financeiros equivalentes a 1/12 do montante de R\$ 10,00 por habitante/ano para o custeio da atenção básica (a parte fixa do PAB).

¹² Apesar de publicada em novembro de 1996, a NOB 01/96 foi implementada somente a partir de janeiro de 1998. De janeiro de 1998 a abril de 1999, 5 222 municípios (quase 95% do total) estavam habilitados em alguma das duas novas formas de gestão descentralizada: 4 752 (86,3% do total) estavam habilitados como gestores da Atenção Básica e 470 (8,5% do total) habilitados como gestores Plenos do sistema municipal de saúde (idem, 1999).

O repasse dos recursos financeiros para a gestão estadual teve comportamento mais estável e modesto. Em 1999, por exemplo, alcançou a cifra de R\$ 937 milhões. Isso pode ser explicado, por um lado, pela tendência municipalista observada no processo de descentralização na saúde e, por outro, pelo fato de que os estados estavam mais reticentes na assunção das responsabilidades inerentes à gestão descentralizada.¹³

Os gastos com pessoal ativo, que cresceram até o ano de 1995, passam a apresentar desde então uma tendência declinante, reflexo da política governamental de contenção dos gastos com pessoal e da aposentadoria de significativas parcelas do quadro de pessoal. Em contrapartida, os gastos com inativos e pensionistas alcançam um novo patamar a partir de 1995, quando atingem a magnitude de R\$ 1,9 bilhão. A partir daí, o gasto se manteve nesse nível ao longo do período.

As despesas com investimentos diretos do Ministério da Saúde são pouco significativas: apenas em dois anos, 1994 e 1995, ficam em torno de 1,4% do dispêndio total da instituição.¹⁴ Por sua vez, as despesas com amortização e encargos da dívida têm uma participação elevada: os valores despendidos em 1995 e 1997 chegam a R\$ 2 bilhões e representaram cerca de 9% do gasto total do Ministério.¹⁵

6 DISPÊNDIOS POR SUBPROGRAMAS

A maior parte dos dispêndios do Ministério da Saúde tem sido realizada por meio do subprograma Assistência Médica e Sanitária, que inclui os recursos financeiros destinados ao custeio da assistência ambulatorial e hospitalar. Da forma como são

¹³ Até abril de 1999, apenas poucos estados estavam habilitados nas novas condições de gestão estabelecidas pela NOB 01/96. Alagoas habilitou-se na gestão Plena do sistema, e Distrito Federal, Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e Bahia na condição de gestão Avançada do sistema estadual. Rio Grande do Sul estava solicitando a mudança da gestão Avançada para Plena e Paraná, Santa Catarina e Pará, solicitando a habilitação na gestão Plena (*ibidem*, 1999).

¹⁴ O sistema de saúde no Brasil não tem contado com linhas de financiamento permanentes que possibilitem investimentos significativos no setor. Nos últimos anos, as iniciativas do governo federal que merecem ser mencionadas são: (i) o Projeto Nordeste (I e II) entre 1986 e 1997, financiado com créditos externos, possibilitando a ampliação e recuperação da rede básica do sistema público de saúde na região nordeste e no norte do Estado de Minas Gerais; (ii) A partir de 1997, por iniciativa do Ministério da Saúde, o Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), que é financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e pelo Banco Mundial, cujo objetivo é investir na conclusão de obras inacabadas e na recuperação e readequação física, tecnológica e operativa do SUS; (iii) Principalmente a partir de 1998, a rede hospitalar privada e filantrópica passou a beneficiar-se de uma iniciativa do governo federal por intermédio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Há boas razões para crer que essa linha de investimento, não disponível na carteira dos bancos privados, torne-se um dos mais importantes instrumentos do governo na formação de capital fixo no setor saúde.

¹⁵ Com a progressiva quitação da dívida, houve naturalmente uma redução do patamar desses gastos, que alcançam R\$ 668 milhões em 1998.

usualmente apresentados, os dados não permitem visualizar alterações significativas operadas na política assistencial em direção ao atendimento ambulatorial, como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), por exemplo.

TABELA 7
Ministério da Saúde – Gasto Total por Subprograma, 1993/1999

Subprogramas	(Em R\$ Milhões de Dez./99)						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Assistência Médica e Sanitária	11.086,3	9.259,7	12.463,4	11.965,1	13.820,9	13.289,0	13.848,1
Contr. Doenças Transmissíveis	650,8	359,2	398,3	192,6	591,9	530,9	683,9
Vigilância Sanitária	10,1	2,8	5,6	6,3	25,0	59,5	139,9
Profiláticos e Terapêuticos	645,8	465,5	791,1	457,8	880,6	859,3	1.268,2
EPU	1.128,0	1.109,4	1.966,4	1.984,7	1.940,6	2.106,7	1.992,6
Dívida	71,7	443,2	2.005,5	666,9	1.965,6	667,1	168,6
Saneamento	49,2	83,8	88,5	77,1	195,7	304,1	366,9
Alimentação e Nutrição	43,6	68,6	191,4	46,3	127,6	73,4	154,3
Administração	1.277,9	3.426,8	3.975,2	3.579,1	3.349,8	2.982,9	2.909,5
Outros	421,9	379,7	413,4	374,9	335,5	296,7	259,2
Total	15.385,4	15.598,7	22.298,9	19.350,8	23.233,1	21.169,5	21.791,1

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

Verifica-se, entretanto, que o abono de 25% concedido em junho de 1996 à tabela de preços dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares não afetou na mesma proporção sobre a magnitude do subprograma Assistência Médica Sanitária. A política racionalizadora implementada pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu tetos físicos e financeiros, acabou obrigando os estados e municípios a reduzirem sua produção ambulatorial e hospitalar.

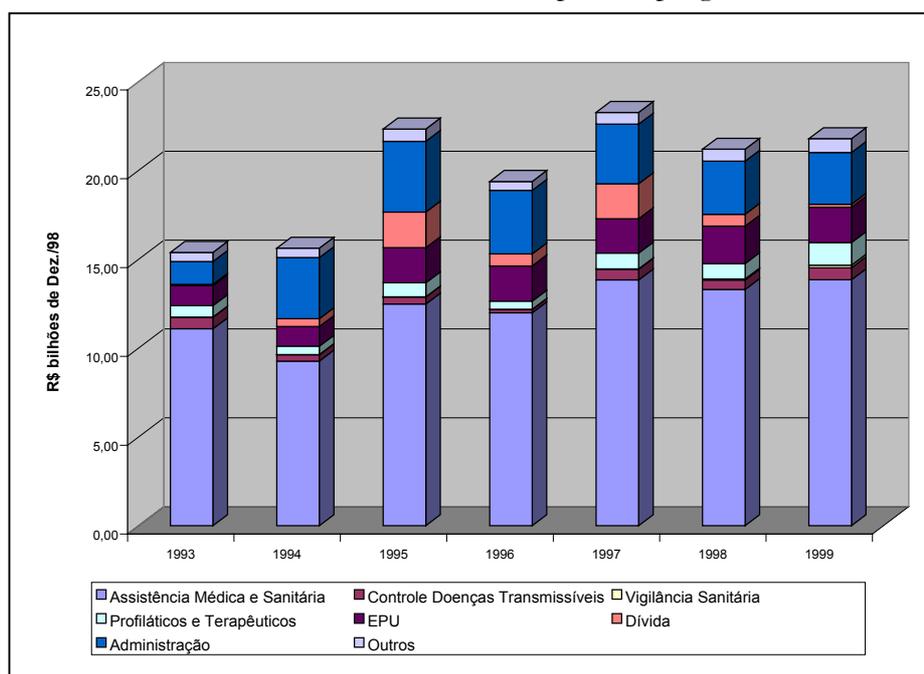
TABELA 8
Ministério da Saúde – Distribuição Percentual do Gasto Total por Subprograma, 1993/1999

Subprogramas	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Assistência Médica e Sanitária	72,06	59,36	55,89	61,83	59,49	62,77	63,55
Controle Doenças Transmissíveis	4,23	2,30	1,79	1,00	2,55	2,51	3,14
Vigilância Sanitária	0,07	0,02	0,03	0,03	0,11	0,28	0,64
Profiláticos e Terapêuticos	4,20	2,98	3,55	2,37	3,79	4,06	5,82
EPU	7,33	7,11	8,82	10,26	8,35	9,95	9,14
Dívida	0,47	2,84	8,99	3,45	8,46	3,15	0,77
Saneamento	0,32	0,54	0,40	0,40	0,84	1,44	1,68
Alimentação e Nutrição	0,28	0,44	0,86	0,24	0,55	0,35	0,71
Administração	8,31	21,97	17,83	18,50	14,42	14,09	13,35
Outros	2,74	2,43	1,85	1,94	1,44	1,40	1,19
Total	100						

Fonte: SIAFI/SIDOR. Elaboração: IPEA/DISOC.

É importante também notar que nos anos em que a disponibilidade financeira foi menor, como ocorreu em 1996, um dos subprogramas mais atingidos foi o de Controle de Doenças Transmissíveis, responsável pelo financiamento das campanhas de vacinação, controle de endemias, etc., bem como de outras ações de vigilância epidemiológica – em outras palavras, pelo financiamento da produção de bens tipicamente públicos no setor saúde. Vale lembrar que esse subprograma apresentou uma redução significativa de gastos em 1996, apesar de apresentar uma recuperação sensível em 1997 e 1998 (tabelas 7 e 8).

GRÁFICO 4
Ministério da Saúde – Gastos por Subprograma



7 PERSPECTIVAS DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Como se observou anteriormente, a discussão sobre a vinculação de recursos para o custeio do SUS é antiga. A primeira proposta já constava do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), quando da promulgação da Constituição de 1988.

Na década de 1990 foi apresentado um conjunto de propostas de emenda constitucional, que propunha a vinculação de recursos ao setor saúde. A primeira proposta – que emergiu como resposta ao afastamento dos recursos previdenciários do financiamento da saúde – foi a PEC 169-A, de autoria dos deputados Eduardo Jorge

(PT/SP) e Waldir Pires (PDT/BA). 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” e “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”.

Essa proposta vinculava recursos financeiros no âmbito da Seguridade Social para a saúde, da mesma forma que garantia a 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 restringindo mais às receitas das contribuições sociais exclusivamente. Por outro lado, excluiu da proposta a obrigatoriedade da União em aplicar 10% da receita de impostos na área de saúde.

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. A segunda (PEC 82-A), determinava a vinculação dos recursos financeiros da COFINS e da CSLL para a saúde.¹⁶

Em 1998, a Comissão Especial que avaliou a PEC 82-A, tendo como relator o deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA), elaborou um 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, a PEC nº 82-C. Essa proposta tramitou no Senado como PEC 86-A e acabou sendo aprovada e promulgada como Emenda Constitucional nº 29.

Os principais pontos do dispositivo aprovado são os seguintes:

a) acrescenta, nos artigos 34 e 35 da Constituição Federal, nova hipótese de intervenção da União nos estados, Distrito Federal e municípios, e do estado em seus municípios, no caso de não ser cumprida a aplicação do mínimo previsto de suas receitas em ações e serviços públicos de saúde;

b) acrescenta dispositivo ao parágrafo primeiro 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, no art. 160 da CF, a entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda;

¹⁶ Para maiores detalhes sobre as diferentes PEC, incluindo as estimativas de receitas, consultar Marques (1999) e Jaegger e Carvalho (1998).

d) permite, no art. 167 da CF, a vinculação de receita de impostos às ações e aos serviços de saúde;¹⁷

e) determina, 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 municípios,¹⁸ os percentuais serão calculados sobre a arrecadação de impostos e as transferências constitucionais. No caso da União, na forma como for definida nos termos de lei complementar;

f) prevê a promulgação de Lei Complementar, em que essas medidas serão reavaliadas pelo menos a cada cinco anos, tanto para estabelecer os percentuais mínimos 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; (iii) as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União;

g) insere novo artigo (art. 77) no ADCT, de forma que estabelece todas as 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, parágrafo I) que, no caso da União, no ano 2000, o total de recursos mínimos 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 deverão ser equivalentes 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;

¹⁷ O texto constitucional permitia, até a promulgação da EC nº 29, apenas a vinculação para a área de educação no caso da manutenção do desenvolvimento do ensino.

¹⁸ No caso dos estados e do Distrito Federal, a vinculação incide sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, Inciso I *a* e 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 a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, *b* e parágrafo 3º da CF.

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

k) cria regra que obriga a aplicação nos municípios, em ações e serviços básicos de saúde, de no mínimo 15% dos recursos federais vinculados ao setor. 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.

A Emenda Constitucional nº 29, ao contrário de propostas anteriores, não buscou, no âmbito dos recursos da União, a vinculação de fontes ou de um percentual do OSS à área da saúde. Estabelece, para o governo federal, a obrigatoriedade da aplicação de um patamar mínimo de recursos, variável no tempo, com base na variação nominal do PIB. Essa mudança, em relação às propostas anteriores, foi determinada pela perspectiva de aprovação de projeto de reforma tributária, que extingue a maior parte das contribuições sociais que hoje integram o OSS e mantém apenas a vinculação da contribuição sobre a folha de salários para a previdência social.¹⁹

Um dos problemas iniciais da EC nº 29 é que ela não define – o que necessariamente deve ser feito na lei complementar – o que se entende por ações e serviços públicos de saúde. A questão parece ser trivial, mas não é. Por exemplo, no caso da União, qual será o critério para se estabelecer o montante de recursos empenhados em 1999 e que servirá de base para o cálculo do valor para os anos seguintes? Será o valor da despesa federal com saúde que, nesse caso, incluiria os gastos de outros órgãos federais, como as aplicações do Ministério da Educação nos hospitais universitários e de ensino e os gastos do governo federal na manutenção dos serviços de saúde do Distrito Federal? Serão considerados, exclusivamente, os dispêndios realizados por intermédio do Ministério da Saúde?²⁰

O mesmo problema surge na definição e no acompanhamento das despesas que devem ser feitas pelos estados, Distrito Federal e municípios. Serão consideradas as despesas feitas na manutenção dos serviços de saúde das previdências estaduais e municipais e nos serviços de saúde das Polícias Militares? Ou somente serão conside-

¹⁹ A proposta aprovada na Comissão Especial da Câmara dos Deputados vem recebendo severas críticas do Ministério da Fazenda, do presidente do Senado e de setores empresariais, supondo-se que dificilmente será aprovada em sua atual formulação e até mesmo que a reforma será postergada.

²⁰ Na ausência dessas definições, têm sido feitos diversos contatos, ainda que informais, entre o Executivo, o Conselho Nacional de Saúde e o Legislativo. Nas negociações iniciais, a base proposta para o âmbito federal é a despesa realizada pelo Ministério da Saúde, excluídos os gastos com inativos e pensionista e com amortização da dívida.

rados os serviços de clientela universalizada? E os gastos com saneamento básico? Ademais, serão computados os gastos com inativos e pensionistas da área da saúde? A PEC poderia ter evitado essa polêmica, caso tivesse definido que a vinculação era para o custeio dos serviços do SUS.

Um ponto que traz dificuldade para a aplicação imediata da Emenda Constitucional é a carência de informações mais confiáveis sobre os gastos de estados e municípios com recursos próprios. Com o objetivo de trazer informações mais regulares e confiáveis sobre essa questão, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo o Sistema de Informações sobre Orçamentos Público em Saúde (SIOPS), que já está apresentando bons resultados.

Outro ponto refere-se à data de vigência da Emenda, que é o ano 2000, ano em que os estados, o Distrito Federal e os municípios deveriam ter aplicado em saúde no mínimo 7% de suas receitas de impostos, deduzidas as parcelas transferidas. Mas como atender a esta obrigação já no fim do exercício? As alternativas seriam: (i) considerar 2001 o primeiro ano de vigência da EC; ou (ii) considerar que os estados e municípios com aplicações abaixo de 7% de suas receitas na data da promulgação da Emenda deveriam, na confecção do orçamento para 2001, prever não só o alcance do patamar de 7%, mas ainda acrescentar a parcela correspondente à redução de um quinto da diferença até 12% e 15%, respectivamente.

A promulgação da EC veio tornar mais patente a necessidade de aprimoramentos no sistema de levantamento das despesas setoriais. Como se sabe, apenas as despesas realizadas com recursos do governo federal recebem um acompanhamento mais sistemático. A mais recente consolidação do gasto público total em saúde refere-se ao ano de 1995 e foi elaborada pela Diretoria de Estudos Sociais do IPEA em 1998.²¹ Nesse estudo, o gasto público total em saúde foi estimado em R\$ 21,7 bilhões, sendo que 63,0 % dos recursos são originários de fontes administradas pelo governo federal. Só mais recentemente, como dito anteriormente, montou-se o SIOPS, que pode ser uma fonte de informação mais regular sobre os gastos públicos com saúde.

A EC nº 29 ainda tem outros pontos obscuros. Ela determina,²² por exemplo, que a alocação dos recursos da União para estados, Distrito Federal e municípios, e dos estados destinados aos municípios, obedecerá a critérios de rateio que objetivem a progressiva redução das disparidades regionais. Mas que tipo de disparidade se quer corrigir? Na distribuição dos recursos públicos, na utilização de serviços ou nas condições de saúde? Logicamente, dependendo do resultado que se queira corrigir, os parâmetros a ser utilizados serão diferentes.

²¹ Fernandes *et alii* (1998b).

²² Artigo 198, parágrafo 3º, inciso II.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São crescentes as dificuldades que se interpõem à consolidação de um sistema público de saúde de acesso universal e com um bom padrão de qualidade. Apesar do aumento da carga tributária global de 27% para 31% nos últimos anos, conferir estabilidade ao financiamento da saúde no campo das políticas sociais constitui-se em um dos maiores desafios do Estado brasileiro.

A partir de 1996, pôde-se mesmo evidenciar que a introdução da CPMF atenuou a redução de recursos financeiros alocados ao Ministério da Saúde, a qual estava se delineando. No entanto, cabe ressaltar, essa injeção de recursos financeiros adicionais por meio da CPMF não representou um novo patamar de gastos, pois do ano de 1997 em diante a CPMF acabou cumprindo o papel de substituir as fontes de recursos que vinham financiando o setor. Por outro lado, as despesas com as dívidas e os EPU desviaram recursos da ordem de R\$ 2,5 bilhões das atividades finalísticas da área de saúde por ano, no período 1993/1999.

Os debates sobre o volume e a regularidade dos recursos financeiros destinados ao sistema único de saúde sempre privilegiaram a discussão dos recursos financeiros originados da União. A EC nº 29 deverá permitir que o financiamento local do SUS ganhe a relevância que precisa ter no desenho das políticas e dê maior estabilidade ao processo de estabilização.

Resta saber se o pesado programa de ajuste financeiro do governo federal sobre as contas públicas dos estados e municípios dificultará o aporte de recursos das esferas subnacionais, atualmente tão necessários. Comparando com outros países, os gastos públicos em saúde no Brasil como proporção do PIB são parcos, em que pese que o gasto do Ministério da Saúde não é desprezível em relação ao gasto total do governo federal.

Por fim, cabe ressaltar que, apesar da referida instabilidade financeira do setor saúde, diversas ações governamentais foram realizadas, principalmente após a aprovação da NOB 01/96. Essas ações configuram-se na criação do Piso de Atenção Básica (PAB), no aumento do número de municípios habilitados à gestão plena de seus sistemas e na definição de critérios para descentralização da gestão de recursos para o desenvolvimento de vários programas e ações, entre os quais se destaca o Programa Saúde da Família. Em outras palavras, pode-se dizer que o SUS vem adquirindo um modelo assistencial mais adequado àquele preconizado na Constituição de 1988 – no sentido da descentralização financeira e da integralização da atenção médica, por meio do crescimento de ações e de serviços preventivos de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, M.E; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA, fev. 1996. (Texto p/ Discussão n. 401)
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Proposta de Emenda à Constituição n.º 82-C de 1995, Brasília, nov. 1999.
- FERNANDES, M.A. *Mensuração do Gasto Público Social: a metodologia desenvolvida na Diretoria de Estudos Sociais do IPEA*. Brasília: IPEA, maio de 2000. mimeo
- FERNANDES, M.A.; OLIVEIRA, M.S.; MARINHO, N.; ROCHA, D. e RIBEIRO, J.A.C.) *Dimensionamento do Gasto Social Federal*. Brasília: IPEA, fev. 1998. (Texto p/ Discussão, n. 547)
- FERNANDES, M.A.; OLIVEIRA, M.S.; AYUB, C.; ROCHA, D.; AQUINO, L.; e RIBEIRO, J.A.C. *Gasto Social das Três Esferas de Governo – 1995*. Brasília: IPEA, set. 1998 (Texto p/ Discussão n. 598).
- JAEGGER, M.L; CARVALHO, G. A Questão do Financiamento Suficiente e Definitivo para a Saúde: As PECs e o ano de 1998. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, jun. 1998. mimeo
- MARQUES, R.M. O Financiamento do Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: *Série Financiamento del Desarrollo* n. 82. Santiago: CEPAL, ago. 1999.
- MS/SAS/SPS. Análise de Alguns Aspectos do Processo de Descentralização do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. mimeo
- OCKÉ REIS, C.O. *O Setor Privado de Saúde. Limites da Autonomia*. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1995.
- OCKÉ REIS, C.O; De AQUINO, L.M.; NOGUEIRA, R.P. Financiamento Público dos Recursos Humanos em Saúde: o caso do Nordeste: In: *Série Estudos em Saúde Coletiva* n. 194. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, out. 1999.
- VIANNA, S.M. *Descentralização e Gestão do Gasto Público*. In: *Compendio de Documentos: taller sobre evaluación de la gestión del gasto público en salud*. Santiago: CEPAL/BID/IPEA. p. 105-140, 1998.
-