

Título do capítulo	CAPÍTULO 1 – FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL
Autores(as)	Luciana Mendes Santos Servo Sérgio Francisco Piola Edvaldo Batista de Sá Andréa Barreto de Paiva
DOI	

Título do livro	BRASIL EM DESENVOLVIMENTO 2011: ESTADO, PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Organizadores(as)	
Volume	1
Série	
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2011
Edição	1ª
ISBN	978-85-7811-140-3
DOI	

© 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.

CAPÍTULO 1

FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL *

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência médico-hospitalar tem sido financiada, nas últimas décadas, por várias fontes: recursos públicos de fontes tributárias; recursos das famílias e das empresas intermediados por planos ou seguros de saúde; e recursos provenientes de pagamentos feitos diretamente pelas famílias e pelas empresas aos prestadores de serviço.¹ Ao longo do tempo, a importância destas fontes tem variado significativamente devido tanto ao aumento progressivo da presença do Estado no financiamento e na organização do sistema de saúde quanto à expansão do segmento de planos e seguros privados de saúde.

Nos anos 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro era fortemente segmentado e excludente. Os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho e ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tinham cobertura para vários serviços de saúde. A assistência médica a cargo do INAMPS era financiada com recursos da seguridade social, por meio de contribuições dos empregadores, dos empregados e do governo federal. Adicionalmente, uma pequena parcela da população com maior poder aquisitivo pagava por serviços de saúde diretamente aos prestadores privados. Em meados dos anos 1970 e início da década de 1980, observa-se o surgimento de planos e seguros de saúde. Nesta época, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e disputava os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios ou dependia de recursos provenientes da caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas (PIOLA *et al.*, 2009). Além disso, os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde de caráter universal estavam altamente centralizados no MS, que atuava principalmente no campo da vigilância à saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária.

Ao longo dos anos 1970 e meados dos anos 1980, foram feitas tentativas de expansão de cobertura da assistência à saúde para as camadas mais pobres da população brasileira. Na década de 1970, tiveram início diversas iniciativas de extensão de cobertura, por meio de ações de atenção básica de saúde, entre as quais, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) foi a mais importante por ter amplitude regional.² Em 1982, tem início a implantação

* Os autores agradecem os comentários e sugestões feitas pelos pareceristas Aristides Monteiro Neto e João Paulo Viana, que contribuíram para promover significativa melhoria no texto. Erros e omissões são de inteira responsabilidade dos autores.

1. Há algum tempo, as doações internacionais já nem têm um peso relevante no financiamento da saúde no país.

2. O PIASS foi aprovado para toda a região Nordeste (1976-1979). Foi operacionalizado pelas secretarias estaduais de saúde e contava com recursos do INAMPS em seu custeio.

de Ações Integradas de Saúde (AIS) visando ampliar o acesso de parcelas da população às ações e serviços de saúde. Este processo continua e, em meados da década de 1980, propõe-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Estes foram os primeiros embriões para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (PIOLA *et al.*, 2009). Contudo, a exclusão da parcela da população mais pobre ainda era bastante significativa no final dos anos 1980.

A redemocratização abriu espaço para ampliação da discussão e para a tentativa de ampliação das ações que incorporavam esse grupo populacional e vinham sendo debatidas há anos por pessoas vinculadas aos campos da medicina social e da saúde coletiva. Estas ideias e as experiências que buscavam melhor articulação institucional na área pública, nas décadas de 1970 e 1980, influenciaram o processo de elaboração do texto constitucional e a criação do SUS.

Na Constituição Federal de 1988 (CF/88), a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado (Artigo 196). Este direito deveria ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além da universalidade, a Constituição estabeleceu como princípios do SUS a integralidade da atenção e a descentralização das ações. Adicionalmente, declara a saúde como integrante da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social. Mesmo compreendendo a saúde como um dever do Estado, a CF/88 a declarou livre à iniciativa privada (Artigo 199).

Assim, o país inicia os anos 1990 com o dever de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros e garantir a integralidade em suas várias dimensões, entre elas, a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (inciso II, Artigo 7º, Lei nº 8.080). Adicionalmente, a Lei nº 8.080 estabelece a diretriz de igualdade no atendimento entendida como *igual atendimento para igual necessidade*.³ Assim, o SUS deveria ser implantado de modo descentralizado visando à universalidade, à integralidade e à equidade.

A expansão da cobertura reforça a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento das ações e dos serviços de saúde. Até 1988, o MS participava com menos de 15% dos recursos públicos para financiamento da assistência à saúde no país (CONASS, 2011). A maior parte destes recursos era proveniente da seguridade social (mais de 55% estavam vinculados ao INAMPS/MPAS). Além disto, em torno de 70% dos recursos públicos estavam centralizados no governo federal.

Assim, no campo do financiamento, estava posto o imenso desafio de redirecionar parcela significativa desses recursos para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira. Claramente, isto implicaria não somente um redirecionamento de recursos, mas também sua forte ampliação. Além disto, para atender ao princípio constitucional da descentralização, era necessário ampliar a participação de estados e municípios no financiamento do SUS.

3. Sobre os conceitos de equidade ver Whitehead (1991).

Este capítulo busca apresentar como o país tem enfrentando esse desafio de assegurar um financiamento público adequado para garantia do direito à saúde prevista na CF/88. Será apresentado o esforço do Estado na busca de garantir este direito, mas também se pretende mostrar que este é um campo que ainda continua enfrentando grandes desafios. Além da discussão sobre o financiamento público, este texto apresenta, de forma resumida, a estrutura de financiamento do sistema de saúde brasileiro, incluindo não somente aquele feito por meio de recursos públicos, mas também a discussão sobre o financiamento privado da saúde.

Como será tratado na quinta seção, observa-se que a proporção do gasto público no Brasil em relação ao gasto total com saúde – que está abaixo de 50% (IBGE, 2009) – é bem menor que aquela de países que possuem um sistema de saúde universal, como a Inglaterra, a França e a Espanha. Nestes países, a participação do gasto público é igual ou maior do que 70% (WHO, 2011). Defende-se que, para a construção efetiva de um sistema de saúde universal e de acesso integral, é necessário alcançar, no mínimo, o gasto público médio destes países, que já implementaram a universalidade – o que, em 2008, representaria algo em torno de 7% do PIB.

2 O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO PERÍODO IMEDIATAMENTE POSTERIOR À PROMULGAÇÃO DA CF/88

A CF/88, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como de contribuições sociais. No governo federal, estes recursos seriam repartidos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde, e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Esta lei deveria definir a cada ano a porcentagem a ser destinada à saúde.

Deve-se lembrar que a CF/88 ampliou não somente o direito à saúde, mas também criou novos direitos em outros campos da seguridade social. Por exemplo, no caso da Previdência Social, estabeleceu, entre outros, o direito à aposentadoria rural e, no campo da assistência, estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC).⁴

No mesmo período em que inicia a implementação dos novos direitos sociais, o país enfrentou uma grave crise econômica, que impôs fortes restrições ao financiamento das políticas públicas brasileiras. Assim, várias áreas buscaram aplicar os princípios constitucionais sem que necessariamente se observasse um aumento de recursos para estas políticas. Isso gera uma forte disputa interna entre as áreas sociais, em especial, as de Saúde e Previdência Social.

4. Conforme descrito pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2011), "o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal, que assegura um salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente".

No caso da Saúde, o percentual de 30% dos recursos da Seguridade Social não foi cumprida em 1990 e 1991. Esta disputa se acirra a tal ponto que, em 1993, as contribuições previdenciárias não mais compuseram as fontes de financiamento da Saúde. Conforme destacam Mendes e Marques (2009 *apud* SERVO *et al.*, 2009, p. 2), “Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a Saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da Saúde”. Por fim, recorreu-se a recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a Saúde.

A busca de solução para superação dessa crise levou o governo a apresentar como alternativa a criação de um novo tributo: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada em 1996, cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de ações e serviços de saúde (Artigo 18 da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996).

Nos dois anos imediatamente anteriores à entrada em vigor da CPMF, o MS aplicou, em média, R\$ 37,3 bilhões na Saúde (em valores constantes de 2010). Logo após sua criação, o volume de recursos se ampliou para R\$ 40,9 bilhões (em valores constantes de 2010). Entretanto, a contribuição imediata da CPMF foi menos efetiva para ampliação de recursos do que para a garantia de alguma estabilidade de financiamento para a Saúde. Logo que entrou em vigor, ela passou, junto com as contribuições sociais, a ser uma das principais fontes de financiamento do MS, sendo que, em 2007, já respondia por 27,9% dos recursos. Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a Saúde (ver tabela A.1, apêndice A).

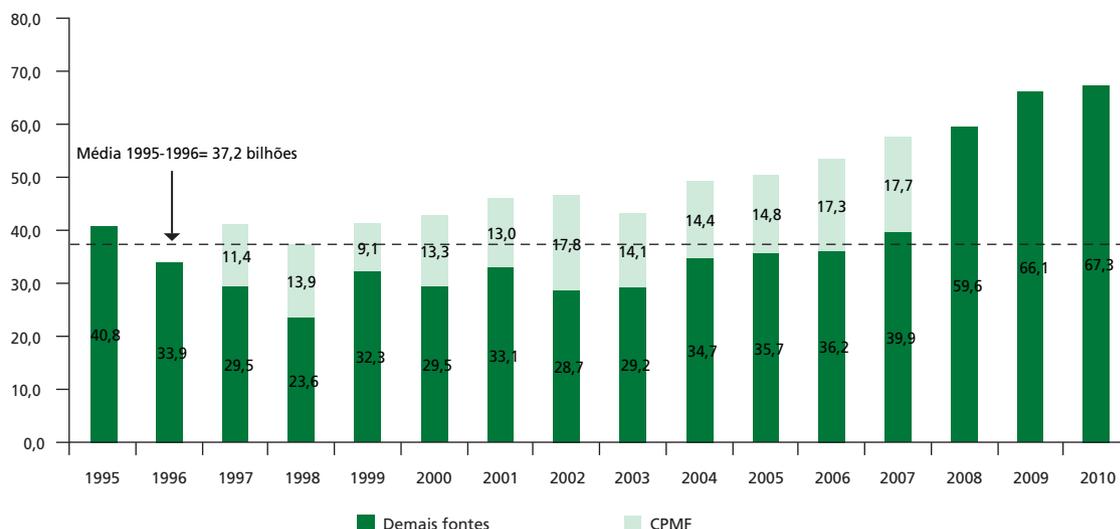
A continuidade das discussões sobre a insuficiência de recursos levou, no ano 2000, à promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (EC/29). Numa análise da execução orçamentária do MS, entre 1995 a 2010, observa-se, a partir de sua promulgação, uma ampliação de recursos para a área de Saúde (gráfico 1). Inicialmente, a CPMF veio substituir outras fontes de recursos tradicionalmente aplicadas na Saúde, denominadas contribuições sociais.⁵

A preocupação com o caráter provisório da CPMF era uma constante entre os gestores da Saúde. Esta preocupação não era infundada, visto que, em 2007, a contribuição foi extinta. Contudo, como será discutido adiante, o fato de já ter sido promulgada a EC/29, além de ampliar os recursos para a Saúde, evitou que se vivenciasse uma grave crise como a de 1993.

5. Para detalhes sobre a participação das contribuições, ver tabela A.1, no apêndice A, que trata da distribuição dos recursos do Ministério da Saúde por fontes.

GRÁFICO 1
Execução do gasto total do MS, por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995 a 2010)

(Em R\$ bilhões)¹



Fonte: Para 1995 a 2007, Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor) e sistema de informações Gasto Social Federal/Ipea; para 2008 a 2010, sistema de informações sobre orçamento público Siga Brasil/Senado Federal.

Elaboração dos autores.

Nota: 1 Em valores constantes de 2010.

3 A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 E A AMPLIAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE

Entre 1995 e 1999, observou-se um pequeno aumento do volume de recursos aplicados pelo MS, em termos reais, a partir da cobrança da CPMF e destinação de parcela de sua arrecadação para a Saúde.⁶ Contudo, o maior aumento de recursos federais para a Saúde veio da promulgação da EC/29. Esta Emenda definiu montantes mínimos a serem aplicados pela União, estados e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

No caso da União, os recursos a ser aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada;⁷ ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da Federação (SERVO *et al.*, 2011, p. 2).

Essa Emenda representou mais recursos para a Saúde, principalmente, por meio do aumento da participação de estados e municípios. A EC/29 começou a vigorar em 2000,

6. Inicialmente, a totalidade dos recursos arrecadados com a CPMF era destinada para a saúde. A partir junho de 1999, a alíquota desse tributo aumentou de 0,20% para 0,38% e previu-se a destinação de parcela de sua arrecadação para a previdência social.

7. As receitas vinculadas ou receitas próprias incluem as receitas de impostos e as transferências constitucionais e legais. No caso dos estados, são descontadas as transferências constitucionais aos municípios.

quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em Saúde. Desde então, sua participação foi decrescendo, até alcançar menos de 44,7% em 2010. Neste mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 26,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 28,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS (tabela 1). Assim, afirma-se que a aprovação da EC/29 teve impactos diferenciados em cada ente da Federação e foi bem-sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

TABELA 1
Gasto público das três esferas com ações e serviços públicos em Saúde (2000 a 2010)
(Em R\$ bilhões¹)

Ano	Esfera						Total
	Federal ²	% no total	Estadual ³	% no total	Municipal ⁴	% no total	
2000	38,74	59,8	12,02	18,6	14,03	21,7	64,79
2001	40,04	56,1	14,73	20,7	16,55	23,2	71,33
2002	40,64	52,8	16,56	21,5	19,76	25,7	76,96
2003	38,93	51,1	17,51	23,0	19,71	25,9	76,15
2004	43,94	50,2	21,53	24,6	22,05	25,2	87,52
2005	46,70	49,7	21,67	23,1	25,50	27,2	93,87
2006	49,17	48,4	23,89	23,5	28,48	28,0	101,54
2007	51,58	47,5	26,27	24,2	30,77	28,3	108,63
2008	53,62	44,7	30,77	25,7	35,55	29,6	119,94
2009	61,21	45,9	33,88	25,4	38,35	28,7	133,44
2010	61,97	44,7	37,02	26,7	39,72	28,6	138,70

Fonte: para os dados relativos à esfera federal, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS); para os dados relativos às esferas estadual e municipal, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Dados extraídos em 13 de junho de 2011.

Elaboração dos autores.

Notas: 1 Em valores constantes de 2010, deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

2 O gasto federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) está de acordo com a definição da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que considera os gastos totais do MS, 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. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do gasto federal ASPS, também considera os valores executados na UO 74202 – Recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (2004 a 2008).

3 O gasto estadual em ASPS foi extraído de notas técnicas produzidas pelo SIOPS a partir da análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da Resolução CNS 322/2003 e a EC/29. Para o ano de 2009, foram considerados os dados transmitidos ao SIOPS pelas 27 Unidades da Federação (UFs), uma vez que a análise dos balanços ainda não tinha sido finalizada pela equipe do SIOPS até o momento de conclusão deste texto. Em 2010, foram considerados os dados transmitidos ao SIOPS pelas UFs, que, até o momento, totalizavam 23 UFs com dados enviados. Para os quatro estados faltantes, foram utilizados os valores de 2009.

4 O gasto municipal em ASPS foi extraído da base do SIOPS, em 13 de junho de 2011. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Em 2000, 96% transmitiram os dados e, em 2010, a porcentagem, até junho de 2011, era de 92%.

BOX 1

O que são ações e serviços públicos de saúde?

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu as porcentagens mínimas a serem aplicadas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) por cada ente da Federação. Segundo Santos (2010), as ações e serviços de saúde já estavam definidos na própria CF/88, como também na Lei nº 8.080, de 1990. Contudo, para alguns atores uma definição mais clara foi apresentada na Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesta resolução, lê-se:

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 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 nº 8.080/1990, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios: I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; III – 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. § Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, 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 Artigo 77, § 3º, do ADCT. Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei nº 8.080/1990, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo: I – vigilância epidemiológica e controle de doenças; II – vigilância sanitária; III – vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS; IV – educação para a saúde; V – saúde do trabalhador; VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; VII – Assistência Farmacêutica; VIII – atenção à saúde dos povos indígenas; IX – capacitação de recursos humanos do SUS; X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS; XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos; XII – saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde; XIII – 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; XIV – atenção especial aos portadores de deficiência. XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores; § 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem. § 2º No caso dos estados, Distrito Federal e municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º/1/2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Nessa resolução estão definidas também as ações que não são consideradas como ASPS, entre outras: pagamento de aposentadorias e pensões; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada); merenda escolar; saneamento básico (Sétima Diretriz, Resolução nº 322, do CNS).

Os estados e municípios aumentaram o volume de recursos destinado para a Saúde em mais de 190% (de R\$ 26 para R\$ 76,7 bilhões, entre 2000 e 2010). Neste mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 23 bilhões. Este valor é muito próximo dos aumentos de estados e de municípios, totalizando um aumento da ordem de R\$ 73,9 bilhões. Assim, dois terços do aumento dos recursos para ASPS, após a promulgação da EC/29, foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios.

Há estudos que trazem estimativas anteriores à promulgação da EC/29, relacionadas à participação de cada ente federado no gasto com saúde. Contudo, há uma dificuldade em se comparar estas estimativas com aquelas posteriores à promulgação da Emenda,

uma vez que foi esta que introduziu o conceito de ações e serviços públicos de saúde (ASPS). Por este conceito, não seriam considerados como gasto em saúde, por exemplo, o pagamento de aposentadorias e pensões, de juros e amortizações da dívida, os gastos em saneamento que não estivessem diretamente relacionados a controle de doenças, entre outros. Além disso, qualquer gasto que não atendesse ao princípio da universalidade não deveria ser incluído como gasto em ASPS (ver box 1). Isto implica, por exemplo, excluir os gastos com saúde das forças armadas, o pagamento de auxílio-saúde aos servidores públicos, os gastos realizados em hospitais vinculados aos antigos institutos de previdência do setor público etc. As estimativas elaboradas por estudos feitos antes de 2000 usam outro critério de agregação. No caso do governo federal, embora fossem excluídos os gastos com inativos e pensionistas, eram incluídos os gastos com saúde executados por outros órgãos federais. A partir de 1995, o Ipea começou a elaborar sua base informatizada do Gasto Social Federal (GSF), em que é possível tentar replicar o conceito de ASPS, isto é, excluir dos gastos do Ministério da Saúde aqueles gastos que não seriam considerados como gastos com ASPS. Contudo, isto só pode ser feito para estados e municípios a partir dos dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), que só estão disponíveis a partir de 2000. Assim, as comparações com períodos anteriores devem ser feitas com cautela.

Ainda assim, neste capítulo buscou-se elaborar estimativas do gasto em Saúde a partir de 1987 utilizando-se as informações provenientes de outros estudos (VIANNA, 1992; OCKÉ-REIS, RIBEIRO e PIOLA, 2001; BARROS, 2002) e os dados da base do sistema de informações sobre o Gasto Social Federal do Ipea (GSF/Ipea). Tais estudos trazem duas informações: *i*) o gasto federal em saúde; e *ii*) quanto este gasto representava do total do gasto público (considerando as três esferas) em saúde. Esses dados são apresentados na tabela 2.

Os dados de 1987 foram estimados considerando: *i*) o valor do gasto federal em saúde apresentado em Vianna (1992, p. 46); *ii*) a informação de que a parcela federal representava 70% do gasto público em saúde; e *iii*) a estimativa de qual o percentual do gasto federal em saúde proveniente de recursos do Fundo Nacional de Previdência e Assistência Social (FNPAS/MPAS) que poderia ser considerado como universal. Para esta última estimativa, foram consideradas as seguintes hipóteses: *i*) 10% dos recursos do FNPAS eram destinados a ações voltadas para o conjunto da população, que corresponde à estimativa 1987a da tabela 2; e *ii*) 30%, que corresponde à estimativa 1987b. Além disso, formulou-se como hipótese, para fins de exercício de comparação, que todo o recurso do FNPAS foi transferido para ações e serviços públicos de saúde após a promulgação da CF/88 (linha 1988c da tabela 2).

As informações para a década de 1990 foram obtidas de duas fontes. Para os dados de 1993 e 1994, foram utilizadas as estimativas do estudo de Ocké-Reis, Ribeiro e Piola (2001). No caso dos dados de 1995 a 1999, utilizou-se a base do GSF/Ipea, buscando aproximações ao que poderiam ser considerados gastos com ASPS. Até 1999, definiu-se uma participação para o gasto federal e estimou-se o gasto de estados e municípios por diferenças. Por exemplo, segundo Barros (2002), em 1997 o gasto público federal correspondia a 60% do total. A partir dos dados da base do GSF/Ipea estimou-se o gasto federal em saúde e adotou-se a hipótese de que o gasto de estados e municípios corresponderia à diferença.

Os dados a partir de 2000 foram estimados com base nas informações da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) e do SIOPS, os quais são considerados como gastos em ASPS. Ainda que se façam ressalvas quanto às limitações para comparações dos dados antes e depois de 2000, a tabela 2 oferece uma noção do que aconteceu com o gasto em ASPS ao longo de pouco mais de 20 anos.

Em 1987, se 10% dos recursos do FNPAS estivessem sendo aplicados em ações de saúde de caráter universal, o gasto federal com estas ações corresponderia a aproximadamente 0,93% do PIB. Se este gasto representasse 70% do gasto público total com ações e serviços de saúde universais, isto implicaria que o gasto de estados e municípios representaria 0,40% do PIB, e o gasto total, 1,33%. Considerando-se esta hipótese, o gasto público com saúde teria praticamente dobrado, entre 1987 e 1993, em proporção do PIB. Se for trabalhada outra hipótese, a de que 30% dos recursos do FNPAS já eram aplicados em ações e serviços de caráter universal em 1987, ainda assim seria observado um aumento de recursos em torno de 0,6% do PIB (tabela 2).

TABELA 2
Gasto público em Saúde¹ das três esferas como proporção do PIB (1987 a 1988 e 1993 a 2010)

Ano	Gasto público/PIB			% Federal/total
	Federal (%)	Estadual e municipal (%)	Total (%)	
1987a ²	0,93	0,40	1,33	70,00
1987b ²	1,32	0,57	1,89	70,00
1988c ²	2,69	1,15	3,84	70,00
1993	1,94	0,96	2,90	67,00
1994	1,93	1,04	2,97	65,00
1995	1,87	1,10	2,97	63,00
1996	1,61	1,03	2,64	61,00
1997	1,78	1,19	2,97	60,00
1998	1,69	1,13	2,82	60,00
1999	1,69	1,13	2,82	60,00
2000	1,73	1,16	2,89	59,80
2001	1,73	1,35	3,07	56,14
2002	1,67	1,50	3,17	52,81
2003	1,60	1,53	3,13	51,12
2004	1,68	1,67	3,36	50,20
2005	1,73	1,75	3,48	49,75
2006	1,72	1,83	3,55	48,43
2007	1,66	1,84	3,51	47,49
2008	1,61	1,99	3,59	44,71
2009	1,83	2,16	3,99	45,87
2010	1,69	2,09	3,77	44,68

Fontes: Para 1987, Vianna (1992); para 1993 e 1994, Ocké-Reis, Ribeiro e Piola (2001); para 1995 a 1999, base do GSF/Ipea; e para 2000 a 2010, SPO/MS e SIOPS.

Nota: 1 O conceito de gasto com Saúde não é exatamente o mesmo em todos os anos. Ver explicações metodológicas no texto.

2 a = 10% dos recursos do Fundo Nacional de Previdência e Assistência Social (FNPAS) aplicados em ações de saúde de caráter universal;
b = 30% dos recursos do Fundo Nacional de Previdência e Assistência Social (FNPAS) aplicados em ações de saúde de caráter universal; e
c = 100% dos recursos do FNPAS aplicados em saúde em 1987 foram repassados para ações de caráter universal a partir de 1988.

Ao analisar o período antes e depois da entrada em vigor da CPMF – comparando-se o percentual do PIB aplicado nos quatro anos imediatamente anteriores (1993 a 1996) com os três anos imediatamente posteriores (1997 a 1999) –, não se observa aumento de recursos para a Saúde, visto que a média dos dois períodos foi de 2,87% do PIB. Contudo, ao comparar o gasto público em Saúde nos anos de 1997 e 2010, observa-se um aumento estimado em torno de 0,8% do PIB. Ou seja, todo o esforço de aumento de recursos para a Saúde, no período após a CF/88 e após a promulgação da EC/29, permitiu aumentar os recursos para a Saúde, mas o resultado foi um incremento de menos de 1% do PIB.

Nesse mesmo período, observa-se uma tendência no governo federal de mudar a forma de aplicação dos recursos, reduzindo a aplicação direta (execução direta) e ampliando as transferências para estados e municípios. Além disso, o MS, por meio de suas aplicações diretas, mas, principalmente, com os recursos de transferência, buscou uma reorientação da atuação do governo para determinadas ações e serviços de saúde. Estes dois temas serão analisados na próxima seção.

4 EVOLUÇÃO DO GASTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: TRANSFERÊNCIAS E ANÁLISE PROGRAMÁTICA

Uma análise da execução orçamentária do MS por modalidade de aplicação permite observar a tendência de redução da aplicação direta e um aumento expressivo das transferências para estados e municípios. Observa-se também aumento acentuado e contínuo de transferências federais aos municípios. Este aumento é coerente com o princípio de descentralização estabelecido na CF/88, mas o maior crescimento passa a ser observado a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB). As transferências a municípios crescem a partir da NOB nº 1/1993, mas elevam-se mais rapidamente sob a NOB nº 1/1996. Já as transferências para os estados e o Distrito Federal ampliam-se significativamente a partir de 2000. Em 1995, o MS aplicava diretamente quase 90% de seus recursos na compra e distribuição de bens e provisão de serviços de saúde para a população. A partir deste ano, amplia-se a descentralização de recursos, sendo que, em 2009, menos de 35% dos recursos federais eram aplicados diretamente, e o restante era transferido para estados e municípios (gráfico 2).

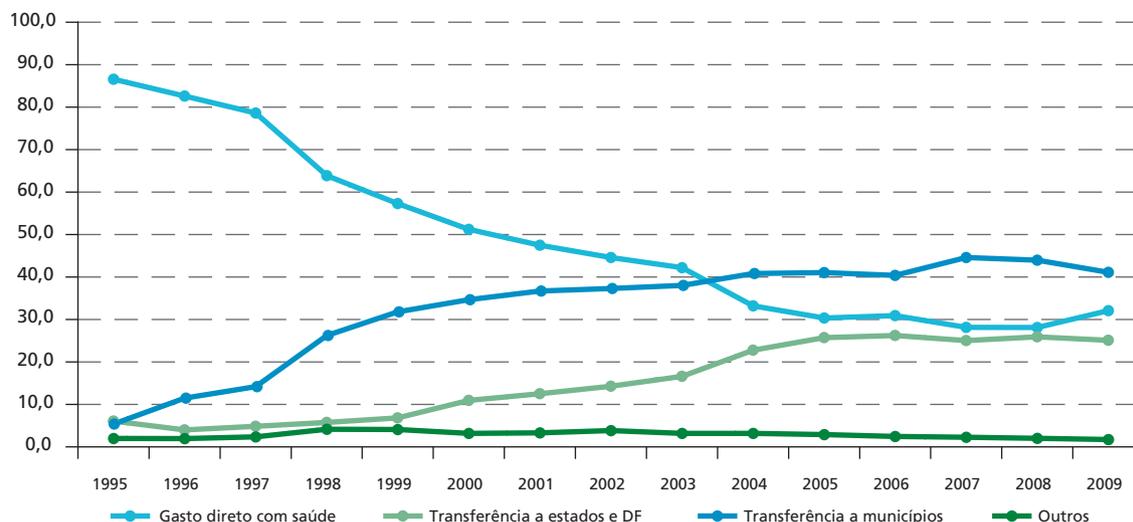
A NOB nº 1/1996 buscou resgatar e definir atribuições mais claras para os estados, bem como o fortalecimento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁸ e das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs),⁹ com o estabelecimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Criou, também, a modalidade de “gestão plena do sistema” por meio da qual estados e municípios poderiam obter total autonomia na gestão do conjunto do seu sistema de saúde. Os municípios também poderiam optar por ser gestores plenos da atenção básica. Por meio dessa NOB é que foram criados o Piso da Atenção Básica (PAB) e a política de incentivos para programas como Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (SERVO *et al.*, 2011, p. 10).

8. Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS de todas as esferas de governo – União, estados, DF e municípios.

9. É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS.

GRÁFICO 2

Descentralização dos gastos do MS: comparação entre a participação percentual dos gastos diretos do MS e os recursos transferidos a outras esferas de governo (1995-2009)



Fonte: Siafi/Sidor.

Elaboração: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc/Ipea).

Ao buscar atender o princípio constitucional de descentralização, o MS, muitas vezes, utilizou-se de transferências para induzir a implantação de determinadas políticas de saúde. Entre outras políticas, o MS buscou induzir uma mudança de modelo de atenção básica à saúde. O modelo anterior era fortemente concentrado em ações e serviços realizados em hospitais, o denominado “modelo hospitalocêntrico”. Mesmo antes da promulgação da CF/88, havia uma leitura de que seria necessário reforçar a atenção básica e transformá-la na “porta de entrada” para o sistema público de saúde. Ser a porta de entrada significava atuar como o primeiro nível de atendimento: a assistência à saúde teria início na atenção básica, de onde a população seria encaminhada (referenciada), quando necessário, para outros níveis de atendimento, denominados de média e alta complexidade. Após ser atendida nestes outros níveis, a população deveria ser encaminhada novamente (contrarreferenciada) para a atenção básica, onde continuaria a ser acompanhada. Ou seja, a atenção básica seria responsável pelo acompanhamento contínuo da população, mantendo toda a informação sobre os atendimentos prestados. Além disto, este nível de atenção seria responsável por ações de promoção e prevenção, conformando, junto com a assistência de média e alta complexidade, um sistema voltado para a atenção integral à saúde da população.

Para efetivar essa reorientação do modelo, o primeiro passo seria ampliar a cobertura da atenção básica em todas as regiões do país. Em 1996, o MS, a partir da avaliação de experiências bem-sucedidas em alguns estados e municípios, resolveu adotar e apoiar o modelo de Saúde da Família, que deveria ser estendido para todo território nacional. Para isso, criou incentivos para os municípios que passassem a adotá-lo. A proposta foi inicialmente conhecida como Programa Saúde da Família (PSF) e, atualmente, tem sido denominada de Estratégia de Saúde da Família.

Essa tentativa de reorientação do modelo de atenção, que priorizava mais a atenção básica que a média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, refletiu-se na distribuição de recursos federais para estados e municípios. Isto pode ser visto na tabela 3, em que se observa um crescimento da participação da atenção básica no total de recursos alocados pelo MS em ASPS.

TABELA 3
Distribuição das despesas com ações e serviços públicos de saúde por agrupamentos de programas/ações (1995 a 2009)
(Em %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
(1) Pessoal Ativo	20,0	19,1	15,8	14,8	13,6	12,9	11,7	12,0	12,3	11,7	10,5	11,6	10,8	11,7	11,5
(2) Média e Alta Complexidade (MAC)	54,0	58,7	56,4	53,2	51,9	51,4	51,7	50,7	50,8	48,1	45,3	46,5	48,8	49,3	46,4
Transferências MAC	49,4	53,5	51,8	48,8	47,9	48,1	48,5	47,5	48,8	45,8	43,0	43,8	45,8	46,4	43,5
Hospitais próprios e Pioneiras Sociais	4,5	5,3	4,6	4,4	4,0	3,4	3,2	3,2	2,0	2,3	2,4	2,7	3,0	3,0	2,8
(3) Atenção Básica	9,7	10,1	10,2	12,8	11,4	11,7	12,3	12,9	13,0	13,2	13,6	14,7	16,2	16,8	14,9
PAB-fixo	9,1	9,2	9,1	11,3	9,7	8,5	8,0	7,5	7,0	6,4	6,3	6,2	6,5	6,7	5,8
PACS/PSF	0,6	0,9	1,0	1,5	1,8	3,2	4,3	5,3	6,0	6,6	7,1	8,2	9,3	9,7	8,9
PROESF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0
Saúde Bucal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2
(4) Medicamentos	4,3	2,4	4,8	4,8	6,3	6,6	6,6	7,2	6,9	7,5	7,7	9,0	8,9	9,0	8,5
Medicamentos (compra direta, incluindo estratégicos)	3,7	1,9	3,7	3,4	4,6	4,1	3,8	4,6	4,4	4,3	3,8	4,4	3,1	1,5	1,5
Medicamentos excepcionais	0,6	0,6	1,1	1,1	1,0	1,8	2,0	1,9	1,9	2,5	3,1	3,4	4,4	4,7	4,5
Farmácia Básica (PAB)	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	1,8	1,5
Farmácia Popular	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,7	1,0	1,0
(5) Vigilância em saúde	6,1	5,4	6,5	6,1	6,8	6,9	7,4	7,8	7,2	7,2	7,1	7,3	7,0	6,2	4,5
(6) Bolsas e combates às carências	1,1	0,3	0,7	0,4	0,8	0,7	0,8	1,0	1,3	2,5	5,6	0,0	0,1	0,1	0,0
(7) Saneamento	1,3	0,7	0,7	0,9	1,1	0,8	5,4	2,3	0,4	1,5	1,4	1,9	2,5	2,1	1,9
(8) Demais ações	3,6	3,3	4,9	7,0	8,1	8,9	4,3	6,1	8,2	8,3	8,7	9,0	5,8	5,0	12,3
ASPS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SPO/MS.

Nota: Os programas, as ações e as linhas de financiamento foram agregados numa tentativa de compatibilizar três planos plurianuais (PPAs) diferentes.

Contudo, apesar de a atenção básica em saúde ter ganhado importância nesse período, a média e a alta complexidades ambulatorial e hospitalar continuaram a representar mais de 40% dos recursos do MS. Outro programa a ampliar significativamente sua participação é a assistência farmacêutica, que passou de 4% para quase 9% do total de recursos do MS. Conforme destacado anteriormente, a maioria destes programas e ações é executada por meio de transferências de recursos do MS para estados e municípios.

5 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A RELAÇÃO ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Até o momento, analisou-se o financiamento do sistema público de saúde no Brasil. Contudo, como se afirmou na introdução, o sistema de saúde brasileiro conta com várias fontes de financiamento e não somente com as fontes públicas. A Constituição Federal de 1988, ao declarar a Saúde como livre à iniciativa privada, permitiu que continuassem convivendo vários mecanismos de financiamento para a Saúde.

O sistema de saúde brasileiro pode ser subdividido em pelo menos quatro grandes grupos a partir do seu financiamento: *i)* o Sistema Único de Saúde, de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos (impostos e contribuições); *ii)* o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; *iii)* o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares, de acesso restrito a essas clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios servidores – junto com o anterior forma os chamados sistemas de “clientela fechada”; e *iv)* o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato *out-of-pocket* (RIBEIRO, PIOLA e SERVO, 2007, p. 4).

Assim, mesmo com todo o esforço de ampliar o percentual de financiamento público para a Saúde, segundo estimativas do IBGE (2009), ele ainda representaria menos de 50% do total de recursos aplicados em saúde no Brasil. Os outros recursos seriam provenientes de famílias e de empresas. Para as Contas Satélites de Saúde (CSS), que adotam a metodologia do Sistema de Contas Nacionais de 1993, os recursos aplicados pelas empresas são considerados como salários indiretos e contabilizados no consumo final das famílias (*proxy* para gasto das famílias). Assim, considerando-se as estimativas mais recentes das CSS, em 2007, o consumo final das famílias com saúde corresponderia a 57% do consumo final de bens e serviços de saúde no país.

Ao comparar essa estimativa com a apresentada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), observa-se que a grande diferença entre o Brasil e os outros países que têm sistema de saúde universal não está no volume total de recursos aplicados em saúde, mas na participação dos recursos públicos neste total. Em 2007, o Brasil já aplicava 8,4% do PIB em saúde. Esta porcentagem era próxima daquela estimada para Espanha, Reino Unido e França. Contudo, nestes países, o gasto público em saúde era superior a 70% do gasto total no setor. Isto faz com que seja, “possivelmente, o único com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, em que o gasto privado é maior que o público” (SERVO *et al.*, 2011, p. 17).

Se a comparação for feita a partir dos valores *per capita*, observa-se, uma vez mais, a distância entre o Brasil e esses países. Em 2008, o valor *per capita* em paridade de poder de compra (PPP, sigla da expressão em inglês *purchasing power parity*) do gasto governamental do Brasil foi estimado em US\$ 385; o gasto da Espanha, em US\$ 2.049; o gasto do Reino Unido, em US\$ 2.662; e o da França, em US\$ 2.922 (WHO, 2011).

No caso brasileiro, como um sistema universal, o gasto público deve cobrir serviços para toda a população. Considerando a população brasileira em 2010 e o gasto público total estimado para este ano, o valor *per capita* estimado foi de aproximadamente R\$ 720. No caso do segmento de planos de saúde, a divisão de sua receita de contraprestação pelo número de beneficiários (vínculos) gera um valor *per capita* estimado em R\$ 1,6 mil, ou seja, 2,2 vezes superior aos gastos realizados pelo SUS.¹⁰

10. Apenas para efeito de comparação, se todo o recurso do SUS fosse destinado apenas para os 150 milhões de brasileiros que não têm planos e seguros de saúde, ainda assim, o valor *per capita* seria de R\$ 950, ou seja, 1,7 vez superior às receitas destinadas via gasto privado para os beneficiários de planos e seguros de saúde. Esta comparação é inadequada, visto que as pessoas que têm planos e seguros de saúde utilizam recursos do SUS, entre outros momentos ou eventos, quando participam de campanhas de vacinação, por se beneficiarem de ações de vigilância sanitária e outras ações de saúde pública. Além disso, diversos procedimentos de média e, principalmente, de alta complexidade só são realizados no país com financiamento público. Há, também, uma grande referência da população vítima de politraumatismo para hospitais financiados pelo SUS. Isto faz parte do princípio de universalidade e integralidade da atenção à saúde preconizado na CF/88.

Por que uma elevada participação privada no financiamento da saúde pode ser considerada um problema? A resposta depende dos objetivos deste sistema. No caso brasileiro, afirma-se que a intenção é buscar um sistema que reduza as desigualdades e que seja equitativo. Contudo, estudos têm mostrado que uma forte participação privada pode acarretar iniquidade (WAGSTAFF *et al.*, 1992). O pagamento direto pelo próprio usuário depende da capacidade de pagamento, ou seja, da disponibilidade de recursos para as famílias – quanto mais rica, maior sua capacidade de pagamento. O mercado não produz equidade. Cabe ao estado redistribuir recursos e buscar a equidade. Além disto, a partir dos recursos privados, gera-se um mercado de compra de bens e serviços de saúde que é independente, em certa medida, do recurso público. Assim, as regras de formação de preço, de oferta de recursos humanos, de oferta de bens e serviços são fortemente influenciadas pela presença destes recursos privados e das decisões individuais ou compartilhadas pela intermediação de planos e seguros de saúde. Ainda que o governo tenha uma importante participação no sistema de saúde brasileiro, o setor privado concorre com ele por recursos.¹¹

Há também um componente de priorização do sistema público de saúde que ainda não está muito claro. Hoje o governo concede vários tipos de benefícios fiscais para o setor privado da saúde. Entre eles, encontram-se as deduções no imposto de renda (pessoa física e jurídica) devido a despesas com planos e seguros de saúde. Em cada LDO, são apresentadas previsões do gasto tributário. No Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (PLDO) 2012, projeta-se que os diversos benefícios fiscais na área de saúde representem R\$ 14,7 bilhões (tabela 4). Considerando-se que o gasto do MS com ASPS, em 2010, foi de R\$ 62 bilhões e aplicando-se a este gasto a projeção de variação nominal do PIB do PLDO 2012, o gasto federal projetado para saúde alcançaria R\$ 82 bilhões em 2012. Assim, a estimativa de renúncia poderia corresponder a 18% dos recursos aplicados pelo MS.

TABELA 4
Previsão de gasto tributário para a função saúde e modalidade de gasto (2012)

Função orçamentária saúde (por modalidade)	Projeção de gasto tributário R\$
Despesas médicas – IRPF	4.845.530.064
Assistência médica e odontológica – IRPJ	3.116.004.009
Produtos químicos e farmacêuticos	934.400.064
Instituições sem fins lucrativos (ISFL)	2.518.878.623
Medicamentos	3.291.282.730
Total	14.706.095.490

Fonte: Secretaria de Orçamento Federal (SOF)/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP). Anexo III.10 do PLDO 2012.

11. Santos e Gerschman (2004) chamavam a atenção para as implicações que os estrangulamentos macroeconômicos e determinadas decisões de políticas públicas poderiam ter sobre a configuração público-privada no Brasil. Estas autoras avaliavam que havia risco de o setor público especializar-se em tecnologias de mais baixo custo e complexidade, ao passo que o setor privado continuaria formatando sua estratégia em direção a setores mais lucrativos e de maior rentabilidade, nestes incluídos aqueles mais bem remunerados pelas tabelas do SUS e mais valorizados pelos beneficiários de planos privados. Com isso, pode-se dizer que havia uma expectativa de que este segmento continuaria forte e cresceria, ao contrário do que era esperado quando da formatação inicial do SUS no período Constituinte. A expectativa naquele momento era de que, com financiamento e garantia de uma atenção à saúde com qualidade para toda população, seria construído um sistema de saúde único, atendendo a toda a população.

Além disso, pelo menos metade desse gasto tributário, relacionado aos descontos do IRPJ e do IRPF, privilegia as camadas de mais alta renda da população. Outra informação presente no PLDO 2012 é a previsão de que cerca de 70% desse gasto tributário (R\$ 10 bilhões) seria concedido à região Sudeste. Este tema da justiça distributiva foi tratado em Piola *et al.* (2010).

Assim, além do gasto *per capita* dos beneficiários de planos e seguros de saúde ser maior do que o gasto público *per capita* destinado ao conjunto da população, aquele segmento ainda se beneficia de isenções tributárias e outras modalidades de gasto público direto e indireto.

Conforme apontado na introdução deste texto, a relação entre o financiamento público e o privado está diretamente relacionada à própria história de construção do sistema brasileiro de saúde. Como resultado desta história, observa-se uma forte concentração de recursos físicos e humanos. Após a criação do SUS, houve um grande esforço para prover infraestrutura e reduzir a escassez de oferta de serviços nas regiões Norte e Nordeste e em pequenos municípios. Entre outros, observa-se uma grande presença de equipes de Saúde da Família nestas regiões e localidades.

Contudo, há ainda importantes desigualdades regionais no acesso e utilização de serviços de saúde (VIACAVAL, 2010), bem como na oferta de serviços. Segundo os dados de 2009 da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS 2009) do IBGE, há grande concentração dos postos de trabalho nas regiões Centro-Sul e próxima às áreas litorâneas do país. Em 2008, os indicadores de oferta de recursos humanos que compõem os Indicadores e Dados Básicos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA, 2009) mostram que, enquanto o Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e outros estados da região Centro-Sul contavam com mais de dois médicos por mil habitantes, na região Norte e Nordeste, vários estados contavam com um ou menos de um médico por cada mil habitantes. Para o estado do Maranhão, por exemplo, este indicador era de 0,62 médico por mil habitantes. Ainda com referência a indicadores constantes no IDB, pode-se destacar o problema da oferta de equipamentos de imagem para apoio ao diagnóstico das condições de saúde da população. Conforme consta na ficha de qualificação do indicador Equipamentos de Imagem utilizados em Saúde (indicador E.18),

De acordo com os parâmetros referidos, a disponibilidade de mamógrafos, aparelhos de raio-X simples, raio-X dentário (afora Pará e Maranhão) e aparelhos de ultrassom é suficiente para o atendimento da demanda populacional. Há importante deficiência de aparelhos de raio-X para densitometria óssea em todo o país, afora estados da região Sul e alguns do Sudeste e Centro-Oeste. Para tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética, há deficiências nas regiões Norte e Nordeste. Ressalte-se que, para a região Norte, dada a baixa densidade demográfica, os parâmetros podem não traduzir efetiva disponibilidade de exames para a população, havendo possivelmente necessidade de adequar esses parâmetros especificamente para a realidade da Amazônia legal – o que tornaria mais grave o quadro de carência de equipamentos nessa região (RIPSA, 2009).

Assim, deve ser considerada a tendência de os recursos privados concentrarem-se em setores e regiões mais lucrativas, e a ação do Estado tem contribuído para reduzir as desigualdades de oferta e de acesso da população aos serviços de saúde. Ainda que se observe aumento de recursos para a Saúde, faz-se necessário ampliar os recursos públicos para a Saúde no Brasil, priorizando-se, claramente, o SUS. A construção de um sistema público universal dependerá também da capacidade do Estado para regular as relações entre a participação pública e a participação privada no sistema de saúde brasileiro. Concomitante a isso, é fundamental resolver os problemas de gestão das políticas de saúde, visando melhorar a eficiência alocativa.

6 NOVOS RECURSOS PARA SAÚDE: NOVAS FONTES E REGULAMENTAÇÃO DA EC/29

Tendo em vista a realidade atual do sistema de saúde, defende-se que o aporte de recursos públicos para a saúde deveria ser maior. Há alguns espaços para ampliação destes recursos, mas que exigem articulações políticas e decisões sobre prioridades para aplicação dos recursos públicos:

- ampliação de recursos por meio da regulamentação da EC/29;
- ampliação de recursos por meio da regulamentação da EC/29 e criação de um novo imposto; e
- ampliação de recursos por meio da regulamentação da EC/29 e mudança do critério de vinculação do governo federal.

Há muito se discute a regulamentação da EC/29. Uma das razões para isso está no fato de que parcela dos atores e gestores da saúde não reconheceram a Resolução nº 322 do CNS como um instrumento para definição do que são ASPS. Com isso, argumenta-se que alguns entes da Federação tendem a incluir como gastos em ASPS ações que não deveriam ser consideradas para efeitos de cumprimento da EC/29. Ao utilizar os critérios estabelecidos nesta resolução e aplicá-los à análise de balanços dos estados de 2008, a equipe do SIOPS indica que apenas 13 estados teriam aplicado o mínimo de 12% de sua receita vinculada em saúde conforme estabelecido pela EC/29.

O valor de descumprimento, somente no período de 2004 a 2008, alcança o montante acumulado em valores correntes de mais de R\$ 16 bilhões, ainda de acordo com dados do SIOPS. O possível descumprimento por parte da União tem sido menos discutido. Em 2009, no entanto, o Ministério Público Federal encaminhou em maio, aos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, o Ofício nº 233 da Procuradoria da República no Distrito Federal (PRDF), estimando em mais de R\$ 5 bilhões¹² o valor acumulado de descumprimento da EC 29. Com relação aos municípios, basicamente todos declaram ao SIOPS que cumprem o percentual mínimo de 15% da receita. Cabe ressaltar, contudo, que não é realizada a análise de balanço pela equipe do SIOPS para validar a informação declarada pelos municípios, diferentemente do que acontece com as informações enviadas pelos estados (SERVO *et al.*, 2011, p. 10).

12. Esse valor é contestado pelos ministérios da Fazenda e do Planejamento em Nota Técnica que acompanha o Ofício nº 81/MF, encaminhado à Procuradoria Geral da República em 2 de outubro de 2009.

Na última análise de balanços feita pela equipe do SIOPS, no ano de 2008, os estados teriam aplicado, em média, 10,8% de sua receita vinculada para Saúde. Assim, a regulamentação da Emenda por lei complementar, ao definir claramente o que são ações e serviços públicos de saúde, traria uma possibilidade de cobrança dos recursos que não foram aplicados em anos anteriores, ainda que isto venha a gerar uma discussão jurídica sobre a retroatividade da lei. Permitiria corrigir, também, os “vazamentos” nos anos subsequentes. As estimativas relacionadas a estas correções indicariam um aumento de R\$ 1 a 2 bilhões anuais para gastos em ASPS, ou seja, menos de 0,1% do PIB, considerando-se os valores de 2010. Com isso, conclui-se que apenas regulamentar a EC/29 definindo o que são ASPS é importante, mas insuficiente para cobrir a necessidade de financiamento para a saúde.

Uma proposta que vem sendo discutida é a recriação da CPMF, que passaria a ser denominada de Contribuição Social para a Saúde (CSS). No último ano que vigorou com uma alíquota de 0,38%, a CPMF arrecadou mais de R\$ 35 bilhões e, em média, 1,4% do PIB. Contudo, a proposta não é manter a mesma alíquota, mas aplicar uma alíquota de 0,20%. Além disso, das propostas que estão tramitando na Câmara e no Senado, não há hoje nenhuma que garanta que a CSS seja integralmente vinculada para a área de Saúde.

Por fim, uma terceira possibilidade seria regulamentar a EC/29 e alterar o critério de vinculação dos recursos federais. Em sua forma atual, a EC/29 prevê que os recursos da União aplicados em ASPS seriam iguais ao montante aplicado no ano anterior acrescido da variação do PIB. Este critério é diferente daquele aplicado por estados e municípios, cuja vinculação é feita com base na receita vinculada. Assim, há os que defendam que o critério de vinculação de recursos da União deveria ser alterado, passando a considerar um percentual da receita tributária. Há duas propostas em discussão: 10% da receita corrente bruta (a ser alcançado gradativamente em quatro ou cinco anos) ou 18% da receita corrente líquida.

Carvalho (2011) estima que a simples regulamentação da EC/29, sem a criação da CSS, pode implicar perda de recursos para a Saúde de um total que pode chegar até a R\$ 7 bilhões. Isto porque um dos projetos que está em tramitação prevê a retirada do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB) da base de cálculo dos recursos a serem aplicados pelos estados. Com a criação da CSS e sem a retirada do FUNDEB, o projeto que somente regulamenta a EC/29 sem alterar a regra de vinculação de recursos mínimos a serem aplicados pela União poderia trazer uma ampliação estimada de R\$ 10 bilhões para a Saúde. A mudança da regra de vinculação da União para 18% da Receita Corrente Líquida poderia implicar um aumento de R\$ 27,7 bilhões, ao passo que a vinculação da Receita Corrente Bruta poderia implicar mais R\$ 32 bilhões. Assim, a maior ampliação de recursos implicaria um aumento de menos de 1% do PIB no gasto público em saúde. Isto significaria aumentar o gasto público para menos de 5% do PIB.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todos os esforços para ampliar os recursos públicos para a Saúde, em pouco mais de 20 anos, isto representou um aumento de menos de 1% do PIB. Neste mesmo período,

observa-se uma significativa participação privada na Saúde, representando mais de 50% das fontes de financiamento para o sistema de saúde brasileiro.

Em 1988, a sociedade decidiu que queria um sistema de saúde universal, integral e que reduzisse as desigualdades. Desde então, observaram-se avanços importantes em termos de ampliação de cobertura e redução das desigualdades. Contudo, há muito a ser feito e, ainda que seja fundamental reduzir as ineficiências do sistema público e melhorar sua gestão, não se pode negar que a completa efetivação dos princípios constitucionais demandará mais recursos públicos.

Das possibilidades hoje colocadas, a mudança do critério de vinculação dos recursos federais traria um volume mais significativo de recursos públicos para a Saúde. Contudo, o resultado final desta mudança de vinculação dependeria das expectativas do crescimento econômico e da arrecadação dos três níveis de governo. Se a receita vinculada crescesse na mesma proporção que o PIB, a participação das despesas com ações e serviços públicos de saúde sobre o PIB não ultrapassaria 4,5% do PIB. Esta porcentagem ainda seria bem menor do que aquela observada em países que possuem sistemas de saúde universais, que é, em média, 7% do PIB.

Além disso, o governo precisa sinalizar para a sociedade que os recursos públicos devam ser prioritariamente destinados para a saúde pública. O fim ou a redução gradual das renúncias fiscais, particularmente aquelas vinculadas ao imposto de renda (IRPF e IRPJ), seria uma forma de sinalizar esta priorização. Hoje, as renúncias fiscais concedidas para os gastos com planos e seguros de saúde produzem um incentivo indireto ao consumo deste serviço, ou seja, podem, em certa medida, ser considerados um incentivo à demanda. A redução das renúncias não implicaria mais recursos para a Saúde, mas ajudaria a sinalizar que a saúde suplementar não contará direta ou indiretamente com benefícios fiscais do governo.

As mudanças no perfil demográfico da população, com o rápido envelhecimento e redução da taxa de fertilidade, associadas a mudanças no perfil epidemiológico, com ampliação cada vez maior da participação de doenças crônicas não transmissíveis, também trazem novas pressões para ampliação de recursos. Estas pressões ainda são pouco exploradas na literatura nacional.

REFERÊNCIAS

BARROS, M. E. D. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. *In*: OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. n. 4. Brasília: Opas, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Nacional, 1988.

CARVALHO, G. Nós e perspectivas de regulamentação da emenda constitucional 29 com mais recursos para a saúde. **Domingueiras**, Campinas, n. 584, 2011. Mimeografado. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/documento_6037_0__2011---27---584---domingueira---primavera-da-saUde.html>. Acesso em: 15 set. 2011.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 322**. Brasília: CNS, 2003.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O financiamento da saúde**, Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 3).

_____. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, n. 2).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde: Brasil 2005-2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n.17, 2009.

MDS – MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Benefício de prestação continuada**. Brasília: MDS, 2011. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 5 set. 2011.

OCKE-REIS, C. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 90: o caso do Ministério da Saúde**. Brasília: Ipea, 2001. (Texto para Discussão, n. 802)

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, v. 1, n. 17, 2009. (Vinte anos da Constituição Federal).

PIOLA, S. F. *et al.* Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira? *In*: CASTRO, J. A.; SANTOS, C. H.; RIBEIRO, J. A. C. **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**. Brasília: Ipea, 2010. p. 351-374.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 37, p. 21-43, jan. 2007.

RIPSA – REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Equipamentos de imagem utilizados em saúde – E.18. *In*: _____. **Indicadores e dados básicos (IDB) 2008**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/e18.pdf>>.

SANTOS, L. **O que são ações e serviço de saúde?** Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2010. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/06/29/o-que-sao-aco-es-e-servico-de-saude/>>. Acesso em: maio 2011.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SERVO, L. M. S. *et al.* **Financiamento e gasto público de Saúde: histórico e tendências, 1995 a 2008**. Brasília: Ipea, 2009. (Mimeografado).

SIOPS. **Nota técnica nº 19/2010**. Brasília: MS, fev. 2010.

SIOPS. **Boletim SIOPS**. Vários números. Brasília: MS, 2002.

SIOPS. **A implantação da EC 29**: apresentação dos dados do SIOPS, 2000-2003. Brasília: MS, 2005a.

SIOPS. **Nota Técnica nº 9/2005**. Brasília: MS, 2005b.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros – Estudo realizado a partir dos dados da PNAD/IBGE analisa desigualdades geográficas e de renda e monitora o desempenho das políticas de saúde. **Radis**, n. 96, ago. 2010.

VIANNA, S. M. A seguridade social, o sistema único de saúde e a partilha dos recursos. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 43-58, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n1/06.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

WAGSTAFF, A. *et al.* Equity in the finance of health care: some international comparisons. **Journal of Health Economics**, n. 11, p. 361–387, 1992.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WHO, 1991. (WHO EURO Report).

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2011**. Genebra: WHO, 2011.

APÊNDICE A

TABELA A.1
Distribuição percentual da execução do Ministério da Saúde, por fonte de financiamento (1995 a 2010)
 (Em %)

Fonte (Cod/Desc)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recursos ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	15,1	5,3	12,5	10,3	13,1	7,4	4,8	7,1	5,2	20,1	4,4	4,6
Operações de crédito interna e externa	1,1	0,9	0,5	1,1	1,5	2,7	2,2	1,9	1,1	0,7	0,7	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
Recursos diretamente arrecadados	2,5	2,5	2,4	2,6	3,5	3,3	5,1	2,7	2,3	2,2	2,4	3,1	3,7	4,0	3,9	4,3
Títulos Tesouro Nacional	2,7	3,4	2,8	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribuições sociais	70,5	66,2	72,8	71,8	61,5	80,9	74,9	81,3	82,5	88,3	91,3	88,8	87,1	71,8	90,8	86,0
Contrib. Social Lucro - PJ (CSLL)	20,2	20,7	19,3	8,0	13,2	12,6	7,0	22,5	27,4	32,3	39,7	40,3	38,7	34,7	49,4	37,6
Contrib. Financiamento Segur. Social	48,8	42,2	25,6	25,9	26,3	37,1	38,5	18,6	21,1	25,2	19,2	13,5	15,4	34,9	37,1	45,8
Contrib. Prov. Moviment. Financeira (CPMF)	0,0	0,0	27,9	37,0	22,0	31,2	28,2	38,4	32,5	29,4	29,3	32,4	30,8	1,0	1,5	0,4
Contrib. Plano Segur. Social Servidor	1,5	3,3	0,0	0,9	0,0	0,0	1,2	1,9	0,8	0,9	1,2	1,0	0,9	0,2	0,9	0,6
Contrib. Patronal Plano Segur. Social Servidor	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5	1,9	1,6	1,3	1,0	1,9	1,6
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	2,4	0,0	0,9	0,3	0,0	3,0	3,0	0,0	0,0
Fundo Social de Emergência	11,7	17,9	19,6	13,3	14,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fundo de Fiscalização das Telecomunicações	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Demais fontes	8,3	8,9	0,8	0,3	3,6	7,6	0,6	0,9	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	1,1	0,9	2,9
Total	100,0															

Fonte: para 1995 a 2007, Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor) e sistema de informações Gasto Social Federal/Ipea; para 2008 a 2010, sistema de informações sobre orçamento público Siga Brasil/Senado Federal.

Elaboração dos autores.