

CONSOLIDAÇÃO DO GASTO COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: TRAJETÓRIA E PERCALÇOS NO PERÍODO DE 2003 A 2017

Sergio Francisco Piola

Especialista em saúde pública; e bolsista profissional sênior na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea no projeto Acompanhamento e Análise da Política de Saúde.

E-mail: <sergiofpiola@gmail.com>.

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

Fabiola Sulpino Vieira

Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail:* <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser efetivamente compartilhado a partir de 2000, com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29. Esta proporcionou crescimento real significativo dos recursos alocados pelas três esferas de governo, com aumento da participação relativa das esferas subnacionais em seu financiamento, mesmo com todas as “perdas” de recursos decorrentes de diversos expedientes utilizados pelas três esferas e que se prolongaram em função da demora para a regulamentação da EC nº29, o que veio a acontecer somente em 2012 por meio da Lei Complementar (LC) nº 141.

O esforço fiscal para o aumento dos gastos com saúde foi menor por parte da União, que manteve sua despesa como proporção do produto interno bruto (PIB) entre 1,6% e 1,7%, mas a alteração da regra de vinculação de recursos da União pela EC nº 86 em 2015, que estabeleceu vinculação de 13,2% da receita corrente líquida (RCL) com aumento escalonado até chegar a 15% em 2020, não resolveu essa questão, dada a queda de sua base de vinculação (RCL) decorrente da grave crise econômica iniciada ainda em 2014. Essa nova forma de vinculação teve vigência de apenas um ano (2016), e foi atropelada pela aprovação do Novo Regime Fiscal (EC nº 95/2016), que congelou as despesas primárias da União até 2036, por vinte anos, e que deve diminuir ainda mais a participação da União no financiamento do SUS, aprofundando os problemas de financiamento, inclusive colocando em risco o atendimento dos preceitos constitucionais do sistema.

Um dos objetivos deste estudo é analisar o financiamento compartilhado do SUS a partir de 2003, com especial ênfase nos últimos anos de crise e nas alterações nas regras de aplicação de recursos pela União. Outro objetivo é analisar o financiamento do SUS por Grande Região e esfera de governo, com o intuito de verificar a distribuição do gasto público das três esferas e identificar as desigualdades regionais na alocação dos recursos públicos para a saúde. Desta forma, além de apresentar a evolução do gasto público em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no período de 2003 a 2017, o texto mostra e discute a alocação regional de gastos públicos em saúde no mesmo período com o intuito de analisar se o incremento na disponibilidade de recursos trouxe mudanças significativas nas posições relativas das Grandes Regiões e esferas de governo na alocação dos recursos públicos para a saúde. Para tanto, foram utilizados dados, referentes à despesa empenhada, registrados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e informações fornecidas pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) para a regionalização dos recursos federais destinados a ASPS.

Verificou-se que a vinculação do gasto com saúde ao crescimento do PIB, no caso da União, e às receitas próprias, no caso dos estados e municípios, aumentou o volume de recursos aplicados pelas três esferas. No entanto, esse aumento foi insuficiente para diminuir de forma mais significativa as desigualdades regionais, uma vez que não foram implementadas as

alterações necessárias nos critérios de alocação dos recursos transferidos pelo MS, de forma a atender aos objetivos definidos pela EC nº 29 e pela LC nº 141, de 2012 no tocante à alocação dos recursos pela União. Constatou-se, por fim, queda nas aplicações em 2015 e 2016, situação que só foi temporariamente temporizada mediante a antecipação, para 2017, da porcentagem final de 15% das RCLs como piso do gasto federal com ASPS.

SUMÁRIO EXECUTIVO