EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Brasília, maio de 1989

Sérgio Francisco Piola*

(*) - Médico Sanitárista, Técnico de Planejamento e Pesquisa da Coordenadoria de Saúde e Previdência - CSP/IPLAN/IPEA.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO

I - O FINANCIAMENTO DAS POLITICAS DE SAUDE ATÉ MEADOS DOS ANOS 60.

I.1 - BREVE HISTORICO DAS POLÍTICAS

I.2 - O GASTO E O FINANCIAMENTO

II - O PERÍODO ENTRE 1967 E 1980

II.1 - EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS

II.2 - O GASTO E O FINANCIAMENTO SETORIAL

III - OS ANOS 80

III.1 - EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS

III.2 - O COMPORTAMENTO DO GASTO PÚBLICO NO PERÍODO 1980 - 1987

A) - O Gasto Federal

B) - O Gasto Estadual e Municipal

C) - Estrutura de financiamento da despesa federal.

D) - O Comportamento das fontes

i) - O Orçamento Fiscal

ii) - Os recursos do FPAS

iii)- Os Fundos Sociais (FAS e FINSOCIAL)

E) - As medidas de ajuste

i) - No campo da Receita

ii) - No campo da Despesa

IV - CONCLUSÃO

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

APRESENTAÇÃO

Este documento esta dividido em três partes. A primeira, até por insuficiência de dados quantitativos, concentra-se na descrição da evolução do papel do estado, das politicas e do surgimento/expansão da previdência social.

A segunda, que abrange o período 1967 a 1980, também traz um sumário da evolução das politicas, uma vez que elas determinam o padrão de gasto e financiamento.

A última, que se refere aos anos 80, procura analisar o comportamento do setor diante da crise econômica de 83-84, as principais orientações de política e suas repercussões sobre o gasto setorial.

O autor agradece a colaboração dos colegas do corpo técnico e administrativo da Coordenadoria de Saúde e Previdência - CSP/IPLAN, especialmente a Sebastião Francisco Camargo na elaboração/revisão de tabelas.

I- O FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE ATÉ MEADOS DOS ANOS 60.

I.1 - BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS

O surgimento da organização dos serviços de saúde pública em nosso país é geralmente identificado com a vinda de D. João VI para o Brasil e a criação, em 1809, do cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e dos Estados do Brasil.

Na época a atuação do estado resumia-se ao controle dos portos,de alimentos, das "farmácias" e do exercício profissional.

Em 1828 algumas dessas responsabilidades foram transferidas para os municípios e, em 1850, com a criacão da Junta de Higiene Pública restabeleceu-se a autoridade central, em parte como decorrência do surgimento, no Rio de Janeiro, dos primeiros casos de febre amarela.

Junto com a febre amarela, a varíola era outro problema que chamava a atenção governamental. Também foi a partir dessa segunda metade do século XIX que foram construídos diversos hospitais para alienados. A assistência médica aos demais tipos de doenças ficava por conta de instituições particulares de caráter religioso sem fins lucrativos (1).

A primeira Constituição Republicana (1891) voltou a transferir para os municípios a responsabilidade pelas ações de saúde. Contudo, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, no final do século XIX, a administração dos serviços de higiene foi novamente recolocada no âmbito federal.

Nas três primeiras décadas do período republicano a ação sanitária do governo federal foi quase que exclusivamente voltada para o campo da medicina preventiva - basicamente vigilância sanitária e controle de endemias - ficando a assistência médica às pessoas sem posse à cargo dos Estados, Municípios e Instituições Beneficientes (2).

No início do século XX as campanhas sanitárias ganham especial importância porque respondiam às necessidades da economia agro-exportadora. Não constituíam, contudo, uma política nacional de saúde, dado o caráter restrito e emergencial de suas intervenções (3).

---

(1) - SINGER, P. CAMPOS, O; e OLIVEIRA. E. M. de, Prevenir e Curar - O Controle Social Através dos Serviços de Saúde, RJ, Forense - Universitária, 1978.

(2) - REZENDE DA SILVA, F e MAHAR, D.: Saúde e Previdência Social - Uma Análise Econômica. IPEA/INPES Relatório de Pesquisa nº 21, RJ, 1974.

(3) - POSSAS, C. de A. Saúde, Medicina e Trabalho no Brasil. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Campinas,1980. mimeo.

Do lado da assistência individual, já nas primeiras décadas do século, organizavam-se serviços médicos no âmbito de empresas e, desde antes - final do século XIX - associações mutualistas prestavam serviços médico-assistenciais.

É, contudo, com a criação de instituições da previdência, a partir de 1923, que começa a se gestar um novo padrão de intervenção estatal, ainda que tímido, com relação à assistência médica.

A Lei Eloy Chaves que em 1923 criou a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários surgiu como demanda da classe empresarial com o objetivo de conter os conflitos e tensões existentes no seio da classe operária.(4)

Inicialmente organizadas por empresas ou categorias profissionais, as Caixas foram crescendo alcançando o número de 47 até 1930, nelas incluido o Instituto de Previdência dos Funcionários Públicos Civis da União, criado em 1926.

Como muitas Caixas tinham pequeno número de associados, o que trazia problemas de custeio, iniciou-se, na década 1930-40 a fusão em Institutos. Datam dessa época a criação do IAPC (1934), IAPB (1934), IAPETC (1938) e IAPI (1938), bem como dos Institutos Estaduais de Previdência.

Nesta época existiam no Brasil 99 CAPs e 5 IAPs regidos por legislações específicas, com grande heterogeneidade nas listas de benefícios concedidos e nas taxas que cobravam dos segurados (que variavam de 3% a 8% do valor do salário)(5).

Com o objetivo de uniformizar as prestações e dar maior racionalidade ao sistema, foi aprovada em 1946, após algumas iniciativas anteriores, a Lei Orgânica dos Serviços Sociais no Brasil que previa a criação do Instituto de Serviços Sociais do Brasil, que não chegou a se efetivar.

Na área da assistência médica, enquanto o atendimento não era uniformizado, foi criado em 1949 o Serviço de Assistência Médica Domiciliar - SAMDU, que era mantido por todas as Caixas e Institutos. Na ocasião as 24 Caixas remanescentes foram integradas na Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados nos Serviços Públicos, transformado posteriormente em instituto - o IAPFESP.

O processo de uniformização teve continuidade com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960. Foi unificado o regime de todos os trabalhadores sujeitos a CLT, com exceção dos trabalhadores rurais, dos empregados domésticos e dos servidores civis e militares da União, Estados e Municípios.

---

(4) - POSSAS, C. de A. Op. Cit

(5) - Idem

As contribuições foram fixadas em 8% do salário de contribuição (não excedendo a 5 vezes o maior salário-mínimo) para os empregados, 8% para as empresas e a contribuição da União - que deveria ser de valor igual a dos empregados e dos empregadores - acabou restrita pela LOPS ao pagamento das despesas com pessoal, de administração geral e à cobertura de eventuais déficits financeiros do sistema.

Os trabalhadores rurais só foram incorporados ao sistema em 1963, quando foi instituido o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL, cuja gestão foi entregue ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários - IAPI.

Contudo, através do Decreto-Lei nº 276, de 28/02/67, as prestações do FUNRURAL ficaram restritas a assistência médica e social.

Novamente as limitações do sistema começam a aparecer. As reservas dos Institutos começam a decrescer, crescem os encargos, aumenta a dívida da União e a rentabilidade das aplicações era baixa (6). Acrescentava-se a isto, na distribuição da despesa, a falta de uniformidade entre os itens de dispêndios dos Institutos. Assim, enquanto no IAPB a despesa com assistência médica alcançava 33% do total das despesas, no IAPI a assistência médica era responsável por menos de 8% do gasto. Além disso, a co-existência de diversos institutos dificultava a utilização ótima dos recursos disponíveis. Tudo isto leva a nova alteração no sistema previdenciário em 1966, com a criação do INPS, que integrou os diferentes institutos com exceção do IPASE.

Do lado da saúde coletiva, as atividades de saúde no âmbito federal, passaram do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, para o Ministério da Educação e Saúde Pública, criado em 1930, que tinha dois Departamentos Nacionais - o de Educação e o de Saúde.

Inicia-se o processo de centralização da política de saúde pela União. Em 1937 o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social assume a coordenação dos Departamentos Estaduais de Saúde. Para o financiamento dos serviços, à nível dos municípios, foi criada a Caixa de Fundos para os servicos de assistência e saúde pública nos municípios, para a qual cada município contribuía com 5% do total da receita arrecadada (7).

Em 1937 é criado o Serviço Nacional de Febre Amarela, primeiro serviço de saúde pública de abrangência nacional. Em 1941 o Departamento Nacional de Saúde cria novos serviços nacionais (Tuberculose, Peste, Malária, Lepra, Câncer e Doenças Mentais) e incorpora o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Departa-

---

(6) - REZENDE DA SILVA, F, e MAHAR, O. Op. cit.

(7) - BARROS BARRETO, citado por BRAGA, J.C. E PAULA, S.G. Saúde e Prev. - Estudos de Política Social, RJ, CEBES/HUCITEC, 1987.

mento Nacional da Criança, Serviço Nacional de Educação Sanitária etc.

Com a criação do Ministério da Saúde, em 1953, é ampliado o quadro de enfermidade sobre seus cuidados: doença de Chagas, esquistossomose, leishmaniose, tracoma etc. São expandidas as áreas de atuação e o leque de atividades do Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, criado em 1942 .

Finalmente, em 1956, é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERU com o objetivo de atuar em áreas consideradas de importância para o desenvolvimento econômico.

A atuação do estado com relação à saúde coletiva, no período dos anos 40 a 60, conforme coloca Braga (8), tem como questões centrais o alcance e dimensões da saúde pública e sua estrutura administrativa.

A noção de que a doença era responsável pela situação de pobreza da maioria da população levava à visão equivocada de se "importar" modelos de atenção. Esta visão é combatida, sobretudo na segunda metade dos anos 50 com a ideologia do sanitarismo-desenvolvimentista que advogava que só o desenvolvimento econômico traz, necessariamente, um melhor nível de saúde da população.

Com relação a questão administrativa, todo o debate referia-se as alternativas de centralização ou descentralização da estrutura sanitária, guardando sempre relação com os movimentos de centralização, descentralização e democratização do Governo Central.

I.2 - O GASTO E O FINANCIAMENTO

De 1923 a 1938 os gastos com a assistência médica previdenciária cresceram 13 vezes e mais 4 vezes até 1949. Contudo, conforme estudo de Arouca A.S. e outros, citado por Braga(9), a despesa por segurado ativo baixou de Cr$ 147,00 para Cr$ 65,40, a preços de 1976.

A participação das despesas com assistência médica, na despesa total, que estava acima de 20% até 1926, baixou para 10.7 em 1938 e para 7.3% em 1949 (Tabela 1)

Essa diminuição da participação relativa com gastos com saúde se deve à diminuição, citada anteriormente, do dispêndio por segurado ativo. Houve um grande aumento da massa de segurados que passou 142.464 em 1930, para 1.912.972 em 1940 devido a criação de diversos Institutos. Em 1947 o número de segurados ativos já era de 2.895.613. O fato das despesas com saúde terem baixado

---

(8) - BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Op. Cit.
(9) - Idem.

em valores per-capita e a pequena participação na despesa total revela a baixa prioridade desses serviços dentro do leque das prestações previdenciárias. Isso fica patente na análise da legislação que criou os Institutos, onde a assistência médica era sempre colocada como um benefício suplementar a ser oferecido dentro das possibilidades financeiras da instituição e, em alguns casos, até mediante contribuição complementar do segurado(10).

A tabela 1 demonstra que até os anos cincoenta era boa situação financeira do sistema previdenciário como um todo, um vez que a relação despesa total/receita total esteve quase sempre abaixo de 50%.

É a partir da segunda metade dos anos cincoenta que começa a crescer a participação da assistência médica no gasto total previdenciário: de 7,3%, em 1949, sobe para 19,3% em 1960 e para 29,6% em 1967 (Tabela 2)

Por sua vez a relação despesa total sobre a receita de contribuição fica em média acima de 94% no período 1960 - 1967(11).

A estrutura da receita do setor previdenciário também começa apresentar alterações. Enquanto em 1947 as contribuições de empregados e empregadores respondiam por 68,4% do total de receitas correntes, em 1966 sobe para 81,3%(12). Isso se deve à retração dos recursos da União que não cobriam as despesas com pessoal e administrativas do Sistema e da queda nas rendas de investimentos devido ao declinio dos fundos de reserva e às baixas taxas de retorno.

A crise da previdência, no inicio dos anos sessenta, não pode, contudo, ser debitada exclusivamente à expansão de benefícios ou dos gastos com assistência médica. Até 1964 os débitos do empregadores não estavam sujeitos a correção monetária o que estimulava a evasão de receita através da protelação do pagamento que beneficiava o devedor. Em 1964, somente a dívida da União e das Empresas alcançava mais de 50% da receita total da previdência(13).

Em 1960 o gasto previdenciário em saúde já era praticamente igual ao do Ministério da Saúde. No período 1960-1967, enquanto o primeiro cresce constantemente, mais do que triplicando, o segundo segue uma trajetória irregular sendo que o gasto em 1967, em termos reais, é apenas 19,7% superior ao realizado em 1960. (Tabela 3)

---

(10) - DONNANGELO, M.C.F. Medicina e Sociedade, São Paulo, Pioneira, 1975.
(11) - BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Op. Cit.
(12) - REZENDE, F. e MAHAR, D. Op. Cit.
(13) - EPEA, Previdência Social, Diagnóstico Preliminar, 1966.

Apesar desta "paralisia" dos dispêndios públicos, através do Ministério da Saúde, é nos anos de 1961 a 1964 que aquela pasta registrou as suas maiores participações nos gastos da União: 4,57%, 4,81%, 4,10% e 3,65%.

II - O PERÍODO ENTRE 1967 E 1980

II.1 - EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS

No final dos anos 60 e sobretudo a década de 70, surgiram diversas tentativas de reordenar a assistência à saúde e de ampliar a cobertura assistencial.

Na Reforma Administrativa proposta pelo Decreto Lei nº 200, de fevereiro de 1967, estava incluída entre as atribuições do MS, a de formular a Política Nacional de Saúde.

A mais importante tentativa de exercer essa atribuição foi feita em 1968 propondo-se entre outras medidas a passagem da assistência médica previdenciária para o MS e a transferência integral ao setor privado da responsabilidade pela prestação de serviços médico-hospitalares, inclusive mediante a privatização da rede oficial(14) .

A prerrogativa, pelo menos legal, do MS formular a política setorial consignada pelo D.L.200 sofreu severa restrição com a promulgação da Lei 6.118, de 09/10/1974, que criou o Conselho de Desenvolvimento Social - CDS. Esta última lei revogou expressamente o parágrafo 3º, do artigo 156, do referido Decreto, que subordinava a assistência médica previdenciária à Política Nacional de Saúde(15).

A posterior promulgação, em 1975, da Lei 6.229 dispondo sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, ainda que reiterasse a posição do MS como formulador da política, não alterou a restrição legal quanto a assistência médica.

Na verdade a formulação da política se reduziu a mero exercício formal de produzir diretrizes e orientações, para cujo cumprimento a instituição elaboradora não dispunha de instrumentos coercitivos apropriados uma vez que a estrutura pluralisti-

---

(14)- MS. Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde. Maio, 1968, mais conhecido como Plano Leonel Miranda.

(15)- VIANNA, S. M. e PINTO, V. G. A Assistência Médica da Previdência Social, Bsb, mimeo, 1980.

ca do SNS, legitimada pela Lei 6.225, confiou competencias setoriais especificas a vários Ministérios (MS, MPAS, MTb, MINTER e MEC) alguns política e/ou financeiramente mais poderosos do que a pasta da saúde - sobretudo por disporem, como é o caso do MPAS e do MINTER, de fontes de recursos vinculadas(16).

Diante dessas circunstâncias não restou ao MS outra alternativa senão direcionar sua atuação para o controle de doenças transmissíveis, sobretudo grandes endemias, para a implementação de programas de suplementação alimentar e expansão de serviços de atenção primária (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS). A importância deste último programa advém do fato de ser um dos primeiros a tentar congregar os esforços do MS e do MPAS e de propiciar a expansão da rede pública de serviços de saúde, ainda que bastante restrito ao nível ambulatorial.

Do lado da assistência médica previdenciária o aumento do número de segurados, com consequente aumento da demanda por serviços médicos, levou a necessidade de implementação de medidas de curto prazo no atendimento médico hospitalar.

Estas medidas se consubstanciaram num pacote de atos normativos que compunham o Plano de Pronta Ação - PPA, que tinha a seguinte finalidade:

i) - proporcionar condições para que seja progressivamente atingida a universalização da previdência social;

ii) - utilizar toda a capacidade instalada da área de assistência médica, tanto pública como privada;

iii)- descongestionar o sistema previdenciário aliviando a carga de serviço direto;

iv) - especializar o sistema hospitalar próprio;

v) - simplificar as formas e os processos de atendimento;

vi) - individualizar cada vez mais o atendimento.

Formulado em época em que os recursos pareciam inesgotáveis, o PPA acarretou um desmensurado aumento dos dispendios e intensificou a privatização com a assistência médica na medida em que:(17)

- estimulou o convênio-empresa;

---

(16) - VIANNA, S.M. e PINTO, V.G. A Assistência Médica da Previdência Social, Bsb, mimeo, 1980.
(17) - MOREIRA LIMA, L. F., mimeo, s/d.

- promoveu o credenciamento de médicos e odontólogos de forma intensa;

- permitiu a contratação de, praticamente, todos os leitos privados disponíveis, bem como de laboratórios e de outros serviços de diagnose e terapia;

- facilitou o crédito aos empreendimentos privados do setor;

- incentivou a modernização e a especialização da assistência médica.

É certo que o PPA ao desburocratizar o atendimento de emergência - estendendo-o inclusive a não previdenciários - deu passo no sentido de universalização do atendimento.

Outro aspecto positivo do PPA foi o protocolo firmado entre MEC e MPAS para a utilização de hospitais de ensino na assistência a beneficiários da previdência.

Os aspectos negativos se referem ao aumento incontrolado dos dispendios, devido, sobretudo, à forma de remuneração dos serviços privados que era feito por Unidade de Serviços e ao privilegiamento dos serviços contratados em detrimento da prioridade, que o próprio plano conferia, aos serviços próprios e governamentais.

Em apoio a essa política de compra de serviços junto a iniciativa privada, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, criado em 1974, privilegiava basicamente o setor privado. Até 1977, 80% das propostas de financiamento aprovadas eram oriundas do setor privado (18).

II.2 - EVOLUÇÃO DO FINANCIAMENTO E DO SETORIAL

As políticas postas em prática a partir de 1967 tiveram grande repercussão sobre a composição do gasto setorial.

A participação do Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União, que reflete a prioridade dada pelo Governo às ações de saúde pública, começa a declinar a partir de 1961 (4,57%), chega a 0,94% em 1974 e sobe lentamente até 1,82% em 1979 (Tabela 4).

---

(18) - BRAGA, J.C. e PAULA, S.G. Op. Cit.

Acompanhado de outra forma - pelo gasto da União com função saúde e saneamento - o gasto do Governo Federal com saúde coletiva apresentou um pequeno crescimento de 1965 a 1968 e, a partir de então, passou a apresentar decréscimos reais e/ou pequenas taxas de crescimento. A partir de 1974, com excessão de 1976, apresenta crescimento constante até 1979, ainda que com taxas modestas (Tabela 5).

Comportamento inverso observa-se com relação às despesas com assistência médica previdenciária. Em 1970 o nível real de gasto com assistência médica do INPS já era superior ao de 1967 em 138,5% e, em 1978, ano que atingiu seu patamar mais elevado, era 207% superior ao de 1970 (Tabela 6). As maiores taxas de crescimento anual ocorreram em 1975 (36,8%) e 1976 (30,2%), como decorrencia da expansão de gastos e cobertura propiciados pelo PPA (Portaria nº MPAS-39, de 5 de setembro de 1974).

A participação das despesas com saúde dentro do total das despesas da previdência social que era de 22,4% em 1967 passou para 29% em 1970 e 31,6% em 1976 (Tabela VI).

Se compararmos a evolução do gasto da União na função saúde e saneamento no período 1970-1980 com aquele da assistência médica previdenciária, verificamos que enquanto o primeiro cresceu 67%, o segundo experimentou um crescimento real de 192% (Tabelas 5 e 6).

Ainda que não devéssemos esperar taxas similares de crescimento - até porque o gasto com assistência médica individual apresenta outros condicionantes que e eleva seu custo - esta evolução reflete um afastamento do estado no financiamento da assistência médica através de recursos fiscais e um descaso por parte do aparelho estatal em prover os recursos suficientes para uma melhor performance das ações de caráter coletivo.

Outra repercussão da política adotada deu-se na participação nos serviços por prestador. Assim em 1971, de um total de 47,8 milhões de consultas médicas ofertadas, 83,4% eram executadas através de serviços próprios e 16,6% em serviços não próprios. Seis anos depois, em 1976, a participação dos serviços próprios caiu para 48,5%, enquanto os não próprios subia para 51,5%, sendo 26,2% através de serviços contratados (Tabela 7).

Na área de serviços complementares de diagnose e terapia o comportamento é similar. Enquanto em 1971 a rede própria era responsável por 61,2% do total de procedimentos, em 1976 cai para 29,0%. A rede não própria passa a realizar 70,9% dos procedimentos, sendo 49,7% através da rede contratada (Tabela 8).

Na área hospitalar, onde sempre predominou a rede contratada, houve uma diminuição da pequena participação dos serviços próprios (4,6% em 1971 para 2,6% em 1976), pequeno aumento na participação dos conveniados e manutenção da hegemonia do setor privado contratado (91,6% das internações em 1976).

Com base no número absoluto de internações, a utilização da rede própria aumentou em 31% no período 1971 a 1976, enquanto a participação da rede contratada aumentou em 145% (Tabela 9)

Tanto as consultas, como as internações e os procedimentos de diagnose e terapia mais do que duplicaram no período 1973 a 1976 como resultado do credenciamento generalizado feito através do PPA.

Com relação à estrutura das fontes de financiamento verifica-se no orçamento fiscal da União uma maior participação de recursos provenientes do Imposto de Renda (26,3% em 1973, contra 32,0% em 1980 e 44,9% em 1983), uma diminuição da participação dos recursos provenientes do IPI (40,7% em 1973 e 27,1% em 1980 e 24,4% em 1983) e um aumento da participação do Imposto sobre Operações Financeiras (4,1% em 1973 e 11,7% em 1980 e 10,1% em 1983) o que revela uma tendencia de melhor justiça fiscal na arrecadação tributária da União (Tabela 10).

Com relação às receitas da Previdência Social observa-se um afastamento das contribuições da União que - diga-se de passagem - nunca atingiram o nível preconizado em lei. Assim, enquanto em 1970 a receita da previdência social era composta em 84,6% por contribuições de empregados e empregadores, em 1980, essa participação sobe para 91,6%. A contribuição da União, por sua vez, tem sua participação diminuida de 10% em 1970 para cerca de 5% em 1980 (Tabela 11).

Por sua vez o FAS, criado em 1974, para financiar investimentos na área social foi, na área da saúde, importante mecanismo que veio a se ajustar à política de expansão de serviços via setor privado. Até 1977 a área da saúde recebeu 25% dos recursos do FAS, logo atrás da área de educação que absorveu 70% dos recursos. Mas enquanto a maior parte dos recursos destinados à educação (88%) foram aplicados em projetos de natureza pública, na área de saúde privilegiou-se a área privada que absorveu 80% do total de financiamentos aprovados para o setor(19)

III - OS ANOS 80

III.1 - EVOLUÇÃO DAS POLITICAS

As propostas de reorganização da área de saúde , geradas no final dos anos 70 e durante a década de 80, tiveram todas um cunho racionalizador, ainda que expansionista no sentido que buscaram incorporar ao consumo de serviços de saúde os milhões de desassistidos pelo sistema.

---

(19) - BRAGA, J.C. e PAULA, S. G. Op. Cit
(20) - Portaria Interministerial MS/MPAS nº 05 de 11/03/80

Outra marca importante do período foi o reforço de mecanismos de consulta/articulação que se consolidaram com a instituição da Comissão Interministerial de Planejamento - CIPLAN(20) - o que criou condições para a emergência de propostas que aglutinassem setores do MS, do MPAS/INAMPS e do MEC e que cristalizaram na estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS e, posteriormente, no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS.

A caracteristica comum desses esforços é o estabelecimento de um contencioso sobre a hegemonia setorial a nível federal, a tentativa de regastar do nível discursivo a prioridade de utilização dos serviços públicos e a descentralização executiva para os níveis estadual e municipal, principalmente na proposta SUDS.

Na verdade, muitas das medidas adotada no decorrer da década estavam presentes no PREVSAUDE , proposta elaborada por Grupo de Trabalho Interministerial, assessorado pela OPS(21).

O PREVSAÚDE nasceu da idéia de se reorganizar e conferir maior racionalidade à ação sanitária do Governo Brasileiro. Mas enquanto o Governo, ou pelo menos a sua área economica, tinha como expectativa um projeto meramente racionalizador do aparato existente, de forma a coibir o aumento aparentemente incontrolável do gasto setorial, surgiu ao final uma proposta racionalizadora mas expansionista(22).

A par das medidas de ajuste setorial ao contexto de escassez de recursos, o PREVSAÚDE previa investimentos da ordem de US$ 3 bilhões, destinados a ampliar a capacidade instalada pública, a ampliação do combate às doenças endemicas, do saneamento básico e melhoria da habitação popular.

O projeto, como todos sabem, contabilizou inimigos poderosos, encontrou uma situação econômica pré-recessiva e, por isso, não se viabilizou.

Diante do fracasso do PREVSAÚDE e da evidente queda dos recursos para a assistência médica, foi criado o CONASP(23), que em 1982 elaborou o "Plano de Reorientação da Assistencia Médica no ambito da Previdência Social".

---

(21) - O GTI foi coordenado por Carlyle Guerra de Macedo, na época trabalhando na Representação da OPS-Brasilia.

(22) - VIANNA, S. M, et alii O Impacto da Crise Economica nos Serviços de Saúde: O Caso do Brasil, Bsb, nov, 1987, mimeo 400 págs,s/d.

(23) - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária - CONASP, criado pelo Decreto nº 86.329, de 02/09/81.

O Plano do CONASP reeditava muitas das propostas do PREVSAÚDE. Apresentava, contudo, pelo menos duas diferenças fundamentais: era circunscrito ao âmbito da saúde previdenciária e tinha como objetivo básico a contenção de gastos, ainda que tenha, neste particular, propiciado medidas racionalizadoras importantes, como o controle da utilizaçãao de procedimentos de alto custo unitário e a implantação de um novo modelo de controle do pagamento das contas hospitalares.

De qualquer forma é depois do Plano do CONASP que ganha força a política de maior e melhor utilização da rede pública de serviços de saúde, através da implantação do convênio Trilateral - MPAS/MS/MEC, substituído posteriormente pela estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS (24).

Tanto as AIS, como posteriormente a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS(25), avançam no sentido da universalização do atendimento, da integração da atuação das agencias públicas e da desconcentração executiva de algumas ações para estados e municipios. Contudo, até por força da concentração do financiamento à nível federal e pela inexistência de critérios objetivos de distribuição dos recursos e de mecanismos automáticos para o repasse dos mesmos, os niveis estadual e municipal tem ainda uma autonomia restringida.

As tentativas de transferir para uma única instituição à nível federal, a responsabilidade integral pela política e financiamento da saúde, prosseguiram na década de 80.

A penúltima foi consubstanciada pela Resolucão nº 01, de 28/05/85, do Congresso Nacional, que delegava ao Poder Executivo a elaboração de lei dispondo sobre a reestruturacão dos Ministérios da Saúde e Previdência e que previa, entre outras medidas, a transferência do INAMPS e da CEME para o Ministério da Saúde. Até por ser conjunturalmente inoportuna, uma vez que o INAMPS com o forte respaldo do MPAS estava adotando políticas que rompiam com os padrões tradicionais, a iniciativa não prosperou e apenas a transferência da CEME se efetivou.

Mais tarde com a decorrência da intensificação do movimento em prol do processo de Reforma Sanitária e da ativa participação nos trabalhos constituintes dos grupos favoráveis à reforma do sistema de saúde, a atual Constituição acaba com a indefinação da responsabilidade de condução da política setorial ao estabelecer que a saúde terá "direção única" em cada nível de Governo (Art. 198, Item I).

---

(24) - ABRASCO, CEBES, SESB/PR. Relatório Final da Reunião de Trabalho sobre as Ações Integradas de Saúde. Saúde em Debate, 17, julho 1985.

(25) - Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987.

Nada obstante, somente a regulamentação do Sistema de Seguridade Social e do Sistema único de Saúde - SUS poderá aclarar questões importantes para o desenvolvimento futuro do sistema de saúde, como:

1º) - haverá aumento real da disponibilidade de recursos para o setor?
2º) - serão dadas condições objetivas para a descentralização do sistema, conforme preceitua o texto constitucional?
3º) - como resguardar a unidade do sistema sem frear o processo descentralização?

III.2 - O COMPORTAMENTO DO GASTO PÚBLICO NO PERIODO 1980 - 1987.

Os recursos públicos destinados à saúde podem ser divididos em dois grandes blocos: os originários do nível federal e dos níveis estadual e municipal.

Os federais são provenientes do orçamento fiscal da União , do Fundo de Previdencia e Assistência Social - FPAS e de outros fundos sociais (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS e do Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL).

Os recursos estaduais e municipais são provenientes dos orçamentos fiscais dessas esferas de governo.

A) - O Gasto Federal

O gasto federal "per capita" em saúde(26), que corresponde, em média, a 2/3 do gasto público total, sofreu uma queda de 30% entre 1980 e 1983 passando de aproximadamente Cz$ 1.542,00 para Cz$ 1.119,00, a preços de 1987. A partir de 1984 verifica-se uma recuperação desse indicador, mas somente em 1987, ao atingir um dispendio "per-capita" de Cz$ 1.908,00 supera-se o nível de gasto dos tres primeiros anos da década (Tabela 12).

B) - O Gasto Estadual e Municipal

Os gastos oriundos dos orçamentos estaduais e municipais também caíram nos primeiros anos da década, ainda que com menor intensidade. Dados referentes aos anos de 1979 e 1984 revelam uma queda real de 10% nos gastos estaduais no período supra-referido(27).

---

(26) - Não inclui as despesas com programas de alimentação e nutrição e de saneamento básico, mesmo aqueles de responsabilidade do MS. Inclui todos os gastos federais com saúde e as despesas da previdência social com assistência médica.

(27) - BARROS SILVA, P.L. e MEDICI, A.C. Considerações sobre o Gasto em Saúde no Brasil: Dilemas até o Final do Século. Cadernos de Saúde Pública. V 1. Jan/Mar/88, MS/FOC/ENSP.

Para o período entre 1984 e 1987, MEDICI e FAVERET(28) estimaram um crescimento de 22% nos gastos dos estados e municípios das capitais.

Com base nesta estimativa, o gasto público total (excluído o gasto dos municípios do interior) é de aproximadamente Cz$ 351 bilhões em 1987, o que corresponde a um gasto"per-capita" de Cz$ 2.412,00 (US$ 61,4) e 2,74% do PIB.(Tabela 13)

C) Estrutura de financiamento da despesa federal

O FPAS se constitui na principal fonte do gasto federal com saúde, ainda que sua participação relativa tenha decrescido progressivamente de 85,2% em 1980 para 76,9% em 1986. Exceções a essa tendência ocorreram em 1982 e 1987, quando representou 82,4% e 80,2% do gasto federal em saúde.

Movimento inverso percorreram os recursos do orçamento fiscal. Em 1980 os recursos desta fonte representavam cerca de 13% do gasto total. Essa participação teve crescimento constante (com pequena queda em 1984), até atingir 22,7% em 1986 e 19,4% em 1987. Esse aumento dos dispêndios do Tesouro, como veremos mais adiante, deve-se à incorporação de recursos do FINSOCIAL ao Orçamento Fiscal, sobretudo a partir de 1985.

A participação de recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS é pequena e declinante. Passa de 1,5% para 0,3% do dispêndio global entre 1980 e 1987 (Tabela 14).

D) O Comportamento das fontes

i) O Orçamento Fiscal

Os recursos do orçamento fiscal, como vimos anteriormente, tiveram aumentada sua participação relativa no Gasto Federal total na década de 80. Essa maior participação correspondeu a maior alocação de recursos. Em valores reais os dispêndios à conta do Tesouro mais que duplicaram de 1980 a 1987, quando passaram de CZ$ 24 bilhões para CZ$ 52,4 bilhões, a preços deste último ano.

Apesar de terem tido um comportamento mais regular, os recursos do Tesouro também sofreram, ainda em menor intensidade do que os do FPAS, os efeitos da crise de 1983-1984. Assim, após um crescimento de 18% entre 1980 e 1982, entraram em queda até 1984, mas, a partir desse ano duplicaram seu valor até 1987 (Tabela 15).

---

(28) - MEDICI, A.C. e FAVERET, P. - Estimativas para a Construção de um Orcamento da Seguridade Social para os Estados e Municípios, RJ, dez/ 1988, mimeo.

Dos dispêndios do Orçamento Fiscal em saúde cerca de 76% são feitos através do MS (1987) e menos de 20% no Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis, atividade sempre considerada prioritária por todos os escalões governamentais.

Os hospitais vinculados ao Ministério da Educação, os serviços de saúde do Distrito Federal e dos órgãos Militares absorvem, respectivamente, 8,8%, 9,1% e 5,6% dos recursos do Tesouro (Tabela 16).

A evolução dos dispêndios pelos sub-programas típicos da Função Saúde e Saneamento/Programa Saúde(29) - excluído o subprograma de Alimentação e Nutrição - revela que o subprograma Assistência Médica e Sanitária é o mais importante no volume a recursos e que os sub-programas Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis e Vigilância Sanitária foram os que mais sofreram com a recessão, apesar de apresentarem, nos anos seguintes, recuperação expressiva (Tabela 17).

Apesar do crescimento ocorrido, a participação da saúde nos gastos totais da União continua modesta: 2,36% em 1980, 2,56% em 1984 e 3,25% em 1987 (Tabela 18).

Com a integração da saúde como componente do orçamento da Seguridade Social a tendência, como já ocorreu em 1989, é de afastamento das fontes fiscais do financiamento dos serviços de saúde, pelo menos daqueles que integrarem o referido orçamento, a ser que as leis de regulamentação do Sistema de Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde definam, com precisão, qual deva ser a participação dos recursos da União.

Pode-se argumentar, com boa dose de razão, que contribuição da União no custeio da Previdência Social também estava estabelecida por lei e nem por isso foi integralmente cumprida. Espera-se, contudo, que num regime democrático, com um Congresso revigorado e com maior vigilância e participação da sociedade em Conselhos vinculados à Seguridade e à Saúde, estes compromissos venham a ser honrados.

ii) Os recursos do FPAS

Os recursos do FPAS são oriundos de contribuições de empregados e empregadores, da contribuição da União e de outras receitas (patrimoniais, financeiras, etc).

No período 1980-87 as contribuições compulsórias de empregados e empregadores constituiram-se na principal fonte de receita do FPAS - em média cerca de 89%. A contribuição da União

---

(29) - Segundo a Classificação Funcional Programática do Orçamento da União.

correspondeu em média a 6% da receita, sendo que em 1987 este percentual foi de 0,8%. Por sua vez, as receitas provenientes de outras fonte contribuiram, em média, com 5% dos recursos previdenciários com exceção de 1987 quando - através das receitas de aplicações financeiras - atingiram quase 17% (Tabela 11).

Nos três primeiros anos da década de 80 a participação dos dispêndios do INAMPS dentro do gasto total do SINPAS declinou de 27,35% em 1980 para 21,91% em 1983. No período 1984 a 1986 o comprometimento foi de 26,7% em 1985 e de pouco mais de 25% em 1984 e 1986. Já em 1987 a participação atingiu a 37,5%.

Os recursos dos previdenciários destinados à saúde sofreram, mais do que os do Tesouro, o impacto dos anos recessivos: entre 1980 e 1983 a queda foi de 27%. Deste último ano até 1986 o crescimento foi de cerca de 24%, insuficiente para recuperar o nível do gasto de 1980. O valor desse dispêndio em 1987, Cr$ 216 bilhões, foi 50% superior ao gasto de 1986 e o mais alto da década (Tabela 15).

Dado relevante na estrutura de despesa previdenciária com saúde e que reflete a política de priorização da rede pública, posta em prática pós 1985, é o crescimento do volume de recursos repassados para órgãos governamentais e hospitais universitários. Enquanto os repasses para rede contratada diminuiram de 58,3% em 1984 para 35,7 % em 1987 sua participação nos gastos do INAMPS ,a participação dos órgãos governamentais e dos hospitais universitários passou de 7,54% para 31,4% no mesmo período (Tabela 19).

iii) Os Fundos Sociais (FAS e FINSOCIAL)

Os recursos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS, apesar da pequena participação relativa no gasto federal global (menos de 1% nos últimos anos), são qualitativamente importantes porque propriciaram investimentos na rede de unidades.

Sua evolução apresenta duas características importantes: a primeira é o decréscimo dos valores destinados à área de saúde , uma vez que passaram a contemplar outras áreas como justiça (construção de presídios) e desenvolvimento urbano. A segunda, e não menos importante, é que houve uma maior participação dos projetos públicos em suas aplicações . Entre 1980 e 1987 mais de 75% dos recursos aplicados em saúde foram destinados a projetos públicos (Tabela 20)

O FINSOCIAL, criado em maio de 1982, (Decreto Lei 1.940, de 25/05/82) tinha por objetivo financiar investimentos nos setores sociais, tendo como áreas prioritárias alimentação, saúde, educação, habitação popular e amparo ao pequeno e médio produtor. A contribuição ao FINSOCIAL correspondia a 0,5% da receita bruta das empresas, instituições financeiras e sociedades

seguradoras ou 5% sobre o imposto de renda devido, ou como se devido fosse, pelas empresas que vendem serviços.

Os recursos do FINSOCIAL, durante o período 1982-87, priorizaram as áreas de alimentação e nutrição (33,5% dos recursos aplicados), saúde (16,5%) e amparo ao pequeno produtor (15,1%), ficando habitação e educação com percentagens menores (Tabela 21).

O FINSOCIAL a partir de sua criação foi se vinculando ao orçamento fiscal, substituindo os recursos ordinários do Tesouro. Em 1984, 21,1% dos recursos deste Fundo estavam vinculados ao Orçamento Fiscal cerca 80% em 1985 e, nos anos seguintes, a vinculação superou a 90%.

Assim, esta fonte, ainda que tenha contribuído para aumentar o volume de recursos para as áreas sociais, ao ser incorporada ao Orçamento da União, passou a financiar as mais diferentes atividades, independente de seu grau de prioridade, funcionando - na verdade - como substitutivo dos recursos ordinários do TESOURO.

E) As medidas de ajuste

i) no Campo da Receita

A crise economica do primeiro quinquênio dos anos 80 determinou medidas, tanto no campo da receita, como nos gastos em saúde.

O Sistema Previdenciário vinha acumulando déficits crescentes desde 1979, assim, com o objetivo de evitar uma crise maior em 1981 foram tomadas uma série de medidas entre as quais vale destacar(30):

a) instituição de alíquota progressiva de 8,5% a 10% sobre a remuneração dos empregados: até o teto de 20 salários mínimos.

b) aumento de 8% para 10% da alíquota de contribuição do empregador sobre a folha de salários, mantendo-se o teto de 20 salários mínimos. A contribuição total das empresas sobre a folha de salário passou a ser em média de 20%, incluindo os seguintes itens(31):

---

(30) - VIANNA, S.M. e outros. O Impacto da Crise Econômica nos Serviços de Saúde: O Caso do Brasil. Bsb, dez/1987, mimeo, e/d

(31) - Alguns órgãos e entidades são isentos de alguns itens. Por exemplo, os órgãos públicos não recolhem a contribuição de 2,4% para a previdência rural. As Entidades Filantrópicas são isentas de contribuição de 10% (contrapartida do empregador), nem os 2,4% para previdência rural e a contribuição de 4% para o salário-família.

- contribuição do empregador para o regime geral 10,0%
- contribuição para a previdência social: 2,4%
- contribuição para o salário-familia 4,0%
- auxílio maternidade 0,3%
- 13º salário (média) 1,5%
- seguro acidente de trabalho (0,4% a 2,5%) média: 1,5%

c) aumento da alíquota de 16,0% para 19,2% para os contribuintes em dobro.

d) criação da contribuição adicional de 3% sobre o benefício recebido para os aposentados e pensionistas, a qual foi extinta em 1986.

e) ampliação da base de incidência das contribuições, compulsórias destinadas ao SESI,SENAI, SESC e SENAC, utilizando-se o excedente dessa arrecadação como contribuição da União junto ao SINPAS.

Além disso a União concedeu a Previdencia um crédito suplementar de 50 bilhões de cruzados em 1982 e permitiu a emissão de uma série especial de ORTNs em abril de 1982, até o valor de 150 bilhões de cruzados, visando a redução do saldo devedor da previdencia junto a rede bancária.

Em 1982, por força dessas medidas, o déficit do SINPAS se reverteu em superávit em 1982. Nada obstante, as receitas tornam a cair em 1983, acumulando novos déficits até 1984.

Com a retomada do crescimento econômico, ao final de 1984, elevando os níveis de emprego e de salários, foram superados os deficits existentes. Concomitantemente, tanto a administração de Waldir Pires como a de Raphael de Almeida Magalhães, tomaram medidas importantes para o saneamento financeiro da previdencia, como:

a) o combate às fraudes no campo da arrecadação;

b) a diminuição do prazo de recolhimento bancário dos recursos destinados à previdência.

A criação do FINSOCIAL, já comentada, foi uma das medidas de enfretamento à crise de recursos. O aumento verificado no

aporte de recursos do orçamento fiscal à área de saúde pode, na verdade, ser creditado à criação desta nova fonte, o que evitou que os recursos setoriais minguassem ainda mais.

ii) No Campo da Despesas

No campo das despesas uma das medidas mais importantes foi a extinção, em 1982, do pagamento por unidade de serviço e a instituição do pagamento por procedimentos.

Foram também introduzidas medidas estabelecendo cotas de atendimento pelos diferentes provedores, aumentadas as cotas dos serviços próprios e conveniados que funcionavam com capacidade ociosa, fixados parâmetros assistenciais de cobertura e tetos orçamentários por estado.

O ajuste setorial à crise recaiu, na verdade, sobre a assistência médica, tanto por ser o programa de maior magnitude financeira, como por ser a atividade onde os desajustes eram mais evidentes.

IV - CONCLUSÃO

Este resumo das políticas e do financiamento do setor saúde no Brasil permite concluir que:

- a saúde pública nunca foi prioridade efetiva do Estado, a não ser nos momentos em que surtos epidemicos ameaçavam as atividades econômicas;

- a atenção médico-hospitalar previdenciária, inicialmente organizada por empresas e categorias profissionais, foi paulatinamente se expandindo até atingir, pelo menos formalmente, a toda a população, ainda que o atendimento, por um conjunto de fatores, não seja equitativo;

- o processo de unificação dos Institutos, ainda que tenha levado à utilização mais racional dos recursos disponíveis e à diminuição das desigualdades de atendimento, na conjuntura política em que ocorreu, propiciou o alijamento da representação dos trabalhadores na gestão dos Institutos;

- a expansão dos serviços médico-assistenciais ocorrida nos anos 70 privilegiou a compra de serviços junto a iniciativa privada, tendência esta que começa a reverter na segunda metade dos anos 80;

- as medidas de enfrentamento à crise dos anos oitenta criaram condições para a adoção de políticas que vie-

ram conferir maior integração entre as agências públicas atuantes no setor;

- as políticas de centralização/descentralização das ações sanitárias guardaram sempre relação com movimentos similares do Governo Central. Contudo, só ganham novo impeto - e talvez até foros de irreversibilidade - quando atingem também a assistência médica previdenciária (AIS/SUDS e SUS).

Com relação ao financiamento observa-se que no início dos anos 60 o gasto previdenciário em saúde já superava o dispêndio do Ministério da Saúde. Em 1987 esse gasto foi quatro vezes maior do que o Gasto Federal a conta do Tesouro.

O sistema previdenciário até 1950 apresentava boa saúde financeira, contabilizava reservas, tinha uma relação receita total/despesa total inferior a 50% e os gastos com assistência médica não pesavam em seus dispêndios.

Nos anos 60 cresce o peso da assistência médica e a relação receita total/despesa total é superior a 90%. A partir de então o sistema passa a apresentar crises cíclicas relacionadas aos momentos de desaceleração da econômia com as consequentes quedas dos níveis de emprego e de salários. Essas crises são atenuadas mediante aumentos das alíquotas previdenciárias, criação de novas contribuições sociais, compressão dos benefícios e dos dispendioss com saúde, principalmente na década de 80.

Assim, mais do que à expansão de benefícios (inclusive os de assistência médica) os problemas de financiamento da previdência social podem ser debitados ao modelo de desenvolvimento excludente do país, às cíclicas crises da economia que geram quedas na receita do sistema previdenciário, ao não cumprimento da participação da União no custeio do sistema e à evasão de receitas seja por fraude ou inadimplencia.

Verifica-se também que o gasto público com saúde, cerca de US$ 61,4 em 1987, comprometendo aproximadamente 2,8% do PIB é baixo. Em países como Grécia, Portugal e Espanha esse percentual atinge, respectivamente, a 4,1%, 4,1% e 4,3% do PIB

Enquanto o gasto e o financiamento de responsabilidade do nível federal relativamente bem mapeado, o mesmo não se pode dizer dos gastos executados através dos Estados e dos Municipios. As informações sobre o gasto privado - não tratado neste estudo - são ainda mais precárias.

Por último, há uma lacuna ainda a ser explorada relativa à distribuição dos recursos entre regiões e grupos sociais e ao custo de diferentes modalidades e procedimentos, o que permitiria inferir sobre a eficiência e equidade do sistema nacional de saúde.

TABELA 1

INSTITUTOS E CAIXAS DE APOSENTADORIAS E PENSOES - DADOS HISTORICOS 1923 A 1947.

(EM Cr$ 1.000,00 de 1976)

ANOS	RECEITA TOTAL (A)	DESPESA TOTAL (B)	ASSISTENCIA MEDICA (C)	SALDO (D)	RESERVAS (E)	PARTICIPACAO (B/A)	(C/A)	(C/B)
1923	57.425	7.181	3.380	50.270	50.270	12,51	5,89	47,07
1924	77.579	22.372	6.134	55.207	98.147	28,84	7,91	27,42
1925	78.820	32.475	8.119	46.006	138.019	41,20	10,30	25,00
1926	84.631	41.004	9.841	43.628	174.184	48,45	11,63	24,00
1927	97.465	49.531	10.226	47.934	220.814	50,82	10,49	20,65
1928	197.201	79.140	14.271	118.061	366.185	40,13	7,24	18,03
1929	224.833	110.783	17.647	114.051	482.019	49,27	7,85	15,93
1930	226.022	146.250	20.123	87.319	615.183	64,71	8,90	13,76
1931	235.164	154.536	20.903	80.628	713.330	65,71	8,89	13,53
1932	343.798	187.324	23.787	156.475	866.000	54,49	6,92	12,70
1933	380.140	210.639	26.992	169.451	1.048.572	55,41	7,10	12,81
1934	443.434	230.238	30.258	212.848	1.336.909	51,92	6,82	13,14
1935	737.571	259.800	32.679	477.444	1.618.930	35,22	4,43	12,58
1936	794.885	275.572	32.690	519.313	1.803.115	34,67	4,11	11,86
1937	957.946	330.898	38.222	627.315	2.457.141	34,54	3,99	11,55
1938	1.427.619	411.991	44.069	1.015.628	3.475.530	28,86	3,09	10,70
1939	1.685.830	493.146	50.413	1.192.934	4.581.065	29,25	2,99	10,22
1940	1.863.575	624.142	83.490	1.239.672	5.606.034	33,49	4,48	13,38
1941	2.054.579	754.349	59.389	1.310.230	6.417.470	36,72	2,89	7,87
1942	2.079.913	820.085	55.990	1.254.828	7.003.945	39,43	2,69	6,83
1943	2.397.803	980.999	54.344	1.416.804	7.720.372	40,91	2,27	5,54
1944	2.704.701	1.098.747	64.998	1.605.954	8.152.944	40,62	2,40	5,92
1945	3.106.775	1.306.425	70.098	1.800.250	8.927.457	42,05	2,26	5,37
1946	4.230.608	1.746.943	101.430	2.483.665	10.083.617	41,29	2,40	5,81
1947	4.538.508	2.028.221	132.632	2.510.388	11.445.869	44,69	2,92	6,54
1948	4.848.087	2.283.271	191.541	2.555.362		47,10	3,95	8,39
1949	5.766.977	2.613.095	189.796	3.153.882		45,31	3,29	7,26

ONTE: Resende da Silva, F. A., Mahar, D. - Saude e Previdencia Social - Uma analise economica. IPEA. Colecao Relatorio quisa, 21.

In: Braga, J. C. e Paulo, S. G. Saude e Previdencia - Estudos de Politica Social, RJ, CEBES/HUCITEC, 1981.

(GSAUDE63)

TABELA 2

DESPESA TOTAL E COM ASSISTENCIA MEDICA CONSOLIDADA DOS IAP's - 1960 A 1967.

(EM Cr$ 1.000,00 DE 1976)

ANOS	DESPESAS		TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL (%)		PARTICIPAÇAO PERCENTUAL (A.M./TOTAL)
	TOTAL	ASSIST. MEDICA	TOTAL	ASSIST. MEDICA	
1960	6.706.525	1.296.141	-	-	19,33
1961	9.068.842	1.546.910	35,22	19,35	17,06
1962	9.538.919	1.723.156	5,18	11,39	18,06
1963	9.438.922	1.959.658	-1,05	13,72	20,76
1964	10.008.546	2.418.931	6,03	23,44	24,17
1965	10.963.065	2.592.670	9,54	7,18	23,65
1966	12.532.753	3.096.111	14,32	19,42	24,70
1967	14.816.595	4.392.985	18,22	41,89	29,65

FONTE: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por: INPS - Secretaria de Assistencia Medica - Grupo de Planejamento In: Braga, J. C. e Paula, S. G, Saude e Previdencia. Estudos de Politica Social, RJ, CEBES/HUCITEC, 1981.

(GSAUDE48)

TABELA 3

BRASIL: GASTO DO MINISTERIO DA SAUDE E PREVIDENÇIA SOCIAL COM ASSISTENCIA MEDICA - 1960 A 1967.

(EM Cr$ 1.000,00 DE 1976)

ANOS	GASTO COM ASSISTENCIA MEDICA		INDICE: GASTO COM ASSISTENCIA MEDICA	
	MINISTERIO DA SAUDE	PREVIDENCIA	MINISTERIO DA SAUDE	PREVIDENCIA
1960	1.329.257	1.296.141	100,00	100,00
1961	1.118.606	1.546.910	84,15	119,35
1962	1.348.121	1.723.102	101,42	132,94
1963	1.663.555	1.959.658	125,15	151,19
1964	1.404.271	2.418.931	105,64	186,63
1965	2.147.918	2.592.670	161,59	200,03
1966	2.041.472	3.096.111	153,58	238,87
1967	1.591.864	4.392.985	119,76	338,93

FONTE: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos por: INPS - Secretaria de Assistencia Medica - Grupo de Planejamento. In: Braga, J. C. e Paula, S. G, Saude e Previdencia. Estudos de Politica Social, CEBES/HUCITEC, 1981

(GSAUDE48)

TABELA 4
BRASIL: PARTICIPAÇAO DO MINISTERIO DA SAUDE
NA DESPESA REALIZADA PELA UNIAO
1960 A 1979

A N O S	PERCENTAGENS
1961	4,57
1962	4,81
1963	4,10
1964	3,65
1965	2,99
1966	4,21
1967	3,44
1968	2,21
1969	2,58
1970	1,60
1971	1,32
1972	1,40
1973	0,91
1974	0,94
1975	1,13
1976	1,58
1977	1,80
1978	1,81
1979	1,82

FONTES: Buss, P; Shikaiwa, I; Maranhao, E. Ministerio da Saude e Saude Coletiva: A Historia de 20 Anos (1953 -1974) IMS-UERJ mimeo, 1976. Fundaçao IBGE. Anuario Estatistico do Brasil 1975 a 1982.

(GSAUDE60)

TABELA 5

BRASIL: PARTICIPACAO DO GASTO NA FUNCAO SAUDE E SANEAMENTO NO GASTO GLOBAL DA UNIAO - 1965 A 1980.

(EM Cr$ DE 1976)

ANOS	GASTO GLOBAL DA UNIAO (A)	FUNCAO SAUDE E SANEAMENTO (B)	PARTICIPACAO (%) (B/A)
1965	47.128.145	1.975.495	4,19
1966	43.906.720	1.801.922	4,10
1967	50.714.681	2.258.428	4,45
1968	62.459.234	2.678.049	4,29
1969	84.018.902	2.248.007	2,68
1970	106.000.440	2.512.655	2,37
1971	81.904.503	2.569.423	3,14
1972	102.025.061	2.599.298	2,55
1973	118.035.334	3.249.034	2,75
1974	129.600.556	3.275.817	2,53
1975	146.642.606	3.695.807	2,52
1976	131.970.678	3.279.022	2,48
1977	141.787.956	4.329.455	3,05
1978	152.899.309	5.205.331	3,40
1979	146.997.231	5.571.906	3,79
1980	195.258.213	4.204.092	2,15

FONTE: SEF/SG/MF - Financas do Brasil. Volumes XXIII, XXIV E XXV.

TABELA 6

BRASIL: PARTICIPACAO DOS GASTOS DO INAMPS NAS DESPESAS TOTAIS DO SINPAS - 1970 A 1979

(EM Cr$ MILHOES DE 1976)

ANOS	DESPESA GLOBAL		PARTICIPACAO PERCENTUAL (B/A)	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DAS DESPESAS DO INAMPS (%)
	SINPAS (A)	INAMPS (B)		
1970	36.158	10.478	28,98	-
1971	36.855	10.285	27,91	(1,84)
1972	46.078	12.148	26,36	18,11
1973	54.168	14.537	26,84	19,67
1974	60.716	16.097	26,51	10,73
1975	75.384	22.017	29,21	36,78
1976	90.723	28.657	31,59	30,16
1977	97.551	29.812	30,56	4,03
1978	108.097	32.222	29,81	8,08
1979	109.967	30.277	27,53	(6,04)
1980	111.944	30.621	27,35	1,13

FONTES: MPAS - Grupo de Custeio do MPAS . Despesas do SINPAS e INAMPS ate 1987 e MPAS/Balancos do SINPAS e INAMPS, 1978 e 1979.

(GASUDE64)

TABELA 7

CONSULTAS MEDICAS E ODONTOLOGICAS, SEGUNDO OS TIPOS DE SERVICOS PRESTADOS

ASSISTENCIA AMBULATORIAL	ANOS					
	1971	1972	1973	1974	1975	1976
QUANTIDADE						
CONSULTAS MEDICAS E ODONTOLOGICAS	47.799.459	51.231.079	52.258.910	55.384.627	88.504.656	114.067.825
- PROPRIOS	39.860.574	41.273.612	42.256.061	44.258.192	51.687.171	55.309.228
- NAO PROPRIOS	7.938.885	9.957.467	10.002.849	11.126.435	36.817.485	58.758.597
. CONTRATADOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	15.816.341	29.936.744
. CONVENIADOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	21.001.144	28.821.853
TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL						
CONSULTAS MEDICAS E ODONTOLOGICAS	[illegible]	3,54	2,38	4,74	16,79	7,01
- PROPRIOS	-	25,43	0,46	11,23	230,90	59,59
- NAO PROPRIOS	-	25,43	0,46	11,23	230,90	59,59
. CONTRATADOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	-	89,28
. CONVENIADOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	-	37,24
PARTICIPACAO PERCENTUAL						
CONSULTAS MEDICAS E ODONTOLOGICAS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
- PROPRIOS	83,39	80,56	80,86	79,91	58,40	48,49
- NAO PROPRIOS	16,61	19,44	19,14	20,09	41,60	51,51
. CONTRATADOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	17,87	26,24
. CONVENIADOS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	33,83	25,27

FONTE: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos pelo INPS - Secretaria de Planejamento - Coordenacao de Estatistica.

(GSAUDE62)

TABELA 8

SERVICOS DIVERCOS (COMPLEMENTARES, ODONTOLOGICOS, RAIOS X E LABORATORIO), SEGUNDO OS TIPOS DE SERVICOS PRESTADOS.

ASSISTENCIA AMBULATORIAL	ANOS					
	1971	1972	1973	1974	1975	1976
QUANTIDADE						
SERVICOS	32.644.414	40.325.794	42.696.649	46.483.526	79.621.505	109.087.879
- PROPRIOS	19.963.000	21.810.302	22.005.290	24.684.671	29.782.022	31.709.649
- NAO PROPRIOS	12.681.414	18.515.492	20.691.359	21.718.855	49.839.483	77.378.230
. CONTRATADOS	...	...	...	...	33.177.125	54.202.774
. CONVENIADOS	...	...	...	...	16.662.358	23.175.456
TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL						
SERVICOS	-	23,53	5,88	8,68	71,59	37,01
- PROPRIOS	-	9,25	0,89	12,18	20,65	6,47
- NAO PROPRIOS	-	46,00	11,75	4,97	129,48	55,25
. CONTRATADOS	...	...	...	...	-	63,37
. CONVENIADOS	...	...	...	...	-	39,09
PARTICIPACAO PERCENTUAL						
SERVICOS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
- PROPRIOS	61,15	54,09	51,54	53,20	37,40	29,07
- NAO PROPRIOS	38,85	45,91	48,46	46,80	62,60	70,93
. CONTRATADOS	...	...	...	...	41,67	49,69
. CONVENIADOS	...	...	...	...	20,93	21,24

FONTE: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos pelo INPS - Secretaria de Planejamento - Coordenacao de Estatistica.

(GSAUDE49)

TABELA 9

INTERNACOES HOSPITALARES, SEGUNDO OS TIPOS DE SERVICOS PRESTADOS.

ASSISTENCIA HOSPITALAR	ANOS					
	1971	1972	1973	1974	1975	1976
QUANTIDADE						
INTERNACOES HOSPITALARES	2.931.589	3.405.906	3.708.051	4.082.702	5.386.738	6.744.658
- PROPRIOS	135.937	132.093	139.424	176.662	183.553	178.207
- NAO PROPRIOS	2.795.652	3.273.813	3.568.627	3.906.040	5.203.185	6.566.451
. CONTRATADOS	...	...	...	...	4.928.459	6.179.246
. CONVENIADOS	...	...	...	...	274.726	387.205
TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL						
INTERNACOES HOSPITALARES	-	16,18	8,87	10,10	31,94	25,21
- PROPRIOS	-	(2,83)	5,55	26,71	3,90	(2,91)
- NAO PROPRIOS	-	17,10	9,01	9,45	33,21	26,20
. CONTRATADOS	...	...	...	...	-	25,38
. CONVENIADOS	...	...	...	...	-	40,94
PARTICIPACAO PERCENTUAL						
INTERNACOES HOSPITALARES	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
- PROPRIOS	4,64	3,88	3,76	4,33	3,41	2,64
- NAO PROPRIOS	95,36	96,12	96,24	95,67	96,59	97,36
. CONTRATADOS	...	...	...	...	91,49	91,62
. CONVENIADOS	...	...	...	...	5,10	5,74

FONTE: Tabela elaborada a partir de dados fornecidos pelo INPS - Secretaria de Planejamento - Coordenacao de Estatistica.

(GSAUDE49)

TABELA 10

BRASIL: ESTRUTURA DA RECEITA TRIBUTARIA DA UNIAO - 1973 A 1983.

(PERCENTAGENS)

RECEITA TRIBUTARIA	ANOS DE REFERENCIA						
	1973	1977	1979	1980	1981	1982	1983
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,6	100,0	100,0	100,0
IMPOSTOS	94,6	91,5	91,7	91,1	92,8	95,8	95,9
SOBRE IMPORTACAO	7,8	7,6	7,4	8,7	7,2	6,4	6,1
SOBRE EXPORTACAO				2,0	0,6	0,2	2,4
I.R.P.F/I.R.P.J	26,3	31,6	35,1	32,0	34,9	37,6	44,9
I.P.I	40,7	30,9	28,4	27,1	27,2	27,4	24,4
I.O.F	4,1	3,9	4,9	11,7	14,5	15,4	10,1
SOBRE TRANSP. ROD.	0,3	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0
I.U.C.L	11,4	13,2	10,9	4,7	3,1	3,0	2,5
I.U.E.E	3,2	2,5	2,9	2,7	3,1	3,6	3,5
I.U.M	0,7	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0
OUTROS	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,1	0,0
TAXAS	5,4	8,5	8,3	9,5	7,2	4,2	4,1
T.R.U	3,5	3,3	3,2	4,1	3,3	3,3	3,1
OUTRAS	1,9	5,2	5,1	5,4	3,9	0,9	1,0

FONTE: AFONSO, J.R.R., "Fontes de Finaciamento dos Governos Estaduais e Municipais no Brasil", RJ, Agosto DE 1985, mimeo.

(GSAUDE65)

TABELA 11

BRASIL: COMPOSICAO DAS RECEITAS DO SINPAS - 1970 A 1986

(PERCENTAGENS)

ANOS	TOTAL	ITENS DE RECEITA		
		CONTRIBUICAO COMPULSORIAS	CONTRIBUICAO DO GOVERNO FEDERAL	OUTRAS RECEITAS
1970	100,00	84,60	10,02	5,38
1971	100,00	83,44	10,98	5,58
1972	100,00	85,42	9,80	4,78
1973	100,00	87,05	8,49	4,46
1974	100,00	88,81	6,95	4,24
1975	100,00	88,21	6,24	5,55
1976	100,00	88,04	6,21	5,75
1977	100,00	89,68	7,09	3,23
1978	100,00	87,97	5,96	6,07
1979	100,00	92,10	4,94	2,96
1980	100,00	91,62	5,21	3,17
1981	100,00	87,61	9,53	2,86
1982	100,00	93,06	4,57	2,37
1983	100,00	89,56	8,22	2,22
1984	100,00	85,95	11,06	2,99
1985	100,00	89,64	4,39	5,77
1986	100,00	91,83	3,88	4,29
1987	100,00	81,39	0,82	16,79

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS e Balancos do FPAS)

(GASUDE51)

TABELA 12

BRASIL: GASTO FEDERAL EM SAUDE

1980 A 1987

ANOS	GASTO FEDERAL EM SAUDE - G.F.S		G.F.S PERCAPITA (EM Cz$ DE 1987)
	EM VALORES CORRENTES (EM Cr$ 1.000,00)	EM VALORES DE 1987 (EM Cz$ 1,00)	
1980	217.972.644	187.009.804.298	1.541,89
1981	425.832.340	174.016.343.158	1.402,59
1982	869.045.724	181.644.547.952	1.431,42
1983	1.768.413.316	145.220.509.938	1.119,09
1984	5.909.317.588	151.423.308.534	1.141,45
1985	22.145.501.221	174.258.520.008	1.285,43
1986	57.433.746,00 (1)	186.550.550.298	1.347,00
1987	269.940.102,20 (1)	269.940.102.200	1.908,35

FONTE: CSP/IPLAN/IPEA - CONTA SOCIAL REVISITADA, DEZ. DE 1988.

(1) Em Cz$ Milhares

TABELA 13

BRASIL: GASTO PUBLICO TOTAL EM SAUDE - 1984, 1986 E 1987.

(EM Cz$ MILHOES)

FONTES	1984		1986		1987	
	VALOR	PERCENTAGEN	VALOR	PERCENTAGEN	VALOR	PERCENTAGEN
FEDERAIS	5.909,0	71,6	57.433,0	67,9	269.940,0	76,9
INAMPS	4.871,3	59,0	44.144,0	52,2	216.588,0	61,7
TESOURO MAIS OUTRAS.....	1.037,7	12,6	13.289,0	15,7	53.352,0	15,2
ESTADUAIS E MUNICIPAIS (*)	2.348,5	28,4	27.143,8	32,1	81.209,1	23,1
ORCAMENTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS ...	2.348,5	28,4	27.143,8	32,1	81.209,1	23,1
TOTAL	8.257,5	100,0	84.576,8	100,0	351.149,1	100,0

FONTES: MEDICI, A. C. e FAVERET.
CSP/IPLAN - Conta Social Revisitada - 1980 a 1987.

(*) Gastos dos estados e municipios das capitais. Nao inclui gastos dos municipios do interior.

(GSAUDE65)

TABELA 14

BRASIL: DISTRIBUICAO DO GASTO FEDERAL, CONSOLIDADO EM SAUDE, POR FONTE

1980 A 1987

(EM PERCENTAGENS)

ANOS	GASTO EM SAUDE POR FONTES						
	TOTAL	TESOURO			FPAS	FAS	OUTRAS
		TOTAL	ORD. VINCULADO	FINSOCIAL			
1980	100,0	12,9	12,9	-	85,2	1,5	0,4
1981	100,0	14,5	14,5	-	83,8	1,2	0,6
1982	100,0	15,7	15,7	-	82,2	1,4	0,8
1983	100,0	18,8	16,8	2,0	79,8	1,3	0,2
1984	100,0	16,8	14,7	2,2	82,4	0,7	0,1
1985	100,0	20,9	18,4	2,5	78,2	0,9	-
1986	100,0	22,7	22,4	0,3	76,9	0,5	-
1987	100,0	19,4	19,4	...	80,2	0,3	-

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP - Conta Social Revisitada, Dez. de 1988.

NOTAS: (1) Inclui Recursos do FINSOCIAL alocados nos orcamentos dos Ministerios Setoriais. Nao inclui os gastos com programas de Alimentacao e Nutricao e Saneamento Basico.
(2) Recursos incluidos em EGU e alocados aos Ministerios atraves do BNDES.
(3) Excluidos os gastos com Inativos, Pensionistas e PASEP.
(4) Inclui Recursos para Saneamento e Assistencia Social - Refere-se a recursos a fundo perdido e repasses a conta de emprestimos.

(GSAUDE17)

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONOMICO E SOCIAL-IPEA
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO - IPLAN
COORDENADORIA DE SAUDE E PREVIDENCIA SOCIAL-CSP

TABELA 15
GASTO FEDERAL CONSOLIDADO EM SAUDE, POR FONTES.
1980 A 1987 (EM Cz$ CONSTANTES DE 1987)(5)

ANOS	GASTO EM SAUDE						
	TOTAL	TESOURO			FPAS (3)	FAS (4)	OUTRAS
		TOTAL	ORD. VINCULADO(1)	FINSOCIAL(2)			
1980	187.009.804.298	24.102.279.700	24.102.279.700	-	159.388.185.536	2.832.352.118	686.986.944
1981	174.016.343.158	25.177.411.945	25.177.411.945	-	145.836.418.164	2.037.757.245	964.755.804
1982	181.644.547.952	28.433.707.700	28.433.707.700	-	149.283.009.910	2.560.529.786	1.367.300.556
1983	145.220.509.938	27.314.207.124	24.409.818.796	2.904.388.329	115.842.806.267	1.823.929.592	239.566.954
1984	151.423.308.534	25.455.871.520	22.191.515.216	3.264.356.304	124.824.802.019	1.028.039.155	114.595.839
1985	174.258.520.008	36.489.525.372	32.052.112.332	4.437.413.040	136.249.578.071	1.519.416.564	...
1986	186.550.550.383	42.277.736.027	41.762.103.400	515.632.627	143.384.392.744	888.421.611	...
1987	269.940.110.200	52.433.665.400	52.433.665.400	...	216.588.154.000	918.290.800	...

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP - Conta Social Revisitada, Dez. de 1988.

NOTAS: (1) Inclui Recursos do FINSOCIAL alocados nos orcamentos dos Ministerios Setoriais. Nao inclui os gastos com programas de Alimentacao e Nutricao e Saneamento Basico.
(2) Recursos incluidos em EGU e alocados aos Ministerios atraves do BNDES.
(3) Excluidos os gastos com Inativos, Pensionistas e PASEP.
(4) Inclui Recursos para Saneamento e Assistencia Social - Refere-se a recursos a fundo perdido e repasses a conta de emprestimos.
(5) Os valores das series foram convertidos a precos de 1987, utilizando-se o Indice geral de Precos - Disponibilidade Interna da FGV.

(GSAUDE17)

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONOMICO E SOCIAL - IPEA
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO - IPLAN
COORDENADORIA DE SAUDE E PREVIDENCIA SOCIAL - CSP

TABELA 16

BRASIL: DISTRIBUICAO PERCENTUAL DO GASTO DO TESOURO COM SAUDE, POR ORGAOS - 1980 A 1987.

ORGAO	ANOS							
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Poder Legislativo	0,10	0,12	0,27	0,29	0,34	0,31	0,20	0,12
Poder Judiciario	0,04	0,05	0,06	0,07	0,06	0,05	0,04	0,04
Ministerio da Fazenda	0,08	0,12	0,07	0,07	0,13	0,01	-	0,01
Ministerio da Industria e Comercio	-	0,27	0,16	0,10	0,07	0,03	0,02	0,01
Ministerio da Educacao	9,24	10,55	11,88	13,32	13,62	12,52	11,25	8,80
Ministerio da Saude	58,16	51,11	52,24	51,45	49,59	52,07	73,34	76,02
Governo do Distrito Federal	10,74	11,41	14,64	15,01	16,80	13,88	10,02	9,12
Orgaos Militares	7,51	7,35	6,72	7,46	6,44	5,44	5,08	5,64
Ministerio do Interior	-	-	-	-	-	-	0,05	0,22
Ministerio da Previdencia e Assistencia Social	14,12	19,00	13,96	12,24	12,95	15,69	0,01	0,01
Ministerio da Agricultura	-	-	-	-	-	-	-	0,02
T O T A L	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE : Balancos Gerais da Uniao - 1980 a 1987.

(GSAUDE41)

TABELA 17

BRASIL : GASTOS FEDERAIS (RECURSOS DO TESOURO) EM SAUDE, POR SUBPROGRAMAS.

1980 - 1987

(EM Cz$ DE 1987)(2)

SUBPROGRAMAS	ANOS							
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
VALORES CONSTANTES								
TOTAL	24.102.279.862	25.177.411.945	28.433.707.700	24.409.818.796	22.191.515.216	32.052.112.332	41.762.103.400	52.433.665.387
Assistencia Medica Sanitaria	10.026.636.779	10.863.183.200	13.361.752.368	12.150.269.361	11.003.136.187	13.369.969.374	16.379.532.322	20.185.737.247
Controle e Erradicacao das Doencas Transmissiveis	4.522.087.935	3.076.439.042	3.991.091.155	3.079.471.177	3.274.889.588	6.151.009.202	9.758.911.578	10.532.806.803
Fiscalizacao e Inspecao Sanitaria	152.262.244	169.158.174	144.734.244	107.355.778	76.359.139	203.764.087	326.442.170	421.554.893
Produtos Profilaticos e Terapeuticos	3.452.451.502	4.838.705.775	4.642.028.950	3.529.901.503	3.202.088.410	5.087.883.458	7.446.105.221	6.726.104.860
Saude Materno-Infantil	-	-	-	-	-	1.345.907.502	1.483.341.009	1.654.389.284
Outros Gastos Com Saude (1)	5.948.841.402	6.229.925.754	6.294.100.983	5.542.820.977	4.635.041.892	5.893.578.711	6.367.771.100	12.913.072.300
INDICES BASE: 1980 = 100,00								
TOTAL	100,00	104,46	117,97	101,28	92,07	132,98	173,27	217,55
Assistencia Medica Sanitaria	100,00	108,34	133,26	121,18	109,74	133,34	163,36	201,32
Controle e Erradicacao das Doencas Transmissiveis	100,00	68,03	88,26	68,10	72,42	136,02	215,81	232,92
Fiscalizacao e Inspecao Sanitaria	100,00	111,10	95,06	70,51	50,15	133,82	214,39	276,86
Produtos Profilaticos e Terapeuticos	100,00	140,15	134,46	102,24	92,75	147,37	215,68	194,82
Saude Materno-Infantil	-	-	-	-	-	100,00	110,21	122,92
Outros Gastos Com Saude (1)	100,00	104,73	105,80	93,17	77,92	99,07	107,04	217,07

FONTES: Balancos Gerais da Uniao 1980 a 1987.

(1) Inclui Gastos nos seguintes programas:
08.75.411; 13.07.020; 13.07.021; 13.07.023; 13.07.024; 13.08.032; 13.08.033; 13.08.034; 13.09.040; 13.09.044; 13.09.057; 13.10.054; 13.10.055; 13.10.059; 13.29.160; 13.40.183; 13.75.021; 13.75.031; 13.75.040; 13.75.044; 13.75.045; 13.75.054; 13.75.055; 13.75.056; 13.75.057; 13.75.058; 13.75.181; 13.75.411; 15.75.021; 15.75.023; 15.75.031; 15.75.054; 15.75.058.

(2) Os valores das series foram convertidos para precos de 1987, utilizando-se o IGP-DI da FGV.

OBS. Nao inclui gastos com Alimentacao e Nutricao, Saneamento e Assistencia e Previdencia.

Elaborado por: Lucia Pontes de Miranda, Sergio Francisco Piola e Solon Magalhaes Vianna (Coordenador).
Revisao e Atualizacao: Lorena Bernadete da Silva, Sebastiao Francisco Camargo e Sergio Francisco Piola.

(CSC19)

TABELA 18

BRASIL: PARTICIPACAO DO GASTO EM SAUDE NO GASTO TOTAL DA UNIAO
1980 A 1987

A N O S	GASTO TOTAL (EM Cz$ DE 1987) (A)	GASTO EM SAUDE (EM Cz$ DE 1987) (B)	PERCENTAGENS (B/A)
1980	1.021.814.321.157	24.102.279.700	2,36
1981	921.462.975.872	25.177.411.945	2,73
1982	965.606.744.305	28.433.707.700	2,94
1983	911.898.552.598	24.409.818.796	2,68
1984	866.549.239.758	22.191.515.216	2,56
1985	1.026.294.883.289	32.052.112.332	3,12
1986	1.780.311.904.849	41.762.103.400	2,35
1987	1.615.099.597.700	52.433.665.400	3,25

FONTE: BALANCOS GERAIS DA UNIAO.

NOTA: Nao inclui os gastos com Programas de Alimentacao e Nutricao e Saneamento Basico, mesmos aqueles executados pelo MS.

(GSAUDE51)

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONOMICO E SOCIAL - IPEA
INSTITUTO DE PLANEJAMENTO - IPLAN
COORDENADORIA DE SAUDE E PREVIDENCIA SOCIAL - CSP

TABELA 19
BRASIL: INAMPS - EVOLUCAO DAS DESPESAS REALIZADAS, SEGUNDO PROGRAMA DE TRABALHO
1979 - 1987

ESPECIFICACOES	DESPESAS REALIZADAS EM Cz$ DE 1987 (1)					PARTICIPACAO PERCENTUAL				
	1980	1984	1985	1986	1987 (2)	1980	1984	1985	1986	1987
ADMINISTRACAO	9.719.665.415	5.302.754.811	7.250.542.396	8.855.463.931	42.098.138.000	6,07	4,10	5,08	5,85	18,70
ADMINISTRACAO FINANCEIRA	-	51.607.974	54.549.764	158.185.718	305.388.000	-	0,04	0,04	0,10	0,14
PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL	-	-	-	-	5.781.004.000	-	-	-	-	2,57
CIENCIA E TECNOLOGIA	-	73.461.213	46.974.736	59.281.073	863.540.000	-	0,06	0,03	0,04	0,38
SAUDE	149.668.520.121	119.332.916.771	128.867.340.197	134.311.462.022	167.540.078.000	93,40	92,20	90,33	88,74	74,43
ASSISTENCIA MEDICA E SANITARIA										
Assistencia Medica - Servicos Proprios	...	24.645.403.614	36.524.055.539	41.393.289.441	2.321.050.000	...	19,04	25,60	27,35	1,03
Assistencia Medica - Servicos Contratados	...	75.455.880.809	60.887.959.901	62.120.029.432	80.444.181.000	...	58,30	42,68	41,05	35,74
Participacao no Custeio da Assist.Medica Prest.p/Outros Orgaos Governamentais	...	6.223.537.574	12.010.111.064	15.984.624.426	60.907.437.000	...	4,81	8,42	10,56	27,06
Participacao no Custeio da Assist.Medica Prest.p/Hospitais Universitarios de Ensino	...	3.538.626.551	6.923.034.426	6.561.990.266	9.679.589.000	...	2,73	4,85	4,34	4,30
Manutencao da Rede de Distribuicao de Medicamentos	...	2.280.967.737	3.072.327.840	1.879.331.171	3.849.905.000	...	1,76	2,15	1,24	1,71
Participacao no Custeio da Assist.Medica Prest.p/Entidades Filantropicas	...	2.719.589.658	3.341.847.720	2.222.918.438	8.275.204.000	...	2,10	2,34	1,47	3,68
Participacao no Custeio da Assist.Medica Prest.p/Sindicatos e Outras Entidades de Classe	...	1.384.302.498	1.516.447.304	1.334.095.361	1.496.650.000	...	1,07	1,06	0,88	0,66
Particip.Custeio da Assist.Medica Prest.p/Empresas	...	1.253.900.673	1.087.977.279	516.811.687	566.062.000	...	0,97	0,76	0,34	0,25
Reorientacao e Racionalizacao da Assistencia Medica	...	1.830.707.656	3.503.579.124	1.907.216.110	-	...	1,41	2,46	1,26	-
Outros	-	-	-	5.450.312	-	...	-	-	0,00	-
PREVIDENCIA	-	4.199.674.897	5.954.933.853	7.151.565.889	7.916.699.000	-	3,24	4,17	4,73	3,52
PROGRAMA DE FORMACAO DO PASEP	853.548.654	472.717.573	493.455.603	788.658.169	586.144.000	0,53	0,37	0,35	0,52	0,26
TOTAL GERAL	160.241.734.190	129.433.133.239	142.667.798.548	151.324.616.802	225.090.991.000	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTES: INAMPS em dados - 1979 a 1985
MPAS/Secretaria de Planejamento e Orcamento - 1986 e 1987.
(1) Os valores das series foram convertidos para precos de 1987, utilizando-se o Indice Geral de Precos - Disponibilidade Interna da FGV.
(2) Dados preliminares no Programa Administracao, em 1987, estao incluidos recursos destinados aos servicos proprios do INAMPS.
Elaborada por: Lucia Pontes de Miranda Baptista, Sergio Francisco Piola e Solon Magalhaes Vianna (Coordenador).
Revisao e Atualizacao: Lorena Bernadete da Silva, Sebastiao Francisco Camargo e sergio Francisco Piola.

(CSCB)

TABELA 20
F.A.S - FUNDO DE ASSISTENCIA SOCIAL
PERCENTUAL DESTINADO A SAUDE DOS RECURSOS LIBERADOS
E COMPOSICAO PUBLICO E PRIVADO EM SUA DESTINACAO
1980 A 1987

A N O S	(%) DESTINADO A SAUDE	PROJETO		
		TOTAL	PUBLICO	PRIVADO
1980	56,45	100,0	76,5	23,5
1981	30,39	100,0	66,8	33,2
1982	43,82	100,0	80,4	19,6
1983	52,63	100,0	75,4	24,6
1984	34,65	100,0	74,6	25,4
1985	32,58	100,0	82,7	17,3
1986	24,43	100,0	80,3	19,7
1987	12,10	100,0	84,5	15,5

FONTE: CAIXA ECONOMICA FEDERAL - DECOF.

TABELA 21

FINSOCIAL: EVOLUCAO DAS APLICACOES, SEGUNDO AREAS-PROGRAMAS - 1982 A 1987.

(EM VALORES CORRENTES)

AREAS PROGRAMAS	1982		1983		1984		1985		1986		1987		ACUMULADO NO PERIODO	
	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)
ALIMENTACAO E NUTRICAO	26,3	13,9	189,9	28,3	507,0	25,4	2.579,8	32,0	8.662,4	34,7	25.177,5	33,6	37.142,9	33,5
SAUDE (1)	77,5	41,0	93,0	13,9	517,2	25,9	941,1	11,7	4.055,8	16,2	12.550,2	16,8	18.234,8	16,5
EDUCACAO	50,6	26,8	44,0	6,6	122,9	6,1	1.063,6	13,2	732,0	2,9	6.170,0	8,2	8.183,1	7,4
HABITACAO POPULAR (2)	20,0	10,6	49,6	7,4	183,7	9,2	1.200,0	14,9	2.498,0	10,0	10.819,8	14,4	14.771,1	13,3
AMPARO AO PEQUENO PRODUTOR	14,5	7,7	223,5	33,3	658,9	32,9	913,9	11,3	4.357,9	17,4	10.545,0	14,1	16.713,7	15,1
JUSTICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	800,0	1,1	800,0	0,7
PROGRAMACAO INTEGRADA (3)	-	-	-	-	10,3	0,5	105,8	1,3	1.667,4	6,7	8.598,5	11,5	10.382,0	9,4
ADMNISTARCAO DE RECEITAS - PASEP.	-	-	-	-	-	-	13,6	0,2	38,2	0,2	126,4	0,2	178,2	0,2
VALOR APLICADO	188,9	100,0	600,0	89,5	2.000,0	100,0	6.817,8	84,5	22.011,7	88,1	74.787,5	99,8	106.405,9	96,0
SALDO SOBRE ARRECADACAO (4)	-	-	70,2 (4a)	10,5	-	-	1.252,4 (4b)	15,5	2.977,7 (4a)	11,9	117,1 (4a)	0,2	4.417,4	4,0
TOTAL DA RECEITA	188,9	100,0	670,2	100,0	2.000,0	100,0	8.070,2	100,0	24.989,4	100,0	74.904,6	100,0	110.823,3	100,0

FONTE: SEPLAN/SECES - FINSOCIAL: Consolidacao de Informacoes. (FINEVAP)

NOTAS: (1) Inclui investimentos em saneamento basico realizado pelo Ministerio da Saude.
(2) Inclui investimentos em infraestrura urbana.
(3) Programacao envolvendo mais de uma das areas especificadas.
(4) Saldos nao destinados no exercicio (4a) e contencoes orcamentarias (4b).

(GSAUDE66)