

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA**

**MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO**

**GASTOS PÚBLICOS FEDERAIS COM SAÚDE E SEU  
FINANCIAMENTO NO BRASIL**

**Camila Hersbach Nagem  
Número de matrícula: 9615038**

**Orientador: Rogério Werneck**

**Junho de 2000**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA**

**MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO**

**GASTOS PÚBLICOS FEDERAIS COM SAÚDE E SEU  
FINANCIAMENTO NO BRASIL**

---

**Camila Hersbach Nagem**  
**Número de matrícula: 9615038**

**Orientador: Rogério Werneck**

**Junho de 2000**

“Declaro que o presente trabalho é de minha autoria e que não recorri para realizá-lo, a nenhuma forma de ajuda externa, exceto quando autorizado pelo professor tutor”

“As opiniões expressas neste trabalho são de responsabilidade única e exclusiva do autor”

## AGRADECIMENTOS

Ao longo destes quatro anos de estudos muitas pessoas se fizeram importante. Agradeço o apoio dos meus amigos Bia, Rodolfo, Bruna, Denise, Márcio, Bianca, Carol e Simone que fizeram minha vida aqui no Rio muito mais fácil e divertida.

Agradeço a Victoria e Rogério Werneck pela orientação, profissional e acadêmica, ao longo do curso. A Fernando Blanco e à equipe da IHS pela obtenção de dados para a realização desta monografia.

Agradeço às minhas irmãs, Pierina e Paola, que à distância me incentivaram e, a Patrick, um irmão que ganhei, pelo apoio incondicional em todos os momentos do meu curso.

Agradeço em especial à minha mãe pelo imenso apoio e incentivo e por todos os sacrifícios feitos para que eu pudesse realizar meus estudos. E a meu pai, que mesmo longe, esteve ao meu lado todos os dias.

## ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO .....	6
II. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	9
III. GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE .....	18
III.1 OS GASTOS FEDERAIS .....	18
III.2 OS GASTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS .....	22
IV. A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO .....	28
V. CONCLUSÃO .....	39
VI. BIBLIOGRAFIA .....	42

## I. INTRODUÇÃO

Esse estudo tem por objetivo analisar a participação do setor público no sistema de saúde brasileiro, buscando compreender como são definidas as políticas de atuação do governo em suas três esferas, federal, estadual e municipal, bem como entender quais os critérios utilizados para o financiamento do setor.

A crescente responsabilidade estatal no campo da saúde vem se tornando uma característica comum à maioria dos sistemas de saúde, isso porque, assim como em outros setores, é possível identificar alocações de recursos que são sub-ótimas e cuja distribuição pode ser melhorada pela intervenção governamental.

O Estado deve agir como provedor direto dos serviços de saúde e, principalmente, como agente financiador e regulador do setor, a fim de corrigir as inadequações do setor privado sem, porém, estabelecer uma concorrência com as atividades privadas que já forem consideradas satisfatórias.

Outro fator que justifica a presença do Estado na saúde é a preferência da sociedade pela alocação igualitária de recursos, de forma que o tratamento de saúde

esteja disponível para todos os indivíduos. Durante a execução deste estudo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o relatório sobre a performance dos sistemas de saúde de seus 191 países membros. Este relatório intitulado “The World Health Report 2000 – Health systems: Improving Performance” enfatiza a necessidade de se estender o atendimento à saúde ao maior número de pessoas possíveis, principalmente àqueles mais desassistidos, diminuindo as desigualdades de acesso, a fim de promover uma melhora nos índices de saúde como um todo.

Nesse sentido, o governo acaba se vendo forçado a assumir o papel de provedor principal de assistência médica, com a obrigação de expandir a cobertura à toda população.

A obrigação de ampliar a cobertura à toda população, acaba se tornando uma atividade de grande complexidade, no caso brasileiro, quando se levam em conta a dimensão geográfica do País e todas as disparidades sociais, econômicas e culturais nele existentes.

Cabe, então, aos governantes criar uma política que busque atenuar todas essas diferenças e vencer as barreiras que possam obstruir o bom funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Ao longo desse estudo será possível perceber a grande dificuldade que existe, no Brasil, de se obter fontes de financiamento estáveis para o setor, assim como a dificuldade de se distribuir igualmente os recursos disponíveis entre regiões, ou de levar adiante todas as políticas de saúde e programas de assistência que se fazem necessários.

Será possível perceber também, o esforço no sentido de se instituir uma política de descentralização, por parte do governo central, com o objetivo de ampliar a cobertura médica e tornar o sistema de saúde mais eficiente.

Este trabalho é composto desta introdução e mais quatro seções. Na segunda seção é feita uma descrição do Sistema Único de Saúde, sendo abordada a sua regulamentação e a preocupação do governo central em estabelecer uma política de descentralização. A terceira seção é uma análise do comportamento dos gastos públicos com saúde nas três esferas de governo, mostrando as variações na execução orçamentária do Ministério da Saúde ao longo dos anos. A quarta seção desta monografia trata da questão do financiamento do setor de saúde brasileiro levando em consideração as dificuldades em se definir fontes estáveis de recursos. Por fim, a última seção apresenta as principais conclusões deste estudo.

## II. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A questão da descentralização da Política Nacional de Saúde começou a ser debatida no final da década de 70 e consolidou-se com a Constituição Federal de 1988 – que passou a integrar a saúde, a previdência e assistência social em um só conjunto, chamado Seguridade Social.

Segundo a Constituição, cabe ao Poder Público organizar a Seguridade Social com base nos seguintes objetivos:

- Universalidade da cobertura e do atendimento;
- Universalidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- Equidade na forma de participação no custeio;

- Caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.<sup>1</sup>

Mais especificamente sobre o setor de saúde, a Constituição Federal determina que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é formado pelo conjunto de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, além das instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados e de equipamentos para a saúde.

Sua regulamentação detalha os princípios e diretrizes sobre os quais o sistema está organizado e as competências e atribuições das três esferas de governo, com o objetivo de delinear com maior clareza os traços do modelo de atenção à saúde e demarcar as linhas gerais para orientar a redistribuição das funções entre os entes federados.

Dentre os princípios básicos do Sistema Único de Saúde destaca-se o da descentralização político-administrativa, com ênfase na distribuição do poder para o municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Esta organização – regionalizada e hierarquizada – ocorre em níveis de complexidade crescente. A direção do SUS é única em cada esfera do governo, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

---

<sup>1</sup> Constituição da República Federativa do Brasil

- Direção Nacional, realizada pelo Ministério da Saúde, sendo responsável pelo acompanhamento e avaliação dos Sistemas Estaduais de Saúde;
- Direção Estadual, sob responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, ou órgão equivalente, devendo acompanhar e avaliar os sistemas municipais de saúde, além de comprometer-se a adotar os mecanismos de acompanhamento e avaliação a serem definidos pela Comissão de Intergestores Tripartite.
- Direção Municipal, a cargo das Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente.

A Constituição Federal de 1988, ao procurar deslocar o poder do centro para a periferia, estabeleceu alguns dispositivos:

- Atribuição ao município do status de ente federado dotado de autonomia;
- Determinação de que, nos casos de competências concorrentes, caberá à União apenas estabelecer normas gerais;
- Estabelecimento de uma nova partilha tributária que aumenta a participação de estados e municípios nos tributos federais e amplia o poder de tributar dessas instâncias.

Desde a promulgação da Constituição, um conjunto de leis, normas operacionais e portarias ministeriais vêm regulamentando o processo, ainda em curso, da institucionalização de medidas e procedimentos do sistema público de prestação de serviços.

Esse processo ficou mais visível a partir de 1990, quando houve um progressivo esforço de descentralização, com a instituição da Lei Orgânica de Saúde (LOS) e das Normas Operacionais Básicas (NOB), a fim de aprimorar a gestão plurinstitucional. Foram criados conselhos, em âmbito nacional, estadual e municipal responsáveis pelas diretrizes políticas do setor de saúde. O processo de negociação entre os diferentes níveis de governo foi consolidado com a criação das comissões bipartites e tripartites que definiram o município como gestor específico dos serviços de saúde e estabeleceram os diferentes níveis de adesão destes ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como suas responsabilidades e as formas de repasse de recursos a eles dirigidos.

O documento de diretrizes para a descentralização explicita as responsabilidades dos três níveis de governo, cabendo ao município a prestação da maioria dos serviços de atenção à saúde, seja como atribuição exclusiva, seja como tarefa a ser compartilhada com as esferas estadual e federal.

No âmbito federal, as funções e as responsabilidades da União estão descritas no quadro 2.1, bem como os órgãos diretamente delegados para o desempenho das atividades:

Quadro 2.1

<b>UNIÃO</b>	
<b>FUNÇÕES</b>	<b>ÓRGÃOS</b>
-planejamento, regulação e normatização do SUS; -regulação das relações entre o setor público e o privado, e da atividade do setor privado; -pagamento dos serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares da rede conveniada (pública e privada); -acompanhamento, fiscalização, controle, avaliação e aplicação dos recursos federais; -coordenação, em nível nacional, do Sistema de Informações em Saúde; -cooperação técnica com estados e municípios; -apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico.	-Ministério da Saúde -Conselho Nacional de Saúde -Comissão Intergestores Tripartite -Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde -Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Neste processo de descentralização ficou definido que uma das principais responsabilidades do poder público estadual é a de mediar a relação entre os sistemas municipais.

O quadro 2.2 abaixo especifica as funções e os órgãos responsáveis pelo setor de saúde na esfera estadual:

Quadro 2.2

<b>ESTADOS</b>	
<b>FUNÇÕES</b>	<b>ÓRGÃOS</b>
-formulação da política estadual de saúde; -coordenação e planejamento da rede e do processo de programação integrada; - estabelecimento de padrões de atenção à saúde no âmbito estadual; -supervisão e cooperação técnica e financeira com municípios; -coordenação das negociações entre os gestores; -execução de ações em saúde, em caráter supletivo aos municípios; -gerenciamento das unidades públicas de maior complexidade e dos sistemas de referência regional.	-Secretaria Estadual de Saúde -Conselho Estadual de Saúde -Comissão Intergestores Bipartite -Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

Além disso, foram definidas outras quatro responsabilidades básicas da administração estadual:

- Exercício da gestão do SUS, em âmbito estadual;
- Promoção das condições e incentivo aos poderes municipais para que assumam a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral;
- Assumir em caráter transitório (e não complementar ou concorrente) a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si a responsabilidade;
- Promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais.

A preocupação com a descentralização das políticas públicas, exposta na Constituição Federal de 1988, representou um grande impacto sobre a administração do município, uma vez que esta passou a ser considerada como parte integrante e indissolúvel da Federação .

Entre as principais mudanças na esfera da administração pública municipal estão:

- Promulgação pela Câmara dos Vereadores, da Lei Orgânica do Município (anteriormente, era aprovada pela Assembléia Legislativa Estadual, estando sujeita ao veto dos governadores);
- Elaboração do orçamento municipal através da legislação específica, também pela Câmara dos Vereadores (até então, a elaboração do orçamento era privativa do

Executivo municipal, o Legislativo aprovava ou rejeitava o projeto em sua totalidade);

- Instituição da figura jurídica da iniciativa legislativa popular, em que estão presentes diversos mecanismos, tais como: plebiscito, referendo, veto popular e proposição de projetos de lei.

A descentralização proposta fortalece a relação do governo federal com os municípios e permite a existência de níveis diferenciados de responsabilidades sobre a gestão dos serviços. É importante ressaltar que a municipalização dos serviços de saúde só ocorre caso haja uma solicitação do município, segundo uma das três formas de decisão previstas: gestão incipiente, parcial e semiplena dos serviços conforme o quadro 2.3 mostra.

Quadro 2.3

<b>MUNICÍPIOS</b>	
<b>FUNÇÕES</b>	<b>ÓRGÃOS</b>
<p>-planejamento, controle e execução das ações e serviços, segundo a condição de gestão:</p> <p><b>-Incipiente:</b> credencia, autoriza, contrata e avalia a rede privada; autoriza os quantitativos da autorização de internação hospitalar (AIH) e dos procedimentos ambulatoriais; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; presta serviços básicos de saúde e executa ações de vigilância sanitária;</p> <p><b>-Parcial:</b> além das funções acima citadas, gerencia as unidades ambulatoriais públicas existentes no município; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente às unidades;</p> <p><b>-Semiplena:</b> além das funções acima citadas, assume a gestão do sistema de saúde municipal e a prestação de serviços e gerenciamento da rede pública; e recebe mensalmente o total de recursos financeiros para custeio da política de saúde, correspondentes aos tetos financeiros estabelecidos.</p>	<p>-Órgão executivo municipal;</p> <p>-Conselho Municipal de Saúde;</p> <p>-Fundo Municipal de Saúde.</p>

Para que um município possa aderir ao processo de municipalização dos serviços de saúde – em qualquer uma das formas acima descritas – é necessário que haja uma instituição de um órgão local (o Conselho Municipal de Saúde) responsável pela gestão da política de saúde. É necessário também a instituição do Fundo Municipal de Saúde – órgão que a viabiliza as transferências de recursos. Para o enquadramento em cada uma das modalidades de gestão, existem exigências com relação à capacidade administrativa instalada no município para a implementação das tarefas.

Dessa forma, a descentralização com ênfase na municipalização requer que se esteja atento ao perfil de cada município, a fim de se perceber os limites que cada um oferece à implantação e implementação dos serviços de saúde.

As intervenções das Secretarias Estaduais de Saúde, nas relações intermunicipais, são essenciais para garantir o acesso da população aos serviços de saúde existentes no território municipal, uma vez que elas são responsáveis pela manutenção da unidade do Sistema Único de Saúde.

No sentido de ampliar as responsabilidades dos municípios em relação à saúde foi implantado, em janeiro de 1998, o Piso de Atenção Básica (PAB) que constitui uma tentativa, por parte do Ministério de Saúde, de alterar a forma de repasse de verbas do Sistema Único de Saúde para os municípios.

Anteriormente ao PAB, os pagamentos feitos aos estados e municípios baseavam-se no número de procedimentos atestados através da apresentação da Autorização de Internação Hospitalar, conseqüentemente, aqueles estados e municípios com

atendimentos mais sofisticados e maior número de leitos recebiam mais verbas, gerando e mantendo distorções entre os municípios, estados e regiões.

A instituição do PAB visa corrigir essas distorções e promover uma maior descentralização do sistema de saúde. Neste programa, o Ministério da Saúde repassa as verbas – que são definidas pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município – diretamente às administrações municipais. Estes recursos são transferidos regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios, tornando os municípios habilitados aptos a exercer gestão plena do setor de saúde, tanto administrativa quanto financeiramente, evitando que haja intermediação das Secretarias Estaduais que acarretavam no atraso do repasse de recursos.

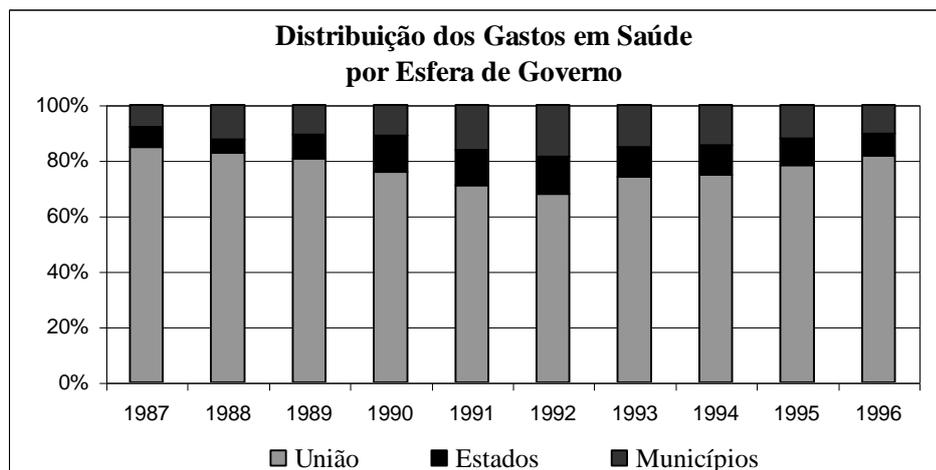
Como consequência das medidas adotadas pelo governo, do ponto de vista dos padrões de cobertura médica, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde implicou em uma expansão dos indicadores do atendimento básico em saúde. Mais do que isso, a incorporação de grandes parcelas da população anteriormente excluídas do acesso a esses serviços tem sido realizada pelo setor público, com expressiva participação dos municípios.

### III. GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE

#### III.1. OS GASTOS FEDERAIS

A esfera da administração federal constitui-se como principal fonte de recursos para a saúde, contribuindo com uma parcela nunca inferior a 70% dos gastos totais, como pode ser visto pelo gráfico 3.1 abaixo.

Gráfico 3.1



O ano de 1992 apresenta o menor percentual de participação da União, devido à frustração no repasse dos recursos originários da arrecadação da Contribuição para a

Seguridade Social, Cofins, havendo uma recuperação em 1994, quando essas transferências voltaram a ocorrer.

No ano de implantação do Plano Real, os gastos do governo com saúde corresponderam a 9,4% dos gastos primários da União – entenda-se gastos primários da União como despesas com todos os setores da economia: educação, agricultura, administração e planejamento, transporte, indústria e comércio, por exemplo – excetuando-se os pagamentos de juros e amortizações das dívidas interna e externa .

A tendência que se verificou, depois daquele ano, foi a de crescimento das despesas com o setor de saúde, o que poderia representar um sinal positivo, porém foi verificado também um crescimento maior dos gastos primários, fazendo com que a participação da saúde no orçamento não apresentasse uma tendência ascendente – ao invés disso, houve grande oscilação nessa participação, conforme pode ser visto pela tabela 3.1.

Tabela 3.1

<b>Gastos com Saúde e Gastos Totais da União</b>			
(em R\$ bilhões)			
<b>Ano</b>	<b>Gastos com Saúde</b>	<b>Gastos Primários da União</b>	<b>Participação (%)</b>
1995	14,78	195,25	7,57%
1996	14,73	153,32	9,61%
1997	17,99	222,99	8,07%
1998	16,61	250,26	6,64%
1999	19,15	239,60	7,99%

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional - Ministério da Fazenda

Em 1995, o percentual de participação do setor caiu para o nível de 7,57% se recuperando em 1996 para 9,6% devido à diminuição dos gastos primários do governo e à manutenção praticamente estável das despesas com saúde.

No ano de 1997 foi registrado um incremento de 45,4% nos gastos do governo, já desconsiderando o pagamento de juros e amortizações, que atingiram R\$ 223 bilhões, no entanto, o crescimento com os gastos da saúde não acompanharam o incremento total, crescendo apenas 22%.

Em 1998, apesar de ter sido registrado um aumento no nível dos gastos do governo mais uma vez, foi registrado ao contrário do que se esperava uma queda nas despesas com saúde. Apenas 6,6% dos gastos primários da União foram destinados ao Ministério da Saúde, devido aos cortes de repasses de recursos ocasionados pela crise internacional ocorrida no segundo semestre de 1998.

As críticas do Ministro José Serra à decisão do governo de cortar recursos para as áreas sociais surtiu algum efeito: no ano de 1999 os gastos com saúde cresceram 15,3% em relação ao ano anterior, em termos nominais. Embora esse aumento tenha sido significativo não representou uma maior participação.

O que se verifica na verdade é que apesar de os gastos primários do governo crescerem, os gastos com saúde não acompanham esse incremento e algumas vezes nem apresentam a mesma tendência de crescimento, como é o caso citado acima para o ano de 1998. Esta instabilidade é prejudicial ao desenvolvimento de um sistema público de saúde melhor, capaz de prover acesso à população, principalmente à população de baixa renda que não tem como recorrer ao sistema privado.

O orçamento da saúde é a quarta maior conta dentro das despesas primárias da União, ficando apenas atrás da Administração e Planejamento, Assistência e Previdência, e Desenvolvimento Regional, como pode ser visto pela tabela 3.2

divulgada pela Secretaria do Tesouro Nacional. Essas quatro contas juntas representam em média 80% das despesas executadas no período.

Tabela 3.2

<b>Demonstrativo das Despesas da União por Função</b>						
<b>Orçamento Fiscal e da Seguridade Social* (em R\$ milhares)</b>						
<b>Função</b>	<b>1997</b>		<b>1998</b>		<b>1999</b>	
	<b>Execução</b>	<b>(%)</b>	<b>Execução</b>	<b>(%)</b>	<b>Execução</b>	<b>(%)</b>
Legislativa	1.623.216	0,7	1.592.237	0,6	1.663.642	0,7
Judiciária	5.346.316	2,4	6.481.881	2,6	6.463.407	2,7
Administração e Planejamento	59.535.172	26,7	70.505.861	28,2	51.766.312	21,6
Agricultura	8.731.459	3,9	6.683.594	2,7	795.963	0,3
Comunicações	192.831	0,1	233.293	0,1	323.326	0,1
Defesa Nacional e Segurança Pública	9.839.025	4,4	10.195.447	4,1	10.551.393	4,4
Desenvolvimento Regional	25.487.344	11,4	26.733.096	10,7	28.135.680	11,7
Educação e Cultura	10.428.475	4,7	14.900.723	6,0	16.061.640	6,7
Energia e Recursos Minerais	864.583	0,4	950.752	0,4	1.030.530	0,4
Habituação e Urbanismo	425.616	0,2	303.445	0,1	320.492	0,1
Indústria, Comércio e Serviços	1.162.888	0,5	1.774.544	0,7	2.572.244	1,1
Relações Exteriores	442.454	0,2	440.571	0,2	696.274	0,3
Saúde e Saneamento	17.986.176	8,1	16.610.379	6,6	19.149.675	8,0
Trabalho	7.198.845	3,2	7.880.697	3,1	8.096.279	3,4
Assistência Privada	69.990.829	31,4	81.169.778	32,4	88.844.405	37,1
Transporte	3.738.790	1,7	3.803.691	1,5	3.126.498	1,3
Reserva de Contingência	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transferências Intragovernamentais	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>222.994.019</b>	<b>100,0</b>	<b>250.259.989</b>	<b>100,0</b>	<b>239.597.760,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional - Ministério da Fazenda

\* Dados já ajustados, retirando pagamento de juros e amortizações das dívidas externa e interna.

É possível verificar também que a conta da saúde, como parte integrante da Seguridade Social, detém uma parcela pequena do orçamento total da Seguridade Social, uma vez que a Previdência e Assistência Social consomem praticamente 82% deste. Porém, apesar de representar uma parcela pequena dentro do orçamento total da Seguridade Social, ainda representa uma grande conta dentro da execução orçamentária total da União o que nos leva a questionar quão bem alocados são esses recursos dentro do sistema de saúde brasileiro.

A tabela 3.3 a seguir demonstra as principais contas do orçamento do Ministério da Saúde executado em 1998 e o que foi aprovado para o ano de 1999. As despesas com

peçoal e amortização da dívida consumiram 32,8% do orçamento de 1998. Para o ano de 1999 houve um incremento substancial no gasto com Programas de Saúde, mas os gastos com o SUS e PAB permaneceram praticamente os mesmos.

Tabela 3.3

<b>Orçamento do Ministério da Saúde</b>		
<b>(em R\$)</b>		
<b>Denominação</b>	<b>1998*</b>	<b>1999**</b>
<b>Itens Globais</b>	<b>6.328.251.459</b>	<b>4.645.208.485</b>
Pessoal (Ativo e Inativo)	3.994.320.879	4.348.228.568
Amortização da Dívida	2.333.930.580	296.979.917
<b>Fundo Nacional de Saúde</b>	<b>11.891.769.093</b>	<b>13.116.126.869</b>
SUS	7.614.424.853	7.662.784.065
PAB	1.722.000.000	1.779.527.345
Programas de Saúde	2.555.344.240	3.673.815.459
<b>ANVS</b>	<b>0</b>	<b>36.521.000</b>
<b>FUNASA</b>	<b>987.662.140</b>	<b>1.582.382.214</b>
<b>FIOCRUZ</b>	<b>116.007.296</b>	<b>126.781.005</b>
<b>Total - exclusive pessoal e dívidas</b>	<b>12.995.438.529</b>	<b>14.861.811.088</b>
<b>Total Geral</b>	<b>19.323.689.988</b>	<b>19.507.019.573</b>

\* Executado

\*\* Aprovado

### III.2 OS GASTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Os Estados conforme a Constituição ficaram responsáveis por mediar as relações entre os município e cobrir a assistência médica onde ela se fizesse necessária.

Do gasto total destinado à saúde, pode-se afirmar que no período de 1985-1995, 56,8% foi destinado à Região Sudeste. À Região Nordeste foi destinado 19,5%, à Região Centro-Oeste 9,9%, à Norte 7,5% e, finalmente, à Região Sul foi destinado 6,3%.

A análise dos dados por Estados fica prejudicada para o período pós 1995, pois a Secretaria do Tesouro Nacional deixou de divulgar os dados desagregados para os anos seguintes.

No entanto, para o período disponível é possível perceber a grande disparidade que há entre as regiões brasileiras, em termos de distribuição total. A tabela 3.4 mostra em termos percentuais, como os recursos foram distribuídos entre as regiões ao longo desses 10 anos. Essa disparidade se verifica ao longo de todo o período, sendo que em 1990 os repasses para a Região Sudeste atingiram a incrível marca de 63,9%.

Mas quando uma análise é feita sobre os dados em termos per capita, nota-se que essa disparidade não é tão acentuada. Neste período a região que teve o maior gasto per capita (R\$ 4,99) foi a Centro Oeste, enquanto a região Sudeste ficou em segundo lugar com um gasto de R\$ 4,56.

Tabela 3.4

<b>Distribuição dos Gastos com Saúde por Região</b>					
<b>(em %)</b>					
<b>Ano</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Centro Oeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>
1985	6,72%	30,70%	10,77%	43,08%	8,74%
1986	7,43%	23,12%	9,75%	50,62%	9,08%
1987	6,74%	15,27%	13,07%	57,91%	7,00%
1988	4,89%	20,40%	10,22%	59,13%	5,36%
1989	8,17%	13,12%	9,74%	62,17%	6,80%
1990	6,76%	15,11%	9,56%	63,92%	4,66%
1991	8,17%	16,94%	10,15%	60,14%	4,60%
1992	7,21%	23,40%	7,78%	56,66%	4,96%
1993	8,72%	20,89%	9,19%	56,31%	4,88%
1994	9,41%	17,12%	10,15%	56,82%	6,50%
1995	8,32%	18,06%	8,67%	58,10%	6,84%

Tabela 3.5

<b>Gasto per Capita com Saúde por Região</b>					
<b>(a R\$ constantes de 1999)</b>					
	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Centro Oeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>
1985	2,45	2,87	4,23	2,68	1,55
1986	4,80	3,82	6,78	5,57	2,85
1987	2,82	1,64	5,89	4,13	1,42
1988	1,85	1,98	4,18	3,83	0,99
1989	2,72	1,12	3,50	3,54	1,10
1990	3,53	2,02	5,38	5,69	1,18
1991	3,19	1,69	4,27	4,00	0,87
1992	2,33	1,94	2,71	3,13	0,78
1993	2,13	1,31	2,42	2,35	0,58
1994	5,92	2,76	6,89	6,10	1,99
1995	7,69	4,27	8,64	9,16	3,07

Uma outra análise que pode ser feita, é a comparação do gasto em saúde dentro do gasto total da região. Esses números tornam a questão um pouco mais clara. Essa comparação permite perceber que as Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste destinam, em média, 11% dos seus recursos ao setor de saúde. A Região Sudeste gasta em torno de 10% enquanto a Região Sul gasta apenas 4%.

A tabela 3.6 abaixo mostra o comportamento dos gastos com saúde em relação aos gastos totais dos governos estaduais de cada região.

Tabela 3.6

<b>Gasto com Saúde como Percentual do Gasto Total de cada Região</b>					
<b>Ano</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Centro Oeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>
1985	10,36%	12,67%	8,30%	6,77%	3,48%
1986	10,65%	9,69%	8,97%	7,46%	4,04%
1987	11,10%	7,33%	11,65%	9,08%	3,53%
1988	12,31%	14,60%	14,60%	12,60%	3,96%
1989	16,05%	11,22%	14,86%	13,78%	5,57%
1990	9,57%	9,82%	10,39%	11,28%	3,43%
1991	11,78%	11,43%	11,31%	10,66%	3,50%
1992	12,18%	14,00%	9,12%	9,08%	3,23%
1993	13,28%	11,91%	9,50%	8,20%	3,21%
1994	14,13%	10,36%	9,20%	9,03%	3,92%
1995	10,33%	9,80%	8,56%	8,96%	4,09%

Esses números permitem concluir que:

- Dentro do orçamento desses Estados, em média, 10% dos gastos totais são destinados à saúde, com exceção da Região Sul, em que os números verificados são bem menores não significando porém que os níveis de saúde sejam piores.
- Os gastos totais na Região Sudeste também são bem maiores que nas outras regiões, não se limitando apenas ao setor de saúde, mas como verificado acima os gastos per capita com saúde ficam na mesma média que o gasto realizado na região Centro-Oeste;
- A Região Norte, dentro da sua execução orçamentária, é a que apresenta maior repasse de recursos para o setor da saúde, embora seja a região que apresenta muita carência de assistência médica;

- A Região Nordeste, embora apresente níveis altos de despesas com saúde registra um gasto per capita muito baixo, apenas R\$ 2,31 justificando o baixo nível de saúde da região;

Essas observações permitem entender porque é verificado uma disparidade tão grande no nível de assistência médica entre as regiões, com a região Norte e Nordeste mostrando os piores índices e as maiores queixas no setor.

Uma das causas que levou a adoção do Piso de Assistência Básica, em 1998, foi a de tentar criar uma base igualitária de assistência à saúde além de promover uma maior descentralização federal visando a facilidade e agilidade dos repasses de recursos aos município, através da transferência automática em que o montante é transferido do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Como mostrado na subseção Gastos Federais, no orçamento do Ministério da Saúde, foram repassados, em 1998, R\$ 1,72 bilhões em recursos para os municípios cadastrados. Em 1999, estava previsto o repasse de R\$ 1,78 bilhões.

O PAB se divide em duas partes , uma parte fixa que é repassada ao município de acordo com o número de habitantes, e uma parte variável decidida de acordo com as necessidades dos municípios. Para o ano de 1998, o total de recursos repassados foram distribuídos conforme a tabela 3.7 mostra.

Tabela 3.7

<b>Piso de Assistência Básica - 1998</b>					
<b>(em R\$)</b>					
	<b>População</b>	<b>PAB (fixo)</b>	<b>PAB (variável)</b>	<b>PAB Total</b>	<b>PAB Per Capita</b>
<b>Região Norte</b>	<b>11.604.158</b>	<b>68.825.346</b>	<b>50.500.862</b>	<b>119.326.208</b>	<b>10,28</b>
Acre	500.185	3.034.628	1.992.634	5.027.262	10,05
Amapá	401.916	2.857.872	1.404.161	4.262.033	10,60
Amazonas	2.460.602	12.592.169	12.036.824	24.628.993	10,01
Pará	5.650.681	30.049.807	27.535.396	57.585.203	10,19
Roraima	254.499	1.895.546	690.029	2.585.575	10,16
Rondônia	1.255.522	9.964.495	3.472.902	13.437.397	10,70
Tocantins	1.080.753	8.430.829	3.368.916	11.799.745	10,92
<b>Região Nordeste</b>	<b>45.334.385</b>	<b>371.264.961</b>	<b>131.148.036</b>	<b>502.412.997</b>	<b>11,08</b>
Alagoas	2.663.071	25.522.797	4.715.743	30.238.540	11,35
Bahia	12.709.744	66.397.478	62.645.464	129.042.942	10,15
Ceará	6.920.292	66.986.782	9.156.195	76.142.977	11,00
Maranhão	5.295.452	42.649.947	17.418.748	60.068.695	11,34
Paraíba	3.331.673	29.992.769	6.644.585	36.637.354	11,00
Pernambuco	7.466.773	72.762.928	16.595.590	89.358.518	11,97
Piauí	2.695.876	28.301.891	4.899.859	33.201.750	12,32
Rio Grande do Norte	2.594.340	22.378.312	4.936.959	27.315.271	10,53
Sergipe	1.657.164	16.272.057	4.134.893	20.406.950	12,31
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>10.769.249</b>	<b>82.613.197</b>	<b>31.492.098</b>	<b>114.105.295</b>	<b>10,60</b>
Goiás	4.639.785	32.003.014	16.702.733	48.705.747	10,50
Mato Grosso	2.287.846	23.306.249	3.522.610	26.828.859	11,73
Mato Grosso Sul	1.964.603	14.041.593	5.758.946	19.800.539	10,08
DF	1.877.015	13.262.341	5.507.809	18.770.150	10,00
<b>Região Sudeste</b>	<b>68.065.957</b>	<b>549.386.039</b>	<b>177.711.553</b>	<b>727.097.592</b>	<b>10,68</b>
ES	2.853.098	13.555.134	15.270.357	28.825.491	10,10
Rio de Janeiro	13.555.657	92.647.944	46.921.910	139.569.854	10,30
Minas Gerais	16.904.977	171.562.307	22.416.651	193.978.958	11,47
São Paulo	34.752.225	271.620.654	93.102.635	364.723.289	10,49
<b>Região Sul</b>	<b>23.862.664</b>	<b>185.125.909</b>	<b>74.066.481</b>	<b>259.192.390</b>	<b>10,86</b>
Paraná	9.142.215	101.629.655	7.747.427	109.377.082	11,96
Santa Catarina	4.958.339	33.957.268	17.469.201	51.426.469	10,37
Rio Grande do Sul	9.762.110	49.538.986	48.849.853	98.388.839	10,08
<b>Total</b>	<b>159.636.413</b>	<b>1.257.215.452</b>	<b>464.919.030</b>	<b>1.722.134.482</b>	<b>10,79</b>

Fonte: Ministério da Saúde

#### IV. A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO

A Constituição Federal de 1988, ao incorporar a saúde, a assistência e a previdência sob o conceito de Seguridade Social, estabeleceu a criação de um Orçamento da Seguridade Social, com fontes específicas e diversificadas de recursos – segundo a Constituição, o Sistema Único de Saúde deve ser financiado com recursos do Orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Essa diversificação de fontes de financiamento tem como objetivo criar uma estabilidade de receitas para que o Ministério da Saúde não sofra perdas frente aos ciclos econômicos.

Das três áreas quem compõem a Seguridade Social, a da saúde foi a primeira a aprovar sua Lei Orgânica (Lei nº 8.080 de 19/09/1990), que define as condições a serem atendidas na elaboração da proposta orçamentária e na gestão financeira do sistema. De acordo com a lei, a proposta orçamentária do SUS deve ser elaborada pela sua direção nacional, com “as autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada (Ministério da Fazenda e Ministério da Previdência e Assistência Social ) transferindo ao Fundo Nacional de Saúde (...) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no orçamento da Seguridade Social”.

Os orçamentos dos Estados e Municípios são decididos através da Programação Pactuada Integrada, que atribui tetos financeiros estaduais e municipais e define as responsabilidades de cada município visando a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre mediados pelo gestor estadual.

A elaboração da Programação Pactuada Integrada começa na esfera municipal, com a aprovação do orçamento no Conselho Municipal de Saúde. Os Estados, então, em seus orçamentos têm a obrigação de compatibilizar todas as programações municipais com as ações que estão sob sua responsabilidade direta.

Quando o orçamento da União é aprovado, após a compatibilização dos orçamentos estaduais pela direção nacional, levando em conta o Teto Financeiro Global Municipal e o Teto Financeiro Global Estadual, os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde.

Como determinado pela Lei Orgânica de 1990, o Sistema Único de Saúde deveria ser financiado através de repasses, para o Ministério da Saúde, de recursos originários das receitas fiscais, das receitas de contribuições sociais administradas pelo Tesouro Nacional (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, Cofins, e Contribuição sobre o Lucro Líquido da Pessoa Jurídica, CLL) e do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Porém, ao contrário do previsto, esses repasses caracterizam-se por apresentarem um comportamento cíclico, com uma grande irregularidade nos fluxos mensais, além de uma instabilidade na composição das fontes de financiamento.

No ano seguinte à aprovação da Lei Orgânica, houve um aumento de 28,4% dos repasses de recursos ao Ministério da Saúde. Porém, os repasses declinaram sucessivamente nos anos de 1992 e 1993 (os repasses chegaram a cair 27,2% no ano de 1992). Essa redução de repasse deve-se à contestação judicial da Cofins em 1992, e à queda de repasse causada pelo cancelamento da transferência integral da Contribuição sobre a Folha de Salários em 1993. A explicação para tal procedimento foi de que a Previdência Social enfrentava problemas de financiamento e passaria a apresentar déficits caso transferisse para o Ministério da Saúde os recursos devidos.

Ficava claro, então, que era a Previdência Social que estava apresentando problemas de financiamento e não o Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde se viu obrigado a buscar financiamento em outros recursos fiscais, gerando problemas de financiamentos para outras áreas governamentais. Este problema de financiamento foi solucionado com um empréstimo contraído junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador, pelo aporte dos Recursos Ordinários do Tesouro, da Contribuição sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas e ainda pela emissão de títulos do Tesouro.

Em 1994, foi determinado o cancelamento integral e definitivo dos repasses dos recursos da Contribuição sobre a Folha de Salários. A tabela 4.1 explicita o comportamento das receitas fiscais no repasse de recursos ao Ministério da Saúde. Em fins da década de 80 a Contribuição sobre a Folha de Salários tinha participação de 80% dos recursos federais para o setor da saúde, caindo para 56% em 1992 e atingindo seu ponto mais baixo 17,4% em 1993, ano anterior do cancelamento dos repasses.

O Fundo Social de Emergência, criado em 1994, impediu que o Ministério da Saúde tivesse maiores problemas de financiamento. Os recursos desse fundo eram originários da desvinculação de receitas de contribuições da Seguridade Social e tiveram uma participação total de 33,2% nos recursos federais destinados ao setor. Porém, é o repasse da Cofins que tem a maior participação (40,9%), graças à liberação dos depósitos judiciais referentes a 1992.

Tabela 4.1

Participação das Fontes de Receita na Composição Ministério da Saúde (%)										dos Recu
	1985	1987	1989	1990	1992	1993	1994	1995	1996	
Contribuições sobre a Folha de Salários	78,2	80,2	72,4	78,9	55,9	17,4	-	-	-	
Recursos Ordinários do Tesouro/Títulos e Operações de Crédito	18,4	19,4	27,6	21,1	12,1	28,7	3,9	10,0	4,5	
Finsocial/Cofins	2,6	-	-	-	30,2	38,1	40,9*	44,4	46,9	
Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL)	-	-	-	-	1,4	15,8	17,0	27,4	18,1	
Fundo Social de Emergência (FSE)/Fundo De Estabilização Fiscal (FEF)	-	-	-	-	-	-	33,2	14,9	21,9	
Outras (inclusive receitas próprias)	0,8	0,4	-	-	0,4	-	5,0	3,3	8,6	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

\* Inclui recuperação dos depósitos judiciais referentes a 1992.

A instituição do Plano Real, em 1994, ainda gerou mais alguns contratemplos para o setor da saúde: a Secretaria do Tesouro Nacional condicionou a liberação de recursos à adoção da paridade de CR\$ 3.752,00 = R\$ 1,00 (ao invés da paridade de CR\$ 2.750,00 = R\$ 1,00, como proposto para todas as outras transações na economia), o que levou a uma substancial queda no montante disponível para o setor.

No entanto, no ano de 1995 essas distorções foram corrigidas havendo um considerável aumento nos recursos disponíveis. Enquanto em 1994 o Ministério da

Saúde dispunha de R\$ 9,5 bilhões, no ano seguinte esses recursos atingiram o montante de R\$ 14,9 bilhões, representando um aumento de 56,8%.

Pode-se notar pelo quadro que as contribuições sociais, assim como em 1994, continuaram sendo a principal fonte de financiamento do orçamento da saúde, nos anos de 1995 e 1996, atingindo um pico de 70% na participação total das fontes de receitas.

Em 1996, foi instituída a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), com uma vigência original de cobrança de 13 meses (vigorando de janeiro de 1997 a fevereiro de 1998) e mais tarde prorrogada até janeiro de 1999. Era realizada uma cobrança de alíquota de 0,2% sobre operações financeiras. Dos recursos gerados com a arrecadação, 80% deveriam ser distribuídos ao Fundo Nacional de Saúde e 20% enviados ao Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).

No primeiro ano de arrecadação da CPMF foram repassadas ao Ministério da Saúde R\$5,2 bilhões, representando 27,5% no total de recursos para a saúde naquele ano. No entanto, as contribuições sociais tiveram suas participações reduzidas a 45,2% no orçamento do Ministério da Saúde levantando a questão de que, apesar da CPMF ser uma fonte complementar para o financiamento do setor de saúde, ela acabou se transformando em um substituto parcial deste orçamento.

No início de 1998, tomou posse como Ministro da Saúde, o então senador José Serra, que demonstrou uma preocupação com a questão da obtenção de recursos, afirmando em seu discurso “que o financiamento da saúde é problema do conjunto do governo. A saúde precisa de fontes de recursos estáveis, precisa haver proporção entre União, Estados e Municípios (...) A saúde precisa de mais recursos e precisa utilizar

melhor os disponíveis. Precisa de regularidade no fluxo desses recursos.” Afirmava ainda que “para que a descentralização funcione, será preciso além de vontade política, (...) garantir um fluxo permanente de recursos, mesmo que sejam modestos; e que haja uma vinculação de receitas e despesa, tanto no caso da União como dos Estados e dos Municípios...”

Serra propunha uma alternativa à CPMF, cuja vigência acabava em janeiro de 1999, que estabelecia uma vinculação de receitas, ou seja, consistia em reservar uma fatia dos orçamentos federal, estaduais e municipais para gastos na saúde, a exemplo do que a Constituição garante à educação. Contudo, esse novo projeto foi barrado pela equipe econômica do governo, tendo em vista argumentos clássicos contra vinculação de recursos no orçamento.

Também havia, na época, a Proposta de Emenda Constitucional, do deputado Eduardo Jorge, que destinava 30% do orçamento da Seguridade Social, como cota da União e um mínimo de 10% das receitas dos Estados e Municípios, porém a equipe econômica queria rever os percentuais obrigatórios de investimentos da União.

O Ministro José Serra afirmava que a CPMF não havia beneficiado a Saúde, alegando que havia ocorrido um desvio de outras fontes, isto é, a receita da CPMF foi destinada à Saúde, mas foram diminuídas as destinações à Saúde, decorrentes de contribuições sobre o lucro e da Cofins.

Em fins de 1998, o governo estudava aumentar a alíquota da CPMF de 0,2% para 0,38% em função da necessidade de ajuste fiscal para o período 1999-2001, motivada pela crise financeira internacional ocorrida no segundo semestre daquele ano.

O ajuste fiscal ocasionou um corte de R\$ 1 bilhão no orçamento da Saúde (redução de 6,6% das despesas previstas). Foi proporcionalmente, o setor menos prejudicado em virtude das críticas de Serra à condução da política social do governo federal.

No início de 1999, após a desvalorização cambial, foi aprovado o aumento da alíquota da CPMF, tornando-a também um imposto permanente. Conforme previsto na Constituição Federal, deve-se respeitar o prazo de 90 dias entre a promulgação da nova emenda e a realização da sua cobrança. Esse período foi respeitado e a CPMF só voltou a ser cobrada a partir de abril de 1999, ocasionando uma frustração na arrecadação daquele ano.

A tabela 4.2 apresenta a execução orçamentária do Ministério da Saúde com as fontes de recursos. Pode-se observar a grande participação das Contribuições anteriormente a adoção da CPMF e como os percentuais mudaram após o início de sua cobrança.

Tabela 4.2

<b>Execução do Orçamento para a Saúde por Fonte de Recurso</b>										
(em R\$ milhões)										
Itens/Fontes	1994		1995		1996		1997		1998	
	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)	Valor	(%)
<b>Despesas</b>	<b>9.544</b>	<b>100,00</b>	<b>14.892</b>	<b>100,00</b>	<b>14.377</b>	<b>100,00</b>	<b>18.804</b>	<b>100,00</b>	<b>19.324</b>	<b>100,00</b>
Pessoal	2.521	26,41	3.761	25,26	3.834	26,67	3.996	21,25	3.994	20,67
Dívida	40	0,42	1.369	9,19	500	3,48	1.790	9,52	2.334	12,08
OCC - AIH/SAI	5.158	54,04	7.325	49,19	7.961	55,37	9.735	51,77	7.614	39,40
OCC - Demais	1.640	17,18	2.209	14,83	1.934	13,45	3.138	16,69	5.265	27,25
Ingressos/Contrapartidas	185	1,94	228	1,53	148	1,03	145	0,77	116	0,60
<b>Fontes de Receitas</b>	<b>9.544</b>	<b>100,00</b>	<b>14.892</b>	<b>100,00</b>	<b>14.377</b>	<b>100,00</b>	<b>18.804</b>	<b>100,00</b>	<b>19.324</b>	<b>100,00</b>
Contribuições	5.211	54,60	10.455	70,21	9.589	66,70	8.495	45,18	6.779	35,08
FEF	2.402	25,17	1.751	11,76	2.562	17,82	3.648	19,40	2.637	13,65
FAT	-	-	1.206	8,10	1.208	8,40	-	-	-	-
CPMF	-	-	-	-	-	-	5.176	27,53	6.615	34,23
Fontes Fiscais	1.616	16,93	885	5,94	486	3,38	889	4,73	2.694	13,94
Diret. Arrecadadas	181	1,90	372	2,50	374	2,60	451	2,40	483	2,50
Ingressos/Contrapartidas	134	1,40	223	1,50	158	1,10	145	0,77	116	0,60

Fonte: Ministério da Saúde e Gazeta Mercantil

Através desta tabela é possível identificar a irregularidade dos repasses de recursos a qual está submetido o Ministério da Saúde.

Outra questão que se coloca quanto ao financiamento é a dificuldade em se obter linhas de crédito, devido às barreiras impostas pela legislação brasileira. De grande porte o projeto Reforsuss foi único a ser desenvolvido nos últimos anos.

O projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – Reforsus – foi negociado em 1996 entre o Ministério da Saúde, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) além dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento. É a única fonte de financiamento voltada exclusivamente para o setor de saúde.

O crédito acordado foi da ordem de US\$ 650 milhões através da constituição de um fundo administrado pelo Ministério da Saúde, com o Banco do Brasil sendo o agente financeiro responsável pela movimentação dos recursos, que visava exclusivamente reforçar o processo de implantação do SUS.

Esses recursos deveriam ser utilizados, no período 1996-1998, pelas unidades públicas e filantrópicas para que ampliassem o acesso dos serviços à população.

Foi acordado, ainda, que os repasses seriam feitos apenas através de contratos, a fim de que o beneficiários só recebessem os recursos quando tivessem adquirido os equipamentos ou iniciado a execução das obras, evitando assim, repasses antecipados.

O projeto previa o repasse dos recursos para diversas atividades, compreendidas em dois componentes:

Componente I: visa o apoio à melhoria da capacidade e da eficiência do SUS, sendo composto por quatro áreas programáticas:

- Recuperação e readequação física e tecnológica;
- Programa de Saúde da Família;
- Ampliação da capacidade e melhoria da rede hematológica e hemoterápica;
- Ampliação da capacidade e melhoria dos laboratórios de Saúde Pública.

Componente II: visa a promoção de inovações na administração do setor de saúde, com ações voltadas para a gestão do sistema;

Estudos e pesquisas para ampliar a capacidade de formulação de política dos gestores;

- Implantação do Sistema Nacional de Informações;
- Supervisão da qualidade dos serviços de saúde.

A tabela abaixo mostra como foram alocados os recursos do Reforsus ao longo dos três anos.

<b>Perfil do Projeto Reforsus por Componente</b>					
(em US\$ milhões)					
	1996	1997	1998	Total	Participação em relação ao total (em %)
<b>Componente I</b>	<b>148,49</b>	<b>247,49</b>	<b>99,00</b>	<b>494,98</b>	<b>76,15%</b>
Readequação Física e Tecnológica	109,49	182,49	73,00	364,98	56,15%
Programas de Hemoterapia	15,60	26,00	10,40	52,00	8,00%
Laboratórios de Saúde Pública	9,75	16,25	6,50	32,50	5,00%
Programa de Saúde da Família	13,65	22,75	9,10	45,50	7,00%
<b>Componente II</b>	<b>46,51</b>	<b>77,51</b>	<b>31,00</b>	<b>155,02</b>	<b>23,85%</b>
Reserva Técnica Estatística	37,66	62,76	25,10	125,52	19,31%
Administração do Projeto	7,80	13,00	5,20	26,00	4,00%
Supervisão	1,05	1,75	0,70	3,50	0,54%
<b>Total</b>	<b>195,00</b>	<b>325,00</b>	<b>130,00</b>	<b>650,00</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Coordenadoria de Planejamento em Saúde - Projeto Reforsus

Dentro do Componente I, a divisão de mais de 70% dos recursos direcionados ao item Readequação Física e Tecnológica buscou trazer uma maior equidade entre os estados, com uma distribuição proporcional ao número de habitantes. Os outros 30% foram alocados de forma inversamente proporcional ao gasto per capita por estado. Isto quer dizer, que apesar de os estados mais populosos e mais ricos terem recebido maiores recursos em termos nominais, os mais pobres receberam um investimento por habitante maior, conforme é verificado na tabela abaixo. O estado que tem o maior

repasso de recursos em termos per capita é o Amapá (US\$ 3,71) e o estado que tem o menor repasse de recursos é o Paraná (apenas US\$ 1,64). A região Sul foi a que recebeu o menor investimento tendo uma média de apenas US\$ 2,07 ao contrário da região Norte que obteve US 3,40.

Tabela 4.4

<b>Reforsus - Distribuição dos Recursos Referentes à Recuperação dos Hospitais</b>			
<b>Estado</b>	<b>Recurso Distribuído (US\$ milhões)</b>	<b>Participação em Relação ao Total (%)</b>	<b>Investimento por Habitante (US\$)</b>
<b>Região Norte</b>	<b>38,44</b>	<b>10,53%</b>	<b>3,40</b>
Acre	1,63	0,45%	3,58
Amapá	1,21	0,33%	3,71
Amazonas	7,61	2,08%	3,28
Pará	19,67	5,39%	3,61
Rondônia	4,45	1,22%	3,32
Roraima	0,88	0,24%	3,35
Tocantins	3,00	0,82%	2,98
<b>Região Nordeste</b>	<b>125,88</b>	<b>34,49%</b>	<b>2,77</b>
Alagoas	7,89	2,16%	2,94
Bahia	40,59	11,12%	3,21
Ceará	16,75	4,59%	2,49
Maranhão	14,24	3,90%	2,72
Paraíba	8,29	2,27%	2,48
Pernambuco	18,73	5,13%	2,52
Piauí	6,80	1,86%	2,49
Rio Grande do Norte	7,53	2,06%	2,92
Sergipe	5,05	1,38%	3,15
<b>Região Centro Oeste</b>	<b>24,65</b>	<b>6,75%</b>	<b>2,41</b>
Distrito Federal	3,40	0,93%	1,95
Goiás	9,89	2,71%	2,30
Mato Grosso	6,31	1,73%	2,73
Mato Grosso do Sul	5,06	1,39%	2,64
<b>Região Sudeste</b>	<b>129,81</b>	<b>35,57%</b>	<b>2,23</b>
Espírito Santo	8,31	2,28%	2,98
Minas Gerais	36,96	10,13%	2,24
Rio de Janeiro	26,36	7,22%	1,98
São Paulo	58,19	15,94%	1,73
<b>Região Sul</b>	<b>46,19</b>	<b>12,66%</b>	<b>2,07</b>
Paraná	14,29	3,91%	1,64
Rio Grande do Sul	19,79	5,42%	2,07
Santa Catarina	12,12	3,32%	2,51
<b>Total</b>	<b>364,97</b>	<b>100,00%</b>	<b>12,88</b>

Fonte: Coordenadoria de Planejamento em Saúde – Projeto Reforsus

## V. CONCLUSÃO

As seções anteriores reconstituíram o desempenho do sistema de saúde brasileiro nos últimos anos, com o intuito de verificar como foi conduzida a política de saúde pública pelo Ministério da Saúde.

A primeira conclusão deste trabalho é que, mesmo com um esforço para determinar fontes de recursos estáveis, não existe uma regularidade nos repasses de recursos ao Ministério da Saúde, impedindo que haja uma execução orçamentária eficiente e condizente ao longo dos anos.

Esse descompasso entre receita e despesa faz com que a confecção prévia dos orçamentos do sistema de saúde fique prejudicada – uma vez que não é possível determinar antecipadamente a quantidade de recursos que estarão disponíveis – impossibilitando o desenvolvimento contínuo de projetos, que muitas vezes deveriam ser seqüenciais, a fim de melhorar a assistência à população.

A vulnerabilidade desse setor frente aos ciclos econômicos se fez mais nítida no ano de 1998, quando um esforço sério de ajuste fiscal tornou-se afinal inadiável.

O que contribui para a saúde ser tão afetada por ciclos econômicos decorre também do fato de que a União é responsável por contribuir com mais de 70% dos recursos disponíveis para as despesas com saúde, o que torna o sistema de saúde muito dependente do bom andamento das contas federais.

Entretanto, verifica-se também um ponto positivo nesta análise. O esforço de descentralização da Política Nacional de Saúde se mostrou mais evidente a partir de 1998 com a instituição do Piso de Assistência Básica (PAB), delegando maior responsabilidade aos municípios nele habilitados.

A implantação do PAB deve contribuir para a diminuição das enormes disparidades regionais verificadas ao longo dessa análise, uma vez que os repasses estão baseados no número de habitantes dos Estados.

É essa equidade de recursos e assistência à população que o relatório da Organização Mundial de Saúde prega ao afirmar que o impacto das “falhas que ocorrem nos sistemas de saúde é mais severa sobre a população pobre (...) que acaba sendo tratada com menos respeito, tendo menos acesso aos serviços de saúde e, quando este acesso se faz possível, é de baixa qualidade.”

É intenção da OMS utilizar esse guia comparativo, informando o que funciona e o que não funciona em cada sistema de saúde, para facilitar os países a trocarem experiências e com isso ajudarem uns aos outros a melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.

O sistema de saúde brasileiro ocupa a 125ª posição, segundo a OMS, entre os 191 países membros, o que coloca o País em uma situação muito desconfortável frente à sua população. A OMS afirmou que um dos motivos para o Brasil estar mal colocado foi o fato de sua população realizar altos pagamentos privados pela assistência médica, diminuindo a renda disponível das famílias brasileiras.

Talvez, o ponto mais importante levantado pela Organização Mundial de Saúde é que não é o tamanho do gasto com o sistema que o fará funcionar melhor, mas sim como esse gasto é realizado. Neste caso, a OMS cita os Estados Unidos como exemplo, que é o país que gasta a maior proporção do PIB com saúde, mas ficou classificado em apenas 37º lugar.

Fica evidente, portanto, que apesar de todas as dificuldades de financiamento verificado no sistema de saúde brasileiro, é de extrema importância conferir uma maior atenção à distribuição dos recursos disponíveis para que não ocorra sub-utilização e injustiça e, com isso

## VI. BIBLIOGRAFIA

AFFONSO, Rui B.A. e SILVA, Pedro L.B. *Descentralização e Políticas*

*Sociais* – São Paulo: FUNDAP, 1995

AFFONSO, Rui B.A. e SILVA, Pedro L.B. *A Federação em Perspectiva, Ensaio*

*Selecionados.*— São Paulo: FUNDAP, 1996

ARRETCHE, Marta e ROGRIGUES Vicente. *Descentralização de Políticas*

*Sociais* – Brasília: IPEA, 1998.

BARROS, Maria E., PIOLA, Sérgio F. e VIANNA, Solon M. *Política de Saúde*

*no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas* – Brasília: IPEA, 1996

BRASIL, Ministério da Saúde

BRASIL, Secretaria do Tesouro Nacional

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988

GAZETA MERCANTIL, *Panorama Setorial Setor de Saúde*— São Paulo: 1998

JORNAL DO BRASIL, várias edições

O GLOBO, várias edições

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Relatório 2000, sobre os Sistemas

De Saúde, 2000

WORLD BANK. Principles of Health Economics for Developing

Countries – Washington DC: World Bank, 1999