

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**O FINANCIAMENTO FEDERAL DA SAÚDE NO
BRASIL:
TENDÊNCIAS DA DÉCADA DE 1990**

Dissertação de Mestrado

Autora

MARILIA COSER MANSUR

Orientador

NILSON DO ROSÁRIO COSTA

RIO DE JANEIRO

Agosto de 2001

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, Nilson do Rosário Costa, pelas conversas e sugestões para a dissertação, e por sua colaboração no meu aprendizado sobre a saúde pública.

Ao meu co-orientador, Solon Magalhães Vianna, pela gentileza e pelas contribuições neste trabalho.

Vários professores do Mestrado acompanharam os meus passos e ajudaram a entender o setor saúde. Ligia Giovanella e José Mendes Ribeiro, em especial.

À Clarice Melamed, sempre disponível para me ajudar.

Ao Geraldo Biasoto, que está acompanhando a finalização deste trabalho, pela paciência e interesse na leitura do material.

Ana Luiza Viana também contribuiu com sugestões importantes.

Com a Sulamis Dain confirmei que economistas não precisam falar em javanês. José Aparecido, do IPEA, disponibilizou materiais fundamentais para o trabalho.

À Cecília, Marcelo Eduardo, Eduardo, Kátia e todos os demais funcionários da Secretaria Acadêmica da ENSP.

Monica Reis e Edna Almeida “quebraram muitos galhos” ao longo do curso. Agradeço a atenção, a amizade e o carinho.

Marita Beaklini, colega e amiga, compartilhou comigo todos os avanços e dificuldades da construção de uma dissertação.

Aos demais colegas do Mestrado, pessoas especiais.

Ana Paula Gil sempre incentivou o meu trabalho e acabou se tornando uma grande amiga.

Leila e Renata Daniel me acolheram na mudança para o Rio de Janeiro.

Todos os meus amigos, com sua presença, participaram de mais esta etapa da minha vida.

A minha família de forma carinhosa e incansável acompanhou cada dia do desenvolvimento desta dissertação. Minha mãe, Stela Coser, merece um agradecimento especial por incentivar as minhas decisões e participar da minha vida com dedicação e amor.

Com Leda Araújo Coser, minha tia, dividi as angústias e as alegrias para se concluir uma tese. Ela no IFF, eu na ENSP.

Rainelle e Raiza Mansur, minhas irmãs, junto com a Tia Ana, conseguiram entender a minha ausência e comemorar a minha rara presença em Vitória.

O Leo foi um super marido que garantiu amor e felicidade em todos os momentos, além da co-participação na redação, nas leituras e correções.

Luana e Hugo, que tiveram que conviver com tantos livros e papéis, obrigada pela alegria. A família Mesquita e o Adolfo Leite foram muito legais comigo.

Que Deus sempre proteja todos nós.

Dedico este trabalho ao meu pai, Pedro José Mansur, que me ensinou muitas lições de Economia e também me fez enxergar a importância do Social. Foi um professor e um amigo para toda a vida. Agradeço a ele por estar iluminando os meus dias.

Resumo

Este trabalho tem como objeto o estudo do financiamento federal na atenção à saúde e na saúde pública, no período entre 1995 e 2000. Aborda o papel do governo federal no financiamento das políticas do setor e o padrão de financiamento adotado para a implementação do Sistema Único de Saúde.

É analisado o desempenho de cada uma das fontes de recursos para o financiamento do Ministério de Saúde. É analisada a flutuação das fontes ao longo da década de 1990 e demonstrado que o volume de recursos destinados ao setor não sofreu reduções significativas.

O trabalho revela que o período foi marcado pelo conflito entre as orientações para a vinculação e para a desvinculação de fontes para o financiamento do setor.

Palavras-Chave: saúde pública; financiamento governamental; Brasil.

Abstract

This study aims at analyzing the federal funding of public health care in the period between the years 1995 and 2000. It approaches the role of Brazilian federal government in financing health policies and the kind of financing used to implement SUS-- the Unified Health System/ *Sistema Único de Saúde*. The performance of each of the sources of funds to finance the activities of the Ministry of Health is analyzed. Attention is paid to the fluctuation of funding sources during the decade (1990s), demonstrating that the volume of sources destined to the area did not suffer any significant decrease.

The findings of this study reveal that the period was characterized by a struggle between conflicting orientations regarding whether or not earmarking sources for financing the health sector.

Key-Words: public health; government financing; Brazil.

Índice

<u>ÍNDICE</u>	5
<u>LISTA DE SIGLAS</u>	6
<u>LISTA DE TABELAS</u>	7
<u>LISTA DE QUADROS</u>	7
<u>LISTA DE GRÁFICOS</u>	7
<u>APRESENTAÇÃO</u>	9
<u>INTRODUÇÃO</u>	12
<u>CAPÍTULO 1 - OS MEIOS DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE</u>	18
1.1 - COMO FINANCIAR SAÚDE?.....	19
1.2 - O PAPEL DO ESTADO NO FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	22
1.3 - O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NOS PAÍSES: RECURSOS PÚBLICOS E PRIVADOS.....	25
1.4 - A COMPOSIÇÃO DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL E NOS PAÍSES DA OECD.....	27
1.5 - O PAPEL DOS BANCOS DE DADOS SOBRE A SAÚDE E SOBRE OS MEIOS DE FINANCIAMENTO DO SETOR.....	30
<u>CAPÍTULO 2 - PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO BRASIL</u>	34
2.1 - A PREVIDÊNCIA E O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	37
2.2 - O SISTEMA DE SAÚDE NOS ANOS 1970: INÍCIO DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO.....	44
2.3 - OS ANOS 1980: AS TENTATIVAS DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE E O SEU FINANCIAMENTO.....	47
2.4 - CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	53
<u>CAPÍTULO 3 - AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NA DÉCADA DE 1990</u>	58
3.1 - O PADRÃO DE FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE ESTABELECIDO APÓS A CONSTITUIÇÃO DE 1988.....	59
3.2 - O CONTINGENCIAMENTO DE RECURSOS: FSE/FEF/DRU.....	74
3.3 - A VINCULAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE: O PORQUÊ.....	79
3.4 - A EMENDA CONSTITUCIONAL DA SAÚDE - EC Nº 29/00.....	83
3.4 - O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO.....	87
<u>CAPÍTULO 4 - A DESCENTRALIZAÇÃO, OS PROGRAMAS DO SUS E O REPASSE DE RECURSOS</u>	90
4.1 - AS NOBS E O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL.....	91
4.3 - O PAPEL DOS MUNICÍPIOS E O SEU GRAU DE PARTICIPAÇÃO NO FINANCIAMENTO.....	96
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	105
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	109
<u>ANEXOS</u>	117
<u>ANEXO 1</u>	117

Lista de Siglas

AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AIS: Ações Integradas de Saúde
CEME: Central de Medicamentos do Ministério da Saúde
CIB: Comissões Intergestores Bipartite
CIT: Comissões Intergestores Tripartite
COFINS: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF: Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CSLL: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRU: Desvinculação dos Recursos da União
FAS: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FAT: Fundo de Amparo ao Trabalhador
FEF: Fundo de Estabilização Fiscal
FINSOCIAL: Fundo de Investimento Social
FPAS: Fundo de Previdência e Assistência Social
FSE: Fundo Social de Emergência
FUNRURAL: Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias
MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OECD: Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
OMS: Organização Mundial de Saúde
PAB: Piso da Atenção Básica
PPA: Plano de Pronta Ação
PSF: Programa de Saúde da Família
REFORSUS: Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SES: Secretarias Estaduais de Saúde
SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS: Secretarias Municipais de Saúde
SNS: Sistema Nacional de Saúde
SUCAM: Superintendência Nacional de Campanhas Sanitárias
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
UCA: Unidade de Cobertura Ambulatorial

Lista de Tabelas

Tabela 1 – OECD: Gasto Público com Saúde (% do gasto total em saúde_ - 1960-1998.....	29
Tabela 2 – A Receita do INPS: Principais Receitas Correntes – 1967-1976 (% receita total).....	40
Tabela 3 – Saúde, Gasto Federal Consolidado por Fontes (% sobre o total) – 1980-1990.....	49
Tabela 4 – A Receita do SINPAS, por principais fontes, como percentagem da receita total – 1980-1990 (%).....	50
Tabela 5 – Aporte Federal de Recursos para a Saúde – 1980-1997.....	65
Tabela 6 - Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde - 1995-1999 (em R\$ milhões).....	67
Tabela 7 – Financiamento do Ministério da Saúde – 1993-2000 (% sobre o total).....	71
Tabela 8 – Receitas do Tesouro, segundo a classificação econômica – 1998-2000 (valores nominais – R\$ milhões).....	72
Tabela 9 – Arrecadação da CPMF, transferência da CPMF para a Saúde e Participação do FEF – 1998 (em R\$ milhões).....	76
Tabela 10 – Percentuais-referência para o cumprimento da Emenda Constitucional nº29/00.....	86
Tabela 11 – Receita Fiscal dos Níveis de Governo – Brasil – 1960-1999.....	88
Tabela 12 - Situação de habilitação dos municípios segundo as condições de gestão da NOB/SUS – 01/96 – (posição em dezembro de 2000).....	99
Tabela 13 – Participação dos Municípios Analisados pelo SIOPS, por faixa de população e percentagem sobre o total – 1998.....	100
Tabela 14 – Participação dos Municípios no Financiamento das Ações de Saúde no Brasil – 1998.....	102

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Aporte Federal de Recursos para a Saúde – 1980-1997	64
Gráfico 2 – Execução Orçamentária do Ministério da Saúde – por “natureza da despesa” (GND) – 1995-2000, dados empenhados - % sobre o total	66
Gráfico 3 – Gráficos de Receita Fiscal Líquida dos Níveis de Governo – 1960-1998	88

Lista de Quadros

Quadro 1 – Órgãos Responsáveis pelo Financiamento da Saúde.....	19
Quadro 2 – As Formas de Financiamento da Saúde no Brasil nos Anos 1990.....	20
Quadro 3 – Classificação dos Sistemas de Saúde da OECD de acordo com a principal forma de financiamento e principal prestador de serviços.....	26
Quadro 4 – As Fontes de Financiamento da Saúde nº1 – Recursos Ordinários da União.....	36
Quadro 5 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº2 – Contribuição Social de Empregados e Empregadores para a Previdência Social nos Anos 70 e 80.....	41
Quadro 6 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº3 – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).....	43
Quadro 7 – O Sistema de Saúde no Brasil na Década de 70.....	46
Quadro 8 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº4 – Contribuição do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL).....	49
Quadro 9 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº5 –Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).....	61
Quadro 10 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº6 – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido.....	62
Quadro 11 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº7 – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF)	68
Quadro 12 - As Fontes de Financiamento da Saúde nº8 – Desvinculação de Recursos da União (DRU)	76
Quadro 13 – Receitas Destinadas ao Fundo de Estabilização Fiscal (FEF)	78
Quadro 14 – Fatores Presentes na Discussão do Financiamento do SUS	89

Apresentação

Nas duas últimas décadas, e especialmente a partir da Constituição de 1988, tem havido uma série de discussões por parte dos profissionais da saúde e dos gestores sobre a reforma do setor saúde, a qual deve acontecer por meio da busca de maior racionalidade e eficiência e, ao mesmo tempo, de atenção às reivindicações sociais de universalização da cobertura e do atendimento. Entendo que o financiamento da saúde seja uma variável essencial e intrínseca a esse processo, e que a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil - o SUS -, sua organização e gestão estão sujeitos à incógnita que é, para mim e para tantos pesquisadores, a viabilização regular e satisfatória de recursos financeiros para a saúde, no Brasil.

A questão do financiamento é variável imprescindível no processo de implementação de políticas sociais no país. Não basta haver um novo modelo de atenção à saúde, uma nova forma de organizar a oferta de serviços públicos de saúde e a tentativa de se legitimar as propostas da Constituição de 88. Em todas as discussões e tomadas de decisão acerca do setor saúde no Brasil, seja quanto à municipalização da gestão, seja quanto à relação público/privado da oferta e do atendimento, deve ser resguardada a relação de dependência daquelas com uma base de financiamento bem definida e estruturada, que garanta estabilidade à execução das políticas.

Neste texto, apresento uma caracterização deste padrão de financiamento da saúde no Brasil pelo governo federal nos últimos anos, mostrando as restrições e os avanços do setor. Em 1999, quando ingressei no curso de Mestrado, buscava conhecer o orçamento que possibilitava a implementação do Sistema Único de Saúde. Acompanhava as decisões das políticas de saúde, as mudanças que vinham acontecendo com a implementação das Normas Operacionais Básicas da saúde e não encontrava informações sobre a origem dos recursos, a estabilidade orçamentária do setor, e a participação de cada nível de governo no financiamento.

O fortalecimento das discussões sobre a necessidade de se vincular recursos para a saúde, ao longo dos anos 90, e a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 aumentaram meu interesse. Neste trabalho, exploro a questão do financiamento público da saúde no Brasil, com ênfase no papel da União e no aumento da participação dos Municípios, e busco respostas para as três hipóteses citadas abaixo:

- Na década de 1990, o setor saúde foi muito afetado pela política monetária e pela estabilidade inflacionária?
- Após a Constituição de 1988, houve redistribuição dos papéis dos níveis de governo devido ao novo pacto federativo estabelecido? Como foi estabelecida a participação do nível federal no financiamento público da atenção à saúde? A descentralização tirou poderes da União?
- As políticas de saúde foram afetadas por oscilações nas fontes de financiamento e no volume de recursos direcionados ao setor, na década de 1990?

O texto foi desenvolvido em torno dessas questões e está dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, mostro como é possível financiar sistemas de saúde, apresentando a composição das receitas e das instituições envolvidas no financiamento e a importância deste financiamento. O capítulo dois trata da estrutura da atenção pública à saúde no Brasil ao longo do século XX, com as modificações ocorridas ao longo das décadas e da criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988.

No terceiro capítulo, são identificadas as fontes que têm sido utilizadas para financiar a atenção à saúde e é apresentada a questão da vinculação de recursos para o setor. No quarto e último capítulo, o processo de descentralização política do sistema de saúde é apresentado sob o enfoque do padrão de financiamento.

O trabalho foi desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica do tema e da análise de bancos de dados da saúde e do orçamento do Brasil. A principal fonte de dados consultada foi o banco de dados sobre o Orçamento da União

criado pela Câmara dos Deputados (a partir de dados do SIAFI/SIDOR) por conter maior volume de informações, com dados atualizados e abrangentes e permitir a construção da série histórica incluindo vários anos da década de 1990. Dados sobre programas específicos e sobre o processo de descentralização do setor saúde foram coletados no Ministério da Saúde ou na homepage do DATASUS. Os dados agrupados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS - também foram utilizados, embora o percentual de Municípios que enviou informações ainda não seja significativo (menos de 30% do número total de Municípios). O SIOPS será um grande instrumento para a avaliação do financiamento do setor saúde quando estiver mais completo, com dados de mais Municípios.

Introdução

Este trabalho apresenta uma análise do financiamento público do setor saúde no Brasil atualmente, em especial do financiamento federal. O estudo propõe um acompanhamento na forma de financiamento do setor saúde ao longo dos anos 90, principalmente delimitada pelas alterações trazidas pela Constituição de 1988, acrescidas das Normas Operacionais Básicas e da Emenda Constitucional que vinculou recursos para o setor.

O trabalho caracterizará o financiamento da saúde nos anos 90, principalmente na segunda metade da década, período marcado por uma política de estabilização da economia brasileira – estabilização da inflação e controle monetário. Nestes anos, houve uma intensificação do processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a questão do financiamento tornou-se ponto crucial para permitir esta implementação.

A abordagem da questão da saúde neste trabalho concentra-se no conceito de saúde enquanto atenção à saúde: individual e coletiva. Uma grande parcela do financiamento do Ministério da Saúde, que será mostrado neste trabalho, destina-se à atenção ambulatorial e hospitalar. Uma parcela menor destina-se ao ensino e pesquisa, como por exemplo o financiamento da Fundação Oswaldo Cruz.

Para financiar o sistema público de saúde, no Brasil, surgiram propostas de alteração da legislação no tocante ao aporte de recursos (propostas de emenda constitucional criadas por deputados no Congresso Nacional visando a vinculação de recursos para o setor) – tendência que avançou à medida que ampliou-se a discussão sobre uma possível reforma tributária no país. Até o final da década de 90, a atenção à saúde (atenção ambulatorial e hospitalar públicas) já havia sido desvinculada da Previdência (extinção do INAMPS) e já se efetivava um amplo processo de descentralização do setor a partir, principalmente, da implementação das Normas Operacionais Básicas do SUS de 1993 e 1996.

É interessante uma análise deste porte, porque apresenta um estudo da tendência do financiamento do setor saúde na segunda metade da década de 90, permitindo uma compreensão das mudanças ocorridas no ano 2000, quando foi aprovada a vinculação de recursos para o setor, embora não tenha sido alterada a legislação tributária do país.

No Brasil, o financiamento público federal da saúde tem se caracterizado por acompanhar a situação econômica do país e as conseqüentes alterações nas políticas sociais por ela geradas. Algumas tendências das políticas de saúde no país têm paralelo em mudanças internacionais. Ao longo do século XX, a atenção à saúde no Brasil foi marcada por diferentes modelos de atenção e é importante avaliar se há relação entre o desenvolvimento das políticas de saúde e a conjuntura econômica do país.

No início do século, as campanhas sanitárias foram o maior foco de atenção da saúde pública; as políticas sociais mostravam grande preocupação com uma melhoria do padrão sanitário das cidades. Com a urbanização, ampliação da divisão do trabalho e a criação de todo o arcabouço jurídico-trabalhista, a atenção individual pública de saúde passou a atender principalmente às categorias profissionais reconhecidas por lei. Esta característica corporativa da atenção à saúde no Brasil ficou restrita somente aos trabalhadores do mercado formal até os anos 60. Da década de 1960 em diante houve uma mudança na política do país, e as políticas públicas na área da saúde voltaram-se para uma maior inclusão da população em geral, com extensão da cobertura.

Nos anos 70 e 80, o Ministério da Saúde tornou-se mais atuante no desenvolvimento de políticas de saúde para a população. Foram criados programas voltados para a extensão da cobertura e para a descentralização da atenção à saúde, tanto no âmbito do Ministério da saúde quanto pelo INAMPS. As características atuais do sistema público de saúde no Brasil foram determinadas pela Constituição Federal de 1988.

A Constituição de 1988 reproduziu um avanço de demandas políticas e sociais dos anos 80, propondo um sistema de proteção social que reformulava e transformava toda a organização do setor saúde. Este sistema especificado na Constituição foi denominado Sistema Único de Saúde – SUS. O modelo de atenção à saúde, de acordo com os preceitos constitucionais, passaria a ser universalista, prevendo uma maior equidade na distribuição dos serviços e na atenção a toda a população.

O Ministério da Saúde fazia parte da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, para a qual foi criado um orçamento específico, o Orçamento da Seguridade Social. Este Orçamento integraria o Orçamento Geral da União. O objetivo era que houvesse uma arrecadação única para os programas sociais, baseada principalmente nas receitas das contribuições sociais e o volume total de recursos possibilitaria o desenvolvimento das políticas sociais previstas na Constituição.

De acordo com a nova Constituição, o Orçamento Geral da União (OGU) é formado por três orçamentos distintos – o fiscal, o da seguridade social e o de investimento das estatais. Foi estabelecida uma nova forma de partilha constitucional de recursos e foram determinados novos critérios para as transferências públicas de recursos para Estados e Municípios. O Ministério da Saúde que anteriormente era financiado principalmente com recursos do orçamento fiscal (e dos fundos “extra-fiscais” como o Finsocial), passou a ser financiado principalmente pelos recursos do Orçamento da Seguridade Social.

Apesar do projeto da Constituição de criar programas que possibilitassem uma maior inclusão da população nas políticas sociais permitindo a incorporação de demandas sociais, a implementação destes preceitos foi dificultada pela estrutura do sistema tributário brasileiro.

Nos primeiros anos da década de 90, o equilíbrio do orçamento foi dificultado pela inflação elevada e instabilidade das políticas e pelas perdas reais no repasse das dotações orçamentárias. O processo inflacionário gerava efeito corrosivo sobre o orçamento público. Havia contingenciamento, atraso nos repasses de recursos e realocação de verbas que dificultavam a produção de dados quantitativos sobre o financiamento público.

A implementação das políticas públicas é atingida quando há instabilidade no processo orçamentário porque, principalmente em contexto de ajuste da economia, sempre existe o conflito entre a satisfação das demandas (sociais e dos demais setores) e a necessidade de equilíbrio das contas públicas. Mudanças nas fontes de financiamento e na alocação de recursos na economia influenciam o comportamento do setor saúde e o seu financiamento.

No início dos anos 90, a necessidade de financiamento da Previdência Social cresceu muito e houve uma desvinculação das receitas da contribuição sobre a folha de salários do financiamento da saúde. Esta contribuição passou a financiar exclusivamente a Previdência, gerando déficit orçamentário no Ministério da Saúde.

O nível de flutuação das fontes de financiamento das políticas de saúde produziu inquietações no setor, haja vista a necessidade de se garantir recursos específicos para o setor, dado o ambiente de disputas e incertezas. Para que o setor saúde garantisse um aporte de recursos estável no futuro era conveniente a aprovação de recursos orçamentários para o setor, dentro da reforma tributária ou por meio de lei específica.

Por este motivo, o setor saúde mobilizou-se para tentar aprovar no Congresso Nacional mudanças que o beneficiassem e vinculassem recursos para a saúde, diminuindo o grau de incerteza e instabilidade quanto ao financiamento. Nos anos 90 foram discutidas diferentes propostas de emenda à Constituição (PECs) visando a vinculação de receita para o setor saúde, criadas por representantes de diferentes partidos no Congresso Nacional. Após um longo processo de negociações e votações no Congresso, foi aprovada, enfim, em agosto de 2000, a Emenda Constitucional EC nº 29/00, vinculando recursos para o setor saúde.

A análise do período 1995-2000 permite uma avaliação de tendência do setor saúde, que mostrará a realidade do setor pós-Constituição de 88, em período de controle monetário e estabilidade inflacionária¹, portanto permitindo um melhor acompanhamento da implementação dos preceitos constitucionais. Este período também mostra o comportamento do setor saúde após a desvinculação com a Previdência. O INAMPS foi formalmente extinto em 1993 e desde 1994 a Contribuição sobre a Folha de Salários deixou de ser fonte de financiamento da saúde.²

¹ Inflação baixa, se comparada aos registros anteriores do país, marcados por até períodos de hiperinflação.

² Também foi a partir de 1995 que o governo federal passou a sistematizar informações sobre o Orçamento da União, divulgando os dados em um banco de dados com séries para todos os anos, de 1995 a 2000.

Com este afastamento saúde/previdência, o setor saúde registrou nos anos seguintes, o período de maior crise na titularidade do financiamento. Também registrou-se no período o aparecimento dos Fundos de Emergência – Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e Desvinculação de Receitas da União (DRU).

Na área social, a responsabilidade sobre o gasto social é sempre vista como um comprometimento do Estado com a proteção social e com a área social. O setor saúde terá uma análise do comportamento do seu financiamento no presente trabalho, permitindo a construção de uma série histórica do financiamento do setor e buscando determinar o comportamento dos repasses de recursos da União para a saúde.

A análise da estrutura do financiamento do setor saúde e de seu espaço no processo orçamentário do país oferece uma base de informação muito importante para o processo de decisão – desenho, formulação, desenvolvimento e ajustes – quanto à alocação intersetorial de recursos, à relação entre despesa pública e privada, ambulatorial e hospitalar, e repartição com os níveis subnacionais. O padrão de financiamento é pressuposto básico para uma análise da intervenção governamental no setor.

Capítulo 1 - Os Meios de Financiamento da Atenção
à Saúde

1.1 - Como financiar saúde?

O financiamento do setor saúde, principalmente quando baseado essencialmente em recursos públicos, sofre influência do quadro econômico dos países. As decisões políticas, as crises econômicas, as oscilações no nível de arrecadação fiscal (quando o sistema de saúde depende do orçamento fiscal) ou no nível de arrecadação das contribuições de trabalhadores (quando o sistema depende de recursos previdenciários) alteram o volume de recursos destinados ao setor. O maior ou menor grau de influência da economia nos recursos da saúde depende principalmente de quais são as fontes de financiamento do setor.

Os recursos que financiam a saúde são administrados por diferentes órgãos do setor público e do setor privado. O número de órgãos responsáveis pelo financiamento de ações e serviços de saúde depende das políticas desenvolvidas em cada país. Griffiths e Mills (1984) citam diversos órgãos públicos e organizações privadas que podem administrar o financiamento da saúde, como, por exemplo, os diferentes ministérios do governo federal do país, os governos locais, as entidades religiosas, os pagamentos diretos da população, recursos externos e outros.

QUADRO 1 - Órgãos responsáveis pelo financiamento da saúde

I – FINANCIAMENTO PÚBLICO

a) Ministérios de:

Saúde, Seguridade Social, Transportes, Comunicações, Desenvolvimento Rural, Minas e Energia, Indústria e Comércio, Educação, Interior, Relações Externas, Defesa e outros

b) Governos Locais:

Regiões, Estados, Municípios, Conselhos

c) Outras Agências Públicas:

Utilidade Pública, fornecendo água e/ou condições sanitárias, etc.

Empresas estatais

Seguro de Saúde compulsório

II – ORGANIZAÇÕES RELIGIOSAS

III – FINANCIAMENTO PRIVADO

a) Indústria

b) Pagamentos Diretos em:

- Atendimento ambulatorial ou hospitalar em órgãos públicos ou privados

- Atendimento médico particular

c) Planos ou Seguros de Saúde

IV – FINANCIAMENTO EXTERNO: ajuda externa e cooperação técnica bilateral ou multilateral.

Fonte: elaboração própria a partir de tabela apresentada em Griffiths e Mills (1984)

As possibilidades mostradas no quadro acima permitem variadas composições para o financiamento da saúde nos países. No conjunto dos órgãos ligados à saúde, no entanto, pode-se discriminar aqueles que financiam especificamente ações de *atenção à saúde*, como pode-se ver no quadro dos componentes que financiam a atenção à saúde no Brasil. No Brasil, o financiamento total da *atenção à saúde*, tanto público como privado, é distribuído entre vários órgãos, sendo que há, em cada um deles, uma diferente forma de participação no financiamento. O quadro abaixo discrimina esses órgãos e como eles provêm recursos para o setor saúde:

QUADRO 2 AS FORMAS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL NOS ANOS 90	
FINANCIAMENTO PÚBLICO	
<ul style="list-style-type: none"> • MINISTÉRIO DA SAÚDE → recursos dos orçamentos fiscal e da seguridade social • SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE → recursos fiscais próprios, transferências do Fundo Nacional de Saúde e Fundo de Participação dos Estados (descontados os recursos que são transferidos aos Municípios) • SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE → recursos fiscais próprios, transferências do Fundo Nacional de Saúde, do Fundo Estadual de Saúde e do Fundo de Participação dos Municípios. • CONVÊNIOS INTERNACIONAIS (REFORSUS) → contratos com organismos internacionais. • OUTRAS FONTES → pagamento de planos de saúde dos servidores; falha no ressarcimento ao governo dos serviços por Estados a pacientes com planos privados de saúde; subsídios aos investimentos e à prática médica privada; dedução no pagamento do Imposto de Renda de parcela gasta em tratamentos de saúde. 	
FINANCIAMENTO PRIVADO	
<ul style="list-style-type: none"> • PAGAMENTO DIRETO • SISTEMA SUPLETIVO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA: <ul style="list-style-type: none"> - MEDICINA DE GRUPO → pré-pagamento de serviços por Estados; - COOPERATIVAS MÉDICAS → pré-pagamento de serviços por Estados; - SEGURO SAÚDE → fundo coletivo constituído pelas parcelas mensais pagas (de acordo com o valor contratado); - AUTOGESTÃO → contribuições compulsórias dos trabalhadores mais recursos das empresas patrocinadoras (pública ou privada) - PLANOS DE ADMINISTRAÇÃO → fundos criados através de contribuição compulsória de terceiros. 	

Fonte: elaboração própria.

No caso do Brasil, em que o setor saúde é financiado por um grande percentual de recursos públicos, o impacto da economia no financiamento do setor vai depender dos parâmetros de decisão sobre a parcela do orçamento do governo que cabe ao setor e da alocação intersetorial dos recursos do governo. Ou seja, as decisões orçamentárias do governo federal têm papel

fundamental na determinação dos recursos para a saúde. O arranjo do governo para financiar o setor saúde nos níveis federal, estadual e municipal também influenciam o seu financiamento. (OMS, 1992)

A conceituação do que é despesa em saúde é difícil e não há uma visão única no Brasil e nos demais países sobre o assunto. A Constituição de 1988 considera como despesas em saúde todas as ações e serviços públicos de saúde que visem a promoção, a proteção e a recuperação, incluindo aí ações de assistência médica, produzir medicamentos, executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, formular políticas e executar ações de saneamento básico, fiscalizar e inspecionar alimentos, e outros.³

O conceito de despesa em saúde é complexo, variável, mas o Banco Mundial sugere uma abordagem que aproxima as definições de despesa com saúde entre os países, facilitando as comparações internacionais. Há muitos países que definem as despesas em saúde como sendo todas as despesas que têm como objetivo principal melhorar e prevenir a deterioração da saúde, do “health status”. (World Bank, 2001).

Esta afirmação não se mostra suficiente para explicar o conceito, e o próprio Banco chama a atenção para a dificuldade de se determinar os limites, as fronteiras do conceito. A definição dos limites dos gastos em saúde é difícil e, com isso, acaba envolvendo decisões arbitrárias. (idem) O ensino de saúde, por exemplo, normalmente é classificado como despesa do setor educação. Para o Banco, a divisão entre o que é saúde e o que são outros serviços sociais - como o atendimento domiciliar - tem sido sempre um grande problema. (idem)

O Banco Mundial inclui nas despesas em saúde todos os serviços de saúde preventivos e curativos para atendimento individual e aqueles voltados para a saúde pública, beneficiando a população em geral. Também inclui alguns programas com impacto direto sobre o “health status”, como programas de planejamento familiar, de nutrição e de educação em saúde. Não são considerados os programas que afetam “indiretamente” a saúde, como saneamento e outros. (World Bank, 1995)

³ Constituição de 1988, arts. 196 a 200.

A Organização Mundial de Saúde - OMS, como já dito anteriormente, considera todas as ações que visem a melhoria do status da saúde, independente da instituição ou do órgão que executou tal programa.

A OECD considera como despesas totais em saúde as despesas com hospitais, médicos, medicamentos, pesquisas biomédicas, saúde pública, administração, infra-estrutura e outros serviços. (Anderson e Poulter, 1999:191)

Le Grand (1985) subdivide as despesas do governo em saúde focalizando os serviços de assistência médica à população, principalmente hospitalares. As categorias são: hospitais, serviços farmacêuticos, serviços dos médicos de família e serviços de saúde gerais. Neste caso, portanto, o autor focaliza seu estudo da saúde para as despesas em atenção à saúde.

Estas diferentes interpretações do que é saúde, restringindo-se ou não à atenção à saúde, e do que é considerado como despesa com saúde influenciam nas análises do financiamento do setor, principalmente quando há comparações entre os dados dos países. Os sistemas de informação do setor saúde não são padronizados e os critérios adotados para as construções dos bancos de dados são muito variados. No caso do presente trabalho, há uma maior preocupação em avaliar o financiamento da atenção à saúde, considerado aqui como ponto-chave do processo de implementação do Sistema Único de Saúde.

1.2 - O papel do Estado no financiamento dos sistemas de saúde

O papel do Estado nas economias varia ao longo da história, tanto em termos do grau de participação quanto dos setores-alvo das ações governamentais. Todos os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD) tiveram um grande aumento da participação do governo na economia das décadas de 1960 e 1970, aumentando o gasto público para além de 1/3 do PIB em cada país.

O pensamento do pós-ssegunda guerra de reestruturação dos Estados teve um grande impulso com a situação econômica estável dos países nas décadas de 60 e 70, estimulando o grande crescimento do gasto público, e o incremento das ações voltadas para o Welfare State. Acreditava-se no impacto positivo que a ampliação da participação do Estado teria para o crescimento econômico em geral. Com isso, buscava-se ampliar o tamanho dos Estados, principalmente para consolidar ideais de equidade social e de melhor qualidade de vida. Havia grande preocupação dos países com a redistribuição de renda (Tanzi, 1997)⁴

Nos anos 70, no entanto, houve uma queda no desempenho da economia, não sendo atingidas as metas previstas de crescimento.⁵ Por vários motivos, nos anos 70 e 80 estava em xeque o grau de importância da alta participação do governo para as economias. Os países da OECD passaram a preocupar-se com a necessidade de contenção do crescimento do Estado. Este crescimento começou a ser visto como um obstáculo para a dinamização do setor privado, prejudicando, portanto, o desenvolvimento das economias. (OECD, 1985:12)

Segundo Tanzi, neste período confirmou-se que os resultados das décadas de elevada intervenção estatal não alcançaram as expectativas iniciais: a grande intervenção estatal não melhorou a alocação dos recursos; não promoveu maiores taxas de crescimento; não gerou uma melhor distribuição de renda e nem garantiu um ambiente econômico mais estável. (Tanzi, 1997: 15)

No período de crescimento da economia, os governos desenvolveram programas sociais que geravam despesa não só de curto prazo como também de longo prazo, e os benefícios concedidos teriam que ser cumpridos mesmo se houvesse uma redução do crescimento da economia, que foi exatamente o que aconteceu nos anos 70. Os benefícios não poderiam mais ser financiados com uma economia sem previsão de retorno ao crescimento. Com despesas inflexíveis, muitos governos tiveram a árdua tarefa de escolher entre aumentar

⁴ Segundo Tanzi, o aumento das despesas em saúde e em educação eram justificadas em termos de seus resultados positivos para a redistribuição de renda. Mesmo assim, o próprio autor afirma que havia grande diferença entre o discurso e a prática da redistribuição de renda: os efeitos redistributivos favorecendo os pobres estavam mais no discurso do que na prática, porque a redistribuição de renda favorecia mais a classe média do que os pobres. (Tanzi, 1997:10)

⁵ A economia internacional foi afetada com o colapso do sistema de taxas fixas de câmbio, com o boom dos preços dos alimentos e, por fim, com a 1ª crise do petróleo de 1973. (OECD, 1985:12)

impostos (gerando insatisfação no eleitorado) ou aumentar os empréstimos (aumento de dívida). Para a OECD, as duas possibilidades ofereciam problemas porque havia o risco de afetarem negativamente a alocação de recursos e o crescimento econômico.(OECD, 1985:13)

Além do crescimento do Estado nas décadas de 60 e 70, houve também uma mudança no direcionamento dos programas. O setor saúde não tinha sido prioridade nas décadas anteriores. No pós-guerra, a atenção dos governos esteve voltada para a defesa, a administração pública e a reestruturação econômica. Nos anos 60 e 70, volta-se para a consolidação do Welfare State, com maiores investimentos em educação, saúde e melhoria do nível de renda da população.

O crescimento dos gastos dos governos da OECD de 20 % para 47% do PIB priorizou estas áreas. E a forma do gasto mudou de gastos no consumo final e em bens de capital para transferências em forma de subsídios, benefícios da seguridade social, ações de assistência social e pagamentos de juros da dívida do governo. Houve grande queda dos gastos do governo com investimentos.

Entre 1960 e 1975, tanto na educação como na saúde, o aumento dos benefícios à população significou 2/3 do aumento do gasto real dos países. O 1/3 restante aumentou por crescimento demográfico (mais estudantes na educação e mais pacientes na saúde) e por ampliações de cobertura. De 1975 em diante, no entanto, houve uma queda dramática do gasto real em saúde e educação devido alguns fatores: 1) o crescimento demográfico havia diminuído de escala e já não pressionava mais ; 2) a demanda por ampliação de cobertura também diminuiu; 3) e, principalmente, porque houve uma grande queda do crescimento dos benefícios reais oferecidos à população. (OECD, 1985)

A OECD chama a atenção para os contornos políticos das decisões sobre a estrutura tributária do país e sobre o padrão de arrecadação. Segundo a Organização, normalmente a estrutura tributária reflete mais o poder e a influência dos *constituencies* do que a busca de equidade e eficiência. A estrutura fiscal criada no país, a incidência maior dos impostos e o seu padrão de alocação dos recursos sendo delineados por interesses políticos não garantem que as políticas sociais sejam sempre contempladas de forma digna.(OECD, 1985:20)

O papel desempenhado pelo governo e as prioridades criadas nos programas políticos dependem das decisões dos grupos de interesse e das demandas existentes. No caso da saúde, vários fatores influenciaram a tomada de decisão e a definição de políticas e programas ao longo do século XX.

1.3 - O financiamento dos sistemas de saúde nos países: recursos públicos e privados

O financiamento da saúde nos países pode ser formado por diferentes composições entre privado, público e “paraestatais”. Neste texto, eu adoto o critério utilizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e pelo Banco Mundial, que tratam as despesas das agências internacionais (“paraestatais”) como sendo despesa do governo, pública. Na comparação de dados, o Banco Mundial define o financiamento público como aquele formado pelos recursos do governo e das agências e o financiamento privado sendo formado pela soma das despesas individuais, dos seguros de saúde, de empresas, e de entidades filantrópicas. (Banco Mundial, 1995:6) No caso do Brasil, é difícil separar/identificar o financiamento destas entidades filantrópicas, muitas vezes dependentes diretas do financiamento do governo.

Os sistemas de saúde, no intuito de ampliar cobertura para a população dos países, têm se financiado com recursos públicos, privados, ou um mix dos dois. São três modelos de financiamento claramente identificados. Há países onde o financiamento é basicamente feito com receita de impostos; em outros, há arrecadação de contribuição de empregados e empregadores para um sistema de seguridade social que financia a saúde; e há, ainda, locais onde é forte a participação do setor privado no financiamento, cabendo ao Estado papel residual.

Na OECD, há uma grande variação das formas de financiamento dos sistemas de saúde dos países. Os países diferenciam-se nas formas de financiar a atenção à saúde e na forma da prestação dos serviços. No Quadro 3 é

mostrado o tipo de financiamento de cada um dos países da Organização e o tipo de prestador para os serviços:

QUADRO 3 - Classificação dos sistemas de saúde da OECD de acordo com a principal forma de financiamento e principal prestador de serviços

QUADRO 3		
PAÍS	FINANCIAMENTO	PRESTADOR
BÉLGICA FRANÇA ALEMANHA AUSTRIA JAPÃO LUXEMBURGO	Seguro social	Mix público/privado
HOLANDA	Mix seguro social/privado	Privado
IRLANDA ESPANHA REINO UNIDO DINAMARCA FINLÂNDIA GRÉCIA ISLÂNDIA PORTUGAL NORUEGA SUÉCIA	Recursos fiscais	Público
CANADÁ	Recursos fiscais	Privado
EUA SUÍÇA	Seguro voluntário	Privado
ITÁLIA	Seguro social/recursos fiscais	Público
AUSTRÁLIA NOVA ZELÂNDIA	Recursos fiscais	Mix público/privado
TURQUIA	Não há fonte predominante	Mix público/privado

Fonte: OECD (1999)

Há um grande número de países na OECD que têm um financiamento da saúde baseado essencialmente nos recursos fiscais . O fato do financiamento ser público não interfere na forma de prestação, que tanto pode ser pública como privada. Mas no caso da OECD, na maioria dos países em que o financiamento baseia-se em recursos fiscais, a prestação dos serviços também é pública.

De acordo com a OMS (OMS, 2000:13), é possível encontrar os modelos mais puros nos países mais ricos e um mix dos tipos de financiamento maior nos países de renda média, principalmente na América Latina, podendo haver uma combinação de dois ou até dos três tipos.

1.4 - A composição do financiamento público da saúde no Brasil e nos países da OECD

O financiamento público no Brasil é composto por receitas provenientes de impostos e contribuições sociais, recolhidos pela União e por Estados e Municípios, além de recursos provenientes de empréstimos junto a agências multilaterais, como o Banco Mundial. O tipo de fonte que financia o setor não é uniforme. Em alguns momentos, impostos da União agrupados na fonte “Recursos Ordinários da União” tiveram grande destaque. Em outros momentos, as contribuições sociais sobre a folha de salários tiveram maior participação.

Com a criação do Finsocial/Cofins, recursos que incidiam sobre o faturamento das empresas passaram a ser os grandes financiadores do Ministério da Saúde. Nos anos 90, surgiram os fundos de desvinculação de receita, criados para dar maior flexibilidade ao governo na alocação de recursos, que também tiveram parte de sua receita repassada à saúde. A última contribuição criada foi a CPMF, incidindo sobre as movimentações financeiras, e que junto com outras fontes, compõe o formato atual do financiamento do Ministério da Saúde no Brasil

A receita destinada ao setor saúde deve ser arrecadada dentro de um sistema fiscal bem estruturado e eficiente. Segundo Tanzi, um setor público de qualidade deve ter um sistema fiscal eficiente e um nível de gasto que minimize a ineficiência. Mais do que isso, o setor público precisa de um orçamento adequado. Ou seja, não basta haver eficiência na alocação de recursos; é importante que o orçamento para o setor seja bem definido, suficiente e adequado ao financiamento da saúde:

“a public sector of high quality requires an efficient tax system and an expenditure system that minimizes inefficient and unproductive spending. It also requires a budget large enough to allow the state to perform its role in a satisfactory way.”⁶ . (Tanzi, 2000:4)

⁶ Grifo meu.

Os recursos orçamentários repassados para as instituições públicas devem ser usados de forma a maximizar sua taxa social de retorno. E, desta forma, quanto melhor a qualidade do setor público, maiores as chances de haver equidade, questão fundamental a ser sempre buscada pelo Estado. (Tanzi, 2000:22)

Muitos países desenvolvidos têm passado por reformas no setor saúde ao longo das últimas décadas, visando modificar a sua estrutura, principalmente no que tange aos seguintes pontos: o nível de gasto, o grau de equidade alcançado e o aumento da eficiência. Os principais motivos para as mudanças têm sido as rápidas transformações tecnológicas para a saúde, o aumento das demandas e das expectativas da população dos países e os custos crescentes.

Os países da OECD têm buscado conter o crescimento dos gastos em saúde, controlando o grau de participação da saúde no PIB dos países. Os governos têm priorizado a manutenção dos gastos médicos em níveis razoáveis, sem deixar de prestar serviços de qualidade para a população. (Imai, 2000:5) Os governos tentam redesenhar os mecanismos de provisão e de pagamento dos serviços buscando garantir a equidade e a justiça social. (Lucas, 1999:1)

O diferencial desses países da OECD para o Brasil é o estágio de desenvolvimento das políticas de saúde nos países no momento em que se começou a incentivar a redução do gasto no setor. Os países já contavam com um sistema de saúde bem estruturado quando precisaram pensar em frear o crescimento e o volume de recursos alocados ao setor. No Brasil, o SUS tem sido implementado dentro do paradoxo da necessidade de universalização do sistema e de criação de um padrão adequado de atenção à saúde para a população, associada à necessidade de racionalização do sistema.

A participação do setor público no financiamento da saúde dos países da OECD é muito marcante. A busca de racionalização dos gastos e de redução do papel do Estado no setor saúde tem como contraponto a manutenção de um elevado grau de participação do Estado no setor, em muitos países da OECD. Na maioria deles, o gasto público em saúde representa mais de 80 % do gasto total do setor, como mostra a tabela abaixo:

TABELA 1 - OECD: gasto público com saúde (% do gasto total em saúde) - 1960-1998

PAÍS	1960	1970	1980	1990	1998
ALEMANHA	-	72,8	78,7	76,2	74,6
AUSTRÁLIA	47,6	67,4	62,5	67,4	69,3
ÁUSTRIA	69,4	63,0	68,8	73,5	70,5
BÉLGICA	61,6	87,0	83,4	88,9	89,7
CANADÁ	42,7	70,2	75,6	74,6	69,6
CORÉIA DO SUL	-	1,7	20,7	36,6	45,8
DINAMARCA	-	-	87,8	82,6	81,4
ESPAÑA	58,7	65,4	79,9	78,7	76,9
ESTADOS UNIDOS	23,3	36,4	41,2	39,6	44,7
FINLÂNDIA	54,1	73,8	79,0	80,9	76,3
FRANÇA	57,8	74,7	78,8	76,9	76,4
GRÉCIA	48,8	42,6	55,6	62,7	56,8
HOLANDA	-	-	71,1	68,7	70,4
HUNGÁRIA	-	-	-	80,8 a	76,5
INGLATERRA	85,2	87,0	89,4	84,2	83,7
IRLANDA	76,0	81,7	81,6	71,7	75,8
ISLÂNDIA	76,7	81,7	88,2	86,5	84,3
ITÁLIA	83,1	86,9	80,5	78,1	68,0
JAPÃO	60,4	69,8	71,3	77,6	78,3
LUXEMBURGO	-	88,9	92,8	93,1	92,3
MÉXICO	-	-	-	58,8	60,0 b
NORUEGA	77,8	91,6	85,1	83,3	82,8
NOVA ZELÂNDIA	80,6	80,3	88,0	82,4	77,1
POLÔNIA	-	-	-	91,7	73,3
PORTUGAL	-	59,0	64,3	65,5	66,9
REP. TCHECA	-	96,6	96,8	96,2	91,9
SUÉCIA	72,6	86,0	92,5	89,9	83,8
SUIÇA	61,3	63,9	67,8	68,4	73,4
TURQUIA	-	37,3	27,3	61,0	72,8 b

Fonte: elaboração própria a partir de dados da OECD, Health Data, 2000.

a) dado para 1991.

b) dado para 1997.

Entre os 29 países, em 21 deles a participação do governo representou mais de 70% dos gastos totais em saúde em 1998. Em oito (8) países, esta participação pública está acima de 80%. A Bélgica é o país com maior crescimento percentual do gasto público em saúde entre 1960 e 1998: em 1960 o gasto público representava 61,6 % do total dos gastos em saúde; em 1998, aumentou para 89,7%. Na maioria dos países, há uma estabilidade no nível de gasto público (como percentagem do gasto total em saúde) entre 1970 e 1998. Os únicos países em que o gasto público equivale a menos da metade do gasto total em saúde em 1998 são os Estados Unidos e a Coréia do Sul.

1.5 - O papel dos bancos de dados sobre a Saúde e sobre os meios de financiamento do setor

As análises sobre o financiamento do setor saúde dependem diretamente da produção de dados estatísticos globais dos países, que normalmente são deficientes, principalmente nos países não-desenvolvidos. A definição dos sistemas de saúde e a compreensão deles, sua estrutura e capacidade de operação devem ser captadas por informações estatísticas sistematizadas.

A OECD incentiva a construção de bancos de dados sólidos dos países membros, para que seja possível a posterior comparação internacional de dados. Para as contas nacionais dos países, desde 1952 já existe o System of National Accounts (SN-52), criado pelas Nações Unidas, que visava a uniformização do cálculo macroeconômico pelos países-membros existentes. Em 1968, foi criado pela ONU o System of National Accounts Statistics, que posteriormente foi adotado como referência pelo Brasil.

Para a área da saúde especificamente, a OECD criou o “System of Health Accounts” (SHA), um manual de contas nacionais em saúde divulgado no ano 2000, enfatizando a importância da geração e da organização da informação em saúde. Este manual cria uma base estatística consistente que estabelece uma nova classificação internacional das contas da saúde chamado International Classification for Health Accounts (ICHA), permitindo a comparação de três fatores: a atenção à saúde por função; os provedores de serviços de saúde; e as fontes de financiamento do setor.

O Manual foi criado para auxiliar os *policymakers* a acompanhar os sistemas de saúde, hoje envolvendo mudanças tão rápidas e que precisam ser melhor monitoradas. Este tipo de informação de saúde, quando sistematizada e sempre atualizada, permite contribuições fundamentais para a análise econômica das políticas de saúde e do financiamento do setor. A informação do manual poderia ser utilizada para dados brasileiros.

No caso do Brasil, a implementação de um sistema como o SHA possibilitaria uma melhor compreensão da dimensão do sistema de saúde como um todo, permitindo a classificação adequada do financiamento privado, de difícil mensuração atualmente.

A classificação das informações do SHA busca criar instrumentos que respondam às seguintes questões:

- “de onde vem o dinheiro (fontes de financiamento)?”
- “para onde vai o dinheiro (a provisão dos serviços de saúde)?”
- “que tipos de serviços são oferecidos?”⁷

A OECD busca criar meios de análise do setor saúde de acordo com uma visão econômica, seguindo regras estabelecidas para análise das contas nacionais. Um modelo econômico da oferta e da utilização dos serviços essenciais de saúde funcionará como instrumento de avaliação entre o que é essencial em saúde e as contas “satélites” da saúde, que podem ser analisadas à parte.

O relatório de 2000 da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) questiona a falta de informações estatísticas nos países sobre os sistemas de saúde como um todo, num conceito amplo, o que engloba, por exemplo: a estimativa da expectativa de vida ajustada aos anos de vida passados com alguma incapacidade/deficiência, avaliação dos resultados dos serviços por Estados pelo sistema de saúde ao paciente, as contas nacionais de saúde, e as estimativas da contribuição das unidades familiares para o financiamento.

Quando se considera um conceito de saúde mais amplo, são incluídas informações sobre intervenções não individualizadas, voltadas para programas de saúde pública para a população. Como exemplos de novas variáveis, pode-se considerar: a promoção de estilos de vida saudáveis, de programas de aplicação de inseticidas para a eliminação de vetores causadores de doenças, das

⁷ Tradução livre.

campanhas anti-fumo e de proteção dos alimentos e da água. (OMS, 2000:10). Informações que permitem uma análise da estrutura do setor.

Atualmente, os dados estatísticos concentram-se em informações sobre o sistema de atenção à saúde, exclusivamente, que consideram apenas a prestação direta de serviços e o investimento no setor. A Organização acredita que a ampliação dos dados estatísticos é essencial para uma completa sistematização das suas condições, de forma que englobe um leque de variáveis sobre as condições de saúde, não apenas sobre os serviços de atenção à saúde.

Há muita controvérsia quanto às possíveis correlações feitas entre indicadores tradicionais da saúde (taxa de mortalidade infantil, taxa de natalidade, expectativa de vida ao nascer, número de médicos por habitante, número de leitos em hospitais por habitante). Até que ponto os gastos per capita com saúde podem ser a causa da redução das taxas de mortalidade infantil ou do aumento da expectativa de vida da população? Exemplo desses questionamentos existentes é a realidade norte-americana de gasto per capita muito alto (o maior entre os países) e a permanência de um grande grupo populacional desassistido.

De acordo com a OMS, o gasto global com atenção à saúde em 1997 foi de US\$2985 bilhões, quase 8% do PIB mundial. A distribuição do gasto é muito desigual e os países de renda baixa ou média, com maiores necessidades de gasto (onde estão 84% da população mundial), representam apenas 18% da renda mundial e gastam apenas 11% de todo o gasto em saúde. (OMS, 2000:10)

No caso específico do Brasil, Clements (1997:24) critica a falta de dados consolidados gerais do governo brasileiro sobre gastos “de acordo com a categoria funcional”. Segundo ele, face à inexistência de dados, torna-se impossível relacionar os gastos do governo com os indicadores sociais bem como fazer análises mais complexas do padrão de gasto social em si.

No Brasil, as informações em saúde podem ser encontradas em bancos de dados de diferentes instituições, entretanto não há sistematização dos dados como o programa sugerido pela OECD de criação de um sistema de contas nacionais em saúde. O Ministério da Saúde conta com o sistema DATASUS, que contém dados sobre os programas do Ministério da Saúde oferecidos pelo nível federal ou pelos Estados e Municípios, dados sobre o repasse de recursos

para os níveis subnacionais, e informações sobre os indicadores sociais. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA criou um banco de dados sobre as contas sociais consolidadas, produzindo dados sobre os gastos com saúde por programas. Há também os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE sobre o comportamento dos indicadores sociais.

Foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, que vem acumulando dados desde 1999, mas devido às falhas no envio de informações por muitos dos Municípios ou pela falta de informações, ainda não está estruturado com informações completas. O sistema foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde objetivando organizar dados fornecidos pelos Municípios quanto à sua receita total, receitas tributárias próprias e de transferências, situação populacional e despesas em saúde. Este sistema funcionando com plena informação é de grande utilidade para o planejamento das ações e acompanhamento das políticas de saúde.

No caso deste trabalho, foi utilizado principalmente o banco de dados sobre o Orçamento da União criado pela Câmara dos Deputados (a partir de dados do SIAFI/SIDOR) por conter maior volume de informações, com dados atualizados e abrangentes e permitir a construção da série histórica incluindo vários anos da década de 1990. Dados sobre programas específicos do setor saúde foram coletados no Ministério da Saúde ou na homepage do DATASUS. Os dados agrupados pelo SIOPS também foram utilizados, embora o percentual de Municípios que enviou informações ainda não seja significativo (menos de 30% do número total de Municípios).

Capítulo 2 - Perspectivas Históricas do
Financiamento Público da Saúde no Brasil

Entre os anos de 1920 e os anos 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde, a saúde pública e a medicina previdenciária, sendo esta última restrita àqueles pertencentes às categorias de trabalho reconhecidas por lei e para as quais criou-se um seguro social. Esta vinculação medicina/trabalho formal fez parte de um processo de ampliação dos direitos sociais que promovia uma vinculação entre a obtenção dos direitos e a carteira assinada, a qual Wanderley Guilherme dos Santos chamou de “cidadania regulada”: somente são cidadãos aqueles cujas profissões são reconhecidas por lei, e para os quais foram criadas formas de proteção social, dando início à estrutura previdenciária, da qual fazia parte a assistência à saúde. (Santos, 1979:74)

As políticas sociais que acompanharam quase todas as décadas do século XX estavam ancoradas na questão da cidadania regulada. Houve uma ampliação dos direitos dos cidadãos neste período, mas como cidadãos eram considerados apenas os indivíduos pertencentes ao mercado de trabalho formal, para as profissões reconhecidas em lei. O sistema de proteção social no Brasil ficou atrelado a esta cidadania regulada até os anos 80.

Como o grande desenvolvimento da medicina assistencial-hospitalar neste período aconteceu dentro do sistema de proteção social formado pela Previdência, só era oferecida a atenção à saúde àqueles beneficiários da Previdência, e não a toda a população. Os recursos financeiros que financiavam a medicina previdenciária tinham como foco atender à demanda daqueles grupos protegidos pelo sistema.

Por outro lado, fora deste sistema de proteção da Previdência, havia as ações de saúde pública, de vigilância epidemiológica, de promoção do saneamento do país, que não estavam incluídas entre as responsabilidades da Previdência. Havia órgãos responsáveis pela execução de programas nessas áreas tanto no nível federal, como nos Estados e Municípios. Mesmo havendo por lei uma característica de federalismo no país, cabendo aos Estados e Municípios os serviços de saúde, estava presente uma tentativa política do estado de centralizar o poder, tanto para as políticas sociais como para outras áreas.

A maior presença do Estado na saúde pública foi acontecer principalmente após a criação, em 1953, do Ministério da Saúde, quando houve uma maior organização dos serviços, criação de departamentos específicos para cada finalidade.⁸ O Ministério da Saúde era responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, de alimentação e de nutrição, assim como pelas ações de atenção à saúde de interesse coletivo.⁹

O Ministério da Saúde foi financiado com recursos do Tesouro, do qual faziam parte, em maior proporção, os Recursos Ordinários da União. Em termos orçamentários, o Ministério da Saúde não recebia uma grande fatia de recursos para implementar seus programas. Pelos dados a seguir, verifica-se que houve um declínio nos percentuais destinados ao Ministério nas décadas de 60 e 70 pelo orçamento geral da União: em 1968, coube ao MS 2,21%; em 1972, houve redução para 1,40%; em 1973, foi de apenas 0,91%; e em 1974, de 0,90%! (Braga e Paula, 1981)

QUADRO 4
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 1
RECURSOS ORDINÁRIOS DA UNIÃO
Os Recursos Ordinários são classificados como a Fonte 100 na classificação do orçamento federal. Esta fonte é composta por receitas do Tesouro Nacional sem destinação específica, sem vínculo com órgãos ou programas específicos e não passíveis de transferência para Estados e Municípios.

Fonte: elaboração própria a partir de Brasil (1995)

No que se refere ao financiamento das políticas de saúde, havia neste período uma corrente de sanitaristas, influenciada pela posição norte-americana, que defendia o crescimento dos gastos com saúde no país no mesmo patamar do gasto realizado nos países desenvolvidos, como se tal medida fosse o bastante

⁸ A estrutura do Ministério da Saúde nos anos 50 era a seguinte: Campanhas Nacionais contra tuberculose, malária, febre amarela e outros; Assistência materno-infantil; Saúde dos Portos; Assistência a Psicopatas e outros. (Braga, J.C. e Paula, S., 1981:57)

⁹ Antes de 1953, já haviam ações de saúde pública sendo desenvolvidas pelo Ministério de Educação e Saúde, que antecedeu o Ministério da Saúde.

para resolver o problema da saúde e da pobreza no país.¹⁰ O grande aporte de recursos garantiria o desenvolvimento do setor saúde e a melhoria da qualidade de saúde da população.

No entanto, o Estado brasileiro vivia um período de desenvolvimento com autonomia e crescimento limitados, quando tais possibilidades financeiras jamais seriam alcançadas. Segundo Braga e Paula, já desde a sua criação em 1953, o Ministério da Saúde sofreu injustiças quanto ao financiamento da sua estrutura. Na partilha do espólio do extinto Ministério da Educação e Saúde, coube à saúde somente um terço dos recursos do orçamento. Com isso, a estrutura do Ministério da Saúde criada não assistia a maioria da população, que ficava à margem de qualquer proteção social, sendo a população rural a mais atingida. (Braga e Paula, 1981:57)

Além das questões levantadas acima, que mostram o papel secundário do Ministério da Saúde dentro da estrutura de atenção à saúde no país, é interessante ressaltar que com a existência de dois processos de desenvolvimento do setor saúde acontecendo ao mesmo tempo - por um lado, a medicina previdenciária; por outro, as ações do Ministério da Saúde - para a sociedade era difícil entender o que eram os serviços públicos de saúde. A medicina previdenciária era pública, mas em caráter parcial, não pleno. Havia uma limitação no fornecimento dos serviços de saúde por parte do Estado.

2.1 - A Previdência e o financiamento da atenção à saúde

Para mostrar o papel da Previdência no desenvolvimento de ações de saúde ao longo do século XX, serão abordados a seguir os aspectos gerais que caracterizaram os períodos 1930-1960, depois 1970 e 1980. Como não é objetivo do texto o aprofundamento das questões relativas às décadas muito anteriores à

¹⁰ A princípio, a participação da Fundação Rockefeller foi vital para o caminhar dos programas de extensão da atenção ao interior, com a instalação de unidades sanitárias. No entanto, este Serviço Especial de Saúde Pública – SESP – aos poucos passou a ser financiado pelo governo brasileiro.

década de 1990, o texto que segue objetiva apenas mostrar dados que permitam uma comparação com a situação que se conformará nos anos 1980 e 1990, em termos da relação saúde/previdência.

Entre as décadas de 1930 e 1960, período de vida dos Institutos de Aposentadorias e Pensões por categoria, antes da unificação, o Brasil passou por um grande desenvolvimento econômico-industrial, mas com recursos financeiros insuficientes para manter a máquina que se formava no sistema previdenciário. A própria medicina teve um grande avanço tecnológico, e isso implicava em elevação de custos, além de que os tratamentos faziam do hospital o centro do processo. A medicina previdenciária, ao contrário da saúde pública de caráter preventivo e assistencial, estava centrada no hospital e na atenção de caráter curativo.

Criou-se o sistema previdenciário e não atentou-se para o previsível crescimento que ele teria com o passar dos anos, com o maior assalariamento, maior filiação dos trabalhadores e aumento progressivo da demanda por benefícios. Para sustentar a estrutura da Previdência Social, optou-se pela conjugação de um regime de repartição – União, empregados e empregadores contribuindo – com um regime de capitalização – através do investimento em bens imobiliários. Mas a participação da receita imobiliária na receita total do INPS nunca teve muita representatividade.

A arrecadação previdenciária possibilitou o crescimento do setor, a criação de uma grande estrutura hospitalar privada – situada nos grandes centros -, o incentivo ao avanço da indústria farmacêutica (principalmente estrangeira) no país. O Estado financiava, através da arrecadação previdenciária e de subsídios, a formação de uma produção de serviços hospitalares capitalista privada. Este esquema possibilitou o surgimento de uma massa de médicos assalariados vinculados aos hospitais privados. O mercado de trabalho no setor cresceu muito.

O aumento do assalariamento no país, no entanto, teve maior importância especificamente nos anos do chamado “milagre econômico”. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões cresciam com o maior número de trabalhadores filiados, aumentando a receita da Previdência, mas também crescia muito o nível de despesa. Mesmo com toda a estrutura criada, não havia geração de recursos

que compensasse as despesas crescentes, então tanto este suporte econômico-financeiro como a base institucional dos institutos de aposentadorias e pensões que já sobreviviam há décadas entrou em colapso. (Braga e Paula, 1981: 77) Em 1967, houve uma fusão dos institutos¹¹ e foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).¹²

Com a criação do INPS, consolidou-se a tendência de contratação dos serviços hospitalares privados, que já era visível nos anos anteriores, possibilitando ainda mais a expansão da oferta de serviços e garantindo o mercado dos produtores privados dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que houve uma deterioração da rede própria da Previdência. (Carvalho, 1998:6)

O novo quadro institucional que se estabeleceu no pós-1964, com o governo militar, rompeu aos poucos com a estrutura corporativa-populista das décadas anteriores, e se caracterizou por oscilações entre momentos de vitória e de crise no desenvolvimento da proteção social e da atenção à saúde, em especial.

A pequena participação da União no financiamento da saúde, que já acontecia no período de existência dos Institutos, continuou a existir após a criação do INPS. O INPS, neste período anterior à criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), foi responsável tanto pela parte de benefícios previdenciários quanto pela parte de assistência médica.

A União não financiou nem as medidas de saúde coletiva nem a atenção individualizada da medicina curativa previdenciária. A saúde coletiva (recursos do Ministério da Saúde) recebeu pouca atenção do Estado. O orçamento do Ministério não era prioridade para os governos. Por outro lado, a medicina previdenciária foi financiada principalmente pela contribuição de empregados (já que a União pouco participava e as empresas podiam adotar a compensação dos custos com o aumento de preço dos produtos comercializados). A receita destinada à medicina previdenciária representava um percentual da receita total do INPS. A tabela abaixo mostra as principais fontes de receita do INPS:

¹¹ Os principais Institutos eram os seguintes: o IAPI, o IAPFESP, o IAPC, o IAPETEC, o IAPM e o IAPB.

TABELA 2 – A receita¹³ do INPS: principais receitas correntes – 1967 a 1976 (% receita total)

RECEITA	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Receitas correntes										
Receita Tributária ^a	85,5	84,3	85,6	87,7	87,0	87,7	89,1	91,1	89,9	85,8
Transferências Correntes ^b	9,2	8,8	8,5	7,4	7,7	7,6	6,6	5,4	4,8	4,7
Receitas Imobiliárias ^c	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	2,3	2,2

Fonte: MPAS/INPS, apud Braga e Paula (1981:106)

Obs:

^a São a contribuição de empregados e empregadores;

^b São a participação do governo;

^c São os recursos arrecadados com o patrimônio da Previdência (capitalização).

Esta pequena participação relativa da União na receita do INPS (transferências correntes) se fundamenta no fraco interesse político sobre as questões sociais. As transferências correntes inclusive declinaram ao longo dos anos mostrados, o que significa que o financiamento da Previdência - de onde saíam os recursos para a medicina previdenciária - não estava sendo uma responsabilidade do governo. As transferências do governo, que representavam 9,2% do volume de recursos da Previdência em 1967, tiveram um decréscimo dessa representação até atingir apenas 4,7% dos recursos, em 1976.

Por outro lado, havia uma forte participação, claramente majoritária, dos recursos da arrecadação tributária da contribuição de empregados e empregadores para a previdência. Em 1967, a participação desta fonte significou 85,5%; nos anos seguintes o percentual variou até atingir 91,1 % em 1974, voltando a 85,8% em 1976.

A medicina previdenciária era financiada por uma fração da atividade econômica do país, pelo trabalho assalariado e pela indústria. A arrecadação da contribuição que financiava a previdência era altamente vulnerável às oscilações

¹² O único instituto que não participou da fusão, continuando a existir – sendo depois extinto nos anos 80 -, mesmo após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (IPASE).

¹³ As receitas orçamentárias classificam-se em receitas correntes e de capital. São receitas correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e ainda as receitas provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender às despesas corrente. As receitas de capital, por outro lado, são aquelas provenientes da realização de recursos financeiros oriundos da realização de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; dos recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado para despesas de capital; e, além desses, aquelas provenientes do superávit do orçamento corrente. (Decreto-Lei nº 1.939, de 20/05/1982)

no ritmo da atividade econômica. O regime da previdência era o de repartição simples.

QUADRO 5
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 2
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL DE EMPREGADOS E EMPREGADORES PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL NOS ANOS 70 E 80
<p>Contribuição compulsória que atingia principalmente os empregados urbanos e as empresas urbanas (em 1981, 96% da receita das contribuições compulsórias era proveniente das folhas de salários urbanas, sendo 2/3 de contribuição das empresas e 1/3 dos empregados). Também contribuía os trabalhadores autônomos e facultativos, os empregados domésticos e os empregadores rurais. Esta contribuição representou uma média de 89% da receita do INPS (SINPAS) nos anos 80. A contribuição era arrecadada para o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), posteriormente era repassado aos diversos programas do SINPAS. Este tipo de contribuição está totalmente atrelado ao processo de desenvolvimento econômico, portanto há grande sensibilidade da arrecadação em relação a mudanças na economia. Ao mesmo tempo, dada a vinculação ao nível de assalariamento, o ônus da arrecadação recai fortemente sobre as empresas e os setores intensivos em mão-de-obra.</p> <p>Esta contribuição tem caráter regressivo porque as alíquotas reais de contribuição do empregado, na prática, decrescem à medida que aumenta o nível de renda, ou seja, quem ganha menos tem um maior percentual do seu salário descontado. Além disso, é possível para as empresas repassarem o valor de suas contribuições para o preço final dos produtos, o que significa que novamente a sociedade está contribuindo para o sistema.</p>

Fonte: elaboração própria a partir de Azeredo (1987)

Enquanto duraram os anos do chamado “milagre econômico”, de 1967 a 1973, crescia a economia, crescia o assalariamento e, portanto, garantia-se o orçamento da previdência. O grande assalariamento, nesses anos, assegurava o acesso futuro dos trabalhadores aos benefícios previdenciários, pelo regime de repartição simples vigente.

O que acontecerá nos anos seguintes, no entanto, é uma retração do crescimento da economia e conseqüente redução do assalariamento, gerando diminuição da arrecadação da contribuição sobre a folha de salários. Mesmo com problemas nítidos de financiamento das políticas sociais, o que incluía o orçamento para a medicina previdenciária, o governo federal continuou criando e desenvolvendo programas sociais. Novos programas foram implementados, atendendo a algumas das necessidades da população.

A partir de 1974, o governo começou a perceber a sua deficiente atenção às questões sociais, principalmente pela deterioração da distribuição de renda, pela elevação dos níveis de mortalidade infantil – era necessário ampliar o poder político conquistando as classes baixas via políticas sociais – e a necessidade

de reduzir a miséria da população brasileira para permitir que o país se tornasse uma potência. (Braga e Paula, 1981:124)

Vários programas criados a partir de 1974 e implementados pelo INPS e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e também pelo Ministério da Saúde, permitiram que uma nova camada da população, que antes não era assistida pela Previdência Social, passasse a ter acesso aos serviços. A atitude do governo federal em relação às políticas sociais foi tomando diferentes formas ao longo do período de governo militar no país. Em 1974, foi criado o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que modificavam o desenvolvimento do setor saúde.

Costa descreve os três momentos distintos do período de governo militar e do período transitório posterior, quanto ao desenvolvimento das políticas sociais:

“(i) a conjuntura 1964-1973, quando as políticas de ajuste do regime, ao encaminhar uma ruptura com a herança do período corporativo-populista, impuseram grandes perdas às populações assalariadas urbanas, provocando uma regressão dos indicadores de qualidade de vida e o anúncio da crise de “legitimação” do regime autoritário;

(ii) a conjuntura 1974-1985, quando foi acelerada a expansão de investimentos sociais e da estrutura urbana por força da ação intencional do regime visando ampliar as bases de apoio, redefinindo as políticas sociais, e conter a crise nas condições de vida anunciada em fins da década de 60;

(iii) a conjuntura 1986-1990, que se desenvolveu dentro dos parâmetros da “transição democrática” e do “resgate da dívida social”, portanto, em contexto das tentativas de reinstitucionalização das políticas públicas de proteção e da democratização dos processos de tomada de decisão” (Costa, 1998:30)

Com o intuito de ampliar a atenção sobre o social, após as dificuldades dos primeiros anos do período militar, o governo federal também criou, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social e impulsionou a política nacional de medicamentos através da Central de Medicamentos – CEME. Tanto o FAS quanto a CEME significavam uma possível variação nas fontes de financiamento do setor, antes concentradas especialmente na contribuição de empregados e

empregadores. Era necessário gerar recursos para financiar uma estrutura gigantesca que, no ano de 1985, incluía 42 hospitais federais.

QUADRO 6
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 3
FUNDO DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO SOCIAL (FAS)
O FAS foi criado em 1974 para atender ao financiamento das políticas de saúde, educação, saneamento, trabalho, assistência social e outros. As fontes que financiavam o Fundo eram a receita dos concursos de prognósticos e os saldos operacionais da Caixa Econômica Federal. Os recursos deveriam ser destinados preferencialmente aos projetos de interesse público ou privado naquelas áreas. Os recursos do FAS eram a fundo perdido quando destinados ao setor público e quando destinados ao setor privado aplicava-se juros subsidiados. O Fundo era administrado pela Caixa Econômica Federal.

Fonte: elaboração própria a partir de Marques (1999:12)

Na distribuição dos projetos aprovados para receberem recursos do FAS, os 30% de recursos que poderiam ser destinados a projetos privados recaíram justamente sobre o setor saúde, e serviram para financiar a expansão de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais em vários Estados, principalmente na região sudeste. (Braga e Paula, 1981:131) Nos outros setores, O FAS financiou basicamente projetos públicos. Na saúde, o financiamento do FAS visava a construção de mais estabelecimentos de saúde para atender à demanda crescente por assistência médica. Havia crescido a população economicamente ativa e o setor formal do mercado de trabalho, possibilitados pelo crescimento econômico dos anos do milagre. (Buss, 1995:77)

O outro meio de financiamento, neste caso indireto, do setor saúde que surgiu neste período foi a CEME, que no seu programa de distribuição de medicamentos, possibilitou algum investimento em pesquisas na área de medicamentos e a produção de medicamentos pelos laboratórios oficiais. Também houve aquisição de medicamentos da indústria farmacêutica privada, oferecendo um grande impulso para os setor. Nos anos 80, a CEME passou a integrar o Ministério da Saúde.

Para Vilaça, enquanto o Programa de Pronta Ação (PPA) – que estendeu o atendimento de urgência a toda a população – abriu um mercado cativo para o setor privado, em especial o setor hospitalar, o FAS garantia uma expansão fiscal adicional com recursos subsidiados para atender ao setor. Desta forma, o setor

privado fornecedor de serviços de saúde era duplamente beneficiado. (Vilaça, 1993:24)

2.2 - O sistema de saúde nos anos 1970: início da ampliação do acesso

Na década de 1970, no Brasil, já surgiam medidas características da transformação do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo universalista. O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL - promoveu o atendimento aos trabalhadores rurais e seus dependentes, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste - PIASS - e principalmente o Programa de Pronto Ação - PPA - foram tornando o sistema de saúde brasileiro mais universalista.

O PPA promovia a universalização do atendimento de urgência e emergência médica na rede própria e conveniada. Para Mendes (1993), “a ação combinada do PPA e do FAS representou, na verdade, um poderoso mecanismo de alavancagem do setor privado na área da saúde, aquele abrindo mercado cativo e, este, garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar”.

Um outro passo dado nos anos 70 foi a reestruturação interna da Previdência Social no Brasil, com a redefinição dos papéis e criação de órgãos que formaram um sistema de previdência. Em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) foi criado, reunindo num único sistema os seguintes órgãos: INPS, INAMPS, IAPAS, LBA, FUNABEM, DATAPREV. A fonte principal de financiamento do SINPAS era a contribuição sobre a folha de salários. Com a criação do SINPAS, o INPS perdeu a função de responsável pela assistência médica, que foi assumida pelo recém-criado INAMPS.

Para financiar o SINPAS, também foi criado o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), composto principalmente da fonte “contribuição compulsória de empregados e empregadores sobre a folha de salários”. A segunda fonte mais importante era a contribuição da União. Os recursos do Fundo eram distribuídos de acordo com o Plano Plurianual de Custeio da Previdência.

Ao final dos anos 70, vários fatores afetavam a arrecadação de recursos destinados aos programas sociais: a conjuntura econômica de crise com desaceleração das taxas de crescimento, e com conseqüente influência negativa sobre o nível de emprego do país, e ainda a redução da massa de salários. Era necessário haver uma reorganização da atenção à saúde no país, e reavaliação das condições de seu financiamento.

Na área específica da saúde, dentro das políticas sociais, houve nos anos 70, uma maior regulamentação das políticas de saúde, gerada através da criação do Sistema Nacional de Saúde, pela Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Segundo a lei, este novo sistema formaria o complexo de serviços do setor público e privado voltados para ações de interesse da saúde e seria composto pelos seguintes órgãos:

- Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), para acompanhar as medidas do governo em termos de políticas e programas de saúde;
- Ministério da Saúde (MS), para formular as políticas nacionais de saúde, promover e executar ações de atenção à saúde de caráter coletivo;
- Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), para o atendimento médico-assistencial individualizado;
- Ministério da Educação e Cultura (MEC), para formar no nível universitário os profissionais que atuarão do setor saúde;
- Ministério do Interior (MI), para promover o saneamento ambiental e a aplicação dos sistemas de água e esgoto;
- Ministério do Trabalho (MT), para garantir políticas de segurança no trabalho e políticas salariais voltadas para a classe trabalhadora do setor saúde;
- Estados, Territórios e Distrito Federal, para planejar ações de coordenação dos serviços de saúde e de acompanhamento das ações municipais; e

- Municípios, para manter os serviços de saúde, principalmente os serviços de pronto-socorro e de vigilância epidemiológica. (Oliveira e Teixeira, 1986)

Para diferenciar as ações e os órgãos que desempenhavam papéis nas políticas de saúde no Brasil, o quadro 7 mostra as principais subdivisões do sistema de saúde que existia no país até os anos 80:

<p>QUADRO 7</p> <p>O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL NA DÉCADA DE 70</p>
<p>SUBSISTEMA 1: da Saúde da Previdência Social → composto por estabelecimentos próprios do INAMPS (hospitais e postos de assistência médica), pela CEME , além de uma rede de estabelecimentos privados contratados.</p>
<p>SUBSISTEMA 2: do Ministério da Saúde → composto das estruturas hospitalares e ambulatoriais próprias, além de fundações e institutos como a Fundação Oswaldo Cruz, a Superintendência Nacional de Campanhas Sanitárias (SUCAM) e outros. Dentre as áreas de atuação do Ministério da Saúde, faziam parte os programas contra tuberculose, de dermatologia, saúde mental, câncer, atenção materno-infantil, atividades de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, além de outros programas.</p>
<p>SUBSISTEMA 3: dos Militares e dos Servidores Públicos → composto pelos sistemas de saúde próprios que estes grupos mantinham. O Instituto (IPASE) de assistência médica dos servidores públicos federais, no entanto, foi extinto nos anos 80. Continuaram a existir alguns institutos nos Estados e os sistemas próprios de saúde dos militares.</p>
<p>SUBSISTEMA 4: dos Estados e Municípios → composto pela estrutura médica oferecida por estes entes subnacionais, mas que existiam em condições muito precárias.</p>

Fonte: elaboração própria a partir de Marques (1999:13)

Dentro dessa estrutura do sistema de saúde existente, houve ao longo do período uma hipercentralização dos recursos e do poder decisório dentro do INAMPS (Previdência), o que deixava a participação do Ministério da Saúde e da estrutura a ele vinculada (secretarias estaduais e municipais) em segundo plano. (Marques, 1999:13) Na prática, diferente da separação de funções existente na Lei do SNS, a função de entidade responsável pela formulação da política de saúde que cabia ao Ministério da Saúde acabou sendo sempre assumido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. O MPAS detinha a maior parte dos recursos da saúde e, por isso, predominava na definição das políticas setoriais. (Carvalho, 1998:8)

Paradoxalmente, o domínio sobre a política nacional de saúde não foi suficiente para que o INAMPS também tivesse domínio sobre o orçamento previdenciário e pudesse desenvolver e executar todas as suas ações. Dentro da estrutura do SINPAS a saúde não era prioritária. Havia uma preferência dos benefícios previdenciários na alocação dos recursos, dada a sua natureza contratual, e então a receita disponibilizada para a saúde previdenciária era limitada, e teve um orçamento decrescente nos anos das décadas de 70 e 80. Em 1976, as despesas do INAMPS correspondiam a 30% do orçamento da Previdência, e em 1982 corresponderam apenas a 20%. (Carvalho, 1998:8)

Dentro do FPAS, o componente principal do financiamento até fins dos anos 70 era a contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários, mesmo já havendo a extensão da cobertura dos serviços de saúde a não-contribuintes. (Costa, 1998:96) Com a mudança no quadro econômico até meados de 1983, o governo teve que encontrar soluções para financiar a Previdência. O artifício do governo, em tempos de crise, foi o de ampliar as alíquotas de contribuição para contornar o déficit gerado na Previdência. Houve elevação do teto dos salários de contribuição dos empregados de 15,5 salários-mínimos para 20 salários-mínimos e aumento das alíquotas de contribuição de trabalhadores autônomos, facultativos e empregadores. (Azeredo, 1987:40)

2.3 - Os Anos 1980: as tentativas de descentralização do sistema de saúde e o seu financiamento

Para promover a descentralização do sistema de saúde foram desenvolvidas algumas propostas de unificação das redes federal, estadual e municipal nos anos 80. Era necessário incorporar o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ao Ministério da Saúde. O INAMPS ficaria responsável pela assistência ambulatorial e hospitalar integral a toda a população. A Previdência deixaria de oferecer serviços de saúde e teria seu

papel restrito ao gerenciamento dos benefícios de auxílio e aposentadoria. (Lucchese, 1996:84)

Para financiar o sistema deveriam ser adotadas inovações referentes a:

- a) diversificação das fontes tributárias;
- b) garantia de recursos permanentes e contínuos para a gestão de uma política de saúde consistente. (Lucchese, 1996:85)

O sistema de saúde presente na década de 1980 era financiado principalmente por contribuições sociais. Havia a contribuição de empregados e empregadores para a Previdência Social (desconto na folha de pagamentos) e a contribuição do Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL. A primeira representava a maior parcela de receita para a saúde e integrava o Fundo da Previdência e Assistência Social - FPAS, portanto sua arrecadação não era computada como recursos do Tesouro. A segunda foi criada para incidir sobre o faturamento das empresas e financiar as políticas sociais.

Essas contribuições sociais, que tinham passado por uma redução de receita nos primeiros anos da década de 80, voltaram a ter uma tendência de crescimento a partir de 1984, porque além das medidas que o governo já havia adotado para elevar receita, começou a haver uma recuperação da economia. Houve flutuação de arrecadação acompanhando os movimentos cíclicos da economia do país. Em 1986, por exemplo, houve uma grande elevação das taxas de crescimento da receita previdenciária, explicada pelos ganhos salariais após o Plano Cruzado e pelo aumento do número de trabalhadores assalariados no mercado formal de trabalho. (Azeredo, 1987:41)

Em 1982 foi criado, durante o governo Figueiredo, o Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL. Junto à criação do fundo foi criada uma contribuição social a ele relacionada.

QUADRO 8
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 4
CONTRIBUIÇÃO DO FUNDO DE INVESTIMENTO SOCIAL (FINSOCIAL)

O Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) foi criado e, em paralelo, criou-se também uma contribuição social correspondente. Esta contribuição incidia sobre o faturamento das empresas. Com a criação da contribuição social do Finsocial, por meio do Decreto-Lei nº 1.940, de maio de 1982, voltou a existir a tributação cumulativa – “em cascata” -, que tinha sido proibida pela Constituição Federal de 1967. Este fator gera regressividade no sistema, principalmente em se tratando de ser relacionado a uma contribuição voltada para o financiamento da área social.

O Finsocial foi muito questionado quando da sua criação porque feria alguns preceitos legais, como a sua não regulamentação, o desrespeito ao princípios da anterioridade e da anualidade e as características de imposto indireto que a contribuição tinha. Também feria o princípio da não vinculação tributária e o princípio da não-cumulatividade. (Constituição de 1967)

Fonte: elaboração própria

O financiamento da saúde teve uma maior participação de recursos do Tesouro ao longo dos anos 80, mas esta mudança não alterou significativamente o percentual elevado de participação da Previdência no orçamento da saúde. O sistema foi sendo ampliado e continuava sendo financiado pelos empregados e empregadores do mercado formal de trabalho.

TABELA 3 – Saúde, gasto federal consolidado por fontes (% sobre o total) –1980-1990

ANO	TESOURO	FPAS	FAS	OUTRAS	TOTAL
1980	12.9	85.2	1.5	0.4	100
1981	14.5	83.8	1.2	0.6	100
1982	15.7	82.2	1.4	0.7	100
1983	18.8	79.8	1.3	0.2	100
1984	16.8	82.4	0.7	0.1	100
1985	20.9	78.2	0.8	-	100
1986	22.7	76.9	0.5	-	100
1987	19.4	80.2	0.3	-	100
1988	19.9	79.5	0.6	-	100
1989	27.6	72.4	-	-	100
1990	21.1	78.9	-	-	100

Fonte : elaboração própria a partir de dados do IPEA/IPLAN/CSP (apud Marques, 1999:26)

Obs: os percentuais referentes ao FINSOCIAL estão incorporados na coluna dos dados do Tesouro.

Como já dito anteriormente, mesmo havendo novos programas e novas modalidades de financiamento, foi o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) a grande fonte de recursos para o setor nos anos 80. O Fundo representava, em média, 80% dos recursos federais destinados à saúde, o que deixava claro que nessa década o setor saúde continuava fortemente atrelado à estrutura da Previdência Social, dependente dela. (Mendes, 1997:6)

As contribuições sociais desempenharam papel fundamental no financiamento das políticas sociais nos anos 80. Como mostra a tabela 4 a seguir, no período entre 1980 e 1990, do total de gastos do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, as contribuições representavam 86,69%, em média. No ano de 1982, ano em que a participação percentual das contribuições foi maior, este número alcançou 92,58%.

TABELA 4 - A receita do SINPAS, por principais fontes, como percentagem da receita total - 1980-1990 (%)

ANO	CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS	TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO	RECEITA PATRIMONIAL	RECEITA TOTAL
1980	91,62	5,21	0,53	100,0
1981	87,61	9,53	0,54	100,0
1982	92,58	4,57	0,87	100,0
1983	89,56	8,22	0,71	100,0
1984	85,95	11,06	0,99	100,0
1985	89,64	4,39	4,24	100,0
1986	91,83	3,88	2,82	100,0
1987	81,39	0,81	16,82	100,0
1988	88,62	0,60	9,08	100,0
1989	75,49	19,89	3,19	100,0
1990	79,33	9,18	8,85	100,0

Fonte: DATAPREV (1992)

Nos anos 80 foram criados alguns programas dentro do setor saúde, para o desenvolvimento de políticas de atenção. Em 1984, foi criado o Programa das AIS – Ações Integradas de Saúde – um programa que marcou a passagem definitiva do modelo de atenção à saúde previdenciário para um modelo mais universalista. Um dos principais objetivos do modelo era expandir a atenção primária à saúde.

A partir daí, quando já haviam sido incorporadas novas camadas da população brasileira à atenção à saúde, passa a haver uma racionalização do sistema de saúde. De acordo com Oliveira Junior, “com inúmeras instituições federais, estaduais e, embrionariamente, municipais, intervindo no sistema, sem nenhuma articulação, (...) iniciam-se as AIS, cujo objetivo, além da racionalização da gestão e dos recursos financeiros, é de descentralizar e pactuar, iniciando um longo caminho de redefinição dos papéis de cada esfera de governo na área

da saúde.” (Oliveira Jr, s.d.:22) Ou seja, haviam fortes anseios no setor saúde para que houvesse a descentralização, mas dentro da estrutura existente qualquer movimento descentralizador encontraria muitas barreiras.

Mesmo com as dificuldades, “a estratégia das AIS impulsionou novos arranjos institucionais, mediante os colegiados estaduais (CIS), municipais (CIMS), locais (CLIS) ou regionais (CRIS) que provocaram, em meados da década de 80, um visível deslocamento dos gastos em internações hospitalares e consultas médicas do setor privado para as agências de governo, especialmente os hospitais universitários e secretarias municipais e locais”. (Costa, 1998:104)

Segundo Médici, as AIS foram criadas sob influência dos anseios daquele período – fins da década de 1970 e início da década de 1980 -, ou seja, do surgimento de um movimento municipalista (concedendo maior volume de recursos para a saúde nos Municípios) em algumas regiões do país, pelas propostas de reformulação do sistema de saúde do país baseadas nos princípios de universalização e descentralização presentes nos discursos em prol da democratização do país, representando um “ponto de inflexão” na história institucional do INAMPS. (Médici, 1994:88-89)

Com o tempo, as AIS passaram a seguir a lógica das “necessidades de financiamento”, valorizando-se mais as ações de caráter coletivo, mesmo que ainda persistissem os repasses “por produção”. (Médici, 1994:91) As transferências “negociadas” geravam uma distribuição de recursos que atendia aos interesses maiores de curto prazo, ou aos interesses das regiões (Estados e Municípios) com maior poder de barganha. E os Estados e Municípios continuavam dependentes do poder decisório do governo federal, ainda sem autonomia sobre o financiamento do sistema. Além disso, estes repasses que eram feitos por produção, para as ações curativas, somente na Nova República passaram a contemplar também as ações de caráter coletivo. (Marques, 1999:14)

Os anos 80, em termos de políticas de saúde, foram marcados pela implementação de programas de reorganização da atenção à saúde no Brasil, voltados para a descentralização (vista na época como associada à bandeira da democratização do país) e universalização do acesso. As AIS haviam sido criadas no início da década e depois, em 1987, é criado o Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS)¹⁴ O país já vivia um período político democrático, a Constituição da Nova República estava sendo criada, e nela estavam presentes os preceitos de criação de um sistema único de saúde descentralizado, integral e com participação social. (Costa,1998:112)¹⁵

O SUDS foi criado concomitantemente às discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde - que marcou o crescimento do projeto da Reforma Sanitária¹⁶ - e à elaboração da nova Constituição do Brasil. Os anos de funcionamento do SUDS mudaram as relações MPAS/MS, já que houve uma alteração nos papéis e nos poderes do INAMPS e do Ministério da Saúde.

O sistema funcionou como um programa transitório entre as AIS e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais mudanças apresentadas pelo SUDS foram as seguintes: houve uma desconcentração para os Estados, e destes para os Municípios; a restrição dos poderes do INAMPS (instituição sustentadora do modelo médico-assistencial privatista), com a sua retirada gradual da prestação direta dos serviços de saúde; o incremento dos recursos repassados aos Municípios; a diminuição relativa das transferências ao setor privado; priorização dos serviços por Estados pelas entidades filantrópicas e maiores investimentos na alta tecnologia. (Mendes, 1993:44)

Com o SUDS, o INAMPS deveria firmar convênios diretamente com as secretarias estaduais de saúde, buscando passar gradativamente para as Secretarias a administração dos contratos e as unidades de saúde. Os primeiros convênios chamados de Convênios SUDS foram realizados entre o INAMPS e as Secretarias de Estado da Saúde em 1987. As secretarias estaduais receberiam recursos do FPAS, determinados somente por negociação direta entre as partes,

¹⁴ Decreto 95.657, de 1987, que marcava o fundamento legal para extinguir definitivamente a idéia de "assistência médica previdenciária". (Carvalho, 1998:13)

¹⁵ O caminho adotado pelos constituintes sobre a questão da saúde na Constituição de 1988 foi influenciado diretamente pelo movimento que vinha sendo criado dentro do próprio meio da saúde, defendendo inovações para o setor. O maior marco desta mobilização e participação "ativa" do setor saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que discutiu a "Agenda da Reforma Sanitária" e já estabeleceu os fundamentos do SUS, o qual teria sua existência legal possibilitada pela nova Constituição.

¹⁶ "A reforma sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada pelo Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da

sem seguir legislação ou regras sobre o assunto. Houve falha e não-cumprimento da negociação por parte do INAMPS para o repasse dos recursos. Portanto, os orçamentos estaduais ficaram sobrecarregados, o que gerou instabilidade na implementação das políticas, afetando a qualidade da assistência médica prestada à população. (NEPP, 1989:207-211)

O procedimento adotado pelo sistema SUDS, ao repassar recursos sem que houvessem mecanismos de controle e auditoria, permitia que houvesse substituição de receita, ou seja, ao entrarem recursos de origem federal através dos repasses, o nível estadual reduzia ou eliminava a sua participação financeira no financiamento da saúde. (NEPP, 1989:211)

O SUDS, com todos os seus contratempos gerados, foi substituído pelo Sistema Único de Saúde - SUS após a aprovação da nova Constituição da República, a “Constituição Cidadã”.

2.4 - Constituição de 1988

A Constituição de 1988 adotou o modelo de seguridade social, abandonando o modelo de seguro social, que já vinha sendo abolido nos anos 80. Foi estabelecida a criação do Sistema Único de Saúde, que rompia com duas lógicas presentes nas políticas de saúde dos trinta anos anteriores, ou seja, promovendo a mudança de um modelo de seguro social para a seguridade social – permitindo a universalização – e a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população. (Carvalho, 1998:3)

A Constituição conta com um capítulo dedicado à seguridade social - que abrange a Previdência Social, a saúde e a assistência social - dentro do qual alguns artigos dizem respeito especificamente à saúde.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Parágrafo Único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

Ficou estabelecido “um novo pacto social”, passando a saúde a ser um *direito de todos* – condição de cidadania social – e *dever do Estado* – ou seja, uma responsabilidade e solidariedade do conjunto da sociedade – para a qual as clientelas seriam beneficiadas independente de contribuírem para o financiamento do sistema. (Carvalho, 1998:17)

Estes preceitos constitucionais inaugurados com a Constituição de 1988 requeriam um padrão de financiamento adequado, o que no entanto não foi claramente determinado pela nova Constituição. Foi criado pela Constituição o Orçamento da Seguridade Social exclusivo para financiar previdência, saúde e assistência social. Entretanto, os artigos da Carta que tratam das fontes de financiamento do setor deixam dúvidas quanto à responsabilidade que cabe aos entes federativos, quanto ao papel de cada fonte, quanto aos requisitos legais para que novas fontes de financiamento sejam criadas posteriormente. A Constituição especifica no Artigo 195 as fontes de financiamento da Seguridade Social, como segue:

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL – ARTIGO 195

“Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I- do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - b) a receita ou o faturamento;
 - c) lucro;
- II- do trabalhador e dos demais segurados da Previdência Social não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de Previdência Social de que trata o art. 201;
- III- sobre a receita de concurso de prognósticos.

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, Previdência Social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecimento em lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data de publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

§ 9º As contribuições sociais previstas no inciso I deste artigo poderão ter alíquotas ou bases de cálculo diferenciadas, em razão da atividade econômica ou da utilização intensiva de mão-de-obra.

§ 10º A lei definirá critérios para a transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos.

§ 11º É vedada a concessão de remissão ou anistia das contribuições sociais de que tratam os incisos I, a, e II deste artigo, para débitos em montante superior ao fixado em lei complementar.”

A regulamentação dos artigos constitucionais referentes à saúde aconteceu por meio das leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira determinava “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, o que incluía as condições para a transferência de recursos para o setor, os critérios de repasse de recursos para Estados e

Municípios, etc.¹⁷ A lei 8.142 estabeleceu as formas de participação da comunidade na gestão do SUS, tratou da criação dos Conselhos de Saúde, e tratou das transferências intergovernamentais de recursos para a saúde; das possibilidades de repasse regular e automático, da distribuição dos recursos entre Estados e Municípios.¹⁸

Definiu-se também que a questão do financiamento seria de responsabilidade dos três níveis de governo: União, Estados e Municípios, mas, como dito anteriormente, faltou clareza quanto aos critérios de definição da contribuição de cada um dos níveis. Com a não especificação das responsabilidades, coube ao governo federal arcar com a maior parcela dos recursos para o setor público da saúde.¹⁹

Não foi definida pela Constituição qual seria a participação da saúde no Orçamento da União, o que dependia de aprovação de lei complementar posterior. Enquanto não fosse aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, havia no Ato das Disposições Transitórias da Constituição um artigo que determinava a destinação de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde.²⁰

A Constituição de 1988, como um todo, defendia o processo de descentralização no país, não só do sistema de saúde, que garantisse um novo pacto federativo e novos mecanismos de descentralização fiscal e administrativa aos Estados e Municípios. Em termos fiscais, Estados e Municípios teriam maior autonomia para tributar e haveria um incremento nos mecanismos de partilha de receita (as transferências intergovernamentais).

A característica principal da descentralização dos recursos tributários foi o movimento de municipalização da receita. Tem havido um incremento na arrecadação direta dos Municípios e o fortalecimento do sistema de transferência

¹⁷ A lei 8.080/90 teve vários de seus artigos vetados pelo então Presidente da República Fernando Collor de Mello, após sua aprovação no Congresso Nacional. Foi encaminhado então ao Congresso um novo projeto de lei, que seria depois aprovado como a lei 8.142/90.

¹⁸ Leis 8.080/90 e 8.142/90.

¹⁹ A questão do financiamento foi discutida durante toda a década de 1990, sem que houvesse o estabelecimento de regras claras sobre a responsabilidade dos três níveis de governo. Estes critérios foram definidos com a aprovação, em agosto do ano 2000, da Emenda Constitucional nº 29/2000.

²⁰ “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão o destinados ao setor saúde.” (Ato das Disposições Transitórias, Constituição Federal, art. 55)

de impostos (principalmente através do Fundo de Participação Municipal - FPM). A arrecadação municipal direta apresentou um grande desempenho nos últimos anos, passando de R\$ 6.227 bilhões, em 1988, para R\$18.438 bilhões, em 2000. As transferências do Sistema Único de Saúde tiveram uma participação significativa na ampliação do volume de receita dos Municípios. (BNDES, 2001)²¹

Entretanto, de acordo com Dain (2000), este movimento descentralizador e de redesenho federativo foi em parte neutralizado porque o governo federal adotou medidas, ao longo dos anos 90, que reforçaram o seu próprio poder e capacidade de arrecadação, ao mesmo tempo em que criou mecanismos inibidores da participação dos níveis subnacionais no processo. Por um lado, o governo promoveu a ampliação das contribuições sociais na arrecadação fiscal, de competência exclusiva da União, não partilhada com Estados e Municípios. Por outro lado, o governo conseguiu inibir a atuação de Estados e Municípios através das dificuldades para renegociar as dívidas destes. Com isso, torna-se mais difícil para os níveis subnacionais participarem da formulação e do financiamento das políticas públicas. (Dain, 2000:93)

Para Vianna, ainda hoje existe, mesmo com a ampliação do peso político das secretarias de saúde nos últimos anos, uma impotência relativa destas em relação ao Ministério da Saúde. “Responsável por mais de 70% dos recursos financeiros do SUS e amparado em um entendimento abrangente do papel do *gestor nacional do SUS* o Ministério, literalmente, *comanda* o sistema coerente com a cultura institucional centralizadora herdada do antigo MS e do INAMPS dos programas verticais e da normatização nacional.” (Vianna, 2000:17)

²¹ Os valores foram deflacionados pelo IGP-DI, para o ano 2000.

Capítulo 3 - As Fontes de Financiamento da Saúde
Pública no Brasil na Década de 1990

3.1 - O padrão de financiamento público da saúde estabelecido após a Constituição de 1988

No início da década de 1990 há a influência dos novos preceitos constitucionais na determinação das políticas de saúde e das formas de financiamento adotadas para o setor. O período é marcado pela introdução de novas fontes de financiamento para o setor saúde, pela alteração na participação de recursos previdenciários, pelo início do processo de implementação do SUS.

As fontes de recursos do Ministério da Saúde, nos anos 1990, foram as seguintes: COFINS, CPMF, CSLL, recursos do FSE/FEF/DRU, recursos ordinários, Contribuição sobre a Folha de Salários, e outras receitas em menor importância. Estas fontes serão analisadas ao longo do capítulo.

Vários autores têm acompanhado as discussões sobre o financiamento das políticas sociais e do setor saúde, nos últimos anos, desenvolvendo análises que associam o comportamento das fontes que financiam a saúde e o comportamento do gasto social a condições externas, como o processo de estabilização da economia, a necessidade de ajuste fiscal, etc.

Para Médici, Soares e Marques (1995), o primeiro fator que deixa o setor saúde vulnerável é a dependência da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional, desde o ano de 1993, e da política de contenção de gastos do governo federal. Neste caso, o orçamento da seguridade social e a matriz de financiamento do setor saúde seriam parcialmente "virtuais", pois não se apropriariam de parcela significativa dos recursos devidos ao setor, influenciando diretamente o financiamento do setor saúde.

Uma questão levantada pelos autores é que as contribuições sociais criadas a partir da Constituição de 1988 para financiar gastos da Seguridade não têm sido alocadas de acordo com os preceitos constitucionais. De fato, eles entendem que os recursos potencialmente alocados às políticas sociais foram sendo progressivamente aprisionados pelas políticas de ajuste, dificultando o financiamento dos programas associados às conquistas sociais da Constituição de 1988.

O período teve um crescimento na arrecadação fiscal possibilitado pela maior arrecadação da COFINS e da CPMF, ambas “contribuições”, não impostos. Este fator deixa a estrutura tributária brasileira em situação peculiar, porque foram as duas contribuições que obtiveram maior produtividade fiscal nestes anos e, na verdade, elas são tributos sobre bens e serviços, aprovadas como contribuições para facilitar a sua aplicação inicial (menor tempo por não seguir o princípio da anualidade) e a alteração de alíquotas pelo governo.

A participação das contribuições sociais (a princípio financiadoras das políticas sociais no país) na receita fiscal tem aumentado, nos anos 90, mas elas têm sido utilizadas para outras finalidades, não só para atender às questões sociais. Este grau de importância das contribuições sociais na arrecadação fiscal brasileira mostra uma recentralização dos recursos da União, viabilizada pelos preceitos da Constituição de 88, dado que as contribuições são geradas pelo poder central e permitem um maior controle deste sobre a administração de recursos.

Do ponto de vista de Fabrício Oliveira, em estudo sobre a capacidade de aumento da participação de cada nível de governo no financiamento do gasto social entre os anos 1980 e 1996, houve influência de uma “sucessão de fatores – econômicos, políticos, demográficos, etc. -, que se alternaram (às vezes se entrelaçaram) e produziram expressivas alterações em seu volume [do gasto social], juntamente com mudanças significativas em seu perfil, em sua estrutura de distribuição e repartição entre as esferas governamentais e na introdução de novas formas de gestão.” (Oliveira, 1999:7)

Com a necessidade de atender às demandas para a descentralização trazidas com a Constituição de 1988, a solução que o governo federal encontrou para garantir o seu próprio financiamento foi ampliar as fontes tributárias, principalmente através da criação e/ou ampliação de alíquotas das contribuições sociais. Ou seja, as contribuições sociais, mais do que serem importantes para garantir o financiamento do setor social, significam uma grande fatia da arrecadação federal.

O Orçamento da Seguridade Social - OSS, estabelecido desde a Constituição de 1988, objetivando possibilitar uma gama maior de fontes para financiar o setor e reduzir assim a vulnerabilidade face aos ciclos econômicos recessivos, não tem solucionado o problema. De acordo com Lucchese (1996:105),

“A implementação do OSS tem se caracterizado por uma grande instabilidade no que diz respeito à composição e à arrecadação anual de suas fontes de receita, e aos mecanismos e à regularidade dos repasses financeiros para as diferentes áreas”.

Uma das fontes que compõem este OSS é o COFINS, que substituiu o FINSOCIAL e se caracterizou pela incidência sobre o faturamento das empresas, assim como já acontecia com a CSLL, gerando questionamentos e suspensão de pagamento em alguns períodos. Com isso, a arrecadação da contribuição ficou prejudicada.

QUADRO 9
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 5
CONTRIBUIÇÃO PARA O FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL (COFINS)
A COFINS foi criada pela Constituição de 1988, em substituição à Contribuição do FINSOCIAL, que havia sido criada em 1982. Foi instituída em 1991 pela Lei Complementar nº 70, de 30/12/91 e baseava-se na incidência sobre o faturamento das empresas. A COFINS corresponde à Fonte 153 do orçamento da União. A COFINS teve sua arrecadação suspensa até 1993, quando então foi reconhecida a sua constitucionalidade. Em 1994, houve a retomada do fluxo de pagamentos da COFINS pelos contribuintes.

Fonte: elaboração própria

Quanto ao desenvolvimento da política de saúde no Brasil após a Constituição de 1988, houve uma referência direta ao Sistema Único de Saúde - SUS, e ao Ministério da Saúde. Com isso, o INAMPS foi perdendo espaço e com alguns anos foi extinto. As ações seriam tomadas tendo como órgão principal o Ministério da Saúde. O Ministério atuaria como regulador das políticas, e a prestação de serviços seria descentralizada, incentivando-se principalmente a maior participação dos Municípios. (Médici, 1994:114)

No início da década, coexistiam o Ministério da Saúde e o INAMPS. Aquele, assumindo o seu novo papel estabelecido pela Constituição e o último, ainda presente e responsável pelo financiamento do atendimento hospitalar e ambulatorial. O INAMPS passou a pertencer aos quadros do Ministério da Saúde. O Instituto recebeu, no ano de 1991, 66% dos recursos do Ministério da Saúde. Em 1993, no entanto, o órgão foi extinto.

O financiamento da seguridade social nos orçamentos federais posteriores à promulgação da Constituição foi determinado, em grande medida, por decisões políticas de governo, e a sua distribuição entre os órgãos que fazem parte da seguridade social, determinada em função de acordos internos, que sugeriam uma especialização “informal” de fontes.²²

À Previdência Social caberia grande parte da contribuição social de empregadores e empregados; a saúde receberia os recursos do Finsocial e a assistência social seria financiada com a receita da contribuição sobre o lucro líquido das empresas. (Médici, Soares e Marques, 1995:1) Mas essa distribuição dita “informal” não atingia 100 % dos recursos, portanto a saúde permanecia sendo financiada por um percentual de cada um dos tributos, mesmo que a maior participação fosse do Finsocial/COFINS. A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das empresas - CSLL - não é muito lembrada quando se trata do financiamento público da saúde, mas em alguns anos esta contribuição teve uma participação de até mais de 20% do total de receita.

QUADRO 10
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 6
CONTRIBUIÇÃO SOCIAL SOBRE O LUCRO LÍQUIDO
A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL - tem como base de cálculo um percentual do lucro líquido das empresas. Esta contribuição corresponde à Fonte 151 no Orçamento da União. Esta fonte vem tendo participação significativa no financiamento total do Ministério da Saúde, sendo que, de 1993 para cá, o menor percentual (sobre o volume total destinado ao Ministério) foi de 7,98% em 1998 e o maior, 20,68% em 1996.

Fonte: elaboração própria.

²² O financiamento da saúde foi norteado pelas determinações das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 1990, 91, 92 e 93 e dos Planos Plurianuais (PPA) dos anos seguintes. O orçamento dos anos 2000 e 2001 integram o PPA 2000-2003.

O setor saúde foi diretamente afetado pela crise da previdência, com a suspensão dos repasses para a saúde em benefício da Previdência Social. A parcela da contribuição sobre empregadores e empregados que caberia à saúde foi revertida em recursos para a previdência, reduzindo a receita destinada à saúde. A diminuição dos recursos desta fonte (fonte 154) não foram substituídos por outros recursos do orçamento da seguridade social. A Lei Orgânica da Saúde aprovada no final de 1990 permitiu que o Ministério da Previdência reduzisse o percentual de repasses, não mais seguindo os 30% determinados pela Constituição.

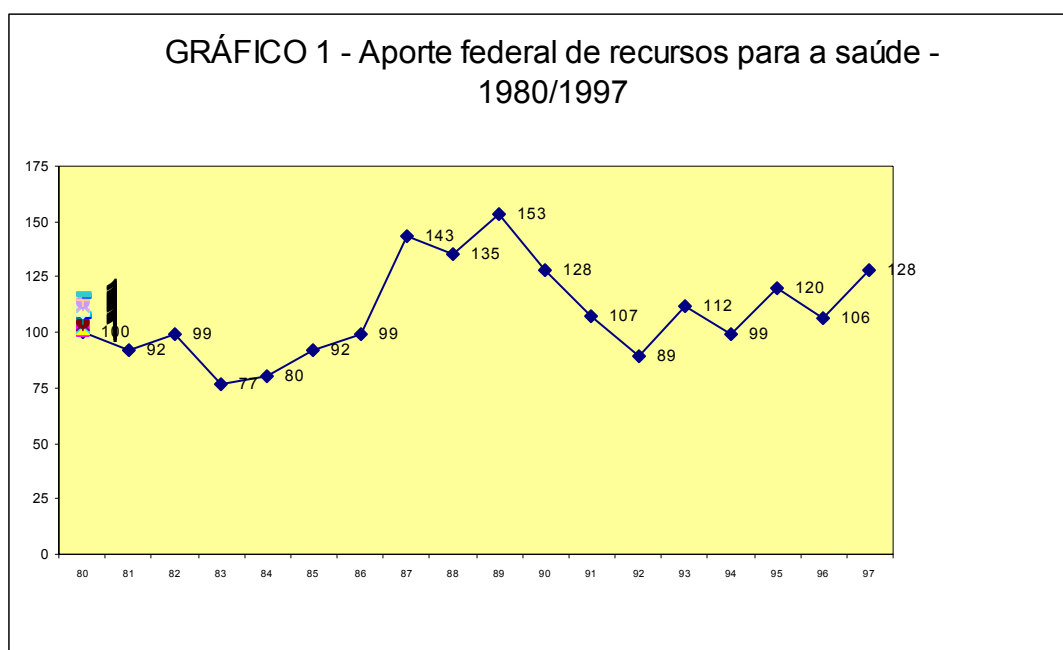
A perda de recursos da Previdência aconteceu em duas etapas. Primeiramente, com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, houve redução de 20 % para 14,5% da arrecadação previdenciária destinada à saúde; em segundo lugar, com a extinção do INAMPS, e como justificativa para atender à grande demanda por recursos em benefícios, o montante destinado à saúde foi encerrado. Esta anulação do financiamento aconteceu mesmo com disposição da Lei de Diretrizes Orçamentárias estipulando que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveria ser repassado para a saúde. (Mendes, 1997:11)

Estes problemas que afetavam as políticas sociais do país eram consequência direta de alguns fatores: o baixo crescimento da economia, a redução do nível de emprego formal e o grau elevado de sonegação, além da ampliação dos direitos sociais (adquiridos com a Const. 1988 e só implantados em 1993, como a extensão dos direitos dos trabalhadores urbanos aos rurais, o novo cálculo da aposentadoria e o novo piso equivalente a um salário mínimo). (Marques, 1999:29)

No primeiro triênio da década de 90, deve-se levar em conta a conjuntura econômica do país, marcada pelo efeito de curto prazo do seqüestro de ativos financeiros pelo então governo Collor, processo que se esgotou em pouco tempo e foi seguido por uma desaceleração da economia, aumento do desemprego e aceleração inflacionária. (Oliveira, 1999:30)

No ano de 1993 surgiu mais um fator que distanciou a saúde da Previdência Social: a alteração da destinação dos recursos da contribuição social dos empregadores e empregados, que passou a atender exclusivamente à previdência. Para socorrer o setor saúde, foram feitos empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT)²³; a situação do setor piorou nos anos seguintes, quando a previdência passou a receber maior percentual de recursos da COFINS e da CSLL, prejudicando o financiamento da saúde.²⁴

A incerteza quanto à destinação de recursos para o setor, no entanto, apesar da “dança das fontes”²⁵ que marcou o financiamento da saúde daí em diante, não significaram redução do aporte total²⁶ de recursos federais para o setor, entre 1980 e 1997, como pode ser observado no gráfico abaixo:



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Ipea/Csp, Iesp/Fundap, apud Marques(1999:34)
Obs.: o ano-base é 1980; 1980=100.

²³ os recursos foram repassados ao INAMPS, e o Tesouro Nacional responsabilizou-se pela operação, emitindo Notas do Tesouro Nacional.

²⁴ Na verdade, em termos proporcionais, mesmo com a entrada da previdência no “rateio” dos recursos destas duas fontes, a percentagem que coube à saúde em 1996, em média, se manteve em 1997.

²⁵ Termo apropriadíssimo utilizado por Ocké Reis, Ribeiro e Piola (2000), do qual faço aqui um “empréstimo”.

²⁶ Aporte total significa que aí estão incluídos encargos financeiros, não representando, portanto, um retrato do financiamento de ações finalísticas no setor.

O Gráfico 1 foi elaborado a partir dos dados da tabela que segue:

TABELA 5 - APORTE FEDERAL DE RECURSOS PARA A SAÚDE - 1980/1997

A N O	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97
%	100	92	99	77	80	92	99	143	135	153	128	107	89	112	99	120	106	108

Fonte: estes dados foram agrupados considerando o ano de 1980 como o ano base (1980=1000), por Marques (1999:34)

O que ocorreu é que o aporte total de recursos do Orçamento da União para o setor saúde foi ascendente em termos de volume total. Os problemas existentes, no entanto, têm sido os seguintes:

a) do montante total de recursos para a saúde, apenas uma parcela representa as ações finalísticas do setor (“outras despesas correntes”)

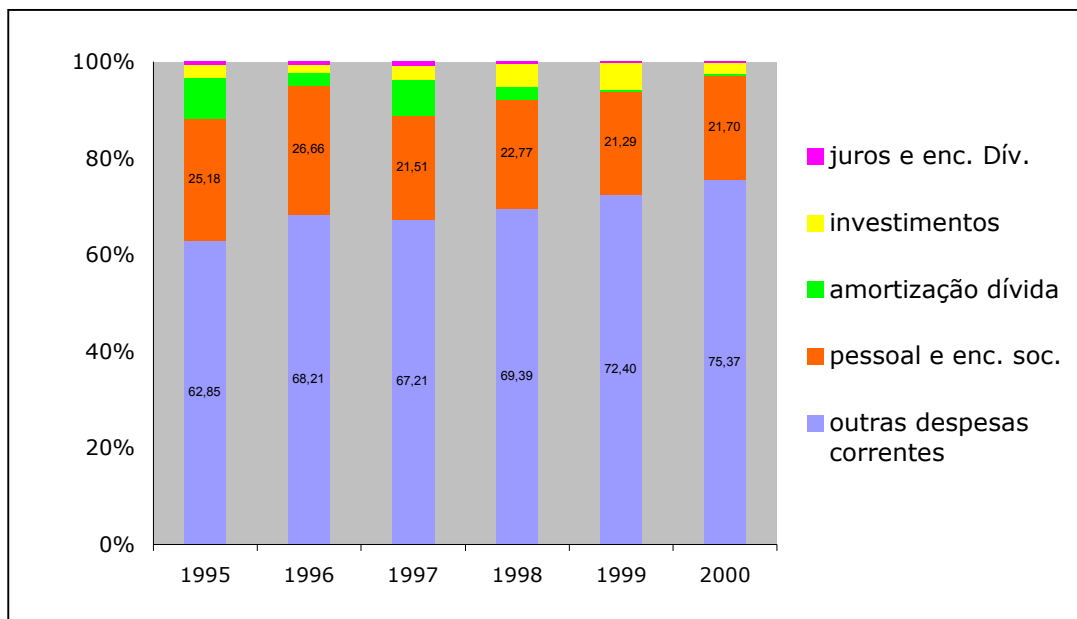
b) quando ocorre restrição orçamentária, não é atingido o montante total de recursos; percebe-se que, de fato, há grandes distorções, afetando diretamente a parcela “outras despesas correntes”, que é a parcela que cobre as ações finalísticas com saúde (aí excluídas despesas com pagamento de pessoal e pagamento de dívida).

c) os ajustes ou cortes de despesas não atingem o pagamento de pessoal, por exemplo; e também não atingem a parcela referente ao pagamento de despesas financeiras. O pagamento de pessoal não tem vinculação específica para este fim, mas há total rigidez orçamentária, tornando a necessidade de financiamento deste componente de despesa não passível de ajuste, redução.

A interpretação dos dados estatísticos sobre o orçamento público federal da saúde deve levar em consideração as observações acima; mais do que isto, os dados devem ser analisados de forma a responderem as seguintes questões:

- 1) qual foi a oscilação no aporte total de recursos federais para a saúde, nos últimos anos?
- 2) Como oscilou o aporte de recursos, dentro de cada componente de despesa?

GRÁFICO 2 - Execução Orçamentária do Ministério da Saúde - por "natureza da despesa" (GND) -1995-2000, dados empenhados - % sobre o total



Obs: os dados para os anos 1995 a 1999 estão atualizados pelo IGP-DI para dez. 99. Os dados para o ano 2000 referem-se a informações do dia 08-12-2000.
 Fonte: elaboração própria a partir de dados do STN/SIDOR

Os dados do Gráfico 2 mostram que tem havido uma variação nos montantes totais de receita federal da saúde, sendo menores os orçamentos do setor nos anos de 1996 e 2000. O maior orçamento foi o de 1997.

Com relação à destinação destes recursos, por outro lado, observa-se uma tendência diferente. Para aqueles anos em que houve menor aporte total de recursos, o componente de despesa “outras despesas correntes” – que são as despesas finalísticas do setor – não acompanhou tal redução. Curiosamente, mesmo havendo discussões no setor saúde quanto à insuficiência de recursos e à necessidade de um financiamento com mais recursos e com estabilidade, os dados mostram que, além de ter havido um equilíbrio nos recursos totais destinados à saúde, a própria categoria de despesa “outras despesas correntes” não só esteve equilibrada como tem apresentado receita crescente.

O componente “despesas com pessoal e encargos sociais”, por outro lado, apesar da rigidez presente, mostrou desempenho de equilíbrio, com redução de recursos no último período. A Tabela mostrada a seguir confirma a situação dos

grupos de despesa apresentados anteriormente, possibilitando também a visualização das despesas em cada função do Ministério da Saúde.

TABELA 6 - Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde - 1995-1999 (em R\$1 milhão)

ITENS	EXECUTADO					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ASSISTÊNCIA MÉDICA	9323	12554	12522	14178	13616	13048
Média e Alta Complexidade	9323	10673	10711	12034	11001	10693
Atenção Básica	0	1757	1650	1928	2318	1999
Saúde da Família	0	124	160	216	297	356
CONTROLE DE ENDEMIAS	131	229	128	543	483	597
VACINAS	142	131	171	218	228	289
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	14	5	51	28	66	145
INVESTIMENTOS	690	595	308	444	675	863
SANEAMENTO BÁSICO	96	102	84	214	332	399
COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS	95	203	45	136	78	153
DEMAIS CUSTEIOS	1762	884	867	918	892	852
MEDICAMENTOS	368	668	332	763	750	1054
SUBTOTAL	12620	15371	14465	17443	17121	17402
PESSOAL	4557	5923	5522	5355	5262	4755
AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	-	2156	720	2400	3075	170
TOTAL GERAL a	17177	21294	20708	25198	25459	22327

Fonte: Ministério da Saúde

Obs: valores atualizados para dez. 2000 pelo IGP-DI

a) para o ano de 1994 não estão incluídos no total geral os valores referentes à amortização da dívida.

Entre as ações finalísticas do Ministério da Saúde, o item Assistência Médica representa a maior parcela dos recursos, os quais estão subdivididos entre as ações de Assistência de Médica e Alta Complexidade e Ações de Atenção Básica e o Programa de Saúde da Família. Nos últimos anos, a implementação das políticas de saúde tem se caracterizado pela valorização das ações de saúde preventiva e de atenção básica à população, gerando um grande aumento nos recursos repassados à Atenção Básica e ao Programa de Saúde da Família. É importante salientar, no entanto, que a valorização da atenção básica aconteceu sem que houvesse prejuízo direto para as ações de média e alta complexidade.

Para o financiamento das políticas de saúde que estavam sendo implementadas em meados dos anos 1990 surgiu uma nova fonte de recursos. Ao conjunto das fontes que financiavam o setor saúde é incluída uma nova contribuição, criada para financiar a saúde, resultado de reivindicações do então Ministro da Saúde Adib Jatene, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). As fontes principais de financiamento da saúde nos anos 90 foram, portanto, a CPMF, a COFINS, a CSLL e os recursos do Fundo de Estabilização Fiscal (que substituiu o Fundo Social de Emergência e recentemente, neste ano 2000, foi recriado com o nome de Desvinculação das Receitas da União – DRU; nos três casos, representando a desvinculação de 20 % das receitas arrecadadas dos impostos e das contribuições sociais)²⁷

QUADRO 11 AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 7
CONTRIBUIÇÃO PROVISÓRIA SOBRE A MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA (CPMF)
<p>A CPMF substituiu o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira - IPMF. O IPMF começou a ser arrecadado no início de 1994 e, já no primeiro ano, arrecadou um volume de recursos de R\$4,98 bilhões, o que representava 7,74% da arrecadação total do governo. A CPMF entrou em vigor em janeiro de 1997, tendo como resultado do seu primeiro ano uma arrecadação de R\$6,9 bilhões (6,45% da arrecadação total do governo federal). A CPMF corresponde à Fonte 155 no Orçamento da União.</p> <p>Os recursos arrecadados com a CPMF devem ser destinados ao Ministério da Saúde (para financiar o Sistema único de Saúde - SUS) e ao Ministério da Previdência (receita destinada à redução de parte do déficit do INSS). Com a elevação da alíquota nos exercícios financeiros de 1999, 2000 e 2001, o percentual acrescido deve ser destinado ao custeio da Previdência Social.</p> <p>Até janeiro de 1999, a alíquota era de 0,20%. Com a prorrogação da cobrança da contribuição, a alíquota passou para 0,38 % a partir de 17 de junho de 1999, com validade de um ano. Nos dois anos subseqüentes, a alíquota cobrada seria de 0,30%, até o ano 2001. Em março de 2001, a alíquota voltou a 0,38%. O aumento da alíquota da CPMF foi aprovado pelo Congresso, em dezembro de 2000, com o objetivo de financiar o Fundo de Combate à Pobreza. A receita gerada com o percentual alterado será usado no Programa Bolsa-Escola e em projetos de saneamento. A CPMF será cobrada até julho de 2002.</p>

Fonte: elaboração própria.

A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF -, foi criada num período de total irregularidade no financiamento do setor saúde, como último recurso para garantir que o sistema único de saúde pudesse continuar a ser implantado no país, dando prosseguimento aos esforços de extensão da

²⁷ Para a maioria dos tributos, havendo algumas exceções.

atenção à saúde a todos.²⁸ A Saúde havia perdido o vínculo com a Previdência Social em termos de partilha dos recursos da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários e, além disso, o financiamento do setor tinha saído “da arena do poder previdenciário para o coração da estrutura fiscal brasileira – a Secretaria do Tesouro Nacional” (Costa, 1998:120)

Com isso, surgiram incertezas quanto ao arranjo político e institucional que proporcionasse um adequado financiamento para o setor, deixando-o à mercê das decisões políticas federais com um todo, de acordo com os interesses e prioridades do governo federal. “A barganha por recurso deslocada da arena previdenciária para o Tesouro Nacional impôs ao núcleo decisório do Ministério da Saúde o papel de grupo de pressão em defesa de sua titularidade orçamentária”. (Costa, 1998:121)

O Ministério da Saúde envidou esforços para a criação de uma nova fonte de recursos para o setor, que não estava sendo priorizado pelo governo federal. A CPMF seria criada como o “salva-vidas” do Ministério da Saúde, especificamente para atender ao financiamento do setor saúde.²⁹

A criação da contribuição (após o desgaste quanto ao imposto sobre o cheque que já havia sido instituído no ano de 1993 – IMF) , foi criticada por ser uma contribuição cumulativa sobre as movimentações financeiras (crédito e débito), que feria a proposta de exclusão do requisito da não-cumulatividade para o exercício da competência residual da União. Quando a CPMF foi criada, logo surgiram diversas contestações por parte dos tributaristas quanto à inconstitucionalidade da contribuição.

Mas a pressão do setor saúde, principalmente tendo como principal representante o então Ministro da Saúde Adib Jatene, possibilitou o que seria um alívio para o setor, mesmo contrariando as indignações de toda a população contribuinte do país e do meio jurídico.

²⁸ Antes de ser criada a contribuição CPMF, foi criado o Imposto sobre a Movimentação Financeira – O IMF, através da Emenda Constitucional n. 3, de 17 de março de 1993, mas que posteriormente recebeu uma Ação de Inconstitucionalidade pelo Supremo Tribunal Federal por ferir vários princípios constitucionais, dentre os quais: o princípio da anterioridade (porque já foi instituído para a cobrança no próprio ano de 1993)

²⁹ A princípio a contribuição denominava-se CMF – Contribuição sobre a Movimentação Financeira

A Emenda Constitucional n. 12, de 16/08/96, criou de fato a contribuição. Mas ficou claro que a diferença entre as Emendas de 1993 e de 1996 restringiram-se ao nome dado ao tributo (como contribuição, não teria que atender ao princípio da anterioridade plena). É interessante ressaltar que, a princípio, a contribuição não foi criada como provisória.

Para o ano de 1996, como a CPMF tão desejada pelo setor saúde ainda não havia sido aprovada, e como não houve o socorro prometido com recursos do FEF, a solução do setor foi efetuar empréstimos junto ao FAT (que deveriam ser pagos no ano seguinte com os recursos da CPMF, já estimados). No entanto, a ampliação no volume de recursos para o setor saúde que se almejava não aconteceu. Houve uma substituição de fontes, então o alívio que aconteceria com a criação da CPMF foi esterilizado pela redução da participação de outros recursos. Por conseguinte, as metas previstas para atender as necessidades de financiamento da saúde no Brasil não se efetivaram. “A CPMF foi proposta como recurso adicional e provisório, enquanto não se fizesse a reforma tributária, e nunca como recurso substitutivo das fontes de que o Ministério dispunha”. (Adib Jatene, 1999:62)³⁰

A Emenda Constitucional n. 21, de 18/03/99, prorrogou, alterando a alíquota, a contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e de direitos de natureza financeira, a que se refere o art. 74 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Receita Federal). Foi criado o art. 75, com redação que prorrogava a cobrança da contribuição por 36 meses, sendo que, sobre uma parte deste período incidiria a alíquota de 0,30% (destinada exclusivamente à saúde), e em outro período a alíquota seria de 0,38% (o percentual a mais será destinado ao custeio da Previdência Social). Em 2001, houve nova modificação na CPMF, que passou a ter, novamente, uma alíquota de 0,38%.

Oliveira (1999:20) apresenta uma análise dos pontos negativos da CPMF. Para o autor, a CPMF, criada em 1996, considerada uma das mais importantes medidas para o financiamento da saúde, não tem resolvido a questão do financiamento do setor, por dois motivos. Primeiramente, porque com a sua

criação houve redução da participação de outras fontes que tradicionalmente financiavam o setor. Em segundo lugar, porque os seus recursos não destinaram-se integralmente ao fim para o qual foi criada.

Um grande problema do financiamento do Ministério foi a necessidade de contração de empréstimos junto ao FAT, que nos anos seguintes gerou despesas que sobrecarregaram os orçamentos anuais. Com os recursos arrecadados era necessário, além de financiar programas e atingir todas as metas previstas, assumir o compromisso da dívida do FAT que havia para ser quitada.

TABELA 7 – FINANCIAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE- 1992/2000(% sobre o total)

FONTE DE RECURSOS	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
100 – RECURSOS ORDINÁRIOS	12.10	18.00	0.60	3.24	0.20	1.04	10.78	15.09	3.03
144 – TÍTULOS DE RESPONS. DO TESOUREIRO	0.30	10.70	3.30	2.68	3.37	2.8	0.19	0.27	0.26
150 – REC. DIRETAMENTE ARRECADADOS	0.00	0.00	1.90	2.31	2.28	2.20	2.40	3.35	3.03
151 – CONTRIB. SOC. S/ O LUCRO LÍQUIDO	1.40	15.80	17.00	20.23	20.68	19.33	7.98	13.15	13.3
153 – CONTRIB. P/ O FIN. DA SEGUR. SOCIAL	30.20	38.10	27.50	48.77	42.25	25.57	25.95	26.32	34.6
154 - CONTRIB. S/ A FOLHA DE SALÁRIOS	55.90	17.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
155 – CONTRIB. PROV. SOBRE MOV. FINANC.	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	27.86	37.04	22.04	37.1
199 – RECURSOS DO FSE/FEF/DRU ^a	0.00	0.00	33.20	11.73	17.93	19.63	13.27	14.49	0.00
DEMAIS RECEITAS PARA A SAÚDE	0.10	0.00	16.5	11.04	13.29	1.57	2.39	5.29	8.70
TOTAL GERAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fontes: elaboração própria a partir de dados do MS e SIAFI/STN

^a Na execução orçamentária do ano 2000, a fonte 199 aparece como fonte 175. (fonte 175: desvinculação de impostos e contribuições sociais)

^b O orçamento de 2000 é estimado.

No volume total de recursos arrecadados pela União, as contribuições sociais tinham a cada ano uma maior representatividade, ao longo da década de 90. As mudanças nas alíquotas cobradas e a reedição de leis sobre algumas das contribuições sociais eram os principais fatores que permitiam este incremento na receita gerada. Quando se discutia, no início da década de 90, sobre a possibilidade de ampliação dos gastos sociais do país através da criação e da ampliação de algumas contribuições sociais, que poderiam ter caráter provisório, emergencial, como foi criada a CPMF, não se imaginava o grau de importância que estas contribuições “sociais” teriam para o financiamento federal, em todas as áreas, não apenas o social.

Os dados da receita do Tesouro nos últimos anos da década de noventa, mostrados na tabela abaixo, permitem a confirmação desta importância crescente das contribuições.

TABELA 8 – Receitas do Tesouro, segundo a classificação econômica-1998/2000 – (valores nominais – R\$ milhões)

FONTE DE RECEITA	1998 (ARRECADADO) A	1999 (PROJEÇÃO) B	2000 (PROPOSTA) C	% (C)/(B)	% (C)/(A)
RECEITAS CORRENTES	196.944	226.282	237.430	4,9	20,6
-Imposto Importação	6.491	7.447	7.808	4,8	20,3
-Imposto Renda	40.749	43.494	41.020	-5,7	0,7
-IPI (Prod. Industr.)	15.633	16.764	19.358	15,5	23,8
-Demais Tributos	4.559	6.623	5.532	-16,5	21,3
-Contr. Empreg. e Trab. P/ INSS	46.641	47.323	52.983	12,0	13,6
-COFINS	17.726	29.150	35.363	21,3	99,5
-CSLL	6.775	6.031	6.572	9,0	-3,0
-CPMF	8.113	9.013	17.167	90,5	111,6
-Demais Contribuições	14.086	19.038	13.539	-29,0	-4,9
-Demais Receitas Correntes	36.171	41.400	29.091	-30,7	-20,6
RECEITAS DE CAPITAL	298.167	337.994	759.986	124,9	154,9
-Operações Crédito	279.971	293.191	699.976	138,7	150,0
----Internas	277.804	292.094	695.814	138,2	150,5
----Externas	2.167	1.097	4.162	279,4	92,1
-Amortização Empréstimos	5.788	20.773	11.018	-47,0	90,4
-Demais Receitas Capital	12.407	24.031	48.992	103,9	294,9
TOTAL RECEITAS	495.111	564.276	997.416	76,8	101,5

Fonte: Congresso Nacional – PL n. 20, 1999. In Congresso Nacional (1999)

Enquanto foi previsto o crescimento de 0,7 % na arrecadação do Imposto de Renda de 1998 para 2000, e de 23,8% no incremento do IPI, para o mesmo período, a previsão de aumento da COFINS e da CPMF foi de 99,5% e 111,6%, respectivamente.

A instabilidade na participação das fontes é um dos grandes problemas do financiamento do Ministério da Saúde. Quando surgiu a CPMF, que deveria complementar o volume de recursos que já financiava a saúde (e que era insuficiente), houve redução dos recursos da COFINS em 53%. Nos anos

seguintes, a participação da própria CPMF teve queda. O volume das contribuições sociais em geral, em percentual da receita total do Ministério da Saúde, também tem variado.

Segundo Marques e Mendes (2000), em 99, “62,9% dos recursos tinham essa origem. Essa participação já foi maior (70,7% em 1997), estando em queda nos dois últimos anos”. Como não há possibilidade de previsão de receitas e de previsão da variabilidade das contribuições no orçamento da saúde, as políticas do setor acabam prejudicadas. Conseqüentemente, “essa realidade torna o financiamento da saúde em nível federal ainda mais incerto e dependente das demais fontes de financiamento”. (Marques e Mendes, 2000)

Uma outra forma de financiamento para os programas de saúde do governo federal tem sido a receita dos acordos com agências internacionais. Para complementar os recursos diretos do governo federal, a segunda metade dos anos 90 registrou a criação do projeto REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde. O REFORSUS, criado em 1996, foi uma negociação entre o Ministério da Saúde e governo brasileiro com o Banco Mundial e o BID para obtenção de empréstimos visando estruturar e restaurar a capacidade técnico-operativa da rede do SUS, principalmente nos Estados (SES) e Municípios (SMS).

Os recursos do REFORSUS são depositados em um fundo, gerenciado pelo próprio Ministério da Saúde, e atendem aos projetos aprovados pelo Ministério, encaminhados por órgãos públicos e entidades privadas não lucrativas aos gestores estaduais e municipais. (Levcovitz, 1996:231)

O programa prevê a distribuição dos recursos de acordo com áreas programáticas definidas. São quatro áreas programáticas:

AP 1) para a Rede Ambulatorial e Hospitalar;

AP 2) para o Programa de Saúde da Família (PSF);

AP 3) para a HEMORREDE (sangue e hemoderivados); e

AP 4) para o LACENS (vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental)

Uma outra possibilidade de financiamento para o setor saúde é o reembolso ao governo dos planos de saúde privados pelos serviços de atenção à saúde por Estados em rede pública. Este assunto já vem sendo discutido há muitos anos, e as soluções possíveis aventadas por alguns autores eram: o pagamento do setor privado ao SUS por paciente atendido; ou o pagamento ao SUS de um valor global, calculado em bases atuariais, sobre um uso potencial ao invés de se calcular pelo uso efetivo. (Ugá, 1995:18) Atualmente, já existe uma lei que regula este retorno de receita para o SUS, pago pelas instituições privadas.

3.2 - O contingenciamento de recursos: FSE/FEF/DRU

O contingenciamento é uma medida do governo para garantir a flexibilidade dentro do orçamento para permitir a realocação de recursos, quando necessária, para que não fiquem todas as fontes de receita carimbadas, sem um montante destinado a despesas emergenciais.

Em 1994, para resolver problemas sociais (e conjunturais da economia) do país, foi criado o Fundo Social de Emergência – FSE -, que desvinculava 20% das receitas destinadas à seguridade social.

Não foi criado antes de 1994 porque antes da criação do Plano Real o Brasil “dispunha de um excelente antídoto contra desequilíbrios e restrições orçamentárias: um processo de superinflação crônico”. (ABOP:269) Não era preciso criar uma desvinculação formal de receita porque a corrosão inflacionária dos valores nominais por si já produzia esse efeito de flexibilização dos recursos públicos (em valores reais).

Considerando-se como hipótese uma taxa de inflação de 40% ao mês, se houvesse atraso de um mês para a liberação de um recurso ou para a execução de uma despesa, em termos reais isso significava um ganho de 29%. Se considerados dois meses, o ganho seria de 49%; em três meses, de 69%. (ABOP:269)

A rigidez orçamentária é combatida pelo governo e alguns fatores que a condenam são os seguintes:

- a) como o governo reserva um volume muito pequeno de recursos para despesas de custeio e investimento não vinculados a despesas pré-definidas, nunca há recursos para financiar despesas inevitáveis e inadiáveis;
 - b) havendo vinculação generalizada, cria-se o caráter cíclico de para maior receita, maior despesa. Ou: quanto mais se arrecadar, mais se gastará;
 - c) com a vinculação constitucional de receitas, gerações futuras terão receitas alocadas sujeitas a este critério; e
 - d) o elevado grau de vinculação compromete a própria capacidade de execução de política fiscal, prejudicando a definição e composição dos gastos públicos.
- (ABOP:268)

Em 1996, o FSE passou a se chamar Fundo de Estabilização Fiscal – FEF – já desmascarando a verdadeira função destes fundos: serem instrumento de desvinculação parcial de recursos do orçamento da União, garantindo maior flexibilidade operacional do governo quanto ao Orçamento.



O FEF foi criado como recurso temporário com vigência até dezembro de 1999. Como foi interesse do governo prorrogar o programa de desvinculação de recursos do orçamento, no ano de 1999 o assunto voltou a ser discutido e votado no Congresso Nacional, quando então foi aprovada a Emenda à Constituição nº 27, criando a chamada Desvinculação de Receitas da União – DRU. A DRU estará em vigor nos anos de 2000 a 2007.

QUADRO 12
AS FONTES DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE - Nº 8
DESVINCULAÇÃO DE RECURSOS DA UNIÃO (DRU)
<p>A Desvinculação de Recursos da União (DRU), criada pela Emenda à Constituição nº27, de 21 de março de 2000, substituiu o FSE e o FEF como um artifício para desvincular recursos fiscais e permitir alguma flexibilidade para o governo nas decisões de gasto. Pela Lei que está em vigor, a DRU será aplicada até o ano de 2007. Para a maioria dos tributos, o percentual descontado é de 20%. Dentre os tributos, destaca-se a presença das contribuições no rol dos passíveis de contingenciamento, o que tem gerado muitas críticas e insatisfações com relação ao governo.</p>

Fonte: elaboração própria.

Para ilustrar o efeito negativo dos fundos de desvinculação de receitas para o financiamento da saúde, a tabela abaixo compara a receita de CPMF que seria destinada ao setor saúde, e a receita de fato repassada após a desvinculação dos 20%.

TABELA 9 – Arrecadação da CPMF, transferência da CPMF para a saúde e participação do FEF – 1998 (em R\$ milhões)

A	B	C	D	E
CPMF arrecadada	CPMF contingenciada para o FEF	CPMF líquida (A-B)	Recursos do FEF destinados à saúde	CPMF + FEF para a saúde (C+D)
7.783	1.556	6.226	720	6.946
				

Fonte: elaboração própria a partir de dados do MS.

Os 20% descontados da CPMF para ingressarem no FEF não foram repostos à saúde, no mesmo percentual, quando foi repassado recurso do FEF para o setor. Na verdade, o Ministério da Saúde recebeu primeiramente os 80% referentes à CPMF (descontado o percentual do FEF) e os recursos do FEF que voltaram para a saúde, posteriormente, significaram apenas 8,9% da arrecadação da CPMF. Com isso, o MS recebeu R\$ 6.946 milhões, ao invés de R\$ 7.783 milhões, montante 11,1% menor do que o esperado.

O problema maior desses artifícios de contingenciamento, quando aplicados a todos os tributos, é que aqueles tributos que deveriam ter 100% de destinação para o setor social, tiveram 20% dos recursos desviados para um fundo sobre o qual não se tem controle do gasto. A receita tem sido aplicada em diversos setores do governo, não sendo prioridade os programas sociais.

Segundo a Associação Brasileira de Orçamento Público - ABOP -, no entanto, os fundos que contingenciam parcela da receita da União são instrumentos de “desvinculação parcial de parte dos impostos e contribuições da União, objetivando permitir maior flexibilidade operacional na gerência do Orçamento Geral da União”. (Revista da ABOP, 1998/1999:268)

O Fundo Social de Emergência - FSE - havia sido criado em 1994 através da Emenda Constitucional de Revisão nº 1 e depois foi substituído, em 1996, através da Emenda Constitucional nº 10, pelo Fundo de Estabilização Fiscal - FEF. O FEF era formado a partir de receitas existentes, arrecadadas pela União, que são desvinculadas de suas destinações iniciais e que deveriam ser aplicados, segundo a Emenda, no financiamento dos seguintes itens:

- ações de saúde e educação;
- benefícios previdenciários;
- auxílios previdenciários de prestação continuada;
- liquidação de passivo previdenciário; e
- despesas orçamentárias associadas a programas de relevante interesse econômico e social. (Revista da ABOP:268)

O FEF vigorou até 31 de dezembro de 1999. Com o intuito de prorrogar este tipo de medida, foi criada a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 85-B, em 1999, para que houvesse uma nova proposta de desvinculação para substituir o FEF. A PEC 85-B sugeria a criação de uma fonte que desvinculasse recursos da União com vigência para o período 2000-2003. Esta proposta foi aprovada no Congresso Nacional, porém com o texto modificado de forma a garantir a extensão da desvinculação até o ano 2007.

A nova fonte de recursos é a Desvinculação de Recursos da União - DRU, que se assemelha ao FEF, com algumas pequenas modificações. A DRU não incide sobre a arrecadação da contribuição social do salário-educação, por exemplo. Mesmo havendo a desvinculação de impostos como o IPI e o

Imposto de Renda (principal fonte de receita das transferências a Estados e Municípios), estas desvinculações só são feitas após o cálculo das respectivas transferências.

Todos os tributos que sofreram perdas de receita com a criação do FEF estão listados no quadro 13.

QUADRO 13 RECEITAS DESTINADAS AO FUNDO DE ESTABILIZAÇÃO FISCAL (FEF)		
RECEITAS	VINCULAÇÃO (%)	DISPOSITIVOS (EC nº 10/96)
Impostos		
Imposto sobre Importação	20,0	Art. 72, IV
Imposto sobre Exportação	20,0	Art. 72, IV
Imposto sobre Prod. Industrializados	8,60	Art. 72, IV e VI §2º
Imposto sobre a Renda	24,48	Art. 72, IV, II e VI e §§2º e 5º
Imposto sobre Renda - retido na fonte- União	100,0	Art. 72, IV
Imposto sobre Prop. Territorial Rural- União	20,0	Art. 72, IV
Imposto sobre Operações Financeiras	20,0	Art. 72, IV
Contribuições		
Contrib. Prov. Sobre Movimentação Financeira	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Para o Financ. da Seguridade Social	20,0	Art. 72, IV
Contrib. P/ o Plano de Seguridade Soc. Servidor	20,0	Art. 72, IV
Contrib. PIS/PASEP	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Para o PIS - Instituições Financeiras	100,0	Art. 72, IV
Contrib. Social sobre o Lucro Líquido	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Sobre o Lucro das Instituições Financ.	20,0	Art. 72, III, IV, Lei nº 9249/95
Contrib. Sobre receita Concursos Prognósticos	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Para o PIN/PROTERRA	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Sindical Rural	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Empregador - INSS (Simples)	20,0	Art. 72, IV
Cota-Parte Renov. Frete Marinha Mercante	20,0	Art. 72, IV
Cota-Parte de Compensações Financeiras	20,0	Art. 72, IV
Cota-Parte Preços Realizados Combust. Autom.	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Ensino Profissional Marítimo (1)	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Sindical - demais sindicatos (1)	20,0	Art. 72, IV
Outras Contribuições (2)	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Salário-Educação	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Empregado Seguridade Social - INSS	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Prov. Sobre Movimentação Financeira	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Para o Financ. da Seguridade Social	20,0	Art. 72, IV
Contrib. P/ o Plano de Seguridade Soc. Servidor	20,0	Art. 72, IV
Contrib. PIS/PASEP	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Para o PIS - Instituições Financeiras	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Social sobre o Lucro Líquido	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Sobre o Lucro das Instituições Financ.	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Sobre receita Concursos Prognósticos	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Para o PIN/PROTERRA	20,0	Art. 72, IV
Contrib. Sindical Rural	20,0	Art. 72, IV

(1) não transitam financeiramente pelo Tesouro Nacional

(2) contribuições: FNS, Cinema Nacional, Cota de Previdência e outras.

Fonte: Revista ABOP (1998/1999)

Segundo o governo, as finalidades da DRU são as seguintes:

- permitir a alocação mais adequada de recursos orçamentários ;
- não permitir que determinados itens de despesas fiquem com excesso de recursos vinculados, ao mesmo tempo em que outras áreas apresentam carência de recursos; e
- permitir o financiamento de despesas não comprimíveis sem endividamento adicional a União.

Até o momento, de acordo com a lei aprovada, a DRU ficará em vigor, então, até o ano de 2007.

A criação dos dispositivos de desvinculação de recursos fiscais não provocou a redução do aporte de recursos para o Ministério da Saúde, para os anos analisados. O orçamento da saúde tem registrado crescimento nos últimos anos. Com certeza, se não houvesse tal desvinculação (via DRU), a receita do Ministério da Saúde para cada ano seria ainda maior, favorecendo o processo de implementação do Sistema Único de Saúde.

Ao longo dos anos 1990, ao mesmo tempo em que se discutia no governo a necessidade da desvinculação de recursos fiscais surge um movimento contrário de tentativa de se vincular recursos para o setor saúde, como medida de redução da instabilidade do financiamento do setor.

3.3 - A vinculação de recursos para a Saúde: o porquê

A história do financiamento federal da saúde tem mostrado um quadro de instabilidade das fontes financiadoras e de oscilações nos montantes destinados ao setor. Quanto aos tipos de fontes que financiaram o setor nos últimos tempos, houve a participação de percentual dos impostos da União (através da fonte “recursos ordinários”), da contribuição sobre a folha de salários, da contribuição sobre o lucro líquido das empresas, da contribuição sobre o faturamento das empresas COFINS, da contribuição sobre a movimentação financeira, da receita

proveniente dos fundos de desvinculação fiscal e de outros recursos de menor importância. Cada uma dessas fontes participou em maior ou em menor grau, em cada ano da década de 90, para o orçamento federal da saúde.

Quando a Contribuição sobre a Movimentação Financeira - CPMF - foi criada, a princípio o problema da instabilidade no financiamento do setor seria contornado, pois a nova contribuição proporcionaria um plus de recursos para o setor, ampliando a receita destinada anualmente ao financiamento do Ministério da Saúde. Como não houve vinculação exclusiva da receita da CPMF para o setor, como previa a emenda constitucional, a instabilidade continuou a existir.

O financiamento do setor precisava ser definido por Emenda à Constituição que estabelecesse critérios de participação de fontes ou de percentuais de recursos especificamente para o setor. A Proposta de Emenda à Constituição deveria atingir os seguintes objetivos:

a) garantir a continuidade do financiamento do setor saúde (manter o padrão de financiamento, eliminando a possibilidade de redução drástica do aporte de recursos por decisões arbitrárias); e

b) garantir a cobertura das necessidades de financiamento, gerando um aporte de recursos que atenda à demanda do setor. Com esta medida, o Ministério da Saúde ficaria menos vulnerável às decisões de uma reforma tributária futura. Com a possibilidade de realização de uma reforma tributária, o arcabouço da captação de recursos fica ameaçado, mas havendo uma emenda constitucional para a saúde o setor ficaria menos “desprotegido”.

Essa garantia de um aporte de recursos orçamentários em maior volume de recursos e com maior estabilidade não aconteceu com a criação da CPMF e deveria ser garantido pela Emenda Constitucional. A Emenda seria a única solução para o problema do financiamento, mas de difícil aceitação pelos Parlamentares e, conseqüentemente, de difícil aprovação pelo Congresso.

Na Constituição de 1988, através do Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ficou garantida a destinação de, no mínimo, 30% do orçamento da seguridade social (menos os recursos do seguro-desemprego) para a saúde. Mas essa vinculação só teria validade até que fossem aprovadas as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) no país. As LDO não foram respeitadas

como deveriam e o aporte de recursos para a saúde continuou vulnerável às decisões políticas do governo, como ocorreu na crise da Previdência em 1992/1993, quando foram descumpridas as regras da Lei, e os recursos da contribuição sobre a folha de salários foram repassados integralmente para a Previdência, não atendendo à saúde.

A LDO de 2000, por exemplo, definia como receita para a saúde, montante igual ou maior que o definido para o exercício de 1999. Ou seja, o parâmetro utilizado foi o ano anterior, sem fixação de um adicional de recursos. Segundo a Lei, “no exercício de 2000 serão aplicados em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos fixados na lei orçamentária e em seus créditos adicionais no exercício de 1999”.

As discussões sobre a necessidade da vinculação de recursos para a saúde, pelo Poder Legislativo brasileiro, começaram a acontecer já no início da década de 1990, quando surgiu a primeira proposta de emenda constitucional deste assunto (PEC nº 169), de autoria do Deputado Eduardo Jorge (PT-SP), em 1991. Outras propostas foram criadas nos anos subsequentes mas tanto a PEC nº 169 como as demais foram arquivadas. A proposta do Deputado Carlos Mosconi (PSDB-MG), por exemplo, foi arquivada devido à criação da CPMF (JB, 2000:9)

O debate sobre a necessidade de vinculação de recursos orçamentários para a saúde foi fortalecido pela participação do Ministro da Saúde, José Serra, defensor da estabilidade de recursos para a saúde. Em artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, em julho de 2000, o Ministro afirma que é favorável à vinculação de recursos para a saúde porque, como há muitas vinculações orçamentárias para outros setores, o orçamento da saúde fica sempre vulnerável a cortes, funcionando como um “colchão amortecedor” das crises fiscais. Segundo ele, se não houvessem todas as vinculações orçamentárias constitucionais, não haveria necessidade desta proposta para a saúde. Para o Ministro, no entanto, “a vinculação passa a ser uma condição importante para que a saúde deixe de ser a válvula de escape daquelas crises [fiscais], condição que, em certas ocasiões, como em 1991 e 1993, implicou aumentar as mortes de pessoas humildes devido à desassistência médica que decorreu de colapsos espetaculares dos recursos do

SUS”. (Serra, 2000:A-3)

Médici et alii (1995: 11) discutem os pontos negativos e positivos sobre a vinculação. Um primeiro fator negativo é que os recursos não seriam constantes, já que “as fontes fiscais e as fontes contributivas são afetadas por outros fatores, como a reforma tributária, o crescimento econômico e a partilha de recursos entre Estados e Municípios, entre outros”. Como segundo fator negativo, lembram que o setor educação, que tem determinada legalmente a aplicação de 18 % dos recursos da União no setor, “verificou uma queda nas aplicações federais de 40 % em termos reais, entre 1990 e 1992”.

O terceiro fator citado pelos autores sobre as limitações da vinculação é que uma vinculação de percentuais pode ser negativa quando, na prática, transforma-se em teto o volume de recursos previsto para ser o piso do setor. Para o governo, a maior crítica à vinculação é a de que a sua prática “engessa” o orçamento, tirando a flexibilidade na tomada de decisão sobre o gasto.

Na opinião dos autores, os pontos positivos da vinculação seriam: em primeiro lugar, ela permitiria o fim da disputa por recursos entre a Saúde e a Previdência, no Orçamento da Seguridade Social; em segundo, a vinculação “facilitaria a partilha e o repasse automáticos de recursos, entre as três esferas de governo, favorecendo a descentralização”; em terceiro, a vinculação seria uma garantia mínima de recursos para o setor saúde, tão necessária atualmente, dado “o quadro de deterioração em que se encontra o SUS”. (ibidem: 12)

A necessidade da vinculação estava também atrelada à incerteza decorrente de uma possível reforma tributária, citada pelos autores (Médici et al) e muito discutida pelo Congresso Nacional nos anos 1990. O assunto da reforma tributária é controverso e de difícil aprovação pelo Congresso Nacional. Uma proposta de emenda constitucional, criada pelo Deputado Mussa Demes (PFL-PI) que alteraria os impostos e contribuições adotados no Brasil, começou a ser votada pela Câmara dos Deputados, em 1999, mas depois foi arquivada. As contribuições sociais seriam extintas. Pela nova proposta tributária, uma parte do Imposto sobre o Valor Adicionado (IVA) arrecadado seria destinada ao financiamento de ações da União em seguridade social, ensino fundamental e amparo ao trabalhador. Com isso, a seguridade deixaria de ter recursos

vinculados exclusivamente para ela, como ocorre atualmente, afetando diretamente o setor saúde.

A idéia da reforma tributária atingiria diretamente o financiamento público da saúde, já em situação de instabilidade. O assunto acabou sendo abandonado, mas estimulou, mesmo assim, a ampliação do debate sobre a necessidade de estabilidade do financiamento da saúde. A proposta de reforma tributária, além de atingir diretamente a área social como um todo, traria mudanças que acarretariam um outro problema: os novos impostos e suas distribuições entre as instâncias federal e subnacionais gerariam um novo arranjo federativo.

Com relação ao arranjo federativo, ao se extinguir contribuição social, acabaria a centralização na geração de receita, já que as contribuições não são arrecadadas por estados e municípios. E as contribuições sociais são hoje a maior fonte de arrecadação de recursos públicos, que ficam concentrados na União. A partir da nova proposta, que propõe arrecadação do IVA tanto pela União como pelos estados, não haverá esta centralização dos recursos.

Dado o quadro de mudanças tributárias apresentado acima, o setor saúde passou a se manifestar e propor, junto ao Legislativo, a vinculação de recursos para o setor, com o intuito de possibilitar alguma garantia de disponibilização orçamentária, após o fim das contribuições sociais. A Proposta de Emenda à Constituição nº 82-C (depois aprovada como EC nº29) alteraria vários artigos da Constituição de 1988 relativos ao setor e asseguraria os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A PEC 82-C foi aprovada e deu origem à Emenda à Constituição nº 29, promulgada no ano 2000.

3.4 - A Emenda Constitucional da Saúde - EC nº 29/00

A Emenda Constitucional nº 29 foi promulgada em 13 de setembro de 2000, alterando os artigos 34, 35, 156, 167 e 198 da Constituição e acrescentando o artigo 77 ao Ato das Disposições Transitórias. O objetivo da

Emenda é “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”.³¹

Os critérios estabelecidos na Emenda já são válidos para o ano 2000, mesmo com a sua promulgação três meses antes do final do ano (a promulgação aconteceu em 13 de setembro de 2000).

A modificação dos Artigos 34 e 35 da Constituição permite que a União intervenha em caso de descumprimento da lei por Estados, Distrito Federal e Municípios. A mudança no Artigo 156 possibilita a criação de diferentes alíquotas para a cobrança do Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU, favorecendo a arrecadação dos Municípios. A nova redação do Artigo 167 permite a vinculação de receitas de impostos para atender a ações e serviços públicos de saúde.

O Artigo 198 tem dois novos parágrafos incluídos que estabelecem a participação da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento público da saúde, especificam quais impostos podem compor a receita para a saúde nos Estados e Municípios, e define que uma Lei Complementar definirá os percentuais de participação de cada ente federativo, quais as fontes de recursos da União serão destinadas à saúde e quais as formas de fiscalização e controle das despesas.

A Emenda cria um novo artigo para o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o Artigo 77, que define, com caráter provisório, as formas de participação da União, Estados e Municípios no financiamento da saúde. Os critérios estabelecidos pelo Artigo 77 são válidos somente até 2004, ou até a criação de Lei Complementar antes daquele ano. A determinação da participação, no entanto, é desigual, pois especifica os percentuais de Estados e Municípios e deixa para decisão em Lei Complementar o percentual de participação da União.

A União, de acordo com o Artigo 77, deve aplicar nas ações e serviços de saúde, em 2000, “o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento”. Para

³¹ E.C. nº 29/2000

os anos 2001 a 2004, deve ser utilizado o “valor apurado³² no ano anterior³³, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB”.³⁴

Os Estados e o Distrito Federal devem destinar 12% dos impostos e outras receitas arrecadados (de acordo com os Artigos 155, 157 e 159 da Constituição) para o financiamento das ações e serviços de saúde. Os Municípios e também o Distrito Federal, devem destinar 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos especificados no Artigos 156, 158 e 159 da Constituição.

O Parágrafo Primeiro dispõe sobre o crescimento gradual da contribuição dos Estados, Distrito Federal e Municípios. A partir de 2000 devem aplicar pelo menos 7% de sua arrecadação e obrigatoriamente aumentarem o percentual na razão de, pelo menos, um quinto por ano, de forma a atingirem o percentual de 12% e 15%, respectivamente, determinados pelo Artigo 77, em 2004.

Não podem ser considerados no percentual destinado à saúde os recursos gastos por União, Estados e Municípios com dívida pública; pagamento de inativos e pensionistas; pagamento de serviços de limpeza urbana ou rural e tratamento de resíduos sólidos; com ações de saneamento financiadas com tarifas, taxas ou contribuições cobradas dos usuários; com assistência médica e odontológica a servidores; ou em ações financiadas com transferências voluntárias recebidas da União ou Estado.

Os percentuais especificados na Emenda nº 29 referem-se a números mínimos e não a tetos financeiros. O Conselho Nacional de Saúde criou uma tabela-referência para Estados e Municípios, mostrando os percentuais necessários de crescimento a cada ano, até 2004, mas de fato estes percentuais não representam o valor adequado, e sim o valor mínimo. Como a Emenda sugere que haja um crescimento mínimo de 1/5 do percentuais finais, a cada ano,

³² O conceito do termo “apurado” tem sido alvo de discussões e múltiplas interpretações. Apurado é o mesmo que executado, ou é o mesmo que os valores pagos em um ano fiscal, ou equivale a outro termo?

³³ “Ano anterior” refere-se ao ano 2000, citado na alínea anterior, ou ao ano que anteceder aquele para o qual se objetiva definir o volume de recursos para a saúde?

³⁴ A redação do Artigo 77, inciso I, alínea b), do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias limita a correção dos valores destinados pela União à variação do PIB nominal. Não leva em consideração outros fatores, como o crescimento populacional, o aumento da demanda por serviços de saúde, a elevação de custos no setor.

o CNS sugere que nos primeiros anos este aumento seja de exatamente 1/5, e no último ano (de 2003 para 2004) acrescente-se 2/5.

TABELA 10 - Percentuais-referência para o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/00

ANOS	MUNICÍPIOS	ESTADOS E DF
2000	7,0%	7,0%
2001	8,6%	8,0%
2002	10,2%	9,0%
2003	11,8%	10,0%
2004	15,0%	12,0%

Fonte: CNS (2000)

A Emenda Constitucional nº 29 estabelece ainda que a Lei Complementar a ser instituída deverá ser “reavaliada pelo menos a cada cinco anos” e que na Lei estarão definidos os critérios de rateio de recursos para a saúde provenientes da União, e aqueles provenientes dos Estados destinados aos Municípios, “objetivando a progressiva redução das disparidades regionais”.

Os resultados da aprovação desta Emenda serão avaliados no médio e longo prazos, principalmente após a sistematização de informações em saúde, neste caso em especial informações sobre o financiamento da saúde, nos Estados e Municípios.

O volume der recursos destinados ao Ministério da Saúde não tem sua estabilidade garantida pela completa execução da Emenda nº 29. Na verdade, o país presenciou as diversas tentativas de realização da uma reforma tributária, nos anos 1990, o que ainda não aconteceu, e no momento em que houverem mudanças na tributação a receita da saúde será afetada. Uma reforma tributária pode alterar o padrão e o volume de arrecadação de recursos da União, Estados e Municípios, o que influencia a definição do volume de recursos para a saúde.

3.4 - O processo de descentralização

A participação dos níveis de governo nas políticas sociais dos países passa por transformações e as responsabilidades de cada ente varia de acordo com uma maior ou menor centralização do poder. Nas reformas do setor saúde nos países, há uma grande preocupação com a definição dessas responsabilidades, com a determinação clara dos papéis dos governos federal, estadual e municipal (e de outros níveis existentes, quando for o caso). As reformas podem incentivar tanto uma maior descentralização como uma maior centralização do poder. No caso da saúde, as propostas têm estimulado o aumento da participação dos níveis subnacionais de governo tanto na provisão dos serviços quanto no financiamento.(Clements, 1997:24)

Havendo maior ou menor grau de descentralização, de qualquer modo, é necessário que haja uma preocupação do nível federal em regular e controlar os padrões de serviços por Estados no país, buscando garantir eficiência na utilização de recursos e na implantação dos programas. O sucesso do processo de descentralização, segundo Clements (1997:24), depende basicamente de dois fatores: da capacidade do governo federal de impor as regras e determinar os padrões necessários; e dos governos subnacionais (em especial os Municípios) de implementar programas que atinjam estes padrões.

A receita da União tem crescido desde o início do Plano Real, aumentando a sua participação, porque houve incremento da parcela de contribuições sociais (de competência exclusiva da União) no volume total de tributos arrecadados. A tabela abaixo mostra a participação de cada ente federativo na repartição de receitas, nas últimas décadas:

TABELA 11 - Receita Fiscal dos Níveis de Governo, Brasil - 1960-1999

ANO	Receita fiscal total ^a				Receita fiscal líquida ^b			
	1960	1980	1988	1999	1960	1980	1988	1999
Como porcentagem do PIB								
TOTAL	17,4	24,6	22,5	31,8	17,4	24,6	22,4	31,8
União	11,1	18,5	15,8	21,7	10,4	17,0	14,0	18,2
Estados	5,5	5,4	6,0	8,4	5,9	5,5	6,0	8,1
Municípios	0,8	0,7	0,7	1,7	1,1	2,1	2,4	5,5
Como porcentagem da receita total								
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100
União	64,0	75,1	70,6	68,2	59,4	69,2	62,3	57,2
Estados	31,2	22,0	26,5	26,3	34,0	22,2	26,9	25,4
Municípios	4,8	2,9	2,9	5,5	6,6	8,6	10,8	17,4

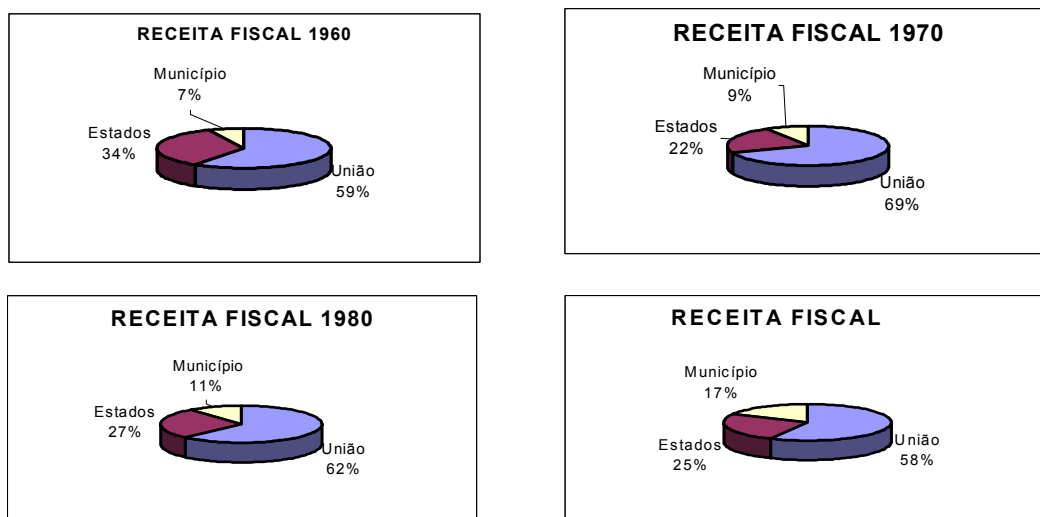
Fonte: Afonso e Mello (2000)

^a receitas fiscais totais disponíveis para cada ente federativo, incluindo transferências.

^b receitas fiscais, excluindo as transferências

Os dados da tabela podem ser melhor visualizados por meio do conjunto de gráficos apresentados a seguir (Gráfico 3). Os gráficos representam a participação de cada nível de governo no conjunto de receitas fiscais do país.

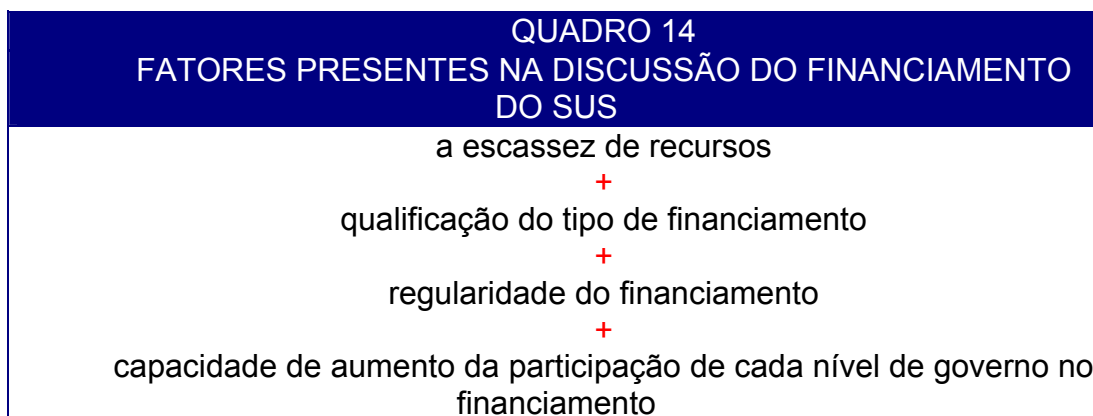
GRÁFICO 3 - Gráficos de Receita Fiscal Líquida dos Níveis de Governo - 1960-1998



Fonte: elaboração própria a partir de Afonso e Mello, 2000

Analisando-se os gráficos, fica claro o aumento real da participação fiscal dos Municípios, entre o ano 1960 e o ano 1998. O aumento da participação dos Municípios tem sido acompanhado da diminuição da participação dos Estados, os quais tiveram o percentual na receita fiscal líquida do país reduzido de 34%, em 1960, para 25,4%, em 1998. Os Municípios que participavam com 6,6% da receita fiscal em 1960, passaram para o percentual de 17,4%% em 1998.

No processo de descentralização da saúde, o financiamento tem que ser visto sob vários pontos de vista, de forma conjunta, para que seja possível existir estabilidade e harmonia nas receitas e no seu papel no sistema de saúde. O quadro abaixo mostra quais são as vertentes do financiamento do SUS:



Fonte: elaboração própria a partir de Cohn e Elias (1996:114)

Há um conjunto de fatores que se integram na questão do financiamento. A discussão do volume de recursos públicos que financia o setor saúde tem que levar em consideração os quatro pontos mostrados no quadro acima. Os quatro pontos têm que ser considerados quando se discute a necessidade de estabilidade do financiamento do setor saúde.

A compreensão do padrão de financiamento do setor saúde depende da análise das informações sobre estes quatro pontos, em conjunto.

**Capítulo 4 - A Descentralização, os Programas do
SUS e o Repasse de Recursos**

4.1 - As NOBs e o processo de descentralização no Brasil

A década de 90, no setor saúde, foi marcada pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais, regulamentados principalmente através das Normas Operacionais Básicas do INAMPS, de 1991, e do SUS, de 1993 e 1996³⁵. Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. A cada novo passo do SUS, uma nova forma de participação dos entes subnacionais e uma nova forma de transferência de receita da União para eles.

A Lei 8.080/90, a lei do financiamento do SUS, já havia definido em seu Artigo 35 que as transferências de recursos entre os níveis de governo fossem realizadas de forma regular e automática, pelo mecanismo fundo a fundo (do fundo federal para os fundos estaduais e municipais), cabendo 70% do volume total aos Municípios, atendendo aos seguintes critérios: a) população; b) perfil epidemiológico e demográfico; c) capacidade instalada; d) complexidade da rede de prestação de serviços de saúde; e e) contrapartida financeira.

No entanto, estes critérios nunca foram de fato obedecidos e o critério populacional tem prevalecido sobre os demais. A não adoção do conjunto de variáveis para realizar os repasses traz distorções ao sistema. O percentual destinado especificamente aos Municípios também nunca foi obedecido.

No mesmo ano foi criada a outra lei da saúde, a Lei 8.142/90, para complementar a lei anterior que havia sofrido vários vetos do então Presidente da República Fernando Collor. Esta nova lei estabelecia que os recursos seriam repassados fundo a fundo após regulamentação do artigo nº 35 da lei anterior e se, e somente se, os Municípios e Estados tivessem um Fundo de Saúde, um Conselho de Saúde, um plano de saúde, relatórios de gestão e contrapartida de

³⁵ O Inamps editou uma segunda Norma Operacional Básica em 1992, a NOB 01/92 do Inamps, mas que não trouxe muitas modificações em relação à Norma anterior, e não é frequentemente citada, como normalmente faz-se referências às três NOBs de 1991, do Inamps, e de 1993 e 1996, do SUS. Ela foi considerada uma reedição da NOB 01/91.

recursos orçamentários. Enquanto não fossem criados estes instrumentos, os recursos seriam administrados pela União ou pelos Estados (no caso de recursos para Municípios).

Um marco do processo de descentralização do SUS tem sido, diferentemente da experiência internacional, a pequena autonomia conquistada pelos governos estaduais somada à forte tendência à municipalização. Segundo Dain (2000:106), este desenho é prejudicial ao sistema por dois motivos. Primeiro, porque o papel que o estado poderia desempenhar de equacionamento das relações entre financiamento, regulação e provisão dos serviços não está acontecendo, e então não há uma referência regional ou distrital para ajudar a operar o sistema. Segundo, porque “se a configuração municipal fosse menos irracional e o critério de partilha favorecesse a equalização do acesso dos cidadãos aos bens e serviços priorizados pelas políticas públicas, o arranjo federativo poderia acolher muito mais facilmente as políticas setoriais descentralizantes e reforçá-las com recursos próprios das localidades”.

Quando a NOB 01/91 foi criada, passou a ser implementado um modelo de repasse de recursos aos Estados e Municípios de acordo com a produção de serviços. Na verdade, esta Norma representava os interesses do Inamps de dar continuidade ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS - chamado de SIH/SUS, que havia sido criado no ano anterior. Os recursos eram repassados por transferências negociadas.

Esta Norma estabelecia tetos financeiros e de cobertura, por estado, para financiar a rede ambulatorial e hospitalar, através do pagamento a todos os provedores, públicos e privados, por procedimento. O pagamento por procedimento que já existia para os provedores privados foi estendido aos serviços públicos. (Vianna e Piola, 1999:9; Oliveira, 2000:143)

O pagamento baseava-se em tabelas de referência criadas pelo Inamps: a UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial)³⁶ e as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar). O teto global de internação acabou permanecendo, pela

³⁶ A Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA classificava-se em vários grupos, nos quais se agrupavam os Estados de acordo com alguns critérios definidos pelo Inamps.

definição do número total pelo Inamps, mas não havia definição do volume de recursos total a ser gasto nas internações. (Oliveira, 2000:145)

A NOB 01/93, do SUS, já não sofreu as influências do Inamps como as NOBs anteriores. Em 1993, já havia acontecido a 9ª Conferência Nacional de Saúde enfatizando a necessidade da municipalização e, por conseqüência, a nova Norma faz grandes mudanças no quadro estabelecido até então. A NOB 01/93 introduziu formas de gestão como critério de classificação dos Estados e Municípios. A pactuação entre as esferas de governo seria feita através das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Intergestores Bipartite (CIB).

Os Estados e Municípios teriam que se habilitar a uma das três formas de gestão incipiente, parcial ou semiplena, de acordo com o nível organizacional e comprometimento com o SUS. Para os Estados, havia as formas parcial e semiplena. Cada uma das formas representava um nível diferente e progressivo de transferência de responsabilidades e autonomia de gestão. Aqueles Municípios e Estados habilitados na condição semiplena receberiam recursos pelo mecanismo de transferência fundo a fundo, como previsto na Lei 8.080/90. (COSEMS-RJ, 1999; Oliveira, 2000; Levcovitz, 1997)

Para os Estados e Municípios que não recebiam fundo a fundo - e que representavam a maioria - foram definidos novos tetos para substituir o tetos por internações que existia antes. Foram criados um teto financeiro para cada estado e um teto global de assistência ambulatorial e hospitalar que substituiu a UCA. (Oliveira, 2000)

A NOB 01/96 apresentou novos mecanismos de transferências governamentais, e determinou que existisse sempre a contrapartida dos governos estaduais e municipais para cada repasse de recursos recebido. Foram criadas duas novas formas de gestão municipal: a “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”. No primeiro caso, o município ficaria responsável pela assistência básica, prestada em unidades próprias ou através de contratos com provedores. No segundo caso, o município seria totalmente responsável pelos serviços ambulatoriais e hospitalares e teria autonomia para decidir sobre alteração de valor dos procedimentos médicos e outros pontos relacionados ao pagamento dos serviços.

A partir daí ficou mais evidente a preocupação da saúde com a atenção básica, principalmente através da criação do Piso da Atenção Básica - PAB - que introduzia um critério de financiamento diferente das formas de financiamento já existentes no Ministério da Saúde. O PAB é o primeiro programa com perspectiva de colocar em prática a redistribuição dos serviços de saúde, por ser repassado para os Municípios de acordo com a população (per capita). O PAB permite a desconcentração dos recursos repassados pela União aos Estados e Municípios, garantindo o repasse de acordo com a população e impedindo a adoção do critério de tamanho da rede instalada.

O intuito da criação deste novo programa era promover uma redistribuição dos recursos federais transferidos aos Estados e Municípios, já que dados do Ministério da Saúde observados no período anterior constataram que havia um desequilíbrio no repasse de recursos favorecendo mais uns Municípios do que outros. A pesquisa do Ministério da Saúde mostrou que, no ano de 1996, 3.860 Municípios (70% do total de Municípios e representantes de 74% da população total do Brasil) receberam menos de R\$ 10,00 por habitante/ano para custear as ações básicas de saúde - sendo que a metade desses Municípios recebeu recursos inferiores a R\$ 4,99. Por outro lado, um conjunto de 1.647 Municípios recebeu entre R\$ 10,00 e R\$ 18,00 por habitante/ano para o mesmo fim. (Piola, 1998:32)

O PAB funcionaria através do repasse de recursos aos Municípios de acordo com o critério do pagamento per capita. Os Municípios receberiam um valor per capita fixo de R\$10,00 ou mais para organizar e manter ações básicas de assistência à saúde. O PAB é composto de uma parte fixa, enviada a todos os Municípios que se encontrem habilitados ou na forma de gestão “Gestão Plena da Atenção Básica” ou na “Gestão Plena do Sistema Municipal”, e de uma parte variável, acrescida ao PAB-fixo para a implementação de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família.

O PAB é transferido de forma direta, regular e automática aos Municípios em “Gestão Plena da Atenção Básica” (fundo a fundo) e de acordo com o teto financeiro da assistência para a “Gestão Plena do Sistema Municipal”³⁷. Quando o município não está habilitado em nenhuma das duas formas de gestão, o repasse é feito ao estado e, dele, para o município.

As atividades financiadas pelo PAB são as seguintes:

- pronto atendimento;
- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimento domiciliar pela equipe do programa de saúde da família;
- vacinação;
- atividades educativas comunitárias;
- planejamento familiar e assistência pré-natal;
- pequenas cirurgias ambulatoriais;
- atividades do programas de agentes comunitários de saúde; e outros. (Vianna e Piola, 1999:21)

A busca de uma grande reestruturação do sistema de saúde e da operacionalização ótima do PAB pode encontrar óbices. Para Dain, ao adotar um critério populacional para as transferências, o PAB “coloca recursos do Sistema Único de Saúde em Municípios sem oferta ou rede estruturada. Este esforço distributivo pode tanto resultar em uma política pulverizada de recursos como também um efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas”. (Dain, 2000:109)

Tanto o PAB como os demais programas do Ministério da Saúde que têm valor a ser repassado aos Estados e Municípios englobam um teto financeiro que é transferido mensalmente. Este teto é subdividido em vários programas, como o PAB-fixo, o PAB-variável, média e alta complexidade ambulatorial, internação hospitalar e outros.

³⁷ O Teto Financeiro da Assistência ao Município - TFAM - é um valor destinado a cumprir todas as ações assistenciais do município, sendo transferido fundo a fundo aos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Atualmente existe uma nova Norma para a saúde, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01 - publicada por meio da Portaria MS/GM nº 95, de janeiro de 2001. A NOAS altera a lógica da organização da assistência à saúde. Esta Norma destaca a necessidade de regionalização da atenção à saúde, como um avanço do processo de descentralização em curso nos últimos anos no setor. É proposto um incentivo aos programas de atenção básica à saúde para garantir a efetividade das ações no âmbito municipal. A NOAS cria o conceito de Atenção Básica Ampliada, que significa “o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os Municípios do país em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população”.³⁸ Para financiar estes serviços, será ampliado o valor fixo do PAB, permitindo o aumento dos repasses per capita.

Além desses serviços obrigatórios oferecidos dentro do território de cada Município, os gestores municipais devem garantir o acesso de sua população aos serviços oferecidos regionalmente. O processo de incorporação das novidades trazidas pela NOAS-SUS 01/01 é lento e gradual, ainda está no início.

4.3 - O papel dos Municípios e o seu grau de participação no financiamento

O processo de descentralização da saúde implementou propostas e programas ao longo da última década que exigiam a participação de todos os entes federativos para o seu funcionamento. Os Municípios tiveram destaque em todos os documentos da descentralização e teriam as suas responsabilidades muito ampliadas à medida em que se desenvolvia o processo. Novas formas de gestão do sistema foram sendo introduzidas e aos poucos foram sendo adotadas por cada município, e o grau de responsabilização deles foi aumentando de

³⁸ Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01.

acordo com o que determinava cada Norma Operacional Básica - as NOBs 01/91, 01/93 e 01/96.

A implementação dos programas evidenciou que havia um grande número de Municípios com alto grau de fragilidade na estrutura administrativa e havia muita desigualdade entre eles. Foi encontrado um elevado desnível na distribuição da capacidade instalada, na capacidade de gestão e na disponibilidade de recursos entre os mais de 5.000 Municípios do Brasil. (Dain e Favaret, 1999:9)

A questão federativa no Brasil é muito mais ampla do que os problemas exclusivos deste setor, envolvendo toda a administração municipal e um novo padrão de responsabilidades trazido pela Constituição de 1988 difícil de ser incorporado por muitas prefeituras pelo Brasil afora. Para Dain e Favaret (1999:9), como existe uma dependência histórica dos Municípios em relação à União, no Brasil, os recursos para financiar a saúde têm sido utilizados por muitos Municípios para compensar as perdas de receita tributária recentes. Segundo as autoras, “de fato, em muitos Municípios, os recursos do SUS chegam a ser a maior fonte de receita municipal”. (Dain e Favaret, 1999:9) As transferências do orçamento da saúde para os Estados e Municípios, portanto, tem gerado um novo arranjo nas relações intergovernamentais, não necessariamente igual àquele previsto pela Constituição de 1988.

Nos estudos do BNDES, esta relação de dependência dos Municípios quanto aos recursos federais é explicada diferenciando-se os Municípios maiores dos menores. Segundo um Informe do BNDES, “as cidades mais pobres e menores tendem a extrair da arrecadação direta de impostos uma parcela menor de suas receitas, tendo em vista o baixo dinamismo de suas economias, porém são mais beneficiadas pelos critérios de distribuição do FPM [Fundo de Participação Municipal]”. Por outro lado, “as cidades maiores e mais desenvolvidas, além de maior potencial de geração de receita própria, podem contar com os repasses do SUS como uma fonte adicional de recursos”. Ou seja, nas cidades maiores e mais populosas é menor o grau de importância dos recursos do FPM e os repasses do SUS têm uma função mais importante. (BNDES, 2001:4)

No processo de descentralização, há uma tendência dos níveis subnacionais dependerem muito dos recursos transferidos do nível central, mas essa dependência limita o seu grau de autonomia para a tomada de decisão. Quanto maior a arrecadação fiscal própria do município, maior o seu grau de autonomia. Segundo Lucas (1999:7),

“Decentralisation of health services is generally accompanied by resource flows from the central government to peripheral authorities. The subvention from the central government may represent the bulk of the resources available to the local health authority. Some authorities supplement central funds with revenue derived from local taxes and user fees. In general, local authorities that can raise funds through taxation and/or retain revenue derived from user fees tend to have more autonomy in making decisions and fine tuning health policies to suit local needs.”

Os dois tipos de gestão municipal introduzidos pela NOB 01/96 aumentam ainda mais o grau de responsabilização dos Municípios pela gestão do sistema de saúde naquele nível. Entretanto, segundo Piola (1998, p.33), ainda não há auto-suficiência médico-assistencial na maioria dos Municípios. Para o autor, há algumas formas possíveis de diminuir as iniquidades de acesso, principalmente nos Municípios economicamente mais frágeis, criando-se, por exemplo, consórcios intermunicipais e planos estaduais de investimento.

A situação da habilitação dos Municípios em uma das formas de gestão do sistema de saúde é mostrada na tabela 11, apresentada a seguir:

TABELA 12 - SITUAÇÃO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE GESTÃO DA NOB/SUS – 01/96 – (posição em dezembro de 2000)

ESTADO	TOTAL DE MUNICÍPIOS	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL DE PLEITOS APROVADOS	
		MUNIC.	%	MUNIC.	%	MUNIC.	%
AC	22	16	72,73	1	4,55	17	77,27
AL	101	86	85,15	14	13,86	100	99,01
AM	62	53	85,48	6	9,68	59	95,16
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	415	398	95,90	12	2,89	410	98,80
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	77	42	54,55	35	45,45	77	100,00
GO	242	227	93,80	15	6,20	242	100,00
MA	217	170	78,34	44	20,28	214	98,62
MG	853	776	90,97	55	6,45	831	97,42
MS	77	68	88,31	8	10,39	76	98,70
MT	126	125	99,21	1	0,79	126	100,00
PA	143	106	74,13	33	23,08	139	97,20
PB	223	217	97,31	6	2,69	223	100,00
PE	185	171	92,43	14	7,57	185	100,00
PI	221	220	99,55	1	0,45	221	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	91	71	78,02	20	21,98	91	100,00
RN	166	155	93,37	10	6,02	165	99,40
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	467	454	97,22	10	2,14	464	99,36
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	75	100,00	0	0,00	75	100,00
SP	645	480	74,42	159	24,65	639	99,07
TO	139	135	97,12	4	2,88	139	100,00
BRASIL	5.506	4.927	89,48	523	9,50	5.450	98,98

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde apud BRASIL (2001)

Há informações sobre a participação dos Municípios no financiamento da saúde organizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. O Sistema foi criado para permitir o controle das informações sobre o financiamento dos três níveis de governo para a saúde. O SIOPS é um banco de dados nacional que “organiza e executa a coleta, o processamento e o

armazenamento de dados relativos a receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo”. (MS, 2001)³⁹

Os dados apresentados na tabela 11 foram agrupados a partir de informações do SIOPS para o ano de 1998. Estes dados representam 19,27% dos Municípios do Brasil (ou 43.783.185 habitantes). Como os dados representam apenas um quinto do número de Municípios do Brasil, a apresentação da Tabela 11 é antecedida da Tabela 10, criada para mostrar o percentual de participação por faixa populacional dos Municípios - comparando o percentual (sobre o total) de cada faixa entre o total de Municípios do país e o número de Municípios analisados. A comparação da Tabela 10 mostra que não há discrepâncias na comparação entre as faixas, permitindo a avaliação destes dados, mesmo que para um número reduzido de Municípios. A amostra está subdividida em percentuais equivalentes aos percentuais do total dos Municípios.

TABELA 13 – Participação dos Municípios Analisados pelo SIOPS, por faixa de população e percentagem sobre o total – 1998.

Municípios	Até 5.000	5.001-10.000	10.001-20.000	20.001-50.000	50.001-100.000	100.001-200.000	200.001-400.000	400.001-800.000	Acima de 800.000	TOTAL
Mun.Bras. por Faixa	1.414	1.299	1.376	926	280	110	59	25	16	5505
%	25,7	23,6	25,0	16,8	5,1	2,0	1,1	0,4	0,3	100
Mun. Analisados por Faixa	249	214	248	180	89	45	20	8	8	1061
%	23,5	20,2	23,4	17,0	8,4	4,2	1,9	0,7	0,7	100

Fonte: MS (dados SIOPS), 2000. (elaboração própria)

Dentro do conjunto de Municípios integrantes do banco de dados (Municípios que enviaram informações corretas para o Sistema), pode-se observar que em todas as faixas populacionais há um elevado percentual de participação própria no financiamento. Os percentuais de receita própria do

³⁹ O SIOPS foi criado em 1999, pelo Ministério da Saúde, sendo coordenado pela Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde para gerar informações que garantam o cumprimento de legislação relativa ao funcionamento e à efetividade do SUS.

município aplicadas em saúde, por faixa de população dos Municípios, varia de 14,88% a 25,1%.

TABELA 14 - Participação dos Municípios no Financiamento das Ações de Saúde no Brasil - 1998

Faixas de Abrangência (populacional)	Nº de Municípios Brasileiros por Faixa	Total dos Municípios Analisados	Abrangência da Análise (%)	Abrangência Populacional	Receita Própria do Município Aplicada em Saúde RPMS (%)	Receita Total Aplicada em Saúde (%)	Participação das Transf. do MS no Financiamento das Despesas c/ Saúde (%)	Participação dos Investimentos nas Despesas c/ Saúde (%)	Gasto "per capita" com Saúde (R\$ 1,00)
Até 5.000 hab.	1.414	249	17,61	799.410	15,44	14,30	17,78	14,08	93,48
5.001 - 10.000	1.299	214	16,47	1.532.950	18,01	16,06	26,73	13,37	68,15
10.001 - 20.000	1.376	248	18,02	3.488.992	17,38	16,28	30,04	12,14	60,97
20.001 - 50.000	926	180	19,44	5.498.643	17,21	17,35	33,77	10,67	62,84
50.001 - 100.000	280	89	31,79	6.491.675	14,88	18,40	39,69	8,60	63,11
100.001 - 200.000	110	45	40,91	6.208.326	15,52	19,71	40,36	7,06	85,05
200.001 - 400.000	59	20	33,90	5.396.002	15,87	17,45	34,92	8,36	74,78
400.001 - 800.000	25	8	32,00	4.010.464	25,10	32,28	45,05	1,95	161,53
Acima de 800.000	16	8	50,00	10.356.723	22,40	25,94	45,50	6,25	120,09
Totais e Índices Médios da Amostra	5505	1061	19,27	43.783.185	-	-	-	-	96,09

Fonte: MS (dados SIOPS), 2000.

OBSERVAÇÕES SOBRE AS VARIÁVEIS DA TABELA:

Receitas Próprias do Município Aplicadas em Saúde =

[Despesa Total com Saúde - (Transferência da União para o SUS + Ressarcimento p/Prestação de Serviços / SUS) x 100] ÷ (Impostos + Divida Ativa Tributária/Impostos + Cota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios +

Transferências do Imposto de Renda Retido na Fonte + Cota-Parte do IPI/Exportação +

Cota-Parte Impostos s/ Operações de Crédito, Câmbio.. + Outras Transferências Constitucionais/Legais da União + Cota-Parte do ICMS/Estado + Cota-Parte do IPVA/Estado)

Receita Total Aplicada em Saúde = Despesa Total com Saúde ÷ Receita Total Município x 100

Participação das Transferências do MS (SUS) no Financiamento da Saúde = Transferências do MS/FNS para o SUS ÷ Despesa Total com Saúde x 100

Participação dos Investimentos nas Despesas com Saúde = Investimentos em Saúde ÷ Despesa Total com Saúde x 100

Gasto "per capita" em Saúde = Despesa Total com Saúde ÷ População do Município

Apenas na faixa populacional “50.001-100.001” o percentual ficou abaixo de 15% - percentual definido pela Emenda Constitucional nº 29 como o mínimo para a participação municipal; em todas as demais faixas populacionais o percentual registrado superou este mínimo.⁴⁰

Há uma relação inversa entre o tamanho populacional dos Municípios e o percentual gasto em investimentos em saúde. Como os investimentos voltados para a construção de instalações para os programas de atenção básica cresceram muito nos últimos anos, os investimentos em saúde deixaram de ser executados prioritariamente nos grandes centros, atingindo todos os Municípios, com qualquer densidade geográfica ou populacional. Além disso, é possível que nos Municípios maiores outras despesas tenham maior representatividade, como, por exemplo, o pagamento de pessoal e os gastos hospitalares em unidades já existentes.

Nos Municípios das faixas populacionais maiores, há reduzida participação dos Investimentos nas despesas totais em saúde mas, por outro lado, os números de gasto per capita são muito superiores aos relativos aos Municípios com população menor. Talvez este fator comprove que se gasta muito em saúde nos Municípios das faixas populacionais maiores, mas este recurso não está sendo direcionado a Investimentos. A Receita Total aplicada em saúde também é bem mais significativa (em termos da receita total dos Municípios) onde a população é maior: nas faixas “400.001-800.000” e “acima de 800.000” o percentual da receita total em saúde alcançou 32,28% e 25,94%, respectivamente. Nos Municípios de “até 5.000” habitantes, ao contrário, o percentual de receita aplicada em saúde sobre a receita total do município foi de 14,3%.

As avaliações sobre o financiamento do processo de descentralização da saúde no Brasil ainda não são completos porque não há informações sistematizadas para o conjunto de Municípios existentes e para todos os Estados. Há dados consistentes de que a participação da União no financiamento da saúde tem crescido, mas ainda é preciso ampliar as informações do SIOPS para permitir que haja clareza quanto à real participação dos Estados e Municípios neste

⁴⁰ A Receita Própria do Município Aplicada em Saúde (RPMS) é uma parcela da receita própria total do município para financiar todas as ações desenvolvidas pela Prefeitura Municipal.

processo. Este estudo restringe-se a analisar o comportamento do financiamento federal exatamente porque ainda não há informações consistentes sobre o papel de Estados e Municípios no processo. O SIOPS é um instrumento adequado para sistematizar as informações sobre o financiamento da saúde por União, Estados e Municípios. Como é um instrumento novo, ainda não tem informações completas. À medida em que há uma maior participação dos gestores de Estados e Municípios no processo de implementação do SUS, é possível que entendam cada vez mais a importância da organização da informação sobre o setor, e colaborem para a construção da base de dados do SIOPS.

Considerações Finais

O objetivo deste trabalho foi mostrar a situação do financiamento público federal da saúde no Brasil na década de 1990. Em primeiro lugar, procurou-se definir a abrangência do setor saúde e do seu financiamento. Em segundo lugar, foi abordada a caracterização do financiamento público federal (direto) aos serviços e ações de saúde. Não foram discutidas as questões do financiamento privado da saúde, nem o financiamento público indireto (incentivos e subsídios) da atenção à saúde.

No contexto do financiamento público da saúde, há predominância das receitas federais sobre as demais. Nos últimos anos, embora tenha havido um incremento na participação dos Municípios no aporte de recursos ao setor, o percentual majoritário de recursos direcionados ao setor ainda é proveniente da União. Segundo dados do Conselho Nacional de Saúde, em 1998 a participação relativa no financiamento da saúde, da União, Estados e Municípios era de 57,4%, 8,7% e 33,6%, respectivamente. (MS, 2000)⁴¹

O objetivo maior neste texto foi avaliar a composição do financiamento federal nas áreas de atenção médica individual e de medidas de saúde pública. Neste aspecto, o setor caracterizou-se, até o início da década de 1990, pela divisão de papéis entre o próprio Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, cabendo ao primeiro principalmente ações de saúde pública coletiva e ao segundo a atenção médica individual. Este quadro começaria a ser alterado pela Constituição de 1988, que criou a Seguridade Social - composta dos Ministérios da Previdência, da Assistência Social e da Saúde - e redefiniu os papéis de cada um na execução de ações. A Constituição também modificou o pacto federativo e, em termos do setor saúde, estabeleceu a criação do Sistema

⁴¹ Os recursos totais de União, Estados e Municípios para a saúde, em 1998, foram de R\$ 19,3 bilhões, R\$ 5,5 bilhões e R\$ 8,7 bilhões, respectivamente. A soma destes valores representa o total de recursos públicos destinados à saúde naquele ano, ou seja, R\$ 33,6 bilhões (59,4% dos recursos totais para a saúde). O financiamento privado no período foi igual a R\$ 23 bilhões (40,6% dos recursos totais ao setor saúde). (MS, 2000)

Único de Saúde, com divisão de responsabilidades entre os três níveis de governo. A estrutura do sistema de saúde seria descentralizada.

A Constituição de 1988 possibilitou que houvesse unicidade no padrão de financiamento público da saúde no Brasil, tendo como responsável um único órgão, o Ministério da Saúde. O Ministério financiava a sua estrutura e as suas ações com recursos provenientes principalmente de contribuições sociais. A receita era repassada do Orçamento da Seguridade Social e de outras fontes.

A criação da Seguridade Social significaria uma maior participação do governo na área social. Esta ampliação conceitual para as políticas sociais, com a Seguridade, com o SUS, não foi suficiente para garantir o financiamento do setor saúde. Houve um avanço na legislação sobre as políticas sociais mas a previsibilidade quanto ao financiamento era reduzida. Apesar dos critérios definidos para a partilha de recursos do Orçamento da Seguridade Social, quando a Previdência precisou de mais recursos, no início da década de 1990, o setor saúde deixou de receber a parcela da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salários.

Esta mudança provocou o início de um período turbulento no financiamento da saúde, gerando incertezas e estimulando a busca de soluções. Na agenda estava a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF - que seria arrecadada exclusivamente para suplementar o financiamento da saúde. De acordo com a Lei criada em 1996 sobre a CPMF:

“Art. 18. O produto da arrecadação da contribuição de que trata esta Lei será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde, sendo que sua entrega obedecerá aos prazos e condições estabelecidos para as transferências de que trata o art. 159 da Constituição Federal.” (Lei nº 9311, de 24 de outubro de 1996)

A destinação da receita da CPMF não foi resguardada à sua utilização exclusiva pelo setor saúde em todos os períodos. Houve transferência de recursos para outros setores da economia, para o financiamento da Previdência e para a composição dos fundos de desvinculação fiscal, FSE, FEF e DRU. Além desses fatores, observou-se que a criação da CPMF para financiar a saúde

provocou a diminuição do aporte de outras fontes de receita para o setor. Em virtude disso, houve uma substituição de fontes ao invés de suplementação.

Os últimos anos da década de 1990 foram marcados pela discussão sobre vinculação de recursos para o setor saúde. Várias propostas de emenda à constituição foram apresentadas no Congresso, houve mobilização de todo o setor a favor da vinculação. A idéia da vinculação de fontes não seria facilmente aceita: a década de 1990 foi marcada pelo processo de ajuste fiscal no país e as agências internacionais temiam a rigidez orçamentária. Na contramão das decisões políticas em curso o setor saúde conseguiu a vinculação de recursos.

Em setembro de 2000 foi aprovada a Emenda à Constituição nº 29, que vincula percentuais da receita total dos entes federativos ao financiamento da saúde. Com a aprovação da Emenda, foi aceita a vinculação e, aparentemente, ficou garantida a estabilidade do financiamento do Sistema Único de Saúde.

A capacidade da Emenda de garantir a estabilidade financeira ao setor saúde será conhecida ao longo dos cinco anos (ano 2000 a ano 2004) para os quais ela está definida. A previsão de criação da Lei Complementar que qualifica e regulamenta alguns dos artigos da Emenda possibilita que se mantenha um clima de instabilidade no setor. A Emenda não discrimina, por exemplo, o percentual de participação da União no financiamento, limitando-se apenas a criar um critério para o cálculo - restrito para os cinco anos -(critério este que também deixa dúvidas) e a determinar os percentuais cabíveis a Estados e Municípios.

As inconsistências da Emenda Constitucional têm que ser esclarecidas e superadas para que deixem de existir os problemas de financiamento do setor saúde, principalmente aqueles presentes na década de 1990.

Esta dissertação compõe-se de quatro capítulos. No primeiro capítulo mostrou-se as formas de financiamento para a saúde, como se financia a saúde pública no Brasil e qual é o papel do Estado. A existência de bancos de dados com informações sistematizadas sobre o financiamento da saúde no país é de fundamental importância para o bom desempenho do papel dos governos no setor. No capítulo dois, indicou-se o padrão de financiamento público das políticas de saúde que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde. As políticas

eram realizadas e financiadas por dois Ministérios: o da Previdência Social e o da Saúde.

No capítulo três foi feita uma análise dos recursos que financiam a saúde: a sua origem, a sua incidência, a sua importância para o financiamento do setor. Indicou-se que houve uma flutuação das fontes ao longo da década de 1990, mas que não foram significativas as oscilações no volume total de recursos e na receita do item “outras despesas correntes”

O capítulo quatro complementa as informações anteriores sobre o financiamento federal da saúde no Brasil, acrescentando informações sobre o repasse de recursos da União no processo de descentralização e sobre o crescimento da participação dos Municípios.

Referências Bibliográficas

- ABOP. *Revista da Associação Brasileira de Orçamento Público (ABOP)*, 1998/1999. Receitas Públicas: sinopse, estrutura, história, outras implicações. Brasília: Revista ABOP, .2.
- AFONSO, José Roberto, 1996. Descentralização Fiscal, efeitos macroeconômicos e função de estabilização: o caso (peculiar) do Brasil. (mimeo)
- AFONSO, José Roberto et alii, 1998. Tributação no Brasil: características marcantes e diretrizes para a reforma. *Revista do BNDES*, 5:25-50.
- AFONSO, José Roberto e MELLO, Luiz, 2000. Brazil: an evolving federation. Paper apresentado em Seminário do FMI, Washington DC: FMI. (mimeo)
- AFONSO, José Roberto e SERRA, José, 1999. Federalismo Fiscal à Brasileira: algumas reflexões. *Revista do BNDES*, 6:3-30.
- ALMEIDA, Célia; TRAVASSOS, Cláudia; PORTO, Silvia e BAPTISTA, Tatiana, 1999. A reforma sanitária: em busca da equidade. Pesquisa em Saúde, *Documento Técnico da OPAS*. Brasília: MS.
- ANDERSON, Gerard e POULIER, Jean-Pierre, 1999. Health Spending, Access and Outcomes: trend in industrialized countries. *Health Affairs*, 18:3.
- BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco e VIANNA, Solon Magalhães, 1996. Políticas de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas. *Texto para Discussão*, 401. Brasília: IPEA.
- BNDES, 2001. Federalismo Fiscal: Receita Municipal - a importância das transferências do FPM e do SUS. *Informes-SF*, nº 28, junho.
- BRAGA, José Carlos e PAULA, Sérgio Goes de, 1981. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1991. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

- _____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- _____. Ministério do Planejamento e Orçamento, 1995. *Manual Técnico de Orçamento (MTO-03)*. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal.
- _____. Ministério da Saúde, 1996. *Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão (Norma Operacional Básica do SUS 01/96)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde, 2000. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS. *Série Histórica do CNS*, 1. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- _____. Ministério da Saúde, 2000. Secretaria de Investimentos em Saúde - SIS. *Gastos Municipais com Saúde 1995-1998 - SIOPS*. Brasília: MS.
- _____. Ministério da Saúde, 2001. *Manual do Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, 2001*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde, 2001. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/01)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- _____. Senado Federal, 1988. *Constituição Federal de 1988*. Brasília: Senado Federal/Gráfica.
- BUSS, Paulo M., 1995. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: Labra, M^a Eliana (org.) *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio e São Paulo: FIOCRUZ/HUCITEC.
- CARVALHO, Antonio Ivo, 1998. *Política de Saúde e Organização Setorial no País*. Curso de Especialização à Distância em Autogestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ.

- CARVALHO, Gilson, 1998. *Análise conjuntural do financiamento em saúde – novembro de 1998*. Temas em Debate: Financiamento da Saúde, Conferência Nac. de Saúde On-Line. <http://www.datasus.gov.br/cns>
- _____, 1998. *Questão do financiamento suficiente, definido e definitivo para a saúde: as PECs e o ano de 1998*. São Paulo. (mimeo)
- _____, 1998. *Recursos públicos definidos e definitivos para a saúde: discutindo a PEC 169/93*. Temas em debate: Financiamento da Saúde, Conferência Nacional de saúde On-Line. <http://www.datasus.gov.br/cns>
- _____, 2000. *Recursos definidos, não definitivos e...insuficientes para a saúde*. São Paulo. (mimeo)
- _____, sem data. *Análise dos orçamentos federais para a saúde – 95-96-97*. Temas em Debate: Financiamento da Saúde, Conferência Nacional de Saúde On-Line. <http://www.datasus.gov.br/cns>
- CARVALHO, José Carlos Jacob, 2001, Tendência de longo prazo das finanças públicas no Brasil. *Texto para Discussão*, 795. Brasília: IPEA.
- CLEMENTS, Benedict, 1997. Income Distribution and Social Expenditure in Brazil. *International Monetary Fund Working Paper*, 120. Washington DC: FMI.
- COHN, Amélia e ELIAS, Paulo Eduardo, 1996. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez.
- CONGRESSO NACIONAL, 1999. Subsídios para a apreciação da proposta de orçamento da União para 2000. *Nota Técnica Conjunta*, 7 (mimeo).
- COSEMS-RJ, 1999. *Manual do Gestor*.
- COSTA, Nilson do Rosário, 1998. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: HUCITEC.
- COSTA, Nilson do Rosário; Ribeiro, José Mendes; e Silva, Pedro L..B., 1999. *A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. (mimeo)

- DAIN, Sulamis, 1995. Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. In: Valladares, Licia e Coelho, Magda *Governabilidade e Pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- _____, 1998. Halloween e o ajuste fiscal. (mimeo)
- _____, 2000. Do direito social à mercadoria. Tese apresentada para concurso de professor titular do Instituto de Medicina Social da UERJ, (mimeo)
- DAIN, Sulamis e FAVARET, Ana Cecília, 1999. Entre o neo federalismo e o ornitorrinco: relações intergovernamentais no Brasil. (mimeo)
- DATASUS, 1998. Discurso de posse do Ministro José Serra, no Ministério da Saúde, em 30 de março de 1998. Tribuna Livre, Conferência Nacional de Saúde On-Line. <http://www.datasus.gov.br/cns>
- ELIAS, Paulo Eduardo, 2000. Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção. Artigo de discussão para a 11^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS.
- ESTUDOS AVANÇADOS, 1999. A questão da saúde no Brasil: entrevista com José Serra. São Paulo: Universidade de São Paulo/Instituto de Estudos Avançados, 13:39-50.
- GRIFFITHS, Adrian e MILLS, Michael, 1984. Health sector financing and expenditure surveys. In: Lee, Kenneth and Mills, Anne *The Economics of Health in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- GUARDIA, Eduardo Refinetti, 1997. O processo orçamentário do governo federal: considerações sobre o novo arcabouço institucional e a experiência recente. In: *Finanças Públicas: ensaios selecionados*. IPEA/FUNDAP.
- GUYER, Jocelyn, 2001. Health Care After Welfare: an update of findings from State-Level Leaver Studies. Washington D.C.: Center of Budget and Policy Priorities.
- HSIAO, William, 2000. What should macroeconomists know about health care policy? A primer. *International Monetary Fund Working Paper*, 136. Washington DC:FMI.

- IMAI, Yukata; Jacobzone, Stéphane e Lenain, Patrick, 2000. The changing health system in France. *Economics Department Working Paper*, 269. Paris: OECD.
- JATENE, Adib, 1999. Novo Modelo de Saúde. *Estudos Avançados*, 13:51-70.
- JORNAL DO BRASIL, 2000. Reforma Tributária em gotas. Rio de Janeiro, p. 17, 02/06/2000.
- KOEN, Vincent, 2000. Public Expenditure Reform: the health care sector in the United Kingdom. *Economics Department Working Papers*, 256. Paris: OECD.
- LEE, Kenneth e MILLS, Anne, 1984. The economics of health in developing countries: a critical review. In: Lee, Kenneth e Mills, Anne *The Economics of Health in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- LEVCOVITZ, Eduardo, 1997. Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS (um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde - 1974/1996). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- LUCAS, Adetokunbo O., 1999. Reconciling Decentralisation and Equity: Health. Artigo para Discussão apresentado ao *Forum of Federations*, no Congresso Internacional sobre Federalismo. Mont-Tremblant, Quebec, Canadá.
- MARQUES, Rosa Maria, 1999. *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Santiago de Chile: CEPAL.
- MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Aquilas, 2000. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Artigo de discussão para a 11ª Conferência Nacional de Saúde.. Brasília: MS
- MÉDICI, A.; TAVARES, L. e MARQUES, R. M., 1995. Saúde no contexto da seguridade: dilemas de financiamento. *Nota Técnica do IESP*, 14. São Paulo: FUNDAP.
- MÉDICI, André Cezar, 1993. Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990. Artigo apresentado na reunião sobre “Alternativas para o Financiamento do Setor Saúde no Brasil”, realizada em Brasília em 24/08/1993. (mimeo)
- _____, 1994. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.

- _____, 1995. Necessidades de Financiamento do Setor Saúde no Brasil em 1995. *Saúde em Debate*, 48:69-76.
- _____, 1999. História e políticas de saúde no Brasil: um balanço do processo de descentralização. Tese de doutoramento. São Paulo: USP.
- MÉDICI, André Cezar e MACIEL, M.C., 1996. A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo: 1980-1992. In: Silva, Pedro Luiz e Affonso, Rui (org.) *Federalismo no Brasil: descentralização das políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP.
- MÉDICI, André Cezar e MARQUES, Rosa Maria, 1994. Saúde: entre gastos e resultados. *Boletim de Conjuntura/Política Social*, 14:41-43.
- MELAMED, Clarice, 2000. Estrutura Tributária, Gasto Social e Financiamento da Saúde Pública no Brasil - anos 90. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IE/UFRJ. (mimeo)
- MENDES, Aquilas; CARVALHO, Gilson; MARQUES, Rosa Maria, 1997. O financiamento do SUS: princípios, série histórica e propostas. *Curso de Atualização para Gestores Municipais de Saúde*. São Paulo: Secretaria de estado da Saúde/SP; Faculdade de Saúde Pública/USP e COSEMS/SP.
- MENDES, Eugênio Vilaça, 1993. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80; a conformação da reforma Sanitária e a construção de hegemonia do projeto neoliberal. IN: Mendes, Eugênio Vilaça.(org.) *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC/ABRASCO. Pp.19-91
- OECD, 2001. *Economic Survey of Brazil*. (PART: assessment and recommendations). Paris: OECD (mimeo)
- _____, 2000. *A System of Health Accounts*. Paris: OECD.
- _____, 1999. www.oecd.fr
- _____, 1985. The role of the public sector: causes and consequences of the growth in government. *Economic Studies*,4. Paris.
- O GLOBO, 2000. Malan critica vinculação de verbas para a saúde. Rio de Janeiro, p. 9, 01/07/2000.

_____, 2000. Saúde terá verbas garantidas na Constituição. Rio de Janeiro, p. 8, 30/06/2000.

_____, 2000. Senado aprova vinculação de orçamento à saúde. Rio de Janeiro, p. 8, 11/08/2000.

OLIVEIRA Jr, Mozart, 1993. Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil, *Saúde em Debate*, 38:55-69.

_____, 2000. Critérios para repasse dos recursos federais/Papel redistributivo do governo federal (MS) e estadual no financiamento da saúde. Artigo de discussão para a 11ª Conferência Nacional de Saúde (mimeo)

_____, sem data. O financiamento da área social e do Sistema Único de Saúde no Brasil. Temas em Debate: Financiamento da Saúde, Conferência Nacional de Saúde Online. <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>

OLIVEIRA, Fabrício Augusto, 1999. Evolução, determinantes e dinâmica do gasto social no Brasil: 1980-1996. *Texto para Discussão*, 649. Brasília: IPEA.

OLIVEIRA, Jaime A.A. e TEIXEIRA, Sônia M.F., 1986. *(Im)Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes/Abrasco.

OMS, 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: improving performance*. Genebra: OMS.

PIOLA, Sérgio Francisco, 1998. Saúde. *Boletim de Conjuntura/Política Social*, 24:31-37.

PORTO, Silvia Maria, 1990. Financiamento dos sistemas locais de saúde. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 69. Washington: OPAS.

REIS, Carlos O. O.; RIBEIRO, José Aparecido e PIOLA, Sergio F., 2000. Financiamento das políticas sociais nos anos 90: o caso do Ministério da Saúde. Brasília: IPEA. (mimeo)

REZENDE, Fernando, 1992. O financiamento da saúde: pela municipalização do contribuinte. *Saúde em Debate*, 35.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos (1979) *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus.

- SERRA, José, 2000. Saúde: a vinculação necessária. *Folha de São Paulo*. São Paulo, p. A-3, 09/07/2000.
- SERRA, José e AFONSO, José Roberto, 1999. Federalismo fiscal à brasileira: algumas reflexões. *Revista do BNDES*, Rio de Janeiro, 6:3-30.
- SILVA, Beatriz Azeredo da, 1987. Um estudo sobre as contribuições sociais. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI (tese de mestrado)
- SILVA, Pedro Luiz Barros e MÉDICI, André Cezar, 1988. Considerações sobre o gasto em saúde no Brasil: dilemas até o final do século. *Cadernos de Saúde Pública*, 1:88-105.
- STOTZ, Eduardo N., 1992. Baixos salários, pouca saúde - os males do Brasil são. In: Minayo, M. C. (org.) *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: FASE.
- TANZI, Vito, 2000. The role of the state and the quality of the public sector. *International Monetary Fund Working Papers*, 36. Washington DC: FMI.
- TANZI, Vito, 1997. The changing role of the state in the economy: a historical perspective. *International Monetary Fund Working Paper*, 114. Washington DC: FMI
- TANZI, Vito e PRAKASH, Tej, 2000. The cost of government and the misuse of public assets. *International Monetary Fund Working Paper nº 180*.
- UGÁ, Maria Alcía, 1995. A problemática do financiamento do SUS. *Saúde em Debate*, 48:16-18.
- VIANNA, Solon Magalhães, 2000. Revisitando a distribuição de encargos na saúde entre as esferas de governo. (mimeo)
- VIANNA, Solon M. e PIOLA, Sérgio, 1999. Descentralização e gestão do gasto público com saúde no Brasil. Texto produzido para o XI Seminário Regional de Política Fiscal, promovido por CEPAL e IPEA. Brasília, janeiro.
- WORLD BANK, 1993a. *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil*.
- _____, 1993b. Investing in Health. *World Development Report*.
- _____, 2001. Health Care Reform Online. www.worldbank.org

Anexo 1

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.34.....

....."

"VII-.....

....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.35.....

....."

"III - não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)[*]

"II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel."

(AC)

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.167....."

....."

"IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165,

§ 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art.198....."

....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I - os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I - no caso da União:" (AC)

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;" (AC)

"II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que

tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal."

(AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

SENADO FEDERAL