

1846

TEXTO PARA DISCUSSÃO

FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: UMA HISTÓRIA À PROCURA DE RUMO

Sérgio F. Piola
Andrea Barreto de Paiva
Edvaldo Batista de Sá
Luciana Mendes Santos Servo

FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE: UMA HISTÓRIA À PROCURA DE RUMO*

Sérgio F. Piola**

Andrea Barreto de Paiva***

Edvaldo Batista de Sá****

Luciana Mendes Santos Servo*****

* Os autores agradecem as sugestões e comentários feitos pelos pareceristas Ana Cleusa Serra Mesquita e Jorge Abrahão de Castro. Erros e omissões são de inteira responsabilidade dos autores.

** Profissional sênior no Programa de Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional (PNPD) do Ipea.

*** Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

**** Técnica de Planejamento e Pesquisa da Disoc/Ipea.

Governo Federal

**Secretaria de Assuntos Estratégicos da
Presidência da República**
Ministro interino Marcelo Côrtes Neri



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Marcelo Côrtes Neri

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Luiz Cezar Loureiro de Azeredo

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Renato Coelho Baumann das Neves

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Daniel Ricardo de Castro Cerqueira

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
Cláudio Hamilton Matos dos Santos

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Rogério Boueri Miranda

Diretora de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação, Regulação e Infraestrutura
Fernanda De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Sociais
Rafael Guerreiro Osorio

Chefe de Gabinete
Sergei Suarez Dillon Soares

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação
João Cláudio Garcia Rodrigues Lima

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>
URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2013

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: H51; I10.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE APÓS A CF/1988.....	9
3 A EC Nº 29 E A AMPLIAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE	13
4 A REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29	19
5 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS	25
6 A LEI Nº 141/2012 E OS MECANISMOS E CRITÉRIOS DE RATEIO DE RECURSOS	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	40
ANEXO	41

SINOPSE

Este trabalho analisa como o país tem enfrentado o desafio de prover um financiamento público adequado para a garantia do direito à saúde prevista na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). Discute questões relacionadas ao processo de financiamento compartilhado do Sistema Único de Saúde (SUS), à descentralização de recursos federais para estados, Distrito Federal e municípios e à regulamentação recente da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que visa assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde nas três instâncias de governo. Mostra que a aprovação da EC nº 29 levou a um crescimento dos recursos aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), passando de 2,89% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2000 para 3,91% do PIB em 2011. Discute, também, a recente regulamentação da EC nº 29 por meio da Lei Complementar (LC) nº 141/2012. Afirma que sua aprovação foi importante para uma definição mais precisa do que se entende por ASPS, ainda que não tenha havido mudança na regra de vinculação dos recursos federais para a saúde. A definição de critérios mais equitativos de distribuição de recursos da União para estados e municípios ainda continua necessitando de discussões no campo técnico-político.

Palavras-chave: financiamento da saúde; regulamentação da Emenda Constitucional nº 29; critérios de distribuição de recursos.

ABSTRACTⁱ

This article provides an analysis of policies adopted to ensure adequate funding to public health care in Brazil as determined by the 1988 Federal Constitution. Issues related to the tripartite funding of the SUS, the decentralization of federal financial resources to subnational levels of government and the recent regulation of the Constitutional Amendment (CA) 29/2000 are discussed. The CA 29/2000 led to an increase in financial resources to fund health care provided by the SUS from 2.89% of the GDP in 2000 to 3.91% in 2011. The recent regulation, Law 141/2012, helped define more precisely what should and what should not be considered health care provided by the SUS. Unfortunately, no change has been proposed regarding the proportion of federal revenues that should be committed to public health care. The definition of

i. *The versions in English of the abstracts of this series have not been edited by Ipea's editorial department.*
As versões em língua inglesa das sinopses (*abstracts*) desta coleção não são objeto de revisão pelo Editorial do Ipea.

equitable criteria for the distribution of federal financial resources to subnational levels of government is also a pending issue.

Keywords: health care funding; regulation of the Constitutional Amendment 29; criteria for the distribution of financial resources.

1 INTRODUÇÃO

Nos anos 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro era fortemente segmentado e excludente. Nessa época, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e disputava os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios ou dependiam de recursos provenientes da caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas (Piola *et al.*, 2009). Além disso, os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde de caráter universal estavam altamente centralizados no MS, que atuava principalmente no campo da vigilância à saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária.

Ainda na década de 1970 até meados dos anos 1980, houve algumas iniciativas de levar serviços de saúde à população mais desassistida, entre as quais o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass),¹ as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Esses foram os principais embriões para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Piola *et al.*, 2009). Contudo, a exclusão da parcela da população mais pobre ainda era bastante significativa no final dos anos 1980.

Na Constituição Federal de 1988 (CF/1988) a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado (Artigo 193). Esse direito deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além da universalidade, a CF/1988 estabeleceu entre os princípios e diretrizes do SUS a integralidade da atenção e a descentralização das ações. Adicionalmente, declarou a saúde como integrante da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social. Mesmo compreendendo a saúde como um dever do Estado, a CF/1988 a declarou livre à iniciativa privada (Artigo 199).

1. O Piass foi aprovado para toda a região Nordeste (1976-1979). Foi operacionalizado pelas secretarias estaduais de saúde e contava com recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em seu custeio. Posteriormente, no início dos anos 1980, se expandiu para as demais regiões. Outra iniciativa de universalização do acesso, ainda que restrita a uma determinada condição, foi o Plano de Pronta Ação (PPA)/1975 no âmbito da previdência social. Esse plano facultava o acesso de toda a população aos serviços de saúde do INAMPS em situações de urgência e/ou emergência. Por meio das AIS, buscou-se desenvolver uma melhor articulação das ações das diferentes instituições públicas de saúde e ampliar o acesso da população às ações e serviços públicos de saúde.

Assim, o país inicia os anos 1990 com o dever de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros, considerando as diretrizes constitucionais. Adicionalmente, a Lei nº 8.080/1990 estabelece a diretriz de igualdade no atendimento entendida como *igual atendimento para igual necessidade*.² Assim, o SUS deveria ser implantado de modo descentralizado visando a universalidade, integralidade e equidade.

A expansão da cobertura reforça a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento das ações e dos serviços de saúde. Até 1988, o MS participava com menos de 20% dos recursos federais destinados ao financiamento da saúde no país (Conass, 2011). A maior parte dos recursos era proveniente da seguridade social – mais de 80% estavam vinculados ao INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Além disso, em torno de 70% dos recursos públicos estavam centralizados no governo federal.

Dessa forma, no campo do financiamento estava posto o imenso desafio de redirecionar parcela significativa desses recursos para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira. Claramente, isso implicaria não somente um redirecionamento de recursos, mas, também, sua ampliação. Além disso, para atender o princípio constitucional da descentralização, era necessário ampliar a participação de estados e municípios no financiamento do SUS e transferir para a gestão de estados e municípios recursos até então majoritariamente administrados pelo governo federal.

Este texto discute como o país tem enfrentado esse desafio, qual seja, o de assegurar um financiamento público adequado para a garantia do direito à saúde prevista na CF/1988. A segunda seção descreve a evolução do financiamento público, com foco nos recursos aplicados pelo governo federal. Em seguida, é apresentada a evolução do gasto público total, analisando a participação da União, estados e municípios a partir da promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, em 2000. A quarta seção analisa a recente regulamentação da EC nº 29, ocorrida em 2012, destacando os problemas decorrentes de sua demorada tramitação, as principais questões resolvidas pela regulamentação e as expectativas existentes, na ocasião, em relação às possibilidades de ampliação dos recursos para a saúde. A quinta seção retorna ao financiamento federal para mostrar como o MS tem atuado com relação à diretriz de descentralização. Uma das novidades é a recuperação e análise de

2. Sobre os conceitos de equidade, ver Whitehead (1991).

dispositivos legais relacionados aos critérios de partilha das transferências federais para estados, Distrito Federal e municípios e uma discussão sobre a abordagem dessa questão na Lei Complementar (LC) nº 141/2012, o que é feito também na sexta seção. Em seguida, são apresentadas as considerações finais.

2 O FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE APÓS A CF/1988

A CF/1988, ao criar a seguridade social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais. No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, a assistência social e a saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta do Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego. Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde.

Ressalta-se que a CF/1988 ampliou não somente o direito à saúde, mas também criou novos direitos em outros campos da seguridade social. Por exemplo, no caso da previdência social ampliou o direito à aposentadoria rural e no campo da assistência estabeleceu o Benefício de Prestação Continuada (BPC).³

A implantação dos novos direitos sociais coincidiu com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas. Assim, várias áreas buscaram aplicar os princípios constitucionais sem necessariamente observar um aumento de recursos para essas políticas. Isso gerou uma forte disputa interna entre as áreas sociais, entre elas as áreas de saúde e a previdência social.⁴ No caso da saúde, o percentual de 30% dos

3. Conforme descrito pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), "o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal, que assegura um salário mínimo mensal ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Em ambos os casos, é necessário que a renda mensal bruta familiar per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo vigente". Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 5 set. 2011.

4. Essas duas áreas, junto com a assistência social, recebiam recursos das mesmas fontes do OSS e alguns benefícios previdenciários, como equiparação de benefícios urbanos e rurais e piso para BPC equivalente a 1 salário mínimo (SM), tiveram aplicação quase imediata.

recursos da seguridade social não foi cumprido em 1990 e 1991. Essa disputa se acirra a tal ponto que, em 1993, as contribuições previdenciárias não mais compuseram as fontes de financiamento da saúde. Conforme destacam Mendes e Marques (2009), “Nesse ano, apesar da previsão de recursos para a saúde, nada foi repassado com base na alegação de problemas de caixa na Previdência. Esse fato agravou a situação de incerteza e de instabilidade do financiamento da saúde”. Por fim, recorreu-se ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para garantir um mínimo de recursos para a saúde.

Em 1994, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, o governo criou o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU) que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e à descentralização – receitas do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) (Ugá *et al.*, 2012).

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

Nos dois anos imediatamente anteriores à entrada em vigor da CPMF, o MS aplicou, em média, R\$ 39,8 bilhões na saúde (em valores constantes de 2011). Em 1997, o volume de recursos se ampliou para R\$ 43,7 bilhões (em valores constantes de 2011).

Entretanto, como pode ser visto no gráfico 1, a contribuição imediata da CPMF foi mais efetiva para a garantia de estabilidade de financiamento da saúde do que para a ampliação de seus recursos, uma vez que seu impacto foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde.⁵

Logo que entrou em vigor, a CPMF passou a ser uma das principais fontes de financiamento do MS, sendo que, em 1997, já respondia por 27,9% dos recursos. Entre 1995 e 1999 observou-se um pequeno aumento do volume de recursos aplicados pelo MS,

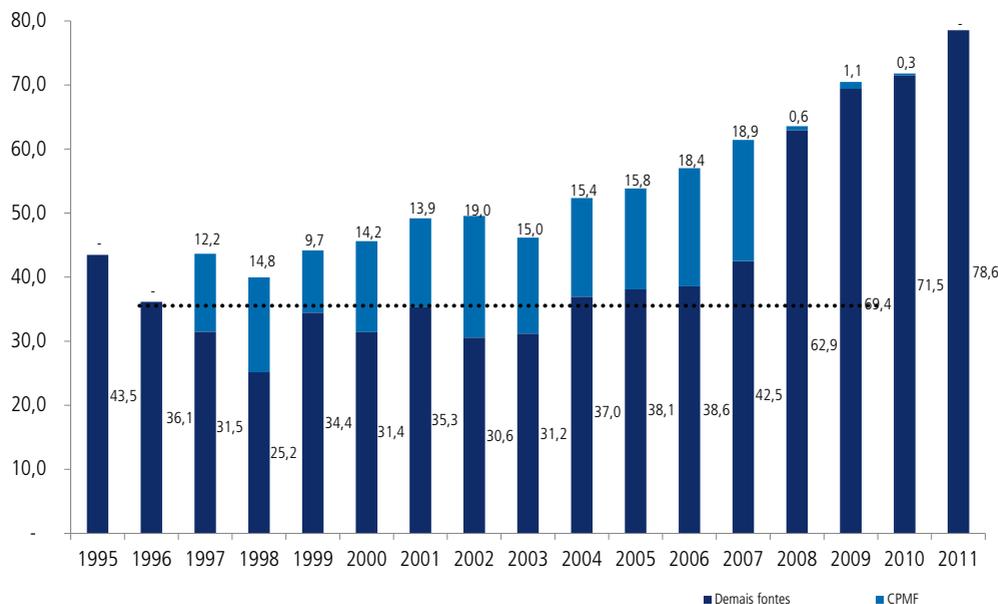
5. A este respeito, ver Ribeiro, Piola e Servo (2007).

em termos reais, a partir da cobrança da CPMF e da destinação de parcela de sua arrecadação para a saúde.⁶ Durante o período em que vigorou, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a saúde (tabela 1).

GRÁFICO 1

Ministério da Saúde (MS): execução do gasto total por fonte de recursos, CPMF e demais fontes (1995-2011)

(Em R\$ bilhões de 2011)



Fontes: Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi)/Sistema Integrado de Dados Orçamentários (Sidor), (Gasto Social Federal-Ipea: 1995 a 2007), e Siga Brasil, 2008 a 2011.

Apesar da extinção da CPMF em 2007, a participação das contribuições sociais⁷ no financiamento da saúde tem conseguido se manter no patamar médio de 89%, observado de 2004 a 2011 (tabela 1). A exceção ocorre apenas em 2008, ano em que se pode observar uma forte queda das contribuições em relação a 2007, tanto em termos de sua participação no total quanto em termos reais. Isso pode ser explicado não só pela ausência de recursos da extinta CPMF como pelo fato de a recomposição das fontes de financiamento do MS em 2008 ter sido feita por uma aplicação maior de recursos ordinários (impostos).

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

7. As contribuições sociais que financiam a saúde são: *i*) Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL); *ii*) Contribuição sobre Financiamento da Seguridade Social (Cofins); *iii*) CPMF (vigente até o ano de 2007); *iv*) Contribuição do Plano de Seguridade Social do Servidor (CPSS); e *v*) Contribuição Patronal do Plano de Seguridade Social do Servidor.

TABELA 1
Distribuição percentual da execução do MS por fonte de financiamento (1995-2011)
 (Em %)

Fonte (Cod./Desc.)	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recursos ordinários	3,2	0,2	1,0	10,8	15,1	5,3	12,5	10,3	13,1	7,4	4,8	7,1	5,2	20,1	4,4	4,6	2,4
Operações de crédito interna e externa	1,1	0,9	0,5	1,1	1,5	2,7	2,2	1,9	1,1	0,7	0,7	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Recursos diretamente arrecadados	2,5	2,5	2,4	2,6	3,5	3,3	5,1	2,7	2,3	2,2	2,4	3,1	3,7	4,0	3,9	4,3	4,0
Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional	2,7	3,4	2,8	0,2	0,3	0,2	0,3	0,4	0,5	-	-	-	-	-	-	-	0,03
Contribuições sociais	70,5	66,2	72,8	71,8	61,5	80,9	74,9	81,3	82,5	88,3	91,3	88,8	87,1	71,8	90,8	86,0	89,9
CSLL – Pessoa Jurídica	20,2	20,7	19,3	8,0	13,2	12,6	7,0	22,5	27,4	32,3	39,7	40,3	38,7	34,7	49,4	37,6	37,7
Cofins	48,8	42,2	25,6	25,9	26,3	37,1	38,5	18,6	21,1	25,2	19,2	13,5	15,4	34,9	37,1	45,8	52,0
CPMF	-	-	27,9	37,0	22,0	31,2	28,2	38,4	32,5	29,4	29,3	32,4	30,8	1,0	1,5	0,4	0,0
CPSS	1,5	3,3	-	0,9	-	-	1,2	1,9	0,8	0,9	1,2	1,0	0,9	0,2	0,9	0,6	0,2
Contribuição Patronal do Plano de Seguridade Social do Servidor	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	0,5	1,9	1,6	1,3	1,0	1,9	1,6	0,1
Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza	-	-	-	-	-	-	4,5	2,4	-	0,9	0,3	-	3,0	3,0	-	-	-
Fundo Social de Emergência	11,7	17,9	19,6	13,3	14,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fundo de Fiscalização das Telecomunicações (Fistel)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	0,0
Demais fontes	8,3	8,9	0,8	0,3	3,6	7,6	0,6	0,9	0,6	0,5	0,6	0,6	0,8	1,1	0,9	2,9	1,0
Total	100,0																

Fontes: Siafi/Sidor, (Gasto Social Federal-Ipeax, 1995 a 2007), e Siga Brasil, 2008, 2009, 2010 e 2011.

Mais recentemente, a Cofins vem exercendo papel de destaque no financiamento da saúde: desde 2007, sua participação tem crescido a passos largos, demonstrando claramente a substituição de fontes que parece ter ocorrido após a extinção da CPMF (tabela 1).

Como será discutido na próxima seção, e pode ser visualizado no gráfico 1, é a partir da promulgação da EC nº 29/2000 que se verifica um crescimento mais sustentado no volume de recursos do MS.

3 A EC Nº 29 E A AMPLIAÇÃO DE RECURSOS PARA A SAÚDE

Desde a crise instaurada pelo afastamento dos recursos previdenciários ao financiamento da saúde, começaram a prosperar iniciativas parlamentares para assegurar a vinculação de recursos para o SUS. Algumas mais gerais, por incluírem vinculação de recursos nas três esferas de governo, outras mais restritas, como a criação da CPMF em 1997. A primeira, de caráter mais geral, foi apresentada em junho de 1993 e teve como autores os deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge – Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 169/1993. As diversas proposições apresentadas, entre 1993 e 1999, foram aglutinadas, dando origem à EC nº 29/2000. Essa emenda definiu montantes mínimos a serem aplicados pela União, estados e municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).⁸

A EC nº 29 trouxe mais recursos e promoveu o aumento da participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado em saúde. Desde então, sua participação foi decrescendo, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde. Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) (tabela 2). Assim, afirma-se que a aprovação da EC nº 29 teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem-sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio

8. "No caso da União, os recursos a ser aplicados em 2000 seriam o montante empenhado no exercício de 1999 acrescido de, no mínimo, 5%. A partir daí, o valor mínimo seria apurado no ano anterior e corrigido pela variação nominal do PIB. Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar, no mínimo, 12% da receita vinculada; ao passo que os municípios deveriam aplicar 15%, e, em 2000, o percentual mínimo a ser aplicado seria de 7% para esses entes da federação" (Servo *et al.*, 2011). Para a definição de ASPS utilizada até a aprovação da LC nº 141 de 2012, ver box A.1 no anexo.

constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

TABELA 2
Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011)

(Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA¹)

Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

Nota: ¹ Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

- Obs.: 1. O gasto federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.
2. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do gasto federal ASPS, considera os valores executados na Unidade Orçamentária (UO) 74202 – recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cômputo de gasto em ASPS.
3. O gasto estadual ASPS foi extraído de *Notas técnicas* produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 322/2003 e EC nº 29/2000. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizadas as 26 Unidades da Federação (UFs) que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 com base no crescimento anual médio observado nos últimos dois anos. Aguardou-se a análise de balanço pela equipe do SIOPS dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.
4. O gasto municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, cujo percentual corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2011. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2011 este percentual foi de 98%.

Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal). Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma

das outras duas esferas de governo, totalizando um aumento da ordem de R\$ 92,7 bilhões. Assim, dois terços do aumento dos recursos para ASPS após a promulgação da EC nº 29 foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União.

Contudo, mesmo com esses aumentos, em 2009 o gasto público em saúde encontrava-se em torno de 3,8% do Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2012),⁹ percentual muito inferior àquele aplicado por outros países que possuem sistemas universais de saúde.¹⁰

Quando se analisa a participação do gasto público em saúde das três esferas no PIB, observa-se que essa participação aumentou em 1 ponto percentual (p.p.) entre 2000 e 2011 (2,89% para 3,91%). Entretanto, este incremento observado no indicador citado foi proveniente do aumento da participação dos estados e dos municípios no PIB, uma vez que a participação da União permaneceu estável ao longo destes anos. Nesse período, o gasto federal em ASPS correspondeu a 1,73% do PIB em 2000 e 1,75% do PIB em 2011, o gasto estadual correspondeu a 0,54% do PIB em 2000 e 1% em 2011 e o municipal a 0,6% do PIB em 2000 e 1,16% em 2011.

O que se percebe pela análise deste indicador é que o “esforço” empreendido pelos estados e municípios ao longo do tempo para aumentar os gastos em saúde foram maiores que o realizado pela União. Ainda assim, em 2011, a União continua sendo a principal responsável pelo gasto em saúde (gráfico 2).

Há outras formas de olhar esse “esforço” realizado pelos três entes federativos nos gastos com saúde ao longo dos últimos anos, entre elas, analisar alguns indicadores que relacionam este tipo de gasto com a arrecadação de cada ente federativo.¹¹ Foram elaborados três indicadores que avaliam a participação do gasto em saúde da União,

9. Nesse ano o gasto total (público e privado) foi estimado em 8,8% do PIB. Desse total, o gasto público correspondia a 43,2% (IBGE, 2012).

10. Alguns países como França, Inglaterra, Alemanha e Espanha têm um gasto público em saúde, em média, de 6% do PIB (OMS, 2012).

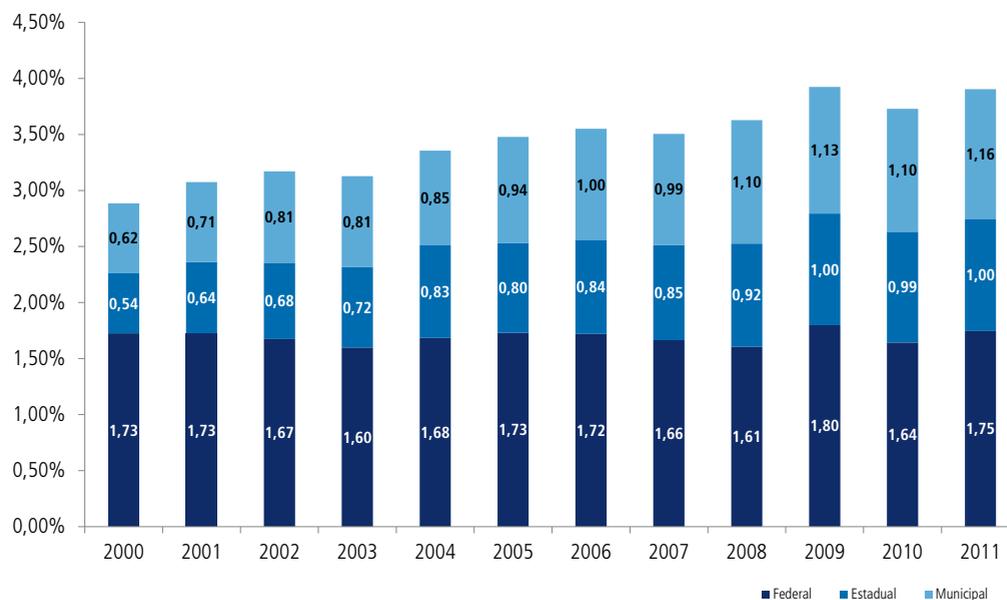
11. É preciso deixar claro que os indicadores construídos para um ano específico referente à União, aos estados e aos municípios não podem ser somados (como foi feito no indicador do gasto em saúde como proporção do PIB), uma vez que seus denominadores são diferentes: a arrecadação considerada refere-se àquele ente federativo. Ou seja, não há um denominador comum.

dos estados e dos municípios na arrecadação. O primeiro se refere à participação deste gasto em relação aos valores nominais que compõem o numerador da Carga Tributária Bruta (CTB). O segundo avalia a participação do gasto em relação à Receita Corrente Bruta (RCB). Por fim, o gasto com saúde será analisado à luz da RCB, descontadas as Transferências de Assistência e Previdência e Subsídios (TAPS).

GRÁFICO 2

Gasto em ASPS das três esferas de governo em relação ao PIB (2000-2011)

(Em %)



Fontes: SPO/MS (esfera federal), SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012), IBGE (PIB).

Conforme definido pelo IBGE (2008), a CTB é “o quociente entre o somatório das arrecadações de impostos, taxas e contribuições pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e o Produto Interno Bruto”. Ele mede o esforço da sociedade, por meio do pagamento de impostos, taxas e contribuições sociais, para o financiamento das políticas públicas.

Neste estudo, utiliza-se o numerador da CTB (nCTB) de cada ente federativo, que seria o somatório das arrecadações de impostos, taxas e contribuições, para construir o primeiro indicador que relaciona gasto em saúde com arrecadação.¹²

12. As informações foram extraídas de Orair (2012), por apresentar estimativas mais recentes da nCTB.

Este indicador mostra o comprometimento da arrecadação própria de impostos, taxas e contribuições de cada ente federativo com as gastos em saúde. Percebe-se que a participação do gasto em saúde no total das receitas tributárias da União (incluídas as contribuições) oscilou entre 7% e 8%, entre 2002 e 2011. Nesse mesmo período, houve um aumento da participação dos gastos em saúde dos estados e municípios em relação a essa receita.

A CTB considera apenas os recursos próprios arrecadados pelos entes e não inclui as outras receitas correntes, como, por exemplo, as receitas provenientes de transferências legais e constitucionais. Assim, os tributos que são arrecadados pela União, mas que têm uma parte que deve ser, obrigatoriamente, repassada para os municípios, não estão contabilizados como receitas dos municípios. Isso também ocorre para os tributos arrecadados pela União que têm que ser repassados para os estados, bem como das transferências obrigatórias destes para os municípios.

Diferentemente da CTB, a RCB inclui não só a arrecadação de tributos e contribuições (nCTB), como as transferências legais e constitucionais e outras receitas correntes (de serviços, patrimonial etc.). Esse indicador tem sido o mais utilizado na argumentação em favor da ampliação da participação da União no financiamento da saúde. Assim, também se faz uma comparação entre União, estados e municípios utilizando essa mesma base comum para os três entes. Ao se analisar a participação do gasto municipal com saúde em relação à RCB, percebe-se uma redução significativa na participação municipal quando comparado ao indicador de gasto sobre CTB. Isso ocorre porque as transferências intergovernamentais constitucionais e legais ampliam a receita dos estados e municípios, principalmente a dos municípios. Essa seria a explicação para a redução da participação do gasto em saúde em relação à RCB desses entes (aumento do denominador). Como a União praticamente não recebe de outros entes, o efeito de uma participação um pouco menor em relação ao indicador de CTB refere-se às outras receitas (serviços, patrimonial etc.). Esse indicador mostra, também, a dependência dos municípios de recursos que são arrecadados por outros entes, particularmente pela União, o que é resultante da estrutura tributária e do sistema federativo brasileiro. No caso desse indicador, o percentual da RCB aplicado pela União e pelos estados tende a se aproximar ao longo dos anos, visto que houve aumento para os estados e o da União manteve-se estável. O percentual comprometido pelos municípios é maior que aquele dos outros entes, ele é crescente.

TABELA 3

Gasto com ASPS no numerador da CTB (nCTB), na RCB e na RCB-TAPS (RCB descontadas as transferências de assistência e previdência e subsídios) (2002-2011)

(Em %)

Ano	% da nCTB			% da RCB			% da RCB-TAPS		
	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios	União	Estados	Municípios
2002	7,7	7,8	48,3	7,2	5,4	10,9	14,0	6,5	11,8
2003	7,5	8,2	47,1	7,1	5,8	11,1	14,8	7,0	12,0
2004	7,7	9,2	47,4	7,3	6,5	11,3	14,6	7,8	12,2
2005	7,5	8,9	52,6	7,0	6,1	12,2	13,8	7,3	13,0
2006	7,5	9,2	53,3	7,0	6,4	12,4	13,9	7,6	13,2
2007	7,1	9,4	51,6	6,7	6,5	12,3	13,4	7,7	13,1
2008	6,9	10,0	56,9	6,4	6,8	13,2	12,4	7,7	14,1
2009	8,0	11,2	57,4	7,5	7,6	13,2	16,1	9,0	14,1
2010	7,3	11,0	55,0	7,0	7,6	13,0	14,5	8,9	14,1
2011	7,2	11,0	54,7	7,0	7,5	13,5	14,0	9,0	14,7

Fontes: Secretaria do Tesouro Nacional/Ministério da Fazenda (STN/MF) – RCB e Receita Corrente Líquida (RCL); Secretaria de Política Econômica (SPE)/MF (2012) – TAPS; Orair (2012) – nCTB; SIOPS/MS e SPO/MS – gasto em ASPS. Elaboração dos autores.

Obs.: Dados de RCB dos municípios são provenientes do Finanças do Brasil (Finbra) e referem-se, em média, a 5.300 municípios (95% do total de municípios).

A RCB, no entanto, continua mantendo em sua composição receitas que serão obrigatoriamente transferidas para outros entes. Assim, o ideal seria comparar os três entes federados com base na RCL, que nada mais é que a RCB descontadas, entre outras, as transferências legais e constitucionais e as contribuições previdenciárias e para o Programa de Integração Social (PIS)/Programa de Formação do Patrimônio do Funcionário Público (PASEP). Entretanto, esses dados só estão disponíveis para a União (todo o período) e estados (2005 a 2011). As informações para municípios só estão disponíveis em relatórios individuais – *Relatório resumido da execução orçamentária* (RREO) –, mas não para todos os municípios. Seria necessário desenvolver uma metodologia para calcular os dados de municípios para todo o período e de estados, tentando retornar, pelo menos, até 2002, a partir de informações disponíveis nos sistemas orçamentários estaduais e municipais da STN.

Outro indicador proposto seria descontar da RCB as TAPS. A ideia subjacente a esse indicador é que, como os benefícios previdenciários representam em torno de 15% do PIB e são de pagamento obrigatório, ao excluí-los ter-se-ia uma primeira aproximação da disponibilidade de receitas, deduzidas essas vinculações. Como o peso ou responsabilidade pelo pagamento desses benefícios é maior para a União, quando eles

são descontados observa-se uma aproximação, ao longo do tempo, da participação dos municípios em relação a este ente. Ao final do período, ambos estavam comprometendo 14% da sua RCB, descontadas as TAPS.

Esses indicadores mostram diferentes perspectivas sobre o comprometimento dos entes federativos com gastos em saúde. Ao longo do tempo, o esforço macroeconômico (em termos do PIB) dos estados e municípios foi maior que o da União. Os municípios ampliaram, também, o comprometimento de suas receitas tributárias ou correntes. Contudo, a depender do indicador utilizado, no final do período há uma convergência da proporção aplicada (quer entre União e estados quer entre União e municípios).¹³

Como visto, com todo esse esforço, o percentual de recursos públicos aplicados em saúde não ultrapassou 4% do PIB. Ao longo do tempo, os sistemas de saúde têm comprometido parcelas cada vez maiores de recursos públicos visando garantir o acesso dos seus cidadãos. Nos países com sistemas de saúde universal, esse percentual já ultrapassa os 6% do PIB há algum tempo e, em muitos, supera 10%. Essas comparações dão uma ideia do caminho que o Brasil ainda tem que percorrer, sendo necessário avançar, também, na compreensão do custo e da efetiva necessidade de recursos para implantar um sistema que se quer universal, integral e equânime.

Nos últimos anos, foram longas as discussões sobre a possibilidade de aumentos de recursos para a saúde e em torno da regulamentação da EC nº 29, a qual será objeto das próximas seções.

4 A REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29

A primeira versão da proposta legislativa de vinculação de recursos para a saúde (PEC nº 169A/1993) estabelecia que a participação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios seria baseada em percentual de sua receita de impostos, inicialmente com percentual igual a 10%, de forma indistinta. A União, por sua vez, contribuiria com 30% da receita das contribuições vinculadas à seguridade social e 10% da receita de impostos. O que foi finalmente aprovado sete anos depois (EC nº 29/2000) foi bem

13. Há vários trabalhos sobre a estrutura tributária e as finanças públicas brasileiras. Eles mostram questões como endividamento, evolução da carga tributária e comprometimento das receitas. Ver, entre outros, Santos, Castro e Ribeiro (2010).

diferente da proposta inicial, principalmente no que concerne à vinculação dos gastos com saúde da União.

Segundo o Artigo 7º da EC nº 29: “Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde seriam equivalentes, no caso de Estados a 12% de sua receita de impostos e dos municípios 15% da receita de impostos”. Ademais, o alcance desse percentual poderia ser gradativo, reduzida a diferença de aplicação em pelo menos um quinto ao ano, desde que em 2000 a aplicação já fosse de 7%. A grande mudança se deu em relação à participação dos recursos da União. Foi substituída a proposta de vinculação de percentual da receita de contribuições da seguridade social ou da receita de impostos. O que acabou prevalecendo foi a proposição de que o mínimo a ser aplicado pela União deveria ser, 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”. Ou seja, 5% de acréscimo nominal.¹⁴ Do ano de 2000 até 2004, o valor apurado no ano anterior seria corrigido pela variação nominal do PIB. Para a LC, que deveria ser reavaliada a cada cinco anos, foram encaminhadas diversas questões importantes como: *i*) a confirmação dos percentuais de participação das três esferas no financiamento do SUS; *ii*) critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos estados destinados aos respectivos municípios; e *iii*) as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Além das questões anteriores, outra se mostrou particularmente importante e também carente de regulamentação: a definição de “ASPS”. Toda a prolongada discussão que decorreu poderia ter sido evitada, se no lugar dessa expressão fosse utilizada simplesmente a denominação “financiamento das ações e serviços do SUS”. Mas cunhou-se a expressão ASPS na EC nº 29, sem definir o que está incluído nesse conceito. É certo que logo se tentou contornar a questão mediante resolução do CNS. Contudo, nem todos os atores e gestores públicos reconheceram a Resolução nº 322/2003 do CNS como um instrumento suficiente para definição do que são ASPS. Na falta de instrumento normativo legal de maior hierarquia, alguns entes da federação incluíam como gastos em ASPS ações que não deveriam ser assim consideradas para efeitos de cumprimento da EC nº 29.

14. A mudança na forma de vinculação dos recursos federais para o SUS para uma situação em que não significasse repercussão financeira mais intensa e imediata sobre o nível de gasto da União com a saúde foi a fórmula encontrada para a obtenção do *nihil obstat* da área econômica do governo à aprovação da EC nº 29.

A falta de regulamentação também gerou discussões acerca da base sobre a qual incidiria a correção correspondente à variação nominal do PIB, para determinação do montante dos recursos federais, entre outras questões. Foi a polêmica da “base fixa” *versus* “base móvel” ocorrida em 2001 e 2002. Na visão da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN)/MF, seguida pela Advocacia-Geral da União (AGU), o “valor apurado no ano anterior” para 2000 seria o valor apurado em 1999 acrescido de 5%. Sobre esse valor, já fixado, seria acrescido, ano a ano, a variação nominal do PIB. A consultoria jurídica do MS, por sua vez, interpretou “valor apurado no ano anterior” como o montante efetivamente empenhado pelo MS, em cada exercício financeiro. Ou seja, se o valor empenhado pelo MS, mesmo em 2000, para os gastos em ações e serviços públicos de saúde fosse superior ao mínimo, este valor passaria a ser a base para aplicação da variação do PIB. Vem daí o conceito de “base móvel”.¹⁵

Desta forma, a falta de uma regulamentação permitiu que fossem encontrados subterfúgios para fugir do cumprimento efetivo da emenda. Ao utilizar os critérios estabelecidos na Resolução nº 322 e aplicá-los à análise de balanços dos estados de 2008, por exemplo, a equipe do SIOPS indica que apenas treze estados teriam aplicado o mínimo de 12% de sua receita vinculada em saúde conforme estabelecido pela EC nº 29 (MS, 2010). Na última análise de balanços feita pela equipe do SIOPS, no ano de 2008, os estados teriam destinado, em média, 10,8% de sua receita vinculada para a saúde. Esses “vazamentos” permitiram, segundo estimativas, que cerca de R\$ 16,0 bilhões deixassem de ser aplicados no SUS apenas pelos estados no período entre 2004 e 2008 (Fiocruz, 2012; Servo *et al.*, 2011). Segundo as mesmas fontes, o chamado déficit de aplicação da União teria sido de R\$ 3,08 bilhões de 2000 a 2008 e chegaria a cerca de R\$ 9,0 bilhões se para os gastos do MS fosse adotada a mesma análise de compatibilidade com conceito de ASPS da Resolução nº 322/CNS, que era aplicada pela equipe do SIOPS na análise de balanço das administrações estaduais.¹⁶

15. Essa questão foi objeto da Decisão nº 143, de 20 de março de 2002 do Tribunal de Contas da União (TCU) (item 18.1) que se manifestou favoravelmente à tese da base móvel.

16. Em maio de 2009, o Ministério Público Federal encaminhou ao MF, ao MS e ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) o Ofício nº 233 da Procuradoria da República no Distrito Federal (PRDF), estimando em mais de R\$ 5 bilhões o valor acumulado de descumprimento da EC nº 29. Esse valor foi contestado pelo MF e o MPOG em *Nota técnica* que acompanha o Ofício nº 81/MF, encaminhado à Procuradoria Geral da República em 2 de outubro de 2009. Com relação aos municípios, basicamente todos declaram ao SIOPS que cumprem o percentual mínimo de 15% da receita. Cabe ressaltar, contudo, que não é realizada a análise de balanço pela equipe do SIOPS para validar a informação declarada pelos municípios, diferentemente do que acontece com as informações enviadas pelos estados (Servo *et al.* 2011, p. 10).

Depois de inúmeras tentativas, e transcorrida quase uma década desde as primeiras tentativas, a EC nº 29/2000 foi finalmente regulamentada por meio da LC nº 141, sancionada pela Presidência da República em 13 de janeiro de 2012. Apesar de não ter correspondido aos anseios daqueles que desejavam aumentar a participação dos recursos da União no financiamento do SUS, a regulamentação da EC nº 29 apresentou pontos positivos.

Um deles é finalmente definir, por meio de instrumento adequado, o que se entende por ASPS, para fins de verificação do cumprimento da emenda. A rigor, a maior parte do rol de ações que poderiam ser consideradas como ASPS e, principalmente, os critérios básicos para esse julgamento já constavam de regulamentações anteriores.¹⁷ Entretanto, como dito anteriormente, esses diplomas legais foram seguidamente contestados sob a argumentação de serem hierarquicamente insuficientes para alcançar o propósito de regular a emenda. Outro ponto positivo da regulamentação foi o tratamento dado aos restos a pagar cancelados. Todo ano, uma parte dos recursos empenhados, que entrava na contabilidade de cumprimento da emenda, era registrada para ser aplicada nos anos seguintes. Por uma série de motivos, alguns desses recursos podem ter sua execução cancelada, fato que pode ocorrer na União, nos estados e nos municípios.¹⁸ Agora, a regulamentação define que os recursos cancelados que entraram na conta para se alcançar o valor mínimo devem ser repostos e como isso deve ser feito.

Além destes dois itens já mencionados, a LC também se mostrou presente no que tange à regulamentação do não cumprimento do mínimo em saúde previsto em lei. A partir desta lei ficou definido que aqueles entes que descumprirem o valor mínimo previsto para ser gasto em ações e serviços públicos de saúde daquele ano deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que ela entre na contabilidade do valor gasto neste ano.

A regulamentação da EC nº 29 era vista como uma oportunidade de ampliação dos recursos para o SUS por duas vertentes: *i*) correção dos “vazamentos” e da instauração de medidas mais severas para evitar o descumprimento da emenda; e *ii*) criação

17. Portaria nº 2.047/GM/MS, de 5 de fevereiro de 2002, Resolução nº 316, de 3 e 4 de abril de 2002 e Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, ambas do CNS.

18. Para se ter uma ideia, somente o MS cancelou recursos da ordem de R\$ 2,6 bilhões no período de 2000 a 2008.

de novas fontes de recursos para o sistema, medida associada ou não à mudança na forma de participação da União no financiamento do SUS. Apesar de, como vimos anteriormente, as três esferas de governo terem contribuído para o aumento de recursos para o SUS, a maioria das análises feitas considerava que o esforço dos municípios já estava no limite e que muitos estados enfrentavam problemas reais para alocar o mínimo previsto pela emenda. Nessa conjuntura, a crítica mais severa recaía sobre a União, sob a alegação de estar fazendo um esforço menor no financiamento do sistema.

Essa afirmação era respaldada pelas seguintes constatações: *i*) crescente participação da União na carga tributária total; *ii*) manutenção da participação relativa da saúde nos gastos sociais da União, como percentual do PIB, enquanto se verifica aumento significativo do gasto social federal;¹⁹ *iii*) diminuição da participação relativa dos gastos federais com ASPS em relação à RCB da União; e *iv*) diminuição da participação relativa dos recursos federais no financiamento do SUS de quase 60% em 2000 para cerca de 45% em 2010.

Em parte, a diminuição da participação relativa da União no financiamento do SUS – argumento mais amplamente utilizado – pode ser explicada pela baixa participação dos estados e municípios no financiamento da saúde no ano 2000. Mas é também preciso considerar que a participação da União partiu de uma base não muito expressiva em 2000 e, ademais, nos anos seguintes, o que deveria ser um valor mínimo (correção pela variação nominal do PIB), passou, na maioria dos anos, a funcionar como teto das aplicações da União no SUS.

Desta forma, no processo de regulamentação da EC nº 29, foram tentados dois caminhos para o aumento da participação da União no financiamento do SUS: *i*) ampliação de recursos por meio da regulamentação da EC nº 29 e criação de um novo tributo; e *ii*) ampliação de recursos por meio da regulamentação da EC nº 29 e mudança do critério de vinculação do gasto do governo federal.

A regulamentação com a recriação da CPMF, que passaria a ser denominada Contribuição Social para a Saúde (CSS) correspondia à primeira possibilidade. No último ano que vigorou, com uma alíquota de 0,38%, a CPMF arrecadou mais de

19. O gasto social federal cresceu de 11,2% do PIB em 1995 para 15,8% em 2009, enquanto os gastos federais com saúde mantiveram-se em torno de 1,7% do PIB no mesmo período (Ipea, 2011; Castro *et al.*, 2012).

R\$ 35 bilhões, o que correspondeu a 1,4% do PIB. Contudo, a proposta não era de manter a mesma alíquota, mas aplicar uma alíquota de 0,20%. Além disso, das propostas que tramitaram na Câmara e no Senado, nenhuma garantia que a CSS fosse integralmente vinculada à área de saúde.

A segunda possibilidade seria regulamentar a EC nº 29 e alterar o critério de vinculação dos recursos federais. Em sua forma original e que acabou sendo mantida, a EC nº 29 prevê que os recursos da União aplicados em ASPS seriam iguais ao montante aplicado no ano anterior acrescido da variação do PIB. Esse critério é diferente daquele empregado por estados e municípios, cuja vinculação é feita com base na receita vinculada. Assim, no processo de regulamentação da EC nº 29 foram apresentados projetos de lei (PLs) propondo a alteração no critério de vinculação de recursos da União que, segundo essas proposições, passaria a ser um percentual da receita tributária. Duas propostas foram colocadas em discussão: 10% da RCB (a ser alcançado gradativamente em quatro ou cinco anos) ou 18% da RCL. A mudança da regra de vinculação da União para 18% da RCL poderia implicar um aumento de R\$ 27,7 bilhões, ao passo que a vinculação à RCB envolveria mais R\$ 32 bilhões. Ainda assim, a maior ampliação de recursos levaria a um aumento de menos de 1% do PIB no gasto público em saúde. Isso significaria aumentar o gasto público para menos de 5% do PIB. Como se sabe, essas propostas não foram aprovadas e o Congresso manteve a forma de cálculo da participação federal no financiamento do SUS.

Passados menos de três meses da votação, observou-se uma reativação do movimento em defesa de mais recursos federais para o SUS. Em março de 2012 a articulação de diversas entidades da sociedade civil lançou o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, propondo um PL de iniciativa popular com o objetivo de alterar o valor mínimo a ser aplicado pela União como o equivalente a 10% de sua RCB. É o chamado movimento Saúde +10. Na Câmara Federal já existem duas iniciativas de parlamentares, apensadas, sendo apreciadas na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), os PLPs nº 123/2012 e nº 124/2012, respectivamente de autoria dos deputados Darcisio Perondi e Eleuses Paiva com a mesma finalidade.

5 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Uma análise da execução orçamentária do MS por modalidade de aplicação permite observar a tendência de redução das aplicações diretas e de aumento expressivo das transferências para estados e municípios, que seria indicativo de um processo de descentralização dos recursos. Esse aumento é coerente com o princípio da descentralização estabelecido na CF/1988, que passou a ser aplicado mais fortemente a partir da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs).

As transferências a municípios apresentaram crescimento a partir da NOB nº 01/1993. Entretanto, elevaram-se mais rapidamente com a publicação da NOB nº 01/1996 que, de acordo com Servo *et al.* (2011),

(...) buscou resgatar e definir atribuições mais claras para os estados, bem como o fortalecimento da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)²⁰ e das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs),²¹ com o estabelecimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Criou, também, a modalidade de “gestão plena do sistema” por meio da qual estados e municípios poderiam obter total autonomia na gestão do conjunto do seu sistema de saúde. Os municípios também poderiam optar por ser gestores plenos da atenção básica. Por meio dessa NOB é que foram criados o Piso da Atenção Básica (PAB) e a política de incentivos para programas como Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Já as transferências para estados e Distrito Federal ampliam-se significativamente a partir de 2000, coincidindo, principalmente, com a publicação da EC nº 29 e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas)/2001. Essa última tenta ampliar a participação dos estados na gestão do SUS, particularmente por recolocar a discussão sobre a regionalização da saúde.

Em 1995, o MS aplicava diretamente quase 90% dos seus recursos na compra e distribuição de bens e provisão de serviços de saúde para a população. A partir daí, a descentralização dos recursos para estados e municípios começa a ser ampliada, atingindo certa estabilidade a partir de 2004. Nesse ano, o percentual aplicado diretamente pelo

20. Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, Distrito Federal e municípios.

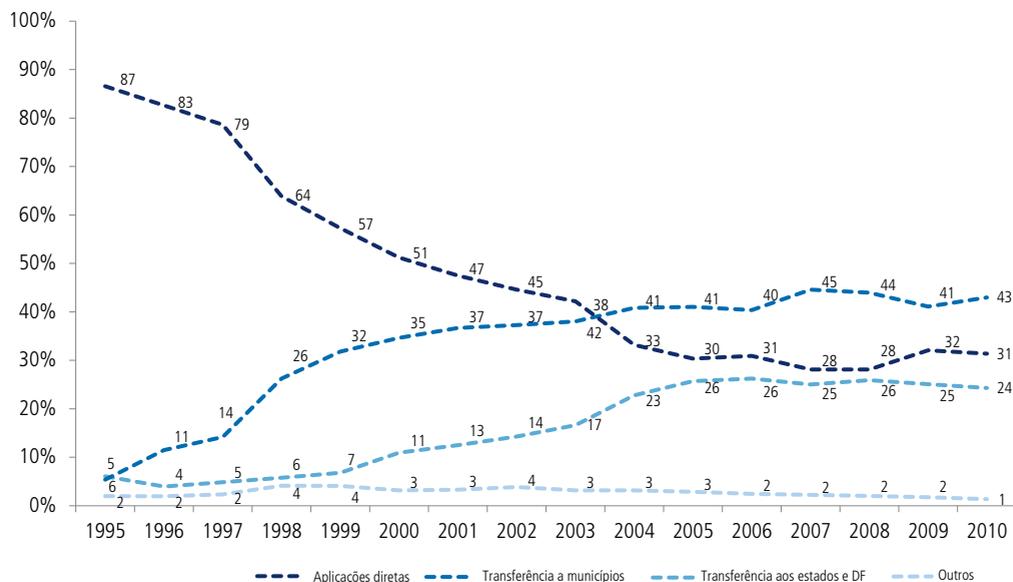
21. É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS.

MS representava 33% do total e tem se mantido entre 30% e 35% desde então e a maior parte dos recursos tem sido transferida para estados e municípios (gráfico 3).

GRÁFICO 3

Ministério da Saúde (MS): descentralização dos gastos – comparação entre a participação percentual dos gastos diretos e dos recursos transferidos a outras esferas de governo (1995-2010)

(Em %)



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

Ao buscar atender o princípio constitucional de descentralização, o MS, muitas vezes, utilizou-se das transferências financeiras para induzir a implantação de determinadas políticas de saúde. Entre outras políticas, o MS buscou induzir uma mudança do modelo assistencial, por meio da expansão da atenção básica de saúde. Mesmo antes da promulgação da CF/1988, havia uma leitura de que era necessário reforçar a atenção básica e transformá-la na “porta de entrada” para o sistema público de saúde. Fazer com que ela fosse a porta de entrada significava que teria de atuar como o primeiro nível de atendimento: a assistência à saúde teria início na atenção básica e de lá a população seria encaminhada (referenciada), quando necessário, para os outros níveis de maior complexidade (denominados média e alta complexidade). Após ser atendida nesses outros níveis, a população deveria ser encaminhada novamente (contrarreferenciada) para continuar a ser acompanhada na atenção básica. Ou seja, a atenção básica seria responsável pelo acompanhamento contínuo

da população, mantendo toda informação sobre os atendimentos prestados. Além disso, esse nível de atenção seria responsável por ações de promoção e prevenção, conformando, junto com a assistência de média e alta complexidade, um sistema voltado para a atenção integral à saúde da população.

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

Essa tentativa de reorientação do modelo de atenção, que prioriza a atenção básica, refletiu-se na distribuição de recursos federais para estados e municípios. Há um crescimento da participação das transferências para atenção básica no total de recursos alocados pelo MS em ASPS de 9,7% em 1995 para mais de 15% em 2010. Observa-se, também, uma mudança importante na alocação de recursos entre o Piso de Atenção Básica (PAB)-variável (voltado para o financiamento da Saúde da Família) e o PAB-fixo (recursos *per capita* para financiamento de toda a atenção básica, inclusive aquelas ações que não estão diretamente relacionadas ao PSF). Em 1995, o PAB-fixo respondia por cerca de 9% dos gastos do MS em ASPS. Em 2010, esse valor estava próximo de 5% do total. Nesse mesmo período o PAB-variável aumenta sua participação de menos de 1% para 9% dos recursos aplicados pelo governo federal em ASPS.

Os procedimentos utilizados para realizar transferências federais, não somente na atenção básica, mas também em outros componentes da atenção à saúde, com excessiva fragmentação das parcelas e definição por portaria ministerial, levaram alguns autores a questionar se o MS estaria promovendo uma efetiva descentralização, nomeando as transferências de “tuteladas” (Goulart, 2001). Na defesa dessa forma de condução do processo, o MS defendia que, considerando as capacidades dos municípios, caberia ao nível federal orientar o processo de construção do SUS e que esse processo teria sido discutido na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes das três esferas. De outro lado, estados, Distrito Federal e municípios consideravam que deveria ser dada maior autonomia ao poder local para realizar suas ações.

Essa discussão culmina com a publicação, em 2006, do Pacto pela Saúde que surgiu da compreensão dos gestores federal, estaduais e municipais da importância de avançar na pactuação de objetivos e metas no campo sanitário, da necessidade de defender o SUS e organizar a transferência de recursos federais. Assim, o Pacto pela Saúde é composto de três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (Ipea, 2007, p. 81).

Nesse processo, buscou-se consolidar os mecanismos de transferências nos denominados “blocos de financiamento”. Foram criados cinco blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão. Com isso, objetivava-se um rearranjo das transferências federais que, em vez de serem feitas por uma grande multiplicidade de programas e ações específicos, passariam a ser organizadas por meio desses blocos. Apesar de não diminuir a multiplicidade de repasses, a proposta permitiu que estados e municípios tivessem maior autonomia para realocar os recursos dentro de cada bloco.²² Contudo, a discussão continua ainda hoje, visto que as tentativas de agregar melhor o conjunto de transferências, com a definição dos blocos de financiamento, é apenas uma parte da questão. A outra parte é o problema dos mecanismos e critérios de repasses de recursos federais para estados e municípios.

Contudo, para discutir melhor esta questão dos mecanismos e critérios de transferência dos recursos federais é preciso retroceder à versão da Lei nº 8.080, de setembro de 1990, aprovada pelo Congresso Nacional, e recordar os vetos feitos pela Presidência de República a dispositivos da lei, especialmente aos que, de alguma maneira, se relacionavam com a questão da descentralização de recursos federais. Alguns desses vetos, como ver-se-á mais adiante, foram revertidos na Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, outros não.

Dois dos vetos feitos à Lei nº 8.080 incidiram sobre dispositivos que tratavam da forma de repasse dos recursos federais. O primeiro ocorreu sobre o parágrafo 2º do Artigo 33. Esse parágrafo tinha a seguinte redação:

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS, destinados às ações e serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, a serem executados pelos Estados e Municípios serão transferidos diretamente e de forma regular e automática, em conformidade com as cotas previstas em programação e cronograma aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

22. A apresentação dos blocos e da discussão naquele momento está resumida em Ipea (2007, p. 82-87).

O parágrafo 3º desse mesmo artigo, também vetado, estabelecia que

Os recursos financeiros referidos no parágrafo 1º do art. 35 desta Lei serão transferidos independentemente da programação mencionada no parágrafo 2º deste artigo. Lembrar que o parágrafo 1º do Art. 35 estabelecia que: “Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuído segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

Desta forma, o automatismo e a regularidade tinham sido excluídos da Lei nº 8.080/1990 pelos vetos do então presidente Fernando Collor de Melo. A justificativa para os vetos é que se tratava de minúcias impróprias à lei e que poderiam ser factíveis por outros instrumentos.

A proposição de que as transferências fossem diretas, regulares e automáticas foi reinserida na Lei nº 8.142/1990. Mas nada sugere que o automatismo pudesse ser nos moldes das transferências do FPE e FPM, uma vez que os recursos federais seriam originários do OSS e administrados pelo MS, por meio do FNS (Artigo 35 *caput*). Ou seja, nada indicava a intenção de se ter uma partilha na origem, antes dos recursos tramitarem pelo OSS.

Outros dois vetos incidiram sobre os parágrafos 3º e 4º do Artigo 35. O parágrafo 3º estabelecia que

A Lei de Diretrizes Orçamentárias estabelecerá a proporção de recursos a serem distribuídos ao conjunto de estados e ao conjunto de Municípios e os que ficarão sob gestão do Ministério da Saúde, para programas e projetos de caráter nacional e regional e para reforço de projetos e atividades estaduais e municipais que, por eventualidades e circunstâncias epidemiológicas necessitem de assistência especial.

E o parágrafo 4º, do mesmo artigo, definia que os estados também deveriam estabelecer a proporção de recursos que seriam repassados automaticamente para os municípios e os que ficariam sob sua gestão.

Estes dispositivos foram vetados sob a argumentação de que só poderiam constar de LC por versarem sobre conteúdo da LDO. O fato é que esta definição, muito importante para o sistema, não foi reinserida em nenhuma LC, nem mesmo na que tratou da regulamentação da EC nº 29. Mas por que essa definição é importante?

Principalmente porque forçaria uma discussão sobre o que são programas e projetos de caráter nacional, evitando a vulgarização da utilização desses conceitos. Ou seja, uma discussão sobre as competências da esfera federal em um sistema descentralizado.

Com os vetos, o Artigo 35 ficou com a seguinte redação:

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo; Parágrafo 1º - Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuído segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio; Parágrafo 2º - Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados. Parágrafo 6º - o disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Sem os dispositivos vetados, principalmente o parágrafo 3º do Artigo 33, o que restou do Artigo 35 seria de pouca utilidade para o processo de descentralização, até mesmo para a implementação do seu parágrafo 1º – uma vez que tinham sido preservados critérios de partilha, mas não tinha sido mantido o novo mecanismo – repasse fundo a fundo – que iria substituir a modalidade transferência por convênio. A transferência regular e automática, com montantes definidos por critérios conhecidos, daria maior segurança, como o processo de descentralização dos recursos federais viria demonstrar, aos estados, Distrito Federal e municípios para assumirem responsabilidades dentro do SUS.

Ademais, muito cedo percebeu-se que o Artigo 35 não era autoaplicável.²³ No mínimo, as várias dimensões que entravam em seu cálculo poderiam ter pesos diferentes. Seria, portanto, necessário definir e aprovar uma metodologia para a utilização dos critérios previstos no Artigo 35.

23. Os dois primeiros estudos simulando a aplicação dos critérios do Artigo 35 foram elaborados: um por Janice Dornelles Castro e outro por Vianna *et al.* para a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 1990.

A saída foi política. Em dezembro de 1990, foi negociada e aprovada a Lei nº 8.142/1990 (Artigo 3º, parágrafo 1º). Por essa lei, enquanto não fosse regulamentado o Artigo 35 da Lei nº 8.080, seria utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério previsto no parágrafo 1º do Artigo 35, ou seja, um *per capita* igualitário.²⁴ Esse critério só começaria a ser utilizado mais tarde, ainda que parcialmente, com a adoção do PAB, em 1998, como o critério utilizado para distribuir os recursos do PAB-fixo. Contudo, mesmo nesse caso os recursos *per capita* eram diferenciados, uma vez que os estados e municípios que já aplicavam mais recursos naqueles procedimentos e serviços constantes no rol de atividades a serem financiadas pelo PAB-fixo continuaram a receber o mesmo volume de recursos. De qualquer forma, no tocante ao mecanismo utilizado ou à forma de repasse, as primeiras transferências, regulares e automáticas, foram feitas sob a égide da NOB nº 01/1993, no custeio da assistência médico-hospitalar.²⁵ Esses repasses, contudo, tiveram como critério a utilização da série histórica das alocações para o estado ou município em questão, como base para definir o montante de recursos a serem transferidos.

Apesar de constar na Lei nº 8.142/1990 a forma direta, regular e automática para as transferências federais para estados e municípios, a utilização mais ampla desse mecanismo teve de ser sempre reforçada²⁶ até a aprovação do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre “as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais e do Distrito Federal”.

O Decreto nº 1.232/1994 definia no Artigo 1º que:

Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congêner e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

24. O parágrafo 1º do Artigo 35 define que metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

25. Incluía a atenção hospitalar e ambulatorial.

26. A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que trata da extinção do INAMPS, estabelece que os recursos para custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou DF integrarão o montante de recursos que o FNS transferirá, regular e automaticamente, aos fundos estadual e municipal de saúde.

Também reforçava, no parágrafo 1º do mesmo artigo, que:

Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei 8080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição de recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

A necessidade de se ter uma lei que definisse critérios de transferências de recursos em áreas de financiamento compartilhado entre União, estado e municípios continuou presente. Em 1998, a EC nº 20, de 15 de dezembro de 1998, que modificava o sistema de previdência social em dispositivos relacionados à previdência do servidor público, estabelecia no parágrafo 10 do Artigo 195 que lei deveria definir os critérios de transferência para o SUS e ações de assistência social da União para os estados, Distrito Federal e municípios e dos estados para os municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. Dois anos depois, a EC nº 29 também reforçava o desejo de se ter critérios definidos em LC para dividir os recursos da União para estados, Distrito Federal e municípios, conforme dispõe o Artigo 198, parágrafo 3º, item II:

Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos estabelecerá: (...)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao DF e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais.

Sintetizando: o repasse fundo a fundo ganhou espaço como forma de transferência dos recursos federais para estados e municípios substituindo a aplicação direta na área hospitalar e ambulatorial e convênios em outras áreas, o que foi, sem dúvida, um avanço indiscutível para a descentralização. Contudo, mesmo que tenha adquirido regularidade e automatismo, essa forma de repasse dos recursos federais ficou distante da concepção esposada por alguns defensores da descentralização que preconizavam a utilização de critérios predefinidos e partilha já na origem dos recursos, nos moldes do FPE e do FPM. Assim, se a regularidade e o automatismo foram alcançados os critérios de partilha vigentes na legislação não foram implementados, mesmo que diversos documentos legais atentassem para essa necessidade.

Com isso não se quer dizer que o MS não utilize critérios para partilhar seus recursos entre estados, Distrito Federal e municípios. O que se quer dizer é que os critérios previstos na legislação não têm sido utilizados. Na verdade, não houve nem mesmo a observância do previsto no parágrafo 1º do Artigo 3º da Lei nº 8.142 – “de que pelo menos 50% dos recursos transferidos deveriam observar exclusivamente o critério populacional (...)”, entendido como o resultado da divisão do montante total a ser transferido pelo número de habitantes. Na verdade, o tamanho da população é utilizado em muitos dos critérios estabelecidos como denominador, mas geralmente o seu peso é corrigido por outras variáveis. Em outros casos, como na Saúde da Família e Saúde Bucal, por exemplo, o critério básico é o acordo de vontades entre o gestor nacional e as instâncias subnacionais.

6 A LEI Nº 141/2012 E OS MECANISMOS E CRITÉRIOS DE RATEIO DE RECURSOS

Como visto, a EC nº 29 (Artigo 6º) acrescentou ao Artigo 198 da CF o parágrafo 3º, item II, estabelecendo que a LC que será reavaliada, pelo menos, a cada cinco anos determinará “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao DF e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais”. Obedecendo à prescrição, a Lei nº 141 estabelece:

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19/9/1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Além disso, aproveita para revogar o parágrafo 1º do Artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 em seu Artigo 47.²⁷ Adicionalmente, os Artigos 18 e 22 da Lei nº 141/2012 reforçam a modalidade de transferência regular e automática para os recursos repassados pela União para estados e municípios e dos estados para os municípios.

No tocante a esta questão de critérios para transferências a estados, Distrito Federal e municípios, nada que pudesse ser objeto de operacionalização mais imediata foi incluído na LC. Pelo contrário, o dispositivo que se refere aos critérios de transferência até aumenta o grau de dificuldade para sua implementação por diversos motivos: *i*) ao acrescentar outros requisitos; *ii*) ao retornar, sem nenhuma modificação, ao Artigo 35;²⁸ e *iii*) ao revogar o parágrafo 1º do referido artigo – 50% transferível pelo critério populacional simples – único dispositivo que poderia ter aplicabilidade imediata. Também deixou de ter validade o parágrafo 2º, do inciso III, do Artigo 77 da ADCT que estabelecia que, dos recursos da União, 15%, no mínimo, seriam aplicados nos municípios, segundo o critério populacional, em serviços de atenção básica.²⁹ Ou seja, é uma tarefa não trivial tentar incorporar em uma fórmula de distribuição de recursos quase uma dezena de dimensões e requisitos.³⁰ A menos que, como tem sido feito, haja uma utilização parcial e isolada de diferentes dimensões e critérios. Pensando desta forma, todos os repasses vigentes atendem a, pelo menos, um dos critérios previstos. Mas o Artigo 35 da Lei nº 8.080 fala no *caput* “Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios (...)”.

Mas há também inconsistências. A Lei nº 141/2012 diz que o rateio deve observar as necessidades de saúde da população e as dimensões, demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, entre outras. Mas necessidades de saúde não têm, pelo menos nas fórmulas de alocação de recursos conhecidas, essas três dimensões como as mais

27. Lei nº 8.080/1990, Artigo 35, parágrafo 1º – “Metade dos recursos destinados a Estados, DF e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”.

28. O Artigo 35 da Lei nº 8.080 não é autoaplicável e jamais foi regulamentado.

29. Neste caso porque o Artigo 77 do ADCT era uma disposição transitória, cuja validade estava condicionada à não existência da lei complementar por ele mencionada.

30. Com a utilização de uma grande diversidade de critérios perde-se em transparência e ganha-se pouco em precisão (Piola e Biasoto, 2001).

importantes? Ademais, e isso é muito importante, como conciliar, em uma mesma fórmula, critérios que premiam a equidade e critérios que premiam a eficiência? Não seria melhor transferir uma parte maior dos recursos federais com base em critérios de equidade e uma parte menor por meio de metas qualitativas e quantitativas?

De importante, o reconhecimento de que os recursos destinados para investimentos devem merecer tratamento diferenciado das transferências para custeio. Contudo, permanece a dúvida se a alocação de recursos para investimento será feita mediante critérios previamente definidos ou continuará a ser negociada, ano a ano, com os recursos sendo repassados mediante convênios? Ser repassado por convênio, pode ser aceitável, desde que os critérios sejam definidos previamente, pois isso dá maior transparência aos repasses e maior segurança à instância receptora. A esse respeito vale lembrar que na distribuição dos recursos para o Projeto Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus) havia uma fórmula de distribuição que era aplicada para definir os montantes a serem transferidos.

O principal objetivo da alocação regional dos recursos públicos deve ser atender as necessidades de saúde da população. No caso da União, a distribuição de seus recursos deve servir também para reduzir desigualdades injustas. Desta forma, em um sistema de saúde com financiamento compartilhado como é o SUS, devem ser também consideradas as capacidades de autofinanciamento de estados e municípios e a distribuição das ações e serviços de saúde no território (Fiocruz, 2012, p. 136). Uma questão central é como medir “necessidade de saúde”, ou que indicadores devem ser utilizados para medi-la. No Brasil, diversos estudos analisam a questão da utilização de indicadores de necessidade de saúde para orientar propostas de alocação de recursos entre as instâncias gestoras do SUS. A título de exemplo, citam-se os trabalhos realizados por Porto *et al.* (2001), Heimann *et al.* (2002), Machado *et al.* (2003) e Viegas *et al.* (2004). Os dois primeiros discutem critérios para distribuição dos recursos federais para estados e municípios. Os dois últimos simulam critérios para transferências de recursos estaduais para os municípios do estado de Minas Gerais.

Não se pode alegar falta de critérios para as transferências do MS. Pode-se, contudo, questionar a sistemática desenvolvida e o seu afastamento do previsto na lei e regulamentos, conforme se constata a seguir.

- 1) Ausência de uma orientação estratégica mais precisa quanto ao resultado desejado com o uso dos critérios escolhidos. Maior equidade alocativa ou

maior eficiência no uso dos recursos? Ou, apenas mais controle do ente *doador* dos recursos sobre as esferas recipientes?

- 2) Não seguimento, de forma mais concreta, dos dispositivos legais que definem os critérios a serem utilizados no rateio de recursos da União para estados e municípios, no âmbito do SUS.
- 3) O número excessivo de critérios ou formas de repasses consubstanciados em incontáveis portarias regulamentadoras transformou o acompanhamento das transferências em um estéril e difícil exercício de hermenêutica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São conhecidas as tentativas de ampliar e dar estabilidade ao financiamento público da saúde. Esse processo teve início com a criação da CPMF em 1996 e culminou com a promulgação da EC nº 29, em 2000. Observou-se, nos anos subsequentes, uma ampliação do total de recursos para a área, bem como das transferências federais para estados e municípios. Contudo, de 2000 a 2012 os movimentos vinculados à saúde mantiveram a pressão para regulamentar a EC nº 29 e aumentar os recursos para a saúde. A expectativa desses movimentos era de que a própria regulamentação trouxesse uma mudança do critério que estabelece o mínimo a ser aplicado pelo governo federal e, com isso, se obtivesse um aporte de recursos adicionais. Além disso, a efetiva definição do que se entende por ações e serviços públicos de saúde impediria os vazamentos de recursos públicos, isto é, a aplicação de recursos em outras áreas ou ações que não aquelas destinadas à atenção universal em saúde. Adicionalmente, com o fim da CPMF em 2007, havia a expectativa da definição de uma nova fonte tributária, por meio da criação da CSS.

A regulamentação da EC nº 29 ocorreu em 2012 e apenas uma dessas expectativas foi atendida: a definição de ações e serviços públicos de saúde. A regulamentação não promoveu mudança do critério de vinculação dos recursos federais ou embutiu a criação de uma nova contribuição. Além disso, outras questões relativas à gestão do SUS e aos critérios de transferências de recursos para estados e municípios ainda demandam uma definição mais clara.

Assim, com relação aos recursos para o SUS, no campo técnico-político, será necessário discutir novas fontes de recursos que permitiriam aumentar o financiamento público para a saúde. Até o momento, a defesa da necessidade de financiamento tem sido feita com base em comparações com países que possuem sistemas de saúde universais. Contudo, faz-se necessário dimensionar melhor os custos, o perfil epidemiológico e os gastos realizados para aprimorar o conhecimento sobre a necessidade de financiamento do SUS. Em relação aos gastos, com as informações hoje disponíveis é possível ter conhecimento sobre em quais ações e programas são aplicados os recursos federais destinados às ASPs. Contudo, essas informações não estão disponíveis para os recursos dos estados e municípios em um formato que permita as mesmas análises que são feitas para o nível federal. Assim, tem-se apenas uma visão parcial dos objetos do gasto do SUS, visto que mais de 50% do gasto é complementado com recursos de estados, Distrito Federal e municípios. Para que sistemas como o SIOPS permitam realizar análises mais consolidadas, seria necessário proceder a alterações significativas. Todavia, isso só seria possível por meio de uma ação coordenada com o MF e o MPOG, além de uma forte capacitação dos estados e, principalmente, dos municípios.

Com relação aos critérios de transferência de recursos da União para estados e municípios também se sente a necessidade de reiniciar a discussão no campo técnico-político. Como visto neste artigo, as determinações legais a respeito não foram regulamentadas e os dispositivos autoaplicáveis não foram seguidos. Entretanto, a excessiva fragmentação dos repasses não foi resolvida pela criação dos blocos de financiamento. Também não foram aproveitadas as oportunidades de implementar mudanças que favorecessem a equidade na distribuição dos recursos federais, o que poderia ser feito, de forma menos traumática, nas ocasiões em que houve alterações mais substanciais no financiamento da saúde (criação da CPMF e aprovação da EC nº 29), com aumento dos recursos do setor.

Mais recentemente, a aprovação da Lei nº 141/2012 e do Decreto nº 75.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou alguns aspectos da Lei nº 8.080/1990 foram outras oportunidades perdidas. A Lei nº 141/2012, como foi comentado, pode até ter aumentado as dificuldades de operacionalização de uma proposta regulamentadora dos critérios de repasses. Por sua vez, poder-se-ia esperar que o Decreto MS nº 75.508/2011 abordasse a questão do financiamento, mais especificamente a questão dos mecanismos e critérios para as transferências financeiras para estados e municípios, sobretudo pelos temas que foram objeto do decreto.

O que reforçava essa expectativa é que o tão esperado³¹ decreto iria tratar de temas de extrema relevância para o SUS, quais sejam: a organização do sistema, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Decreto nº 75.508, no entanto, ao tratar dos temas antes referidos e em alguns outros tópicos de grande importância como os conceitos de região de saúde, de redes de atenção, de Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), das portas de entradas para o SUS, das relações nacionais de serviços e de medicamentos, entre outros, não abordou questões relacionadas ao financiamento compartilhado do SUS. Na verdade, faz duas menções à questão de recursos financeiros: a primeira no item IX do Artigo 36, que se refere ao COAP, determinando que deverão nele constar os recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos participantes para a execução do contrato referido. A segunda menção é feita no Artigo 32, que estabelece entre as funções das Comissões Intergestores a de pactuar “aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (...)” (item II). Ou seja, a questão das necessárias mudanças operacionais no financiamento compartilhado do SUS foi transferida para o âmbito de decisão das Comissões Intergestores (federal, estadual e regional). Será que se esperava que esta questão fosse melhor definida na LC nº 141/2012? Contudo, como a LC nº 141 pouco avançou nesta questão, suspeita-se de que as normas legais existentes, como já comentado neste artigo, sejam insuficientes para orientar as decisões das Comissões Intergestores. Ou seja, ainda requer um esforço técnico, de formulação de propostas alternativas, e político consideráveis para a geração de propostas de financiamento compartilhado adequadas às novas condições de organização do sistema definidas pelo Decreto nº 7.508.

REFERÊNCIAS

CASTRO, J. A. *et al.* **Gasto social federal: prioridade macroeconômica no período 1995-2010.** Brasília: Ipea, set. 2012 (Nota Técnica, n. 11).

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O financiamento da saúde.** Brasília: Conass, 2011 (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, n. 2).

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

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

31. As bases iniciais deste decreto começaram a ser discutidas ainda na gestão do ministro José Gomes Temporão.

GOULART, F. A. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 292-298, 2001.

HEIMANN, L. S. *et al.* **Quantos Brasis?** Alocação de recursos no SUS. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (Nisis). Instituto de Saúde (IS), Coordenação dos Institutos de Pesquisa (CIP), Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema de contas nacionais**: Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Conta satélite de saúde, Brasil 2007-2009. **Contas nacionais**, Rio de Janeiro, n. 37, 2012.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 14, 2007.

_____. 15 anos de gasto social federal, notas sobre o período de 1995 a 2009. **Comunicado do Ipea**, Brasília, n. 98, jul. 2011.

MACHADO, E. M. *et al.* **Atenção básica à saúde em Minas Gerais**: desigualdade na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso de Atenção Básica (PAB). Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

MENDES, A.; MARQUES, R. A saúde pública sob a batuta da nova ordem. *In*: MARQUES, R.; FERREIRA, M. (Org.). **O Brasil sob a nova ordem**: a economia brasileira contemporânea – uma análise dos governos Collor a Lula. São Paulo: Saraiva, 2009.

MF – MINISTÉRIO DA FAZENDA. **Carga tributária líquida**, SPE, 29 nov. 2012. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/spe/publicacoes/destaques/2012_11/SPE_Carga%20Tribut%C3%A1ria%20L%C3%ADquida%20%202012_em_30_11_2012.pdf>.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de orçamentos públicos em saúde (SIOPS)**. Brasília, 2010 (Nota Técnica, n. 19).

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estadísticas sanitárias mundiais**, 2012.

ORAIR, R. O. **Carga tributária brasileira – 2002/2012**: estimação e análise dos determinantes da evolução recente. Monografia apresentada no XVII Prêmio Tesouro Nacional, 2012. Disponível em: <<http://www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/premios/stn/STN2012/Resultados/Tema%20%20-%20201%20Lugar%20-20Rodrigo%20Octavio%20Orair%20-%2020072.pdf>>.

PIOLA, S. F.; BIASOTO, G. Financiamento do SUS nos anos 90. *In*: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. **Brasil radiografia da saúde**. Campinas, IE/UNICAMP, 2001.

PIOLA, S. F. *et al.* Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise, n. 17 – Vinte anos da Constituição Federal, v. 1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

PORTO, S. M. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, Projeto Reforsus, 2001 (Relatório final).

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

SANTOS, C. H.; CASTRO, J. A.; RIBEIRO, J. A. C. (Org.). **Tributação e equidade no Brasil: um registro da reflexão do Ipea no biênio 2008-2009**. Brasília: Ipea, 2010.

SERVO, L. M. *et al.* Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. *In*: MELAMED, C.; PIOLA, S. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

UGÁ, M. A. *et al.* Financiamento e alocação de recursos no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

VIEGAS, M. A. *et al.* **Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2004.

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

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS/IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA/SINDIFISCO – SINDICATO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **A progressividade na tributação brasileira: por maior justiça tributária e fiscal**. São Paulo, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/cartilhaJusticaFiscalTributaria.pdf>>.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, 2005.

_____. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, Brasília, n. 17, 2009.

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

SANTOS, C. H.; RIBEIRO, M. B.; GOBETTI, S. W. **A evolução da carga tributária bruta brasileira no período 1995-2007: tamanho, composição e especificações econométricas agregadas**. Brasília: Ipea, ago. 2008 (Texto para Discussão, n. 1.350).

SIOPS – SISTEMA DE INFORMAÇÕES E ORÇAMENTOS PÚBLICOS DE SAÚDE. **Minuta de análise dos gastos da união em ações e serviços públicos de saúde no período de 2000 a 2010**. Documento elaborado por subgrupo da Câmara Técnica de Orientação e Análise do SIOPS (CT/SIOPS). Brasília, out. 2011. Mimeografado.

ANEXO

BOX A.1

O que são ASPS? Definição constante da Resolução nº 322 do CNS, utilizada até a aprovação da LC nº 141 de 2012

A EC nº 29 estabeleceu os percentuais mínimos a serem aplicados em ASPS por cada ente da federação. Em 8 de maio de 2003, o CNS, por meio da Resolução nº 322, aprovou um conjunto de diretrizes para aplicação da EC nº 29 de 2000. Nessa resolução, lê-se:

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios: I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. § Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT. Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo: I - vigilância epidemiológica e controle de doenças; II - vigilância sanitária; III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS; IV - educação para a saúde; V - saúde do trabalhador; VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; VIII - atenção à saúde dos povos indígenas; IX - capacitação de recursos humanos do SUS; X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS; XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos; XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde; XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços. XIV – atenção especial aos portadores de deficiência. XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores; § 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem. § 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º.01.2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

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

Fonte: CNS/Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003.

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Andrea Bossle de Abreu

Revisão

Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Cristina Celia Alcantara Possidente
Edylene Daniel Severiano (estagiária)
Elisabete de Carvalho Soares
Lucia Duarte Moreira
Luciana Nogueira Duarte
Míriam Nunes da Fonseca

Editoração eletrônica

Roberto das Chagas Campos
Aeromilson Mesquita
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Hayra Cardozo Manhães (estagiária)
Maria Hosana Carneiro Cunha

Capa

Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

Livraria do Ipea

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 3315-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em Adobe Garamond Pro 12/16 (texto)
Frutiger 67 Bold Condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Impresso em offset 90g/m²
Cartão supremo 250g/m² (capa)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea

Produzir, articular e disseminar conhecimento para aperfeiçoar as políticas públicas e contribuir para o planejamento do desenvolvimento brasileiro.

