

FINANCIAMENTO DA SAÚDE: BRASIL E OUTROS PAÍSES COM COBERTURA UNIVERSAL

**A participação estatal no financiamento
de sistemas de saúde e a situação do
Sistema Único de Saúde - SUS.**

Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD

-Versão Preliminar -

(Elaboração: 27 de maio de 2013)
(Revisão: 16 de julho de 2013)

*Elaborado pelo
Núcleo de Saúde da
Consultoria de
Orçamento e
Fiscalização
Financeira da
Câmara dos
Deputados
(CONOF/CD)*



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

SUMÁRIO

I.	OBJETIVO	3
II.	DIREITO À SAÚDE E GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL	3
III.	FINANCIAMENTO DE SISTEMAS DE SAÚDE.....	3
III.1	COBERTURA UNIVERSAL	3
III.2	FINANCIAMENTO INSUFICIENTE: UMA QUESTÃO DE LIMITAÇÃO ECONÔMICA OU DE PRIORIDADE DE GOVERNO..	4
IV.	A IMPORTÂNCIA DO SETOR PÚBLICO NA COBERTURA UNIVERSAL	5
IV.1	PARÂMETROS DE GASTO NO BRASIL.....	6
V.	ARCABOUÇO LEGAL DO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL	7
V.1	BREVE HISTÓRICO	7
V.2	RECURSOS DA CPMF	8
V.3	EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 2000 (EC Nº 29/ 2000)	9
V.4	REGULAMENTAÇÃO DA EC Nº 29/2000: LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 2012 (LC Nº 141/20120).....	10
VI.	SISTEMA DE SAÚDE NACIONAL.....	10
VI.1	RESPONSABILIDADE PELO FINANCIAMENTO	11
VI.2	PARTICIPAÇÃO FEDERAL NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE	11
VI.1.1	<i>Participação Federal Per Capita no Financiamento da Saúde</i>	<i>14</i>
VI.1.2	<i>Participação Federal em Percentuais da Receita Corrente e do PIB do Exercício</i>	<i>15</i>
VII.	DISPÊNDIOS EM SAÚDE: COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ESPANHA	16
VII.1.	NECESSIDADE FINANCEIRA PARA APROXIMAÇÃO DO GASTO BRASILEIRO AO ESPANHOL.....	16
VII.1.1	<i>Necessidade Financeira para Ajuste ao Per Capita Espanhol.....</i>	<i>17</i>
VII.1.2	<i>Necessidade Financeira para Ampliar a Participação Estatal.....</i>	<i>18</i>
VIII.	MEDIDAS PARA REDUZIR O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	21
IX.	CONCLUSÃO	23



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

I. **OBJETIVO**

O presente trabalho visa dar subsídios relacionados ao financiamento da saúde no Brasil e em países com sistemas de cobertura universal, comparar a participação federal e dos demais entes federados no financiamento ao longo da vigência da Emenda Constitucional nº 29/00 e analisar algumas possibilidades de atuação legislativa.

II. **DIREITO À SAÚDE E GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL**

No Brasil, a Constituição Federal incorporou o direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantido "*mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*". A previsão de um "*direito de todos*" pôs em destaque aspectos afetos à equidade no gozo da saúde e à universalidade de acesso a ações e serviços de saúde.

Tais aspectos se relacionam diretamente com a promoção da cobertura universal em saúde, assim considerada como "*acesso universal a todo um leque de serviços de saúde necessários, pessoais ou não-pessoais, com proteção social da saúde*"¹.

III. **FINANCIAMENTO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (Relatório Mundial de Saúde 2010)², as "*circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem*" influenciam fortemente na maneira como as pessoas vivem e morrem. Dessa forma, a educação, a habitação, a alimentação e o emprego influenciam a saúde e reduzir desigualdades nestas áreas também reduziria desigualdades em saúde. Entretanto, o acesso tempestivo a cuidados diretos de saúde – como uma combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – também é critico e não será atingido sem um sistema de financiamento que permita às pessoas utilizarem os serviços de saúde quando deles precisarem.

III.1 **Cobertura Universal**

Não há um conceito homogêneo para cobertura universal; mas, em regra, traduz a intenção de encontrar o melhor modo de expandir ou de manter a cobertura de saúde em três dimensões críticas: quem está abrangido; que serviços estão garantidos; e que parte do custo está coberta (Organização Mundial da Saúde - OMS, RMS/2010, pág. 22). Portanto, cobertura para todos não significa cobertura para tudo.

¹ Organização Mundial de Saúde, Relatório Mundial de Saúde de 2008, Capítulo 2, página 27

² Organização Mundial de Saúde (OMS), Relatório Mundial de Saúde 2010 (RMS/2010): Financiamento dos Sistemas de Saúde. "O caminho para a cobertura universal (OMS)" (<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>) acessado em maio de 2013.



III.2 Financiamento Insuficiente: Uma Questão de Limitação Econômica ou de Prioridade de Governo.

A publicação da OMS (Estatísticas Mundiais de 2012)³ menciona duas recentes decisões da Assembléia Mundial de Saúde^{4;5} que salientam a importância dos “sistemas de financiamento da saúde” no auxílio a países para alcançarem e manterem a cobertura universal. Segundo o documento, o nível global de financiamento atribuído à saúde fixa os limites aos serviços a que a população tem acesso – se os níveis de financiamento são muito baixos, os países não podem garantir o acesso universal. Por outra parte, se os meios não são utilizados de forma eficiente ou com equidade, mais financiamento pode não resultar no aumento da cobertura de serviço ou na melhora dos resultados em saúde. Assim, a cobertura universal exige financiamento suficiente e aplicação eficiente e equânime dos recursos.

Evidentemente, países ricos podem mais facilmente enfrentar limitações orçamentárias motivadas pelo envelhecimento populacional ou pela retração de recursos humanos na área de saúde. Porém, todos os países – independentemente da situação econômica - buscam angariar fundos capazes de arcar com os serviços de saúde que as populações necessitam. Vale dizer, nenhum país é capaz de prover toda a população com todas as tecnologias e intervenções existentes para melhorar a saúde ou prolongar a vida.

Mas a riqueza relativa de um país não é o único fator que afeta o financiamento da saúde. Embora os compromissos governamentais com a saúde tendam a aumentar com níveis crescentes de rendimento nacional, alguns países de baixo rendimento dedicam à saúde proporções mais elevadas da despesa governamental total que países de rendimentos elevados.

De fato, segundo dados da OMS, há variações entre países com níveis semelhantes de rendimento, indicando diferentes níveis de compromisso governamental com a saúde. Em 2007, vinte e dois países de renda baixa em todo o mundo dedicavam à saúde mais de 10%; enquanto onze países de renda alta dedicavam menos de 10% da despesa total⁶.

Portanto, além da questão econômica, há o compromisso com a saúde. Informa a Organização que diversos motivos são apontados para levar os países a não darem a prioridade orçamentaria necessária à saúde, alguns fiscais, alguns político e outros ligados a eficiência na aplicação dos recursos.

Entretanto, a prioridade que os governos dão ao setor em seus orçamentos reflete o grau de preocupação com a saúde do povo. Por isso, a OMS alerta que a saúde deve ser um tema político central e a sociedade civil, em conjunto com os defensores da cobertura universal, deveriam ajudar a persuadir os políticos a colocarem o financiamento da cobertura universal no topo da agenda política⁷.

³ Produção da Organização Mundial de Saúde, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, pp. 38/39.

⁴ 58^a Asamblea Mundial de la Salud. Resolucion WHA58.33. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58- REC1/english/Resolutions.pdf; consultado el 8 de febrero de 2012).

⁵ 64^a Asamblea Mundial de la Salud. Resolucion WHA64.9. Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal. Ginebra, Organizacion Mundial de la Salud, 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R9-en. pdf; consultado el 8 de febrero de 2012).

⁶ Relatório Mundial de Saúde de 2010, Organização Mundial de Saúde, pág. 24.

⁷ Relatório Mundial de Saúde de 2010, Organização Mundial de Saúde, pág. 24 a 26.



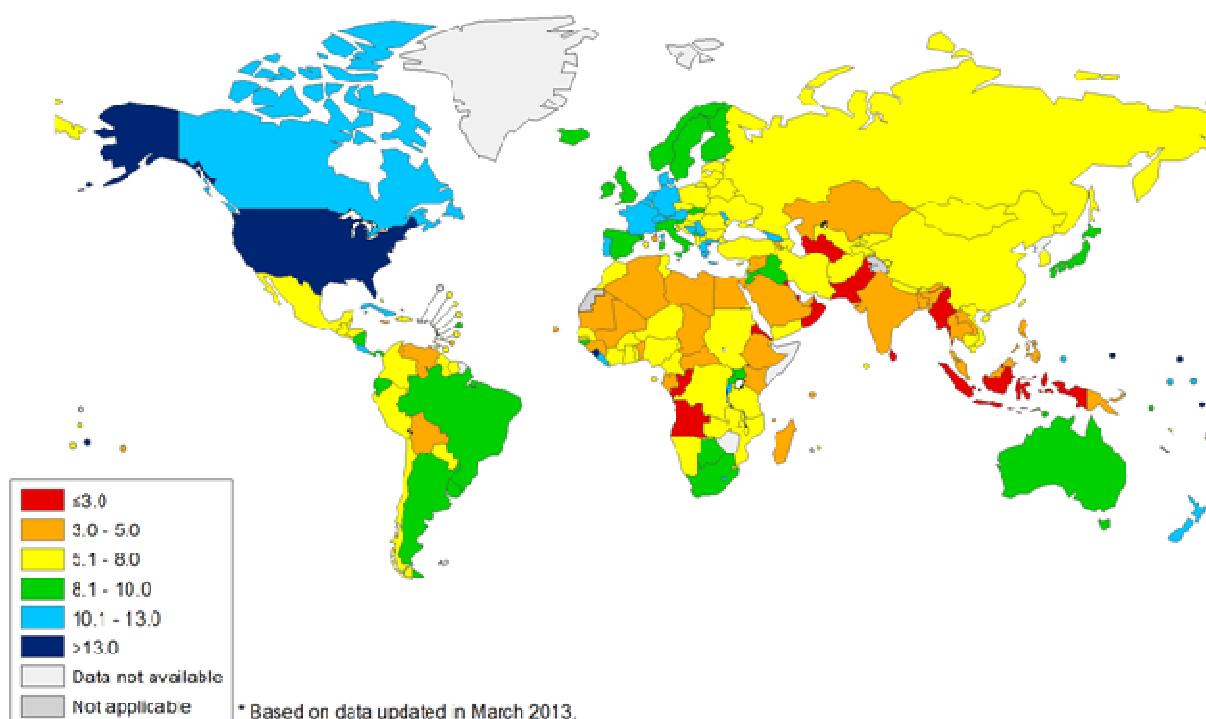
CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

IV.

A IMPORTÂNCIA DO SETOR PÚBLICO NA COBERTURA UNIVERSAL

Segundo dados do Banco Mundial⁸, em 2011, o dispêndio global em saúde (público e privado), em termos percentuais do Produto Interno Bruto (PIB)⁹, foi de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na Austrália. No Brasil, que adota cobertura universal, à semelhança dos países citados, esse percentual foi de 8,9%.

**Despesa Total em Saúde
Percentagem do PIB de 2011 (*)**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Health Observatory, WHO
Map Production: Public Health Information
and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 **World Health Organization**
© WHO 2012. All rights reserved

Fonte: Organização Mundial de Saúde

De maneira geral, conforme publicação da Fiocruz-Ipea¹⁰, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Nesses países, a maior parte do gasto privado é realizada sob a forma de pré-pagamento (planos e seguros privados). O desembolso direto, forma mais iníqua e excludente de financiamento, é, paradoxalmente, maior nos países mais pobres (OMS, 2000)¹¹. A

⁸ Indicadores de Desenvolvimento Mundial (WDI, em inglês) é o principal banco de dados do Banco Mundial para desenvolvimento de informações a partir de fontes internacionais oficialmente reconhecidas. In <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013.

⁹ PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos durante um período determinado.

¹⁰ A Saúde no Brasil em 2030 - Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro, Fundação Oswaldo Cruz. (et. al.). Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/SAE/PR, 2012.

¹¹ Estudos sobre gastos catastróficos em saúde têm demonstrado uma forte associação entre elevada participação do gasto direto do bolso no gasto total em saúde e o percentual de famílias que incorrem em gasto catastrófico (XU et. al., 2005). Estimativas utilizando a POF indicam que o percentual de famílias brasileiras incorrendo em gasto catastrófico seria menor do que aquele obtido utilizando a Pesquisa de Condições de Vida (PPV), provavelmente por aquela ser uma pesquisa que capta melhor os gastos e por ter cobertura nacional. Outra questão é quanto o SUS influencia esse resultado (DINIZ et. al., 2007). Outros estudos comparando países têm mostrado que sistemas de pré-pagamento compulsório (via tributação



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

participação do setor público ganha maior importância no financiamento da saúde em países que adotam sistemas de cobertura universal.

Como se verifica na Tabela I, a participação de fontes públicas no financiamento da despesa total dos sistemas varia de 68,5%, na Austrália, a 82,7%, na Inglaterra, com uma média de 70% (cf. Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial de 2013).

Tabela I
Indicadores Econômicos e de Despesas em Saúde Mundiais

Países/ Descriptor	Canadá	França	Austrália	Reino Unido	União Europeia	Espanha	Argentina	Brasil	China
PIB per capita (dólar corrente)	50.343,69	42.379,26	61.789,48	38.974,32	34.923,04	31.984,73	10.941,96	12.593,89	5.444,79
PIB per capita, PPC (1)	35.714,79	29.820,09	34.852,66	32.808,79	28.048,60	26.952,35	-----	10.278,63	7.417,89
Despesas per capita de saúde (dólar corrente, US\$)	5.629,73	4.952,00	5.938,65	3.608,65	3.550,68	3.026,65	891,80	1.120,56	278,02
Despesa per capita em saúde, PPC (const. 2005 internacional \$) (1)	4.519,96	4.085,48	3.691,55	3.321,67	3.259,80	3.040,78	1.433,70	1.042,73	432,28
Despesas privadas de saúde, (% do PIB)	3,31	2,70	2,84	1,61	2,33	2,49	3,19	4,83	2,28
Despesas públicas de saúde, (% do PIB)	7,87	8,92	6,19	7,71	7,82	6,95	4,92	4,07	2,89
Despesas públicas de saúde (% do total de despesas em saúde)	70,41	76,74	68,51	82,70	77,04	73,59	60,64	45,74	55,89
Despesas totais de saúde (% do PIB)	11,18	11,63	9,03	9,32	10,15	9,44	8,11	8,90	5,16

Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. **OBS:** (1) per capita com base na paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP).

IV.1 Parâmetros de Gasto no Brasil

Em 2011, o gasto total com saúde no Brasil (público e privado) atingiu o equivalente a 8,9% do PIB, percentual pouco abaixo daqueles observados nos países com cobertura universal, conforme anteriormente mencionado. Entretanto, nesses países o setor público apresenta participação significativa no financiamento total da saúde – acima de 60% – situação essa que não se reflete no Brasil, cuja participação do setor público nos gastos totais foi de 45,7%, o que significa dizer que 54,3% dos gastos foi financiado pela instância privada.

Tal concentração dos gastos privados na área da saúde no país é apontada pela FIOCRUZ, na publicação “A Saúde no Brasil em 2030”, capítulo Estruturas do Financiamento e do Gasto Setorial, quando esclarece que na prática o sistema de saúde no Brasil é pluralista. Segundo o documento, “no Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais¹² quanto no que diz respeito a fontes de financiamento e a modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto em junho de 2009 por 1.116 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 406 de planos exclusivamente odontológicos;¹³ (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede

geral ou seguro de saúde compulsório) tendem a ser mais equitativos que sistema de pré-pagamento voluntário. Os pagamentos diretos do bolso seriam a forma mais regressiva de financiamento (WAGSTAFF et. al., 1999; KUTZIN, 2010).

¹² Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).

¹³ ANS, Caderno de Informações set. 2009.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

privada; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO et al., 2005)." Dessa forma, só do ponto de vista legal o país apresenta um sistema universal de saúde, na prática o sistema é pluralista e o gasto majoritariamente privado.

Portanto, o gasto público no país é baixo para se considerar que o sistema efetivamente ofereça cobertura universal e atendimento integral.

V. AR CABOUÇO LEGAL DO FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

V.1 Breve Histórico

Nos termos do mandamento constitucional, "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único e organizado que será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" (art. 198, caput e §1º da CF)¹⁴. Portanto, o financiamento da saúde é da corresponsabilidade das três esferas de governo.

No que tange à União, a primeira referência do quanto deveria ser empregado para o financiamento do SUS foi feita no art. 55 do ADCT, ao prever que – enquanto não aprovada a lei de diretrizes orçamentárias – trinta por cento (30%), no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, fossem destinados à saúde.¹⁵

Em relação a Estados e Municípios, somente em 2000, com a edição da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, vieram a ser estabelecidas regras quanto à participação desses entes no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O novo modelo de saúde insculpido na Constituição de 1988, estabelece para o Estado o dever de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros e de garantir a integralidade, inclusive em relação à assistência - entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, conforme art. 7º da Lei nº 8.080/90.

De fato, para fins de direito e de exercício da cidadania, a "universalidade" confere a garantia de acesso às ações e serviços de saúde a quem delas precisar e a "integralidade" atribui ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou patologia, em todos os níveis de complexidade.

Portanto, o modelo ampliou as demandas e a pressão sobre os gastos públicos, sem que houvesse à época garantia de recursos em volume adequado e suficiente para atender às novas necessidades. Colocava-se assim o desafio de redirecionar parcela significativa de recursos e de criar novas fontes de financiamento para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira.

A necessidade de recursos ficou especialmente dramática a partir de 1993, quando as contribuições previdenciárias¹⁶ deixaram de ser repassadas à saúde, em virtude dos desequilíbrios que já se afiguravam nas contas da previdência social.

Para compensar a falta de recursos, que acarretou instabilidade no financiamento das políticas de saúde públicas, foram adotadas medidas emergenciais, tais como empréstimos junto ao Fundo do Amparo ao Trabalhador - FAT, obtidos no início dos anos 90, e a criação da CPMF, que vigorou de 1997 a 2007.

¹⁴ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

¹⁵ § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes."

¹⁶ Art. 55. Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde.

¹⁶ Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (fonte 154).



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

V.2

Recursos da CPMF

Com fulcro na EC nº 12/1996, a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) foi criada pela Lei nº 9.311/1996, para vigorar inicialmente por treze meses. Contudo, por meio da Lei nº 9.539/1997, esse período foi ampliado para 24 meses, a partir de 23 de janeiro de 1997, em consonância com o período máximo permitido pela EC nº 12/1996, que autorizou sua criação.

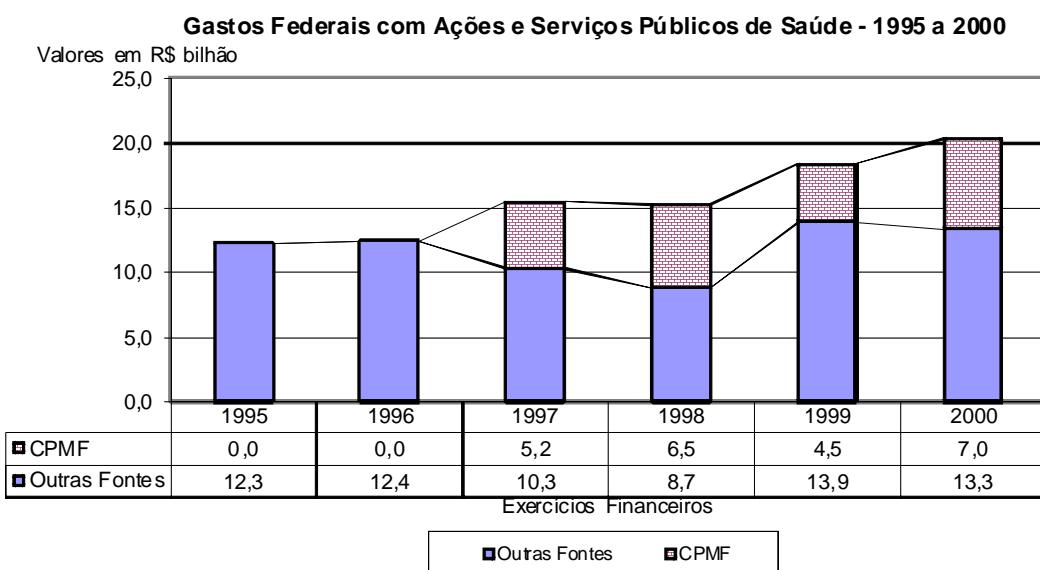
Vencido o prazo de vigência, a cobrança da CPMF foi restabelecida pela EC nº 21/1999, para vigorar de 17 de junho de 1999 a 16 de junho de 2002. Posteriormente, a EC nº 37/2002 estendeu sua vigência até 31 de dezembro de 2004, e, em seguida, a EC nº 42/2003 prorrogou esse prazo até 31 de dezembro de 2007, após o que deixou de ser cobrada, em face da rejeição legislativa à PEC nº 89/2007, que pretendida prorrogar a vigência até 2011.

Em sua origem, a CPMF foi instituída para o custeio específico de ações e serviços públicos de saúde. Todavia, com o advento da EC nº 21/1999, a Contribuição passou também a financiar o pagamento de aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza¹⁷.

Vale lembrar que, em seu primeiro ano de vigência, ficou evidenciado que a criação da contribuição não era, por si só, garantia de maiores recursos para a Saúde, uma vez que outras fontes que financiavam tradicionalmente o setor passaram a ser desviadas para outras áreas.

Essa constatação, facilmente visualizada no gráfico abaixo, fez com que o Congresso Nacional inserisse nas LDOs, a partir de 1998 (Lei nº 9.473/1997), regra em que se fixava valor mínimo de aplicação em saúde, tendo por base a dotação autorizada no exercício anterior.¹⁸ Essa regra permaneceu até a LDO 2000 (Lei nº 9.811/1999), após o que passou a vigorar aquela traçada pela EC nº 29/2000.

Gráfico I



¹⁷ Da alíquota de 0,38% cobrada pela CPMF, 0,20% era destinada à saúde; 0,10%, à Previdência e 0,08%, ao Combate e Erradicação da Pobreza.

¹⁸ Com efeito, na LDO 1998 (Lei nº 9.473/1997), foi inserido o seguinte dispositivo: "Art. 37 No exercício de 1998 serão aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997."



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

Ao lado das medidas emergenciais para socorrer a Saúde, surgiram propostas de soluções mais duradouras,¹⁹que culminaram com a aprovação da supracitada EC nº 29/2000, pela qual se estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

V.3 Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC Nº 29 / 2000)

A EC nº 29/2000, (Emenda Constitucional da Saúde) estabeleceu a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Nesse período, de 2000 a 2004, vigoraram as determinações previstas no art. 77 do ADCT, *in verbis*:

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

I - no caso da União:

- a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;*
- b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;*

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

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

A EC nº 29/2000 previu ainda a edição de lei complementar para revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por parte dos entes federados, estabelecer os critérios de rateio e a fiscalização e controle dos recursos (cf. §3º do art. 198 da CF).²⁰ Na ausência da referida lei complementar, a Carta Política determinou que fossem mantidas as regras transitórias vigentes até 2004 (cf. §4º do art. 77 do ADCT) ²¹.

Não obstante serem os dispositivos da EC nº 29, de 2000, autoaplicáveis, desde logo ficou evidenciada a necessidade de haver esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da lei complementar prevista pela referida Emenda.

Diante dessa constatação, surgiram iniciativas no sentido de buscar homogeneizar as interpretações da EC nº 29/2000²². Todas elas, porém, mostraram-se

¹⁹ Dentre essas propostas, destacam-se as PECs nºs 169/93 e 82/95, que propunham a vinculação de recursos da Seguridade Social ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. O substitutivo desta última, com algumas modificações, deu origem à EC nº 29/2000.

²⁰ Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

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

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

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

²¹ Art. 77 (...) §4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo (ADCT).

²² A primeira delas, originada logo após a promulgação da Emenda, veio da Comissão de Seguridade Social e Família, que divulgou documento intitulado “Orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com Saúde”. Posteriormente, a partir da formação de grupo



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

insuficientes, uma vez que somente lei complementar teria o condão de efetivamente regular a matéria, submetendo todos os entes federados ao seu cumprimento.

Após ampla discussão sobre a operacionalização da EC nº 29/2000, foi baixada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução nº 322/2003, com o intuito de uniformizar em todo o território nacional a aplicação da referida Emenda.

A Resolução foi objeto de ação direta de inconstitucionalidade (ADI nº 2.999 - RJ). Porém, o Pleno do Supremo Tribunal Federal, em 13/8/2008, não conheceu da referida ADI sob o argumento de que a resolução havia sido expedida com fundamento em regras de competência previstas em um complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990).

De toda sorte, o país ainda carecia da lei complementar prevista na Constituição para conferir o disciplinamento e a uniformidade que a matéria exigia, uma vez que a harmonia de entendimentos pretendida pela citada Resolução, embora de grande valia, não teve plena eficácia, em face da falta de consenso entre os entes federados com relação às orientações contidas no citado documento²³.

**V.4 Regulamentação da EC nº 29/2000: Lei Complementar nº 141, de 2012
(LC nº 141/2012)**

Após doze anos da promulgação da EC nº 29/2000, o país passou finalmente a contar com a regulamentação da Emenda Constitucional da Saúde. A norma manteve, ao menos em grande parte, o entendimento constante da Resolução nº 322/2003, do CNS, e avançou na definição de *ações e serviços públicos de saúde*. Assim, a LC nº 141/2012 reduziu sobremaneira a subjetividade que durante anos permeou tal definição e contribuiu para aproximar as despesas do setor à intenção original do constituinte da EC nº 29/2000.

Não obstante tal avanço, a referida LC deixou de atender aos apelos advindos de diversos setores da sociedade no sentido de aumentar a participação da União no financiamento de *ações e serviços públicos de saúde*.

A LC incorporou a regra provisória estabelecida pelo constituinte (art. 77 do ADCT) e frustrou as expectativas que se criaram em torno de maiores recursos para o setor.

VI. SISTEMA DE SAÚDE NACIONAL

Em 1988, com a Constituição Cidadã, a saúde passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF), sendo livre à iniciativa privada dela participar de forma complementar (art. 199 da CF). As ações e serviços públicos de saúde passam ainda a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e a constituírem um sistema único (art. 198).

Evidentemente, implantar um sistema de saúde capaz de garantir universalidade e integralidade em saúde em uma república federativa cujo território possui 8,5 milhões de quilômetros quadrados (quase 50% da América do Sul), uma população estimada de 198 milhões de habitantes, em 2013, e um sistema político composto por três

de discussão técnica com a participação de diversos segmentos da sociedade, foi elaborado documento denominado "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29", que serviu de base para a aprovação da Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que apontou diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000.

²³ Por conta dessas divergências, havia Estados, por exemplo, que incluíam no orçamento da saúde despesas com pagamento de planos médicos privados para servidores públicos, saneamento, alimentação e assistência social, dentre outras não consideradas como gastos de saúde pela citada Resolução.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

níveis autônomos de governo distribuídos em Governo Federal, 26 Estados, um Distrito Federal e mais de 5,5 mil Municípios tem sido um grande desafio.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)²⁴ de 2003 estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do país. A PNAD de 2008, por sua vez, estimou esse número em 49,2 milhões, ou 25,9% da população brasileira. Tais dados mostram que, não obstante os princípios da universalidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS, ainda resta muito a ser feito para que o SUS real se aproxime daquele idealizado pela Constituição.

Na prática, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, o que gera uma combinação público-privada financiada, sobretudo, por recursos privados. A esse respeito, é importante mencionar publicação do IPEA sobre o Financiamento da Saúde,²⁵ que assim discorre sobre a participação privada no setor:

"(...)No caso brasileiro, afirma-se que a intenção é buscar um sistema que reduza as desigualdades e que seja equitativo. Contudo, estudos têm mostrado que uma forte participação privada pode acarretar iniquidade (WAGSTAFF et al., 1992). O pagamento direto pelo próprio usuário depende da capacidade de pagamento, ou seja, da disponibilidade de recursos para as famílias – quanto mais rica, maior sua capacidade de pagamento. O mercado não produz equidade. Cabe ao Estado redistribuir recursos e buscar a equidade. Além disto, a partir dos recursos privados, gera-se um mercado de compra de bens e serviços de saúde que é independente, em certa medida, do recurso público. Assim, as regras de formação de preço, de oferta de recursos humanos, de oferta de bens e serviços são fortemente influenciadas pela presença destes recursos privados e das decisões individuais ou compartilhadas pela intermediação de planos e seguros de saúde. Ainda que o governo tenha uma importante participação no sistema de saúde brasileiro, o setor privado concorre com ele por recursos".²⁶

VI.1 Responsabilidade pelo Financiamento

Nos termos do que dispõe o art. 195 da Constituição, a Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

VI.2 Participação Federal no Financiamento da Saúde

Na Tabela II é apresentada, em valores correntes, a participação dos entes federados nos gastos com saúde entre os exercícios de 2000 a 2011. Em que pese o crescimento nominal verificado em todo período, é de se notar a redução da participação

²⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008.

²⁵ Brasil em desenvolvimento 2011: Estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília : Ipea, 2012

²⁶ Santos e Gerschman (2004) chamavam a atenção para as implicações que os constrangimentos macroeconômicos e determinadas decisões de políticas públicas poderiam ter sobre a configuração público-privada no Brasil. Estas autoras avaliavam que havia risco de o setor público especializarse em tecnologias de mais baixo custo e complexidade, ao passo que o setor privado continuaria formatando sua estratégia em direção a setores mais lucrativos e de maior rentabilidade, nestes incluídos aqueles mais bem remunerados pelas tabelas do SUS e mais valorizados pelos beneficiários de planos privados. Com isso, pode-se dizer que havia uma expectativa de que este segmento continuaria forte e cresceria, ao contrário do que era esperado quando da formatação inicial do SUS no período Constituinte. A expectativa naquele momento era de que, com financiamento e garantia de uma atenção à saúde com qualidade para toda população, seria construído um sistema de saúde único, atendendo a toda a população.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

relativa da União ao longo do tempo. De fato, em 2000, a participação relativa da União no gasto total público em saúde era cerca de 58,6%. De lá para cá, essa participação encolheu, tendo chegado a 43,4%, em 2008, e atingido 45,4%, em 2011, ao passo que a participação dos demais entes federados aumentou, sobretudo, a dos Municípios, que subiu no período quase oito pontos percentuais, saindo de 21,2% para 28,8%.

Tabela II
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

Entes Federados	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%														
União	20,4	58,6	22,5	54,6	24,7	52,1	27,2	50,1	32,7	49,3	36,5	47,7	40,7	46,7	44,3	45,8	48,7	43,4	58,3	46,6	62,0	44,7	72,3	45,4
Estados	7,0	20,2	9,4	22,9	10,8	22,6	13,3	24,5	17,3	26,0	19,7	25,7	23,0	26,3	26,0	26,9	31,0	27,6	32,3	25,8	37,3	26,9	40,9	25,7
Municípios	7,4	21,2	9,3	22,6	12,0	25,3	13,8	25,4	16,4	24,7	20,3	26,5	23,6	27,0	26,4	27,3	32,6	29,0	34,5	27,6	39,3	28,4	45,9	28,8
Gasto Público Total	34,7	100	41,2	100	47,5	100	54,3	100	66,4	100	76,4	100	87,3	100	96,7	100	112,2	100	125,1	100	138,5	100	159,2	100

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. OBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Siops; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Esfera Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

Em se considerando os valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA²⁷, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação dos entes federados em *ações e serviços públicos de saúde* (ASPS) seria a constante da Tabela III.

Tabela III
Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde
(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	Em R\$ Milhão											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
União	41.312,5	42.700,4	43.337,5	41.512,3	46.850,9	48.920,1	52.430,9	54.998,4	57.180,0	65.268,3	66.077,5	72.332,3
Estados	14.213,5	17.896,0	18.846,4	20.339,5	24.746,8	26.362,2	29.567,7	32.242,9	36.392,6	36.132,9	39.737,0	40.947,8
Municípios	14.961,2	17.651,5	21.075,3	21.023,1	23.510,1	27.197,2	30.322,2	32.816,0	38.261,2	38.690,2	41.882,0	45.924,5
Gasto Público Total	70.487,2	78.247,8	83.259,3	82.874,9	95.107,9	102.479,5	112.320,8	120.057,3	131.833,8	140.091,3	147.696,5	159.204,5

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados

Verifica-se que, não obstante a despesa federal com saúde vir aumentado em termos nominais desde 2000 (cf. Tabela II), percebe-se que, a preços constantes de 2011, somente a partir de 2004 passou a haver efetivamente incremento real (cf. Tabela III).

É de se notar ainda, conforme Tabela IV, que a participação de Estados e Municípios no financiamento da saúde implicou aumento de aporte de recursos por esses entes federados da ordem de R\$ 57,7 bilhões em 2011 em relação a 2000. As alocações da União, na mesma comparação, cresceram apenas R\$ 31 bilhões. Vê-se, pois, que dos R\$ 88,7

²⁷ O IPCA/IBGE verifica as variações dos custos com os gastos das pessoas que ganham de um a quarenta salários mínimos nas regiões metropolitanas de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e município de Goiânia. O Sistema Nacional de Preços ao Consumidor - SNIPC efetua a produção contínua e sistemática de índices de preços ao consumidor, tendo como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e domicílios (para levantamento de aluguel e condomínio).



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

bilhões acrescidos nos gastos totais, cerca de 65% provieram de receitas próprias de Estados e Municípios.

Tabela IV
Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2000 e 2011
(valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	2000		2011		Em R\$ Bilhão		
	R\$	%	R\$	%	Acréscimo de 2011 em relação a 2000	%	
	União	41,3	58,6%	72,3	45,4%	31,0	35,0%
Estados	14,2	29,2	20,2% 41,4%	40,9 86,9	25,7% 54,6%	26,7 57,7	30,1% 65,0%
Municípios	15,0		21,2%	45,9	28,8%	31,0	34,9%
Gasto Público Total	70,5	100%		159,2	100%	88,7	100%

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

É importante mencionar que a EC nº 29/2000 fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, de forma que aqueles que estivessem aplicando percentuais inferiores aos previstos na emenda constitucional (12% para Estados e 15% para Municípios)²⁸ pudessem elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004. Porém, mesmo tendo por base os gastos de 2004, verifica-se na Tabela V que os entes subnacionais financiaram 60,2% desse acréscimo, com aportes adicionais sobretudo dos municípios, cujo montante aplicado em 2011 praticamente dobrou em relação a 2004, saindo de R\$ 23,5 bilhões para 45,9 bilhões.

Tabela V
Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2004 e 2011
(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	2004		2011		Em R\$ Bilhão		
	R\$	%	R\$	%	Acréscimo de 2011 em relação a 2004	%	
	União	46,9	49,3%	72,3	45,4%	25,5	39,9%
Estados	24,7	48,3	26,0% 50,7%	40,9 86,9	25,7% 54,6%	16,2 38,6	25,3% 60,2%
Municípios	23,5		24,7%	45,9	28,8%	22,4	35,0%
Gasto Público Total	95,1	100%		159,2	100%	64,1	100%

Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

Percebe-se, portanto, redução na participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que se aumenta a participação dos entes subnacionais.

²⁸ Vide art. 77, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

VI.1.1

Participação Federal *Per Capita* no Financiamento da Saúde

A redução da participação federal no financiamento da saúde fica mais evidente na análise dos valores *per capita* das despesas públicas do setor.

Nas tabelas VI e VII, são apresentados os valores *per capita* despendidos pelos entes federados, deflacionados pela média anual do IPCA para 2011. Conforme se verifica, a União passa de R\$ 248,70, em 2000, para R\$ 375,99, em 2011, o que representa aumento de 51,2%. No mesmo período, os Estados passam de R\$ 85,57 para R\$ 212,85, com aumento de 148,8%; e os Municípios, de R\$ 90,07 para R\$ 238,72, com acréscimo de 165,0%. Portanto, em valores constantes, o gasto *per capita* em saúde dos entes subnacionais subiu no período, em termos percentuais, o triplo do acréscimo experimentado pela esfera federal.

Tabela VI
Despesa *Per Capita* com Ações e Serviços Públicos de Saúde
(valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	Per capita do Exercício											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Federal	248,70	247,70	248,16	234,70	258,02	265,60	280,72	298,88	301,56	340,81	346,44	375,99
Estados	85,57	103,81	107,92	115,00	136,29	143,13	158,31	175,22	191,93	188,68	208,34	212,85
Municípios	90,07	102,40	120,68	118,86	129,47	147,66	162,35	178,33	201,79	202,03	219,58	238,72
Total	424,33	453,91	476,77	468,56	523,78	556,40	601,38	652,43	695,28	731,52	774,36	827,56

Tabela VII
Variação da Participação *Per Capita* dos Entes Federados em ASPS
(valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Ente Federado	Per capita do Exercício de 2000		Per capita do Exercício de 2004		Per capita do Exercício de 2011	
	R\$ (1)	R\$ (1)	Variação em Relação ao Exercício de 2000	R\$ (2)	Variação em relação ao Exercício de 2000	
União	248,70	258,02	3,7%	375,99	51,2%	
Estados	85,57	136,29	59,3%	212,85	148,8%	
Municípios	90,07	129,47	43,8%	238,72	165,0%	
Total	424,33	523,78	23,4%	827,56	95,0%	

Fonte: Siops/MS, consulta em abril/2013 (<http://portalsauda.saude.gov.br/portalsauda/texto/7059/909/Indicadores.html>)

Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados.

OBS: (1) valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor para 2011 e divididos pela população.

(2) Valores divididos pela população.

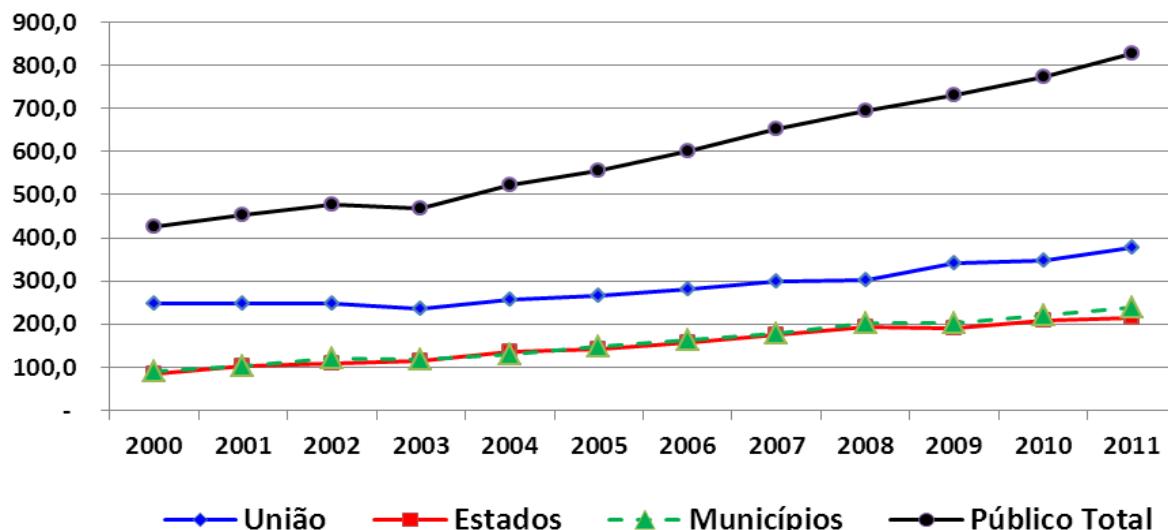
Vale observar que, entre 2000 e 2003, a União não ampliou os gastos *per capita*, como se verifica no Gráfico II. Durante esse período, conforme já mencionado, a EC nº 29/2000 fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, tendo como prazo limite o exercício financeiro de 2004. Dessa forma, até 2003, o aumento dos gastos públicos totais na saúde se deu em função da



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

maior participação dos entes subnacionais, que precisaram atender ao mandamento constitucional.

Gráfico II



VI.1.2 Participação Federal em Percentuais da Receita Corrente e do PIB do Exercício

A redução da participação federal no setor é percebida ainda em termos de comprometimento das Receitas Correntes (RCB e RCL) e do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2000, o gasto da União com saúde equivalia a 14,02% da Receita Corrente Líquida (RCL) – ou a 8,06% da Receita Corrente Bruta (RCB). Esses percentuais de comprometimento, porém, jamais foram alcançados nos anos subsequentes. Conforme mostrado na Tabela VII, chegou-se a aplicar menos de 12% da RCL nos exercícios de 2006 a 2008, e menos de 7% da RCB nos exercícios de 2005 a 2008.

No que tange à aplicação em saúde em termos de percentuais do PIB, verifica-se que, com exceção dos exercícios financeiros de 2009 e 2011, que atingiram, respectivamente, 1,80% e 1,75%, os demais exercícios ficaram aquém dos 1,73% alcançados em 2000 e 2001.

Tabela VII
Participação Federal em Percentual da RCB, RCL e do PIB do Exercício

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% da RCB	8,06%	7,77%	7,21%	7,07%	7,26%	6,92%	6,98%	6,72%	6,45%	7,51%	6,96%	7,03%
% da RCL	14,02%	13,40%	12,25%	12,08%	12,37%	12,04%	11,82%	11,46%	11,36%	13,33%	12,40%	12,95%
% do PIB (ano corrente)	1,73%	1,73%	1,67%	1,60%	1,68%	1,70%	1,72%	1,66%	1,61%	1,80%	1,64%	1,75%

Fonte: RCB e RCL: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria>; PIB: <http://www.bcb.gov.br/?INDECO>. Dados acessados em 15/05/2013.

Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, (<http://portalsaudesaude.saude.gov.br/portalsaudesaude/texto/7059/909/Indicadores.html>). Dados acessados em abril/2013. **Legenda:** RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira



VII. **DISPÊNDIOS EM SAÚDE: COMPARAÇÃO ENTRE BRASIL E ESPANHA**

Na Espanha, a Constituição reconhece o direito do cidadão à saúde pública e afirma a responsabilidade dos poderes públicos para organizá-la por meio de medidas preventivas e serviços essenciais. No Brasil, de forma semelhante, a Carta Política estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Tal como ocorre no Brasil, a legislação hispânica prevê a atenção universal, a unidade do sistema, o financiamento público e a opção pelo sistema público dos serviços de saúde, com a possibilidade de delegação à iniciativa privada de um papel complementar, preferencialmente prestado por entidades sem finalidades lucrativas.

Tendo em vista a semelhança dos sistemas de saúde entre ambos os países, tomamos por base os parâmetros de gasto da Espanha, com as adaptações necessárias à realidade nacional, a fim de projetarmos o montante mínimo necessário de aplicação no SUS.

Sob a ótica da aplicação *per capita* na área de saúde em função do PIB, os percentuais dos dois países são bastante próximos (vide Tabela I). Segundo dados do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde, a Espanha despendeu em saúde, durante o exercício de 2011, o equivalente a 9,4% do PIB, e o Brasil, 8,9%²⁹.

VII.1. Necessidade Financeira para Aproximação do Gasto Brasileiro ao Espanhol

Apesar da similaridade entre ambos os países dos sistemas de saúde e do percentual de gasto em termos de PIB, há substancial diversidade em relação ao nível de compromisso governamental com o setor. Em 2011, as despesas públicas com saúde da Espanha representaram 73,6% do gasto total em saúde (público e privado); enquanto, no Brasil, essa relação não ultrapassou 45,7%.

Por sua vez, considerando a paridade do poder de compra (PPC)³⁰, a Espanha aplicou em saúde aproximadamente \$ 3.040,78 (dólares PPC) *per capita* e o Brasil apenas \$ 1.042,73. Portanto, a aplicação da Espanha por habitante equivale a quase três vezes o valor despendido pelo Brasil.

²⁹ Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, consultado em maio/2013 (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>).

³⁰ Em economia, a paridade do poder de compra (PPC) ou paridade do poder aquisitivo (PPA) é um método alternativo à taxa de câmbio para se calcular o poder de compra de dois países. A PPC mede quanto é que uma determinada moeda pode comprar em termos internacionais (normalmente dólar), já que bens e serviços têm diferentes preços de um país para outro, ou seja, relaciona o poder aquisitivo de tal pessoa com o custo de vida do local, se ele consegue comprar tudo que necessita com seu salário.

A PPC é necessária porque a comparação dos produtos internos brutos (PIB) em uma moeda comum não descreve com precisão as diferenças em prosperidade material. A PPC, ao revés, leva em conta tanto as diferenças de rendimentos como também as diferenças no custo de vida. Isto é complicado porque os preços não flutuam num nível uniforme; na verdade, a diferença nos preços dos alimentos pode ser maior que a dos preços de habitação ou a dos preços de entretenimento. Ademais, os padrões de compra e até mesmo os bens disponíveis para compra são diferentes de país para país, portanto uma cesta constante de bens não pode ser utilizada para comparar preços em diferentes países.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

Tabela VIII
Gasto *Per Capita* em Saúde

Descriptor	Espanha	Brasil
Despesas públicas de saúde (% do total de despesas em saúde)	73,59	45,74
Despesa <i>per capita</i> em saúde, PPC ⁽¹⁾	3.040,78	1.042,73

Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. **OBS:** ⁽¹⁾ *per capita* com base na paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP).

Vê-se, pois, que uma aproximação do sistema nacional ao padrão de gasto espanhol exigiria que se ampliasse:

- a) o total de dispêndios *per capita*; e
- b) a participação estatal no setor.

VII.1.1 Necessidade Financeira para Ajuste ao *Per Capita* Espanhol

Antes de mensurar a necessidade de recursos *per capita*, é necessário ajustar a capacidade brasileira em função da diversidade entre o PIB *per capita* (em termos de PPC) entre os dois países³¹.

Em 2011, os PIBs *per capita* do Brasil e Espanha foram, respectivamente, de \$ 10.278,63 e \$ 26.952,35 (dólares PPC), enquanto as despesas *per capita* em saúde de ambos os países foram, conforme já mencionado, de \$ 1.042,73 e \$ 3.040,78. Portanto, em termos do PIB *per capita* de cada país, estes valores representaram, 10,14% no Brasil, e 11,28% na Espanha.

Ajustando o gasto *per capita* em saúde do Brasil na mesma relação percentual existente entre o gasto *per capita* em saúde e o PIB *per capita* da Espanha (11,28%), o valor a ser despendido subiria de \$ 1.042,73 para \$ 1.159,64 (dólares PPC) por habitante, conforme mostrado na Tabela IX.

Tabela IX
Ajuste da Capacidade Brasileira ao *Per Capita* da Espanha

Descriptor		Brasil	Espanha	Brasil Ajustado
PIB <i>per capita</i> , PPC ⁽¹⁾	A	10.278,63	26.952,35	10.278,63
Despesa <i>per capita</i> em saúde, PPC	B	1.042,73	3.040,78	1.159,64
Despesa <i>per capita</i> em saúde/PIB <i>per capita</i> (%)	C = (B/A)*100	10,14%	11,28%	11,28%

Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados.

OBS: ⁽¹⁾ *per capita* com base na paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP), constante internacional 2005.

³¹ O PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos durante um período determinado; o PIB per capita representa a média dessa produção pela população local e mensura a atividade econômica.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

Considerando os valores despendidos em 2011³², a implementação do reajuste exigiria aporte em dólares PPP de \$ 22,9 bilhões (aproximadamente R\$ 41,3 bilhões), o que elevaria a participação estatal nas despesas de saúde do país para 51,21% do total despendido, conforme Tabela X.

Tabela X
Situação Brasileira Ajustada: Novos Patamares de Gasto

Origem dos Recursos Despendidos em Saúde	Valores Despendidos (I)			Valores Ajustados (<i>Simulação</i>) (II)			Diferença (II - I)	
	R\$	\$ PPC ⁽¹⁾	%	R\$	\$ PPC ⁽¹⁾	%	R\$	\$ PPC ⁽¹⁾
Público	168.623,20	93.800,49	45,74%	209.953,16	116.791,22	51,21%	41.329,96	22.990,73
Privado	200.006,15	111.257,97	54,26%	200.006,15	111.257,97	48,79%	---	---
Gasto Total em Saúde	368.629,35	205.058,46	100%	409.959,31	228.049,19	100%	41.329,96	22.990,73

Fonte: a) Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013. b) Organização Mundial de Saúde (OMS), Banco de Dados Global de Despesas de Saúde, in http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84008, consultado em maio/2013. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados.

OBS: (1) paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP), constante internacional 2005. (2) conforme dados da OMS, a conversão de reais para dólares PPC foi efetuada à razão de (U\$ 1,0 PPP para R\$ 1,8), vide: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84008.

Em tal simulação, os gastos da União, em 2011, passariam de 12,95% para aproximadamente 20% da Receita Corrente Líquida, ou de 7,04% para 10,85% da Receita Corrente Bruta.

Tabela XI
Novos Patamares de Gasto Federal em Termos de RCB e RCL

Receita Corrente	Percentual Equivalente	
	Despendido	Ajustado (<i>Simulação</i>)
Receita Corrente Bruta	7,03%	10,85%
Receita Corrente Líquida	12,95%	20,00%

Fonte: Demonstrativos STN, consultados em abril 2013.

Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados

VII.1.2 Necessidade Financeira para Ampliar a Participação Estatal

Como mencionado no item IV.1, a participação estatal nos gastos em saúde de países que optaram pela integralidade e universalidade situa-se acima de 60%, chegando, no caso da Espanha, a 73,59% do total gasto em saúde.

³² A partir da última informação atualizada disponível na OMS.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

No Brasil, conforme já mostrado, essa participação gira em torno de 45,7%. Mesmo com a aproximação da despesa *per capita* em saúde do Brasil ao despendido pelo sistema hispânico, verifica-se que a participação estatal nos gastos totais com saúde permanece aquém dos níveis internacionais, visto que sobe pouco mais de 51% (Tabela X). Portanto, para adaptar o modelo brasileiro aos níveis dos países com sistemas de saúde congêneres, seria necessário elevar a participação estatal nesses gastos.

Tendo em vista a conjuntura econômica, seria um tanto utópico pretender fixar uma meta, por exemplo, entre 65% ou 70% de participação estatal na saúde. Contudo, para fins de projeção do montante adicional que seria necessário alocar no SUS, consideraremos razoável elevar esse percentual em torno de 10%, de forma a alcançar 55% dos gastos totais. Assim, a Tabela XII apresenta, mantidos os demais parâmetros, o volume de recursos que teriam sido exigidos em 2011, caso a participação estatal sofresse tal incremento.

Tabela XII
Situação Brasileira Ajustada: Ampliação da Participação Pública a Patamares Mundiais

Descriptor	Exercício de 2011		
	Despendido	Ajustado (<i>simulação</i>)	
		Pela Despesa per capita em saúde (\$ 1.159,64, PPC)	Pelo % das Despesas Públicas de Saúde sobre Total das Despesas (55%)
Despesa per capita em saúde, PPC ⁽¹⁾	1.042,73	1.159,64	1.257,23
Despesa Pública em saúde, PPC ⁽¹⁾	93.800.490.302	116.791.218.682	135.981.959.998
Despesa privada em saúde, PPC ⁽¹⁾	111.257.967.271	111.257.967.271	111.257.967.271
Despesa total em saúde, PPC ⁽¹⁾	205.058.457.573	228.049.185.952	247.239.927.269
Despesas públicas de saúde (% do total das despesas de saúde)	45,74%	51,21%	55,00%
Despesas privadas de saúde (% do total das despesas de saúde)	54,26%	48,79%	45,00%

Fonte: Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, in <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>, consultado em maio/2013. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. **OBS:** ⁽¹⁾ paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP), constante internacional 2005.

Verifica-se, pois, que teria sido necessário aporte adicional, em 2011, da ordem de \$ 42 bilhões³³ em dólares PPC³⁴ (equivalentes a R\$ 75,8 bilhões³⁵). É de se notar que, além de elevar a participação estatal para 55% dos gastos totais em saúde, a participação federal atingiria os níveis existentes à época da aprovação da EC nº 29/2000 – próximos de 60% das despesas públicas com saúde. Em termos de percentuais do PIB, a União praticamente dobraria sua participação (de 1,7% para 3,5%).

³³ Diferença entre o despendido em 2011 (135,98 bilhões de dólares PPC) e o valor ajustado (135,98 bilhões de dólares PPC).

³⁴ Paridade de poder de compra – PPC (tradução do inglês purchasing power parity -PPP), constante internacional 2005.

³⁵ conforme dados da OMS, a conversão de reais para dólares PPC foi efetuada à razão de (U\$ 1,0 PPP para R\$ 1,8), vide: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84008.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

Tabela XIII
Simulação com Ajuste da Participação Estatal

Valores em milhões de R\$

Despesa dos Entes Federados	Exercício 2000			Exercício 2011					
	Executado			Executado			Ajustado (Simulação)		
	R\$ (1)	% do PIB	% sobre Total	R\$ (2)	% do PIB	% sobre Total	R\$	% do PIB	% sobre Total
Federal	20.351,48	1,7	58,6	70.378,38	1,7	41,7	146.207,14	3,5	59,8
Estados e Municípios	14.372,14	1,2	41,4	98.244,82	2,4	58,3	98.244,82	2,4	40,2
Pública Total	34.723,63	2,9	100,0	168.623,20	4,1	100,0%	244.451,96	5,9	100,0

Fonte: (1) Dados Siops/MS, consulta em abril/2013 (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html>); (2) Dados da Organização Mundial de Saúde, Tabela de indicadores por países. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados; **OBS:** tendo em vista se tratar de comparação de despesas entre Brasil e Espanha, foi mantida a utilização de uma única fonte de dados para ambos os países, no caso os da OMS e do Banco Mundial, em detrimento dos dados existentes junto ao SIAFI para a União.

Com tais ajustes, as despesas da União teriam representado, em 2011, cerca de 26,2% da Receita Corrente Líquida, ou 14,2% da Receita Corrente Bruta, dobrando sua participação nesse tipo de equivalência.

Tabela XIV
Novos Patamares de Gasto em Termos de RCB e RCL

Gastos Federais com Saúde, em termos de Receita Corrente	Exercício 2011	
	Executado	Ajustado (Simulação)
Receita Corrente Bruta	7,03%	14,20%
Receita Corrente Líquida	12,95%	26,17%

Fonte: Demonstrativos STN, consultado em abril 2013. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados

Portanto, para resgatar antiga participação percentual do gasto federal em saúde frente aos entes subnacionais e aproximar as despesas do setor a padrões mundiais – sem considerar nas simulações efetuadas os custos crescentes dos cuidados com saúde, ampliados à medida que a população envelhece³⁶, nem as doenças crônicas e os novos tratamentos e tecnologias que diariamente se tornam disponíveis –, constata-se que seria necessário significativo aporte de recursos novos ao setor.

³⁶ O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que tem ocasionado transformações na vida cotidiana de diferentes aspectos. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE vem informando a sociedade, através de suas pesquisas e estudos populacionais, que o envelhecimento da população tem proporções significativas, e que várias mudanças já estão sendo sentidas de forma bastante concreta, revelando a necessidade de uma constante revisão das políticas públicas voltadas para este segmento populacional. Não se trata apenas de garantir uma infraestrutura de saúde, mas de todo um conjunto de medidas que possam garantir o bem-estar dos idosos brasileiros, que contemplam os aspectos psicosociais, as relações de trabalho e estudo e convívio familiar. A chamada “crise de cuidados”, que vem sendo percebida com especial relevância nos países europeus, não se aplica somente às crianças, mas sobretudo aos idosos. Os cuidados para estes segmentos exigem uma infraestrutura de serviços cada vez mais eficiente e complexa.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

VIII.

MEDIDAS PARA REDUZIR O SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE

As soluções que se apresentam para o problema invariavelmente propõem: a) alteração da Lei Complementar nº 141, de 2012 – para vincular receitas e ampliar os recursos federais destinados à saúde; b) criação de novas fontes de financiamento; ou c) redirecionamento de recursos públicos para o setor, mantida a regra vigente.

Tendo em vista a dificuldade de implementar alteração na legislação permanente – fato que ficou demonstrado pela aprovação da supracitada Lei Complementar ocorrida quase doze anos após a promulgação da EC nº 29, de 2000 – talvez a forma mais célere que se afigura para atenuar o subfinanciamento do setor seja a adoção da alternativa “c” anteriormente apontada.

Considerando a regra prevista na legislação atual, que manteve para a União a determinação de aplicar o montante empenhado no exercício financeiro anterior acrescido da variação nominal PIB³⁷, é possível se cogitar de solução temporária, que aloque recursos adicionais ao mínimo constitucional estabelecido, de forma a se aumentar paulatinamente os recursos destinados ao setor.

A prática que tem sido observada é a de o Poder Executivo restringir a execução à aplicação mínima, não obstante o Congresso Nacional reiteradamente autorizar dotações em montantes superiores. De fato, como se observa na Tabela XIV, as dotações em *ações e serviços públicos de saúde (ASPS)* nos exercícios de 2012 e 2013 superaram em mais de 10% a necessidade para atendimento do piso constitucional da saúde.

Porém, sem garantia legal ou compromisso de execução, tais excedentes tendem a ser esterilizados, como ocorreu em 2012, quando aproximadamente R\$ 7,9 bilhões em ASPS deixaram de ser empenhados.

Tabela XV
Valores Aprovados no Orçamento e Piso Mínimo de Aplicação

Ações e serviços públicos de Saúde - ASPS Despesas Ajustadas como Piso da Saúde cf. LC 141/2012		Exercício de 2012		Exercício de 2013		Valores em milhões de R\$
		R\$	% em relação ao Piso Mínimo	R\$	% em relação ao Piso Mínimo	
Dotações autorizadas em ASPS	(a)	84.999,25 ⁽¹⁾	110,84%	90.264,55	110,20%	
Valor mínimo de aplicação	(b)	76.686,63	100,00%	81.909,86	100,00%	
<u>Alocacão superior ao valor mínimo de aplicação</u>	(c) = (a) - (b)	8.312,61	10,84%	8.354,69	10,20%	
Dotações Efetivamente Executadas	(d)	77.081,33 ⁽¹⁾	100,51%	-----	-----	
Dotações autorizadas em ASPS e Não Executadas	(e)	7.917,91	10,33%	-----	-----	

Dados SIAFI 2012 e 2013, atualizados até 16.07.2013. ⁽¹⁾ Os montantes excluem as dotações referentes a farmácia popular (autorizado de R\$ 1.548,3 milhões e empenhado de R\$ 1.498,36 milhões), tendo em vista a ausência de informação sobre a parcela gratuita e de copagamento.

³⁷ Segundo a citada lei (art. 5º), “a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual”.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CONSULTORIA DE ORÇAMENTO E FISCALIZAÇÃO FINANCEIRA
NÚCLEO DA SAÚDE

Haveria que ter, pois, previsão legal de execução desse valor excedente alocado pelo Congresso Nacional, o que poderia ser plenamente atendido por dispositivo a ser inserido na lei de diretrizes orçamentárias (LDO). Com efeito, cabe ao referido diploma legal estabelecer metas e prioridades para a administração pública federal e orientar a elaboração da lei orçamentária anual (cf. §2º do art. 165 da Constituição). Ademais, as LDOs federais têm previsto capítulo específico afeto a “*diretrizes para elaboração e execução dos orçamentos*” (cf. capítulo III da Lei nº 12.708, de 2012). Dessa forma, parece razoável entender que a mencionada norma seja diploma adequado para o estabelecimento de diretriz afeta à execução orçamentária da saúde. Tal entendimento é ainda reforçado pela Lei Complementar nº 141, de 2012, que prevê caber à LDO fixar as metas para a saúde (cf. art. 30, §1º e art. 38, II, da LC).

Adentrando a LDO na fixação de diretriz para a execução orçamentária do setor, poderia determinar a ampliação de montante a ser aplicado em *ações e serviços públicos de saúde* (ASPS) em percentual acima dos recursos mínimos apurados segundo a Lei Complementar nº 141, de 2012. Da mesma forma, poderia dispor sobre o destino desses recursos, como por exemplo, vinculá-los à correção das despesas correntes obrigatórias do piso de atenção básica e dos procedimentos de média e alta complexidade, como exemplificado a seguir:

Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014

Art. 36 (...)

“§6º São fixadas como diretrizes para a execução da Lei Orçamentária para 2014:

- I – ampliação do montante a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em pelo menos 10% (dez por cento) dos recursos mínimos apurados segundo a Lei Complementar nº 141, de 2012;
- II – aplicação em despesas correntes e obrigatórias afetas ao piso de atenção básica e aos procedimentos de média e alta complexidade de montante, no mínimo, equivalente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido da variação nominal do PIB utilizada na apuração dos recursos mínimos de que trata a Lei Complementar nº 141, de 2012, e de 75% (setenta e cinco por cento) da ampliação de gasto previsto no inciso I; e
- III – destinação de 25% (vinte e cinco por cento) da ampliação de gasto prevista no inciso I para o atendimento de ações e serviços públicos de saúde afetas a despesas discricionárias, com identificador de resultado primário de código 2 ou 3”

A vantagem dessa proposta seria permitir a implementação imediata, de forma gradual, a cada exercício, observadas as possibilidades financeiras da União, as necessidades do setor e a viabilidade de aplicação no exercício seguinte.

Outro aspecto favorável à medida seria a celeridade de sua implementação, que permitiria atenuar de imediato o subfinanciamento do SUS e aproximar os gastos de saúde aos patamares internacionais de países com cobertura universal, sem ter que aguardar nova alteração da legislação permanente.



IX. CONCLUSÃO

A reforma sanitária brasileira que levou ao reconhecimento do direito à saúde na Constituição de 1988 e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, pressupunha profundas mudanças no papel desenvolvido pelo Estado nas três esferas de governo. Era evidente a intenção de ampliar a participação de Estados e Municípios nas despesas do setor, mas não a de congelar ou de reduzir a participação da União.

Os recursos atualmente destinados à saúde mostram-se inferiores aos despendidos em outros países que adotam sistema semelhante, ainda que considerada a diversidade na produção de bens e serviços finais dessas nações. Além disso, a preponderância dos gastos privados não se mostra condizente com o modelo público e universal idealizado para o SUS.

Dentro da configuração constitucional do sistema - com garantia de universalidade e integralidade -, e considerando a atual participação dos entes subnacionais, é patente a necessidade de expansão dos recursos federais, ao menos para resgatar os patamares de despesa à época da EC nº29, de 2000.

Como paliativo para atenuar o problema do subfinanciamento do setor, sem a necessidade imediata de alteração da LC nº 141/2012, poder-se-ia cogitar da inserção de dispositivo na lei de diretrizes orçamentárias para fixação de diretriz de execução com a ampliação dos gastos em ações e serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2008 (http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf), consultado em maio/2013.;
- Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde (<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>) consultado em maio/2013;
- Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012, produção Organização Mundial de Saúde;
- Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>), consultado em maio/2013.
- A Saúde no Brasil em 2030 - Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/MS/SAE/PR, 2012;
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008 (http://www.ibge.gov.br/home/xml/suplemento_pnad.shtml) consultado em maio/2013.
- Brasil em desenvolvimento 2011: Estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília : Ipea, 2012.

Elaborado pelo Núcleo de Saúde da Câmara dos Deputados³⁸

³⁸ Elaborado por Mario Luis Gurgel de Souza e Sidney Aguiar Bittencourt.