

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **2**

ATUALIZAÇÃO
JUNHO/2015

Copyright 2015 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na biblioteca eletrônica do CONASS, www.conass.org.br/biblioteca.



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2015

AC Francisco Armando Melo

AL Rozangela Wyszomirska

AM Wilson Duarte Alecrim

AP Pedro Rodrigues Gonçalves Leite

BA Fábio Vilas Boas

CE Henrique Jorge Javi de Sousa

DF João Batista de Sousa

ES Ricardo Oliveira

GO Leonardo Vilela

MA Marcos Pacheco

MG Fausto Pereira dos Santos

MS Nelson Barbosa Tavares

MT Marco Aurélio Bertúlio

PA Vítor Manuel Jesus Mateus

PB Roberta Abath

PE José Iran Costa Júnior

PI Francisco Costa

PR Michele Caputo Neto

RJ Felipe Peixoto

RN José Ricardo Lagreca

RO Williames Pimentel

RR Kalil Gibran Linhares Coelho

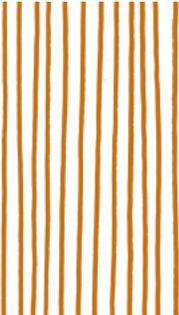
RS João Gabbardo dos Reis

SC João Paulo Kleinubing

SE José Macêdo Sobral

SP David Uip

TO Samuel Braga Bonilha



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2015/2016

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Marco Bertúlio (MT)

Região Nordeste

Fábio Vilas Boas (BA)

Região Norte

Francisco Armando Melo (AC)

Região Sudeste

Fausto Pereira (MG)

Região Sul

João Gabbardo (RS)

COMISSÃO FISCAL

Leonardo Vilela (SES/GO)

José Macedo Sobral (SES/SE)

Marcos Pacheco (SES/MA)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Viviane Rocha de Luiz

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO
Adriane Cruz
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO
Marcus Carvalho

SUMÁRIO



- 6** Introdução
- 6** A Origem dos Recursos do SUS
- 10** A regulamentação da Lei Complementar n. 141/2012
- 12** A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 (EC. 86)
- 15** Gastos com Saúde
- 19** Bibliografia consultada

Introdução

Este texto tem por objetivo fazer atualização sintética do livro “O Financiamento da Saúde”, da Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, apontando as principais discussões do financiamento, no âmbito do SUS, a partir de 2011.

Para discutir o tema financiamento, temos de retomar a Magna Carta de 1988 que diz, em seu Art. **196** que “**a saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Então a nossa Constituição assegura Saúde como direito, promovendo bem-estar e justiça social e não um bem a ser consumido, uma mercadoria, que quem tem mais recursos vai ao serviço e compra.

O desafio do financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e dos envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras. Garantir a universalidade com integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais tem se transformado em um grande desafio para a gestão.

A constante discussão acerca da definição de fontes seguras para o financiamento do setor saúde tem sido a história da Saúde Pública no Brasil.

1. A Origem dos Recursos do SUS

Na **Constituição Federal de 1988** o Art. 198 definiu que o sistema único de saúde seria financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes e o Art. 195, determina que “A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das contribuições sociais dos empregadores (incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro), dos trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos”.

E para garantir o determinado na Constituição, o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) definiu que “Até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, seriam destinados ao setor de saúde, 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social (OSS), excluído o seguro-desemprego”. Em 2015,

esse valor representaria um incremento no orçamento do Ministério da Saúde de aproximadamente R\$ 100,41 bilhões .

Essa aplicação na saúde não aconteceu, apesar de as Leis de Diretrizes Orçamentárias dos anos de 1990 a 1993 manterem o disposto no Art. 55 do ADCT as Leis Orçamentárias Anuais (LOA) **não respeitaram o disposto nas LDO**.

Em 1992 uma crise no financiamento da saúde foi contornada com um empréstimo junto ao fundo de amparo ao trabalhador (FAT), mas em 1993, a crise foi agravada com a suspensão pelo Ministério da Previdência do repasse dos valores arrecadados pelo INSS para o orçamento da Saúde. O Ministério da Saúde apelou novamente ao FAT para arrecadar recursos. Na LDO de 1994 o artigo referente à destinação de 30% do OSS para a saúde foi vetado.

Em 1997 foi criado o imposto sobre a movimentação financeira, depois transformado em contribuição social para a área da saúde, que funcionou como fonte substitutiva, pois a incorporação de seus recursos correspondeu, quase na mesma proporção, à diminuição de outras fontes.

Doze anos de lutas foram travadas junto ao executivo e legislativo para que da tese da vinculação de recursos fosse formalizada pela **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000**. Restava a necessidade de regulamentação dos dispositivos não autoaplicáveis da EC. Esperava-se que essa etapa fosse bem mais curta, no entanto persistiram as mesmas dificuldades políticas enfrentadas pela EC n. 29/2000 e mais doze anos se passaram até que esta fosse regulamentada, por meio da **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012**, que manteve a mesma regra de financiamento, não acrescentando mais recursos tão necessários ao SUS.

Essa lei definiu também o que pode e o que não pode ser considerado como despesas em ações e serviços públicos de saúde, estabeleceu os aspectos de roteio dos recursos de transferências para os outros entes e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. O livro “A Gestão do SUS” (<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/>) e o “CONASS Documenta 26” (<http://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-26/>) apresentam análise mais detalhada da lei.

A sociedade continuava tentando garantir mais recursos para a saúde e o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública entregou, no início de agosto de 2013, à Câmara dos Deputados 2,2 milhões de assinaturas de eleitores que exigem a aplicação do equivalente a 10% da receita corrente bruta da União em ações de saúde. O projeto foi aprovado pela Comissão de Legislação Participativa, apresentado como Projeto de

Lei Complementar n. 321/2013 e tramita na Câmara apensado ao PLP n. 123/2012 e se encontra na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), sendo designado o relator em 23/04/2015.

Depois de muita discussão referente à distribuição dos recursos do pré-sal foi aprovada a **Lei n. 12.858, de 9 de setembro de 2013**, que dispôs sobre a destinação para as áreas de educação (75%) e saúde (25%) de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, valendo somente para novos contratos da União com comercialização declarada a partir de 3 de dezembro de 2012. Os recursos destinados para a área da saúde seriam aplicados em acréscimo ao mínimo obrigatório previsto na EC n. 29.

A mídia divulgou valores aproximados que os royalties do petróleo acresceriam ao orçamento do Ministério da Saúde.

Royalties saúde	
Ano	R\$ bilhões
2014	0,50
2015	0,75
2016	1,50
2020	5,00

Nas duas casas legislativas, vários projetos continuavam em tramitação e propunham aplicar percentuais da Receita Corrente Líquida da União em ASPS que variavam de 15 a 19% escalonado de diferentes maneiras e tempo. Com criação ou não de novos impostos e com diferentes alíquotas.

Além dos projetos que já tramitavam no Congresso Nacional sobre o tema, foram criadas em 2013 duas Comissões Especiais, uma em cada casa:

- Câmara dos Deputados: Comissão Especial criada para debater o Financiamento da Saúde Pública (CESaúde), relator Deputado Rogério Carvalho.
- Senado Federal: Comissão Temporária destinada a propor soluções ao Financiamento do Sistema de Saúde do Brasil (CTS), relator Senador Humberto Costa.

Apesar de toda discussão e movimentação social o projeto mais prejudicial ao SUS foi aprovado pela comissão especial que analisou a PEC 359/2013 que tramitava apensada a PEC 358/2013 do orçamento impositivo. A **Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 (EC86)** foi promulgada e nele a proposta de aplicação consis-

te em 15% da receita corrente líquida, e o percentual será aplicado de modo gradual, evoluindo em 5 anos de, no mínimo, 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%,15%. Incluindo para o cômputo do montante mínimo 50% das emendas individuais e os recursos dos royalties do petróleo estabelecido na Lei n. 12.858/13. Além de tornar muito mais difícil a sua modificação, pois exigirá quórum qualificado do Congresso, considerando que estará na Constituição Federal.

O Projeto de Lei Complementar n. 321/2013 (iniciativa popular – 10% da receita corrente bruta), se fosse aprovado, acresceria ao orçamento do Ministério da Saúde de 2014 aproximadamente, R\$ 32,09 bilhões, em ações e serviços públicos de saúde. Se a EC 86/2015 estivesse vigente em 2014, o orçamento do Ministério da Saúde em ASPS diminuiria em R\$7,55 bilhões em relação ao efetivamente empenhado, além de utilizar a receita corrente líquida como base que tem apresentado percentual de crescimento menor que a receita corrente bruta nesses últimos anos, como podemos observar:

Evolução da Receita Realizada

Ano	Receita Corrente	
	Bruta	Líquida
	2000	252.518.504
2001	289.410.918	167.739.102
2002	343.074.988	201.927.320
2003	384.447.011	224.920.164
2004	450.589.981	264.352.998
2005	527.324.578	303.015.775
2006	584.067.471	344.731.433
2007	658.884.417	386.681.857
2008	754.735.517	428.563.288
2009	775.406.759	437.200.336
2010	890.137.033	499.866.613
2011	1.029.613.468	558.706.387
2012	1.134.717.335	616.933.349
2013	1.219.645.809	656.094.218
2014	1.243.280.132	641.578.197
Variação		
% 2000/2014	392,35	342,13

Fonte: Site do Tesouro Nacional (<http://www.stn.fazenda.gov.br/web/stn/-/series-historicas>)

2. A regulamentação da Lei Complementar n. 141/2012

O **Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012** regulamentou a **Lei Complementar n. 141/2012**, estabelecendo os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, além dos procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a LC n.141/12.

O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é o **sistema** informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado e atualizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos em saúde da União, estados, Distrito Federal e municípios, incluída sua execução.

O SIOPS deverá coletar, recuperar, processar, armazenar, organizar e disponibilizar dados e informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde, atendendo às especificidades de cada ente da Federação, de forma a possibilitar o monitoramento da aplicação de recursos no SUS.

Foi adotada a certificação digital em todo processo de interface dos usuários com o SIOPS.

O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na LC n. 141/2012.

A ausência de homologação das informações no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

O cumprimento ou o descumprimento da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS:

I – ao serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias (CAUC); e

II – ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de suspensão das transferências constitucionais.

No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, verificado com base na fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas no SIOPS, a União e os estados poderão restringir o repasse dos recursos ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde.

Haverá nova suspensão das transferências constitucionais caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a doze meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

Os efeitos das medidas restritivas, referentes às transferências constitucionais e voluntárias, serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação dos recursos.

Situações possíveis que o ente federado poderá se encontrar:

1 - Regularidade das transferências constitucionais e voluntárias

- TRANSMITIU COM PERCENTUAL DOS RECURSOS MÍNIMOS APLICADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE $\geq 12\%$ SE ESTADO OU $\geq 15\%$ SE MUNICÍPIO DENTRO DO PRAZO

PRAZO: 30 DE JANEIRO + 30 DIAS DE NOTIFICAÇÃO AUTOMÁTICA

- o Informação repassada ao CAUC/MF
 - o Nenhuma medida a ser adotada junto ao BB
-

2 - Transferências voluntárias suspensas e transferências constitucionais condicionadas

- TRANSMITIU COM PERCENTUAL DOS RECURSOS MÍNIMOS APLICADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE $< 12\%$ SE ESTADO OU $< 15\%$ SE MUNICÍPIO DENTRO DO PRAZO

PRAZO: 30 DE JANEIRO + 30 DIAS DE NOTIFICAÇÃO AUTOMÁTICA

- o Informação repassada ao CAUC/MF → Transferências voluntárias suspensas
 - o Informação repassada ao BB → Transferências constitucionais condicionadas
-

3 - Transferências voluntárias suspensas e transferências constitucionais suspensas

- NÃO TRANSMITIU
-

PRAZO: 30 DE JANEIRO + 30 DIAS DE NOTIFICAÇÃO AUTOMÁTICA

- o Informação repassada ao CAUC/MF → Transferências voluntárias suspensas
 - o Informação repassada ao BB → Transferências constitucionais suspensas.
-

A **Portaria GM/MS n. 53, de 16 de janeiro de 2013** estabeleceu diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixou prazos para registro e homologação de informações, em observância ao Art. 39 da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Recomenda-se atenção ao cumprimento dos prazos, considerando as consequências para a gestão.

No anexo, apresentamos, na forma de Calendário, resumo de atividades relacionada à Lei Complementar n. 141/2012 que as Secretarias de Saúde devem se ater pela importância para a gestão.

O livro “A Gestão do SUS” (<http://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-do-sus/>) apresenta análise mais detalhada do Decreto n. 7.827/2012 e da Portaria GM/MS n. 53/2013.

3. A Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 (EC86)

A **Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015 (EC86)** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm foi promulgada e altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária relativa às Emendas Parlamentares e alteração das normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Atualmente a União deve aplicar em ASPS, no mínimo, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos da Lei Complementar n. 141/2012, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Com a promulgação da EC as alterações em relação à saúde são:

– a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor da receita corrente líquida (RCL) do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, mas que será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

I - 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional;

II – 13,7% da RCL no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional;

III – 14,1% da RCL no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional;

IV – 14,5% da RCL da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional; e

V – 15% da RCL no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa Emenda Constitucional.

Os recursos pela exploração de petróleo e gás natural destinados para a área de saúde serão computados para fins do cumprimento mínimo obrigatório ao contrário do previsto anteriormente, pela Lei n. 12.858 de 9 de setembro de 2013, que considerava esses valores um acréscimo ao mínimo constitucional.

As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% da receita corrente líquida e 50% desses valores definidos para as emendas individuais serão destinados para a saúde e computados para fins do cumprimento mínimo. Entretanto a obrigatoriedade de execução financeira será calculada sobre a RCL do ano anterior.

Emendas Individuais – LOA 2015	R\$ 1,00
Receita Corrente Líquida Ano Anterior	641.578.197.330
1,2% RCL Emendas Individuais	7.698.938.368
50% das Emendas Individuais ASPS	3.936.565.307

Fonte da RCL: Site do Tesouro Nacional (<http://www.stn.fazenda.gov.br/web/stn/-/series-historicas>)

A revogação da reavaliação das normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União, como previsto anteriormente no § 3º do Art. 198 da CF1.

1_ § 3º do artigo 198 da CF: Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I - ... II - ... III - ... IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Considera-se prejudicada a aplicação do § 2º do Art. 5º da LC n. 141/2102 quanto à determinação do valor aplicado pela União em ASPS não ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro, em caso de variação negativa do PIB.

Houve discussão sobre quando a EC entraria em vigor. Para as questões da saúde o nosso entendimento consiste no seguinte:

– o Art. 2º se refere à progressividade da aplicação dos recursos mínimos e determina no seu inciso I que 13,2% da receita corrente líquida sejam garantidos no primeiro exercício financeiro subsequente a promulgação dessa Emenda Constitucional, portanto em 2016; e

– quanto aos recursos referentes às emendas individuais e aos da exploração de petróleo e gás natural, estes devem vigorar a partir de 2015, pois o Art. 4º dessa PEC retroage os efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014.

Abaixo algumas projeções preliminares para 2015 se a EC 86/2015 estivesse implantada.

Projeção 1	R\$ milhões
Receita Corrente Líquida LOA 2015	794.133,90
Valor contingenciado por frustração de receita no Decreto n. 8.456/2015	69.945,61
Nova Previsão da RCL	724.188,28
13,2% RCL (a)	95.592,85
ASPS (b)	96.492,52
Diferença (c) = (a)-(b)	-899,66

Fonte: RCL-constante na Lei 13.115 de 20 de abril de 2015 (LOA 2015), Valor contingenciado: Anexo I do Decreto nº 8.456/2015, Decreto e do Tesouro Nacional; ASPS: SPO/MS -Relatório de Execução Orçamentária entregue a COFIN/CNS

Podemos observar que, se a EC 86 estivesse em vigor em 2015, o Ministério da Saúde teria um decréscimo no seu orçamento de aproximadamente R\$ 899,66 milhões em relação ao previsto atualmente pela Lei 141/2012. Entretanto essa projeção está muito otimista, considerando a projeção da Receita Corrente Líquida pela média de

2_ LC 141 - 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. § 1º (VETADO). § 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

Janeiro a Maio de 2015, nesse caso a diferença seria de aproximadamente R\$ 11,55 bilhões. Valores esses imprescindíveis para um sistema subfinanciado.

Projeção 2	R\$ milhões
Média da Receita Corrente Líquida (Janeiro a Maio de 2015)	643.523,89
13,2% RCL (a)	84.945,15
ASPS (b)	96.492,52
Diferença (c) = a-b	-11.547,36

Fonte: RREO-site do Tesouro Nacional, <http://www.stn.fazenda.gov.br/-/relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria>

4. Gastos com Saúde

A configuração do sistema financeiro-tributário constitui parte da definição essencial do pacto federativo. A CF/88 discrimina as receitas próprias e de transferências da União, estados e municípios, como também são explicitados os mecanismos de repartição das receitas tributárias.

DIAS, nos diz que o Federalismo Fiscal constitui a forma pela qual a economia do setor público é repartida nas diversas esferas federadas de competência, espelhando, de um ponto de vista substantivo, compromissos e objetivos assumidos pelo Estado com determinadas forças sociais, políticas e econômicas.

O SUS é subfinanciado e para melhoria da gestão da saúde pública é preciso mais recursos financeiros já que está comprovado que os serviços de saúde são caros e os gastos crescentes. A Organização Mundial de Saúde registra que em 2000 os gastos com saúde representavam 7,7% do PIB mundial e em 2012 totalizavam 8% do PIB mundial.

Considerando que estados e municípios já investem em saúde mais do que é exigido pela Emenda Constitucional 29/00 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) defende que haja mais recursos para a saúde e que esse incremento deve contemplar três componentes fundamentais: custeio, investimento e capacitação. E deve contemplar, ainda, metodologia que vise à redução das desigualdades regionais seja dentro dos estados, seja entre os estados e as regiões brasileiras.

A União, maior arrecadadora de impostos e contribuições fica com a maior parte da receita disponível do país, também é responsável pela formulação e execução da política econômica, portanto só ela pode, nesse momento, aumentar os recursos para minimizar os graves problemas de acesso da população brasileira aos serviços de saúde.

Dados da Divisão Federativa da Receita Tributária de 2013

Divisão Federativa da Receita Tributária 2013¹	Arrecadação Direta	Receita Disponível
União	67,8	57,4
Estados	26	24,3
Municípios	6,2	18,3
Estados + Municípios	32,2	42,6

Fonte: Dados apresentados por José Roberto Afonso no 1º Ciclo de Simpósios sobre Saúde Pública da Faculdade de Medicina da USP - São Paulo, 25/04/2014.

4.1. Comparações internacionais

Apesar da legislação construída ao longo dos anos, os recursos financeiros para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal de qualidade.

Na Tabela abaixo, pode-se observar que o Brasil tem uma composição de gastos em Saúde incompatível com o financiamento de um sistema público universal. Os gastos públicos representam 47,5% dos gastos totais em Saúde em 2012; esse valor é muito inferior aos dos países que têm sistemas públicos universais e também da Argentina, Chile e México.

Tabela 2 - Percentual do Gasto Público em Relação ao Gasto Total em Saúde em Países Selecionados, 2011

PAÍS	%
Cuba	94,2
Reino Unido	84,0
Suécia	81,3
França	77,4
Itália	77,3
Alemanha	76,7
Costa Rica	74,7
Espanha	71,7
Canadá	70,1
Argentina	69,3
Portugal	64,0
México	51,8
Chile	47,7
Brasil	47,5
Estados Unidos	47,0

Fonte: World Health Statistics/ WHO (2015).

Na Tabela 3, pode-se verificar que, em termos internacionais, o Brasil não gasta tão pouco em Saúde. Em percentuais do PIB o Brasil supera México, Argentina, Chile, Cuba, inclusive países desenvolvidos como Itália, Reino Unido e Espanha, mas situa-se abaixo da Suécia, Portugal, Costa Rica, Canadá, Alemanha, França e Estados Unidos. Contudo, em relação aos gastos *per capita* em dólares médios, o Brasil gasta, apenas, US\$ 1.078 anuais por habitante, valores muito inferiores aos dos países desenvolvidos. Entretanto, o que chama mais atenção é o gasto público *per capita*. O gasto público per capita do Brasil constitui apenas US\$ 512 anuais, somente ultrapassamos o México. (World Health Organization, 2015).

Portanto, não há dúvidas de que, em comparações internacionais, o Brasil gasta muito pouco com o sistema público de saúde.

Tabela 3 - Gastos em Saúde em Países Selecionados, 2011.

PAÍS	% do PIB	<i>Per Capita</i>	
		Total (US\$)	Público (US\$)
México	6,1	608	320
Brasil	9,5	1078	512
Cuba	8,6	558	526
Chile	7,3	1106	528
Argentina	6,8	994	689
Costa Rica	10,1	952	711
Portugal	9,9	2000	1280
Espanha	9,3	2626	1883
Itália	9,2	3114	2408
Reino Unido	9,3	3595	3019
França	11,6	4644	3592
Alemanha	11,3	4717	3618
Canadá	10,9	5763	4037
Estados Unidos	17,0	8845	4153
Suécia	9,6	5293	4301

Fonte: World Health Statistics/ WHO (2015).

Dos dados apresentados, pode-se concluir que o Brasil tem um gasto sanitário baixo e apresenta um gasto público em Saúde muito pequeno. Com esse volume e essa composição de gastos em Saúde, não se poderá implantar um sistema público universal. Em consequência, é necessário expandir o gasto público em Saúde.

4.2. Gastos Públicos com Saúde

Um levantamento sobre a evolução dos gastos públicos em saúde no Brasil, por esfera de governo demonstra que em 1993 a União aplicava 72%, os estados 12% e os municípios 16%; em 2000, os gastos públicos podem ser estimados em cerca de R\$ 34 bilhões. Nesse ano, os gastos do Governo Federal com recursos próprios somaram R\$ 20,4 bilhões (60% do total) e os dos estados e municípios alcançaram R\$ 6,3 bilhões (18,5%) e R\$ 7,3 bilhões (21,5%), respectivamente³.

Tabela 3 - Evolução dos gastos públicos com ASPS no Brasil, 2002 a 2013

Ano	Federal		Estadual		Municipal		Total	
	Gasto	Gasto por habitante						
	(em R\$ milhão)	(R\$)						
2002	24.736,84	141,65	10.757,46	61,60	12.029,69	68,89	47.523,99	272,14
2003	27.181,16	153,68	13.317,83	75,30	13.765,42	77,83	54.264,40	306,80
2004	32.703,50	180,10	17.272,90	95,13	16.409,72	90,37	66.386,12	365,60
2005	37.145,78	201,68	19.664,42	106,76	20.287,29	110,15	77.097,48	418,59
2006	40.750,16	218,18	22.978,25	123,03	23.568,60	126,19	87.297,00	467,40
2007	44.303,50	240,79	25.969,63	141,15	26.426,56	143,63	96.699,69	525,57
2008	48.670,19	256,68	30.976,46	163,37	32.471,34	171,25	112.117,99	591,30
2009	58.270,26	304,31	32.258,75	168,47	34.542,85	180,40	125.071,86	653,18
2010	61.965,20	324,85	37.264,00	195,36	39.290,64	205,98	138.519,85	726,19
2011	72.332,28	375,99	41.487,25	215,65	46.005,79	239,14	159.825,33	830,78
2012	80.063,15	412,81	44.819,21	231,09	52.038,69	268,31	176.921,04	912,21
2013	83.043,73	413,09	52.015,59	258,74	59.945,64	298,19	195.004,95	970,02

Fonte: População Residente - Estimativas para o TCU: IBGE; Dados federais: Relatório enviado pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) /SE/MS à Cofin/CNS; Dados estaduais e municipais: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)/MS.

Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil em 2004 que seria o fim da transição estipulada pela EC 29/00 o Governo Federal já havia diminuído para 49,26% sua participação nos recursos para a saúde. Isso continua acontecendo e em 2013 os gastos do Governo Federal com ações e serviços de saúde foram de R\$ 83.043.726.306, que representaram 42,93% enquanto os estados, municípios e Distrito Federal já arcam com 57,07% dos recursos aplicados em saúde.

³ Fonte: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde SE/MS (União); Balanço dos Governos Estaduais (Estados) e SIOPS (Municípios – dados enviados até 1 de julho de 2002)

**Percentual dos gastos públicos com ASPS, por ente federado,
no Brasil - 2002 a 2013**

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Est + Munic
2002	52,05	22,64	25,31	47,95
2003	50,09	24,54	25,37	49,91
2004	49,26	26,02	24,72	50,74
2005	48,18	25,51	26,31	51,82
2006	46,68	26,32	27,00	53,32
2007	45,82	26,86	27,33	54,18
2008	43,41	27,63	28,96	56,59
2009	46,59	25,79	27,62	53,41
2010	44,73	26,90	28,36	55,27
2011	45,26	25,96	28,78	54,74
2012	45,28	25,35	29,37	54,72
2013	42,93	26,88	30,18	57,07

Fonte: Federal - Relatório da Cofin; estados e municípios – SIOPS

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

_____. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015. Altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica.

_____. Presidência da República. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os aspectos de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Presidência da República. Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regula os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do Art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do Art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 53, de 16 de janeiro de 2013. Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao Art. 39 da Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto n. 7.827, de 16 de outubro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT n. 3 de 28 de fevereiro de 2013. Fica constituído, no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite, Subgrupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de definição da metodologia dos aspectos de rateio de recursos destinados ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei Complementar n. 141, de 2012.

ANEXO

Calendário de Atividades da SES relacionada à Lei Complementar n. 141/2012

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
30 – RREO² - 6º bimestre do ano anterior homologado no SIOPS.	28 – RDQ³ - 3º quadrimestre do ano anterior, apresentado ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Casa Legislativa.	30 – RREO - 1º bimestre do ano corrente homologado no SIOPS 30 - RAG⁴ do ano anterior enviado ao Conselho de Saúde 30 - PAS⁵ do ano subsequente ao corrente, enviado ao Conselho de Saúde, deve preceder a elaboração da LDO.	15 – PLDO⁶ - enviado ao legislativo, essa data pode variar nos estados, observar o disposto na Constituição e Lei Orgânica do ente federado.
Plano de Saúde – quadrienal, elaborado durante o 1º ano do mandato			

Maio	Junho	Julho	Agosto
<p>30 - RREO - 2º bimestre do ano corrente homologado no SIOPS.</p> <p>30 - RDQ - 1º quadrimestre do ano corrente, apresentado ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Casa Legislativa.</p>		<p>30 - RREO - 3º bimestre do ano corrente homologado no SIOPS.</p>	<p>15 - PPA⁷ - Elaborado no 1º ano do mandato, enviado ao legislativo, essa data pode variar nos estados, observar o disposto na Constituição e Lei Orgânica do ente federado.</p> <p>31 - PLOA⁸ - enviado ao legislativo, essa data pode variar nos estados, observar o disposto na Constituição e Lei Orgânica do ente federado.</p>
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
<p>30 - RREO - 4º bimestre do ano corrente homologado no SIOPS.</p> <p>30 - RDQ - 2º quadrimestre do ano corrente, apresentado ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Casa Legislativa.</p>		<p>30 - RREO - 5º bimestre do ano corrente homologado no SIOPS.</p>	