

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E
EXTENSÃO
CURSO DE DESENVOLVIMENTO DE MERCADO FINANCEIRO E
AVALIAÇÃO ESTRATÉGICA DE RISCO

GASTOS DO GOVERNO COM A SAÚDE NO BRASIL

CESAR ADRIANO DE ARAUJO
ORIENTADOR: JASON BORBA

São Paulo

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COORDENADORIA GERAL DE ESPECIALIZAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E
EXTENSÃO
CURSO DE DESENVOLVIMENTO DE MERCADO FINANCEIRO E
AValiação ESTRATÉGICA DE RISCO

GASTOS DO GOVERNO COM A SAÚDE NO BRASIL

*MONOGRAFIA APRESENTADA PARA
CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO:
APERFEIÇOAMENTO E EXTENSÃO EM
DESENVOLVIMENTO DE MERCADO FINANCEIRO
E AVALIAÇÃO ESTRATÉGICA DE RISCO NA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO
PAULO – PUC.*

*CESAR ADRIANO DE ARAUJO
ORIENTADOR: JASON BORBA*

São Paulo

2010

SUMÁRIO

Página

QUANTO SE GASTA COM SAÚDE NO BRASIL?	3
BASE PARA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE CONTAS EM SAÚDE.....	3
Investimento Na Saúde	4
GASTO PÚBLICO NA AMÉRICA LATINA.....	7
ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS PELO CONTROLE DOS GASTOS PÚBLICOS BRASILEIROS	8
Gasto Público Federal Com Saúde	9
Gasto Público Estadual Com Saúde	10
Gasto Público Municipal Com Saúde.....	16
ORÇAMENTO DA SAÚDE EM 2008.....	19
PERSPECTIVAS DE ORÇAMENTO PARA 2009	21
CRISE ECONÔMICA E OS EFEITOS NA SAÚDE	21
SUS.....	24
Duas décadas de SUS	24
PAC DA SAÚDE	28
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS	38

QUANTO SE GASTA COM SAÚDE NO BRASIL?

O Brasil por sua grandiosidade é um país que deixa a desejar quando se trata de gastos com o dinheiro público, uma vez que o mesmo é mal distribuído ou não está sendo usado de forma como deveria ser.

BASE PARA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE CONTAS EM SAÚDE

As contas de saúde é um instrumento fundamental para se conhecer mais sobre o setor bem como suas dimensões pública e privada e como elas se relacionam. O primeiros esforços para elaboração de uma conta de saúde no Brasil data de 1995, quando o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) se unificaram e deram início a geração da Conta de Saúde para 1980.

Uma parceria realizada em 2003 entre o IPEA e o Departamento de Economia da Saúde (DES/SCTIE/MS) teve o objetivo do projeto de Contas da Saúde do Brasil. Esse foi financiado pelo Department for International Development (DFID). Este acordo teve cooperação técnica entre o Brasil e o Reino Unido, e participação importante do IBGE, instituição responsável pelo Sistema de Contas Nacionais (SCN) no país.

“O objetivo deste projeto (*disponível em portal da saúde – acesso em 29-01-09*) foi realizar estimativas das contas de saúde para o ano de 2000, sendo desenvolvido entre março de 2004 a março de 2005. Participaram desta pesquisa o IPEA, MS e o IBGE e constatou-se a implantação de um processo sistemático de estimativa da conta de saúde, baseado no desenvolvimento de uma conta-satélite¹.”

Este projeto abriu caminho para a institucionalização das contas de saúde no Brasil através da Portaria Interministerial nº 437/2006, que definiu o desenho

¹ permite uma descrição mais completa do sistema de saúde no País

organizacional a cargo de um Grupo Executivo responsável pela implantação e manutenções das contas públicas com acompanhamento do Comitê Gestor das Contas de Saúde, que acompanha, apóia e facilita os trabalhos do Grupo Executivo.

Em novembro de 2007 o Grupo Executivo e o Comitê Gestor acordaram que os trabalhos devem ser realizados por dois grandes grupos. Assim fica o MS e IPEA responsáveis por levantamento dos gastos públicos e do outro lado o IBGE, ANS e Fiocruz responsáveis por informações do gasto privado.

Definidos os grupos surgiu a idéia de um trabalho.

Investimento Na Saúde

Com o intuito de institucionalizar um sistema de contas de saúde no Brasil, foi idealizado entre o IBGE, Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), um trabalho no âmbito da, expedida pelos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, numa publicação da Economia da Saúde “Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005”

Essa publicação retrata uma perspectiva econômica mais ampla, que não observa a saúde apenas como um gasto e abrange tudo aquilo o que ela produz inclusive riqueza e emprego.

Dentro dessa publicação, no ano de 2005, “as atividades ligadas à saúde no Brasil geraram R\$ 97,3 bilhões, tendo sido a saúde pública responsável por 33,4% desse total. Embora a participação do valor dessas atividades, no total gerado pela economia, tenha tido uma relativa queda entre 2000 (5,7%) e 2005 (5,3%), ainda dentro desse período, foram apresentadas sucessivas taxas de crescimento real, chegando a 5,9% entre 2004 e 2005.” (*site - esnp – reportagem Projeto mapeia gastos com Saúde no Brasil – 15-09-2008.*)

A ferramenta utilizada para calcular os investimentos e os gastos a serem feitos na saúde no Brasil é através do Sistema de Contas Nacionais (SCN), que

sintetiza as informações econômicas de um país que tem como base para cálculo o PIB. No SCN brasileiro, a atividade Saúde pública não engloba hospitais militares, hospitais penitenciários e hospitais universitários (que têm seus orçamentos subordinados aos Ministérios da Educação e da Defesa e às Secretarias de Educação e de Segurança). Estas podem ser redefinidas nas chamadas conta-satélite, que permite uma descrição mais completa do sistema de saúde no País e que é um objetivo do projeto Contas de Saúde no Brasil do qual fazem parte diversas instituições como o Ministério da Saúde, Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

De acordo com (Santos² – reportagem ESPN 2008), o SCN é uma ferramenta que retrata toda a economia do país, além de mostrar a saúde como um setor da economia. *Destacou a autora:*

"Essa é uma visão interessante, e as estratégias de fortalecimento do SUS podem se beneficiar muito dessa perspectiva de análise. O sistema de saúde e o SUS estão inseridos dentro de uma dinâmica econômica que gera ameaças e oportunidades."

O trabalho trouxe números significativos com relação aos gastos de saúde no Brasil. "Em 2005, as atividades de saúde respondiam por 3,9 milhões de postos de trabalho (4,3% do total do país), sendo a maior parte deles (2,6 milhões) com vínculo formal, e pagavam um rendimento médio anual de R\$ 15,9 mil." (site - esnp – reportagem *Projeto mapeia gastos com Saúde no Brasil – 15-09-2008*). A autora destaca ainda que "em 2005, do total das despesas relacionadas com bens e serviços de saúde, a administração pública respondeu por 38,8%; as famílias, por 60,2%; e as instituições sem fins lucrativos a serviço das famílias, 1,0%."

Entre os gastos familiares ganhou destaque os feitos com consultas, serviços médicos em geral e medicamentos. "A Saúde Pública foi a principal despesa de consumo final das administrações públicas (passou de 2,4% a 2,6% do PIB, entre 2000 e 2005). A administração pública também tem despesas com

² representante da ENSP no Comitê Executivo do Projeto Contas de Saúde e uma das coordenadoras executivas do projeto

serviços de atendimento hospitalar e outros serviços relacionados com atenção à saúde - serviços mercantis que o governo adquire para oferecer gratuitamente às famílias.” (site - esnp – reportagem *Projeto mapeia gastos com Saúde no Brasil – 15-09-2008*).

No gráfico 1 é possível visualizar a divisão dos investimentos na saúde em 2005.

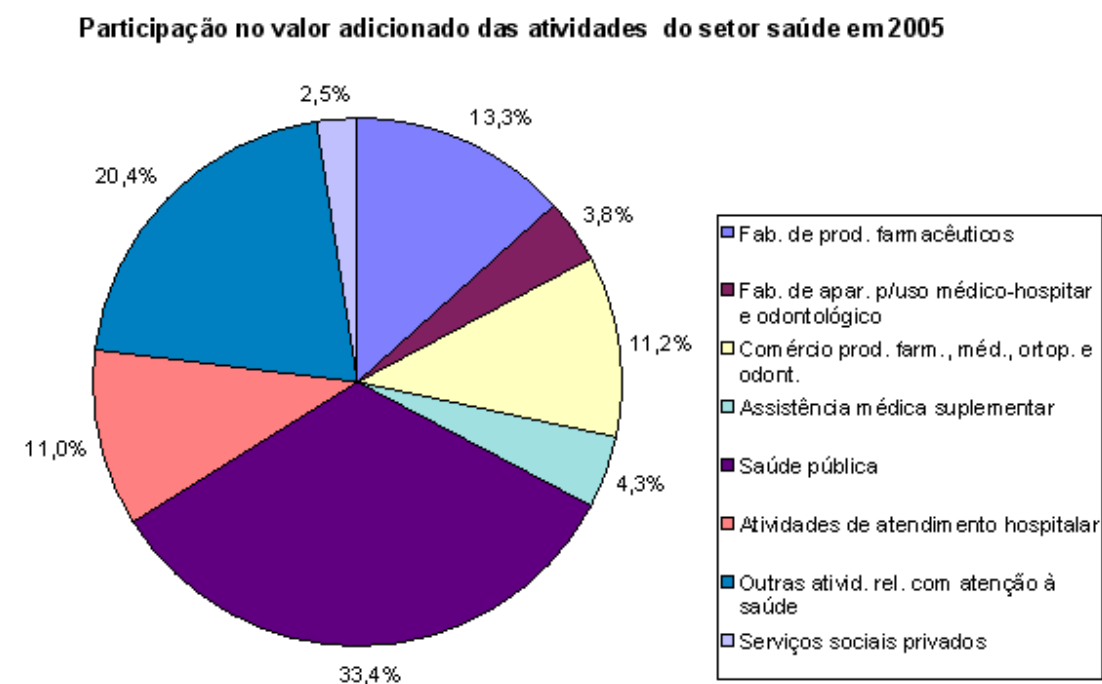


Gráfico 1 Fonte IBGE Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Sistema de Contas Nacionais 2005. (Reportagem Economia da Saúde Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005 - Rio de Janeiro 2008)

No gráfico é possível visualizar os tipos de gastos no setor da saúde em 2005 e embora não esteja num patamar de alto investimento, os gastos com a saúde pública ainda representa o setor que tem o maior investimento com 33,4% dos gastos que o governo fez no setor.

GASTO PÚBLICO NA AMÉRICA LATINA

Um estudo realizado pela Fundação Instituto de Administração (FIA), ligada a Universidade de São Paulo (USP), mostra entre outros, os investimentos em saúde em países da América Latina entre eles a Argentina, Chile, Colômbia, Venezuela, México e Brasil e constatou que o Brasil gasta US\$ 280 por pessoa anual, este valor está acima da metade da média na América Latina, mas não chega a metade da média Anual que é de US\$ 806 per capita.

Esse estudo é preocupante na visão dos pesquisadores da reportagem, visto que o Brasil é o país com maior investimento entre os países da América Latina e o que apresenta o pior resultado com a mortalidade infantil e expectativa de vida e levando em consequência que a expectativa de vida da população com mais de 60 anos será de 24% até o ano de 2020 e até o presente momento o investimento não está sendo bem distribuído para suprir a necessidade desta população.

Dentre as nações que participaram desta pesquisa o único país que realizou investimentos nos últimos 15 anos foi o México com um aumento de US\$ 100 per capita no ponto de vista regional.

Com isso é possível visualizar que os países em desenvolvimento precisam melhorar sua distribuição de renda de forma mais adequada para garantir um bom atendimento a sua população.

ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS PELO CONTROLE DOS GASTOS PÚBLICOS BRASILEIROS

Em se falando de gasto público com saúde, há de se ressaltar que esses gastos provêm das esferas dos governos Federal, Estadual e Municipal e dividem-se em quatro grupos em cada esfera do governo que são;

1 – Os recursos que são direcionados ao SUS e atribuídos a ações e serviços de saúde de acordo com os critérios EC -29³ e Res. 322 do Conselho Nacional de Saúde.

2 – Recursos de outras despesas a saúde como pagamento de inativos (função previdência), de dívidas computadas duplamente ao entrarem como receita e quando saem pagos.

3 – Recursos destinados a saúde não computado no órgão como sistemas de saúde universitária, penais, militares e específicos para servidores.

4 – Recursos a sistemas de saúde próprio de servidores não incluídos nos citados acima, porém financiam planos, sistema de auto gestão computados no privado e Seguro.

³ Emenda Constitucional nº 29 garante financiamento da saúde

Gasto Público Federal Com Saúde

Tabela 1: Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total
Brasil - 1995-2005

Ano	% despesas totais	% não financeiras
1995	5,2	9,8
1996	4,4	8,4
1997	4	9,5
1998	3,1	8,4
1999	3	8
2000	3,3	8,7
2001	3,6	8
2002	3,7	7,8
2003	3,1	7,7
2004	3,5	8,1
2005	3,1	7,3

Fonte: IPEA/DISOC - estimativas anuais a partir dos dados do SIAFI/SIDOR e das Contas Nacionais do IBGE

Tabela 2: Gasto público com saúde como proporção do PIB, por esfera de governo Brasil e grandes regiões, 2000 e 2004

Regiões	2000								2004
	Federa	Estadua	Municipa	Tota	Federa	Estadua	Municipa	Total	
Brasil	1,9	0,6	0,7	3,1	1,9	0,9	0,9	3,7	
Norte	2,5	1,6	0,6	4,7	1,9	2	0,9	4,7	
Nordeste	3,2	0,9	0,7	4,8	2,6	1,4	1,2	5,1	
Sudeste	1,3	0,5	0,7	2,5	1,2	0,8	0,9	2,9	
Sul	1,4	0,4	0,6	2,3	1,2	0,6	0,8	2,5	
Centro-Oeste	1,6	0,7	0,5	2,8	1,3	1,1	0,7	3,1	

Fonte: Ministério da Saúde: SIOPS e IBGE: Contas Nacionais

“Em 2000, a esfera federal era responsável pela maior parte do gasto público com saúde em todas as regiões do país. Em 2004, esta proporção diminuiu, permanecendo majoritária apenas na Região Nordeste e igualitária na

Região Sudeste. A participação relativa da esfera municipal é maior que a estadual apenas nas Regiões Sudeste e Sul.

Em todas as regiões houve crescimento dos gastos públicos estaduais e municipais com saúde no período de 2000 a 2004, enquanto que, para os gastos federais, houve diminuição.”

(Reportagem Gasto público com saúde como proporção do PIB - site - ripsa)

Gasto Público Estadual Com Saúde

Para efeito de dados com gastos publico e estadual, um trabalho foi financiado pelo Ministério da Saúde, com o apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), por meio do Termo de Cooperação Técnica nº 45. O objetivo deste documento é divulgar os resultados de estudos elaborados pelos consultores do Núcleo Nacional de Economia da Saúde da Área de Economia e Desenvolvimento/SE/MS, os quais possam ser relevantes para a formulação e implementação de políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde ou que possam subsidiar discussões que visem ao aprimoramento dessas políticas o que gerou dados para os textos que envolvem os dois governos a seguir.

Falando-se em investimentos com gastos públicos da saúde leva-se a participação da relevância dos investimentos para a consolidação do SUS e a participação na despesa Estadual total em saúde. A tabela 3 mostra no período de “2000-2006 a participação do investimento com a despesa que não chega a 10%do gasto público estadual em saúde. “ (Mesquita, março 2008)

Tabela 3: Participação do investimento na despesa total com saúde dos estados, 2002-2006

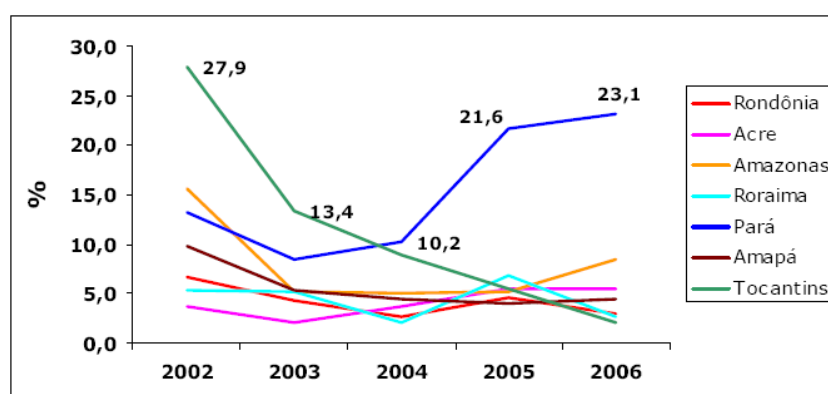
UF	2002	2003	2004	2005	2006	Em % Média
Rondônia	6,6	4,2	2,7	4,7	3	4,3
Acre	3,7	2,1	3,7	5,5	5,5	4,1
Amazonas	15,6	5,2	5,1	5,2	8,4	7,9
Roraima	5,4	5,2	2,1	6,8	2,6	4,4
Pará	13,2	8,5	10,2	21,6	23,1	15,3
Amapá	9,8	5,4	4,5	4	4,4	5,6
Tocantins	27,9	13,4	8,9	5,4	2	11,5
Maranhão	10,3	7,1	9,7	10,7	21,7	11,9
Piauí	8,2	2,1	2,2	4,8	7,8	5
Ceará	6,9	4	7,3	7,2	17,9	8,7
Rio Grande do Norte	4,7	3,9	3,7	3,6	2,5	3,7
Paraíba	38	2,9	2,5	18,4	12,7	14,9
Pernambuco	12,9	6,9	4,5	4,3	4,9	6,7
Alagoas	3,8	4	6,7	8,8	6	5,9
Sergipe	6,6	7,9	4,3	4,1	10,6	6,7
Bahia	11,3	4,9	6,4	7,6	6,4	7,3
Minas Gerais	5,1	7,7	10,2	9,5	6,4	7,8
Espírito Santo	3,4	3,1	3,6	3,3	5,2	3,7
Rio de Janeiro	4,1	0,9	4,4	4,4	4,4	3,6
São Paulo	5	2,2	3,5	6	5,3	4,4
Paraná	2,6	1,5	1,6	5,4	8,2	3,8
Santa Catarina	5	4,3	4,3	10,8	7,1	6,3
Rio Grande do Sul	2,7	1	1,4	2,1	1,9	1,8
Mato Grosso do Sul	25,1	6,4	11,6	4,1	3,6	10,2
Mato Grosso	11	6,2	11,1	6,3	3	7,5
Goiás	10,5	6,6	5,9	9,1	1,9	6,8
Distrito Federal	6,1	1,6	3,2	3,6	2,6	3,4
Total	7,8	3,9	5,1	6,7	7,4	6,2
Fonte: Ministério da Saúde/SIOPS. Posição: abril/2008, considerando dados da despesa liquidada declarados ao SIOPS.						

De acordo com a pesquisa no ano de 2003 há um declínio do investimento na despesa estadual total que chegou em 3,9%, que apesar da recuperação nos

anos seguintes em 2006 chegou a 7,4%, uma ligeira queda se comparado com 2002 que ficou em 7,8%.

Vale lembrar que nessa pesquisa não foram disponibilizados no site da SIOPS os valores absolutos dos gastos com investimentos impossibilitando afirmar se este indicador traduz num fraco engajamento dos estados com investimentos na rede pública de serviço SUS, porém é possível realizar considerações sobre as desigualdades desses indicadores em questão por estado, agrupados por região, de acordo com os gráficos de 2 a 6 apresentados e análises feitas por SIOPS.

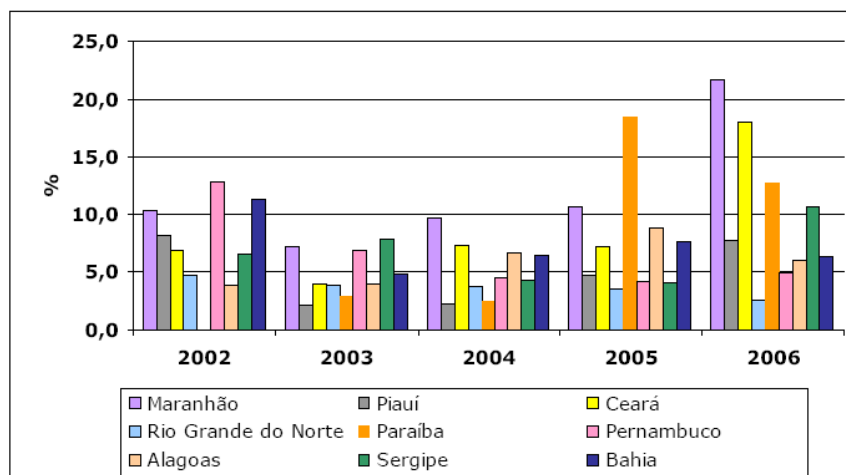
Gráfico 2: Participação do gasto com investimento na despesa total em saúde dos estados da região Norte



Fonte: Sioops. Elaboração própria.
(Mesquita, março 2008)

É possível notar no gráfico que no ano de 2002, os índices de aplicação em investimento foram bem mais elevados, que a partir de então houve um decréscimo que estendeu-se até o ano de 2006 com exceção do Acre e Pará com maior participação nos investimentos em saúde em 2006.

Gráfico 3: Participação do gasto com investimento na despesa total em saúde dos estados da região Nordeste

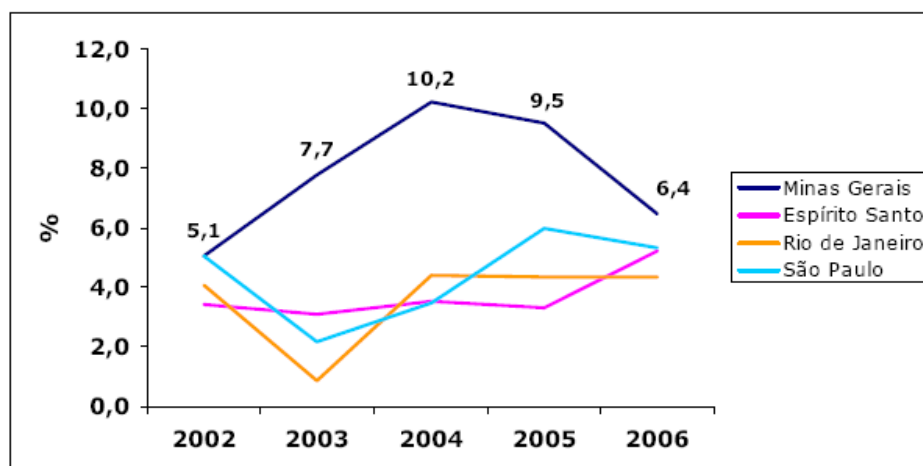


Fonte: Siops. Elaboração própria.

(Mesquita, março 2008)

Ao contrário da região Norte, no Nordeste a participação com gastos em investimentos em saúde ocorreu em todo o período, porém enquanto o Norte apresenta maiores aplicações em 2002, no Nordeste destacam-se os melhores índices em 2006.

Gráfico 4: Participação do gasto com investimento na despesa total em saúde dos estados da região Sudeste



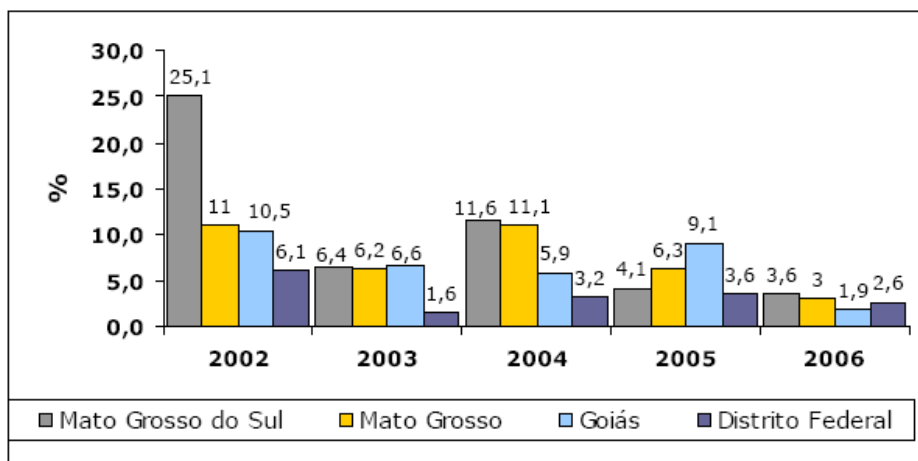
Fonte: Siops. Elaboração própria.

(Mesquita, março 2008)

“No que diz respeito a região Sudeste, a participação do investimento é um pouco abaixo em comparação nas regiões Norte e Nordeste, em média, 5%. Os maiores níveis de aplicação, entre 2002-2006, encontram-se no estado de Minas Gerais, seguido de São Paulo.

Já Rio de Janeiro e Espírito Santo apresentam os menores percentuais de aplicação da despesa em investimento: em média, 3,6% e 3,7% respectivamente. Com relação ao Rio de Janeiro, chama atenção a baixíssima participação do investimento na despesa total em 2003, menos que 1%, sem dúvida um dos índices mais baixos em termos nacionais.” (Mesquita, março 2008). .

Gráfico 5: Participação do gasto com investimento na despesa total em saúde dos estados da região Sudeste

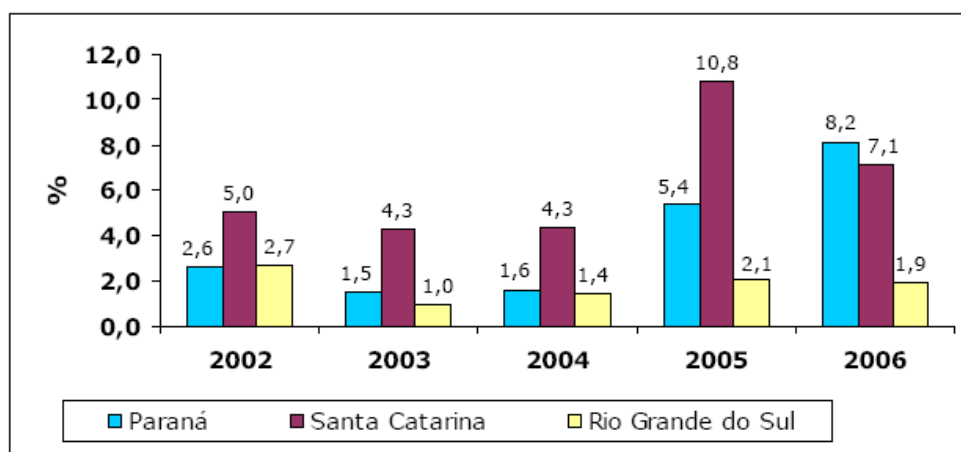


Fonte: Siops. Elaboração própria.

(Mesquita, março 2008)

No período considerado, “os melhores desempenhos da região, em termos de aplicação em investimento, estão nos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, em média, 7,5% e 10%, respectivamente. Tomando apenas o ano de 2006, os estados da região Centro-Oeste apresentaram as menores taxas aplicação dos gastos em investimento, em média, 2,8% da despesa total em saúde. Trata-se de um dos níveis mais baixos em termos nacionais.” (Mesquita, março 2008).

Gráfico 6: Participação do gasto com investimento na despesa total em saúde dos estados da região Sul



Fonte: Siops. Elaboração própria.

(Mesquita, março 2008)

“A participação da despesa com investimento foi ascendente no período 2002-2006, com exceção o estado do Rio Grande do Sul, este se destaca pelo menor percentual de despesa associada a investimentos na região, em média, 1,8% no período considerado. Com efeito, trata-se também do menor percentual médio do cenário nacional no período de referência.” (Mesquita, março 2008)

Gasto Público Municipal Com Saúde

“Neste mesmo estudo para analisar a participação do investimento na despesa municipal com saúde, os dados foram agregados por região, por unidade da federação, por capitais e faixa de população dos municípios.” (Mesquita, março 2008).

Uma observação a fazer é que uma maior parcela das despesas estaduais são destinadas a investimentos vis à vis as despesas municipais. As tabelas a seguir de 4 a 6 mostram os investimentos em gasto públicos municipais no período de 2000-2006.

Tabela 4: Participação das despesas com investimento na despesa municipal total em saúde, por região, 2000-2006

	em %					
Região	2002	2003	2004	2005	2006	média
Região Norte	8,7	4,8	4,2	4,0	4,5	5,2
Região Nordeste	7,2	4,1	4,7	4,2	5,1	5,0
Região Sudeste	3,1	2,9	3,3	3,0	3,8	3,2
Região Sul	4,8	3,5	4,3	3,8	4,1	4,1
Região Centro-Oeste	6,3	3,8	4,6	3,3	3,6	4,3
Brasil	4,8	3,4	3,9	3,5	4,2	3,9

Fonte: Siops. Elaboração própria.

(Mesquita, março 2008)

Os municípios do Norte e Nordeste destacam-se com as maiores taxas de aplicação média no período considerado, 5,2 e 5%, respectivamente. Por outro lado, o menor percentual médio regional de aplicação da despesa municipal em investimentos encontra-se na região Sudeste (3,2%). (Mesquita, março 2008)

Tabela 5: Participação do investimento na despesa total com saúde executada pelos municípios, por UF, 2002-2006

UF						em %
	2002	2003	2004	2005	2006	média
Acre	15,5	7,5	8,4	3,8	4,0	7,8
Amapá	10,1	7,6	6,8	4,6	3,5	6,5
Amazonas	6,3	7,3	5,5	5,4	4,6	5,8
Pará	5,7	2,9	2,9	3,3	3,9	3,7
Rondônia	14,3	6,9	4,6	3,5	4,6	6,8
Roraima	19,9	2,1	4,4	3,5	4,9	6,9
Tocantins	13,7	5,4	5,0	5,1	6,4	7,1
Alagoas	8,9	2,9	3,0	3,1	3,8	4,3
Bahia	7,7	5,6	6,5	4,9	4,3	5,8
Ceará	6,3	3,7	4,3	3,1	4,0	4,3
Maranhão	6,9	4,2	3,8	4,7	9,2	5,8
Paraíba	6,6	4,3	4,8	4,6	5,2	5,1
Pernambuco	4,9	3,0	4,3	3,7	5,6	4,3
Piauí	7,9	4,6	4,2	4,4	3,6	4,9
Rio Grande do Norte	10,1	3,4	3,5	3,4	4,1	4,9
Sergipe	8,3	3,6	4,4	6,5	5,1	5,6
Goiás	5,1	3,0	3,7	3,0	3,6	3,7
Mato Grosso	9,4	5,8	7,5	4,2	3,7	6,1
Mato Grosso do Sul	5,2	2,9	3,1	2,7	3,4	3,5
Espírito Santo	7,1	6,0	9,0	6,9	6,6	7,1
Minas Gerais	3,2	2,4	3,3	3,3	4,6	3,4
Rio de Janeiro	3,8	4,4	4,4	3,1	2,8	3,7
São Paulo	2,6	2,2	2,5	2,6	3,7	2,7
Paraná	4,4	2,4	3,4	3,0	3,8	3,4
Santa Catarina	5,8	4,0	5,6	5,3	5,5	5,2
Rio Grande do Sul	4,7	4,2	4,4	3,8	3,6	4,1
Brasil	4,8	3,4	3,9	3,5	4,2	3,9

Fonte: Ministério da Saúde/SIOPS.

(Mesquita, março 2008)

“O menor percentual médio de aplicação da despesa está no estado de São Paulo, 2,7%. e o percentual médio mais alto é observado no estado do Acre: 7,8%.

Em geral, os níveis de participação do investimento na despesa municipal foram mais elevados em 2002 em todos os estados, exceto naqueles situados no Sudeste. Apenas no Maranhão, em Pernambuco, Minas Gerais e São Paulo a participação do investimento na despesa municipal com saúde em 2006 superou o

observado em 2002. Observando é possível identificar os estados que se destacam por elevados percentuais destinados a investimentos em 2002 apresentam também os menores índices nos anos seguintes. ” (Mesquita, março 2008).

Tabela 6: Participação do investimento na despesa total com saúde executada pelos municípios, por porte populacional, 2002 – 2006

Faixa Pop						em %
	2002	2003	2004	2005	2006	média
Até 5.000 hab	11,1	5,8	6,4	6,9	8,2	7,6
De 5.001 a 10.000 hab	10,4	5,6	5,5	5,5	7,0	6,6
De 10.001 a 20.000 hab	9,3	5,3	6,0	5,4	6,2	6,3
De 20.001 a 50.000 hab	7,9	4,5	4,9	4,5	5,4	5,3
De 50.001 a 100.000 hab	5,2	3,9	4,0	4,0	4,4	4,3
De 100.001 a 200.000 hab	4,6	4,1	4,8	3,1	3,7	4,0
De 200.001 a 400.000 hab	3,5	2,4	3,9	3,0	4,3	3,5
Acima de 400.001	1,6	2,0	2,3	2,1	2,5	2,2

Fonte: Siops. Elaboração própria.

(Mesquita, março 2008)

É possível visualizar que na faixa até 5.000 hab, embora venha diminuindo desde 2002, ainda é o que tem a maior media de despesas e acima de 400,00 tem o menor índice de despesa.

ORÇAMENTO DA SAÚDE EM 2008

O ano de 2008 para o setor de saúde começou turbulento, com atraso de três meses, tentativas de acordos e discussões entre governo e oposição, o plenário do Congresso Nacional votou em março de 2008 a Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2008 com gastos de R\$ 1,423 trilhão para União, já incluso as perdas resultantes da CPMF. Destes, R\$ 48,4 bilhões foram destinados a saúde ante os R\$ 47,8 bilhões anunciados na proposta orçamentária. O mínimo indispensável do repasse deste orçamento segundo Carvalho⁴ seria de R\$ 58

⁴ Sanitarista e pediatra especialista em financiamento a saúde

bilhões, “ele chama atenção para a necessidade de mais recursos para a atenção básica, para média e alta complexidade, para atendimento de emergências e para medicamentos excepcionais”, explica.

Outro especialista em Economia da Saúde, Medeiros⁵, esclarece que R\$ 20 bilhões previstos na proposta orçamentária original para a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, não bastam. “Podem trazer significativas dificuldades para oferta e ampliação de atendimento” salienta, e ressalta que os recursos previstos representam aumento de R\$ 605,23 milhões (3,12%) em relação a LOA de 2007, porém, são insuficientes para fazer frente ao reajuste na tabela de procedimentos e ao aumento dos limites financeiros das unidades federais. (Reportagem “Orçamento da Saúde: como sempre, recursos insuficientes” site Cebes)

A proposta orçamentária para um primeiro momento foi de R\$ 3,05 bilhões que para o especialista também é insuficiente. “Como esses recursos são repassados com base per capita, fundo a fundo, tomando-se a população brasileira de 2007 e considerando-se que há municípios em que o per capita chega a R\$ 18, conclui-se que há pouca ou nenhuma margem para qualquer incremento”, avalia. Para Joellyngton o repasse deveria ter sido de R\$ 18,59 levando-se em consideração a inflação acumulada de Janeiro de 1998 (quando da Implantação do Piso da Atenção Básica) até outubro de 2007 que ficou em 85,87%, conforme o Índice de Preços ao Consumidor (IPC) medido pela Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (Fipe) para o setor saúde, o que implicaria num acréscimo de aproximadamente R\$ 469 milhões ao orçamento de 2008, ante a proposta inicial de R\$ 3,05 bilhões, explica Joellyngton.

Outro setor que preocupa e exige mais dinheiro é o de medicamentos excepcionais. Em 2002, foram gastos R\$ 638,6 milhões; em 2003, R\$ 1,05 bilhão; em 2004, R\$ 1,4 bilhão; em 2005, R\$ 1,9 bilhão; em 2006, a estimativa é de R\$ 2,3 bilhões; em 2007, de R\$ 2,8 bilhões. Para o ano de 2008 estima-se do gasto foi de R\$ 3,3 bilhões o que equivale ao valor correspondente a 2007 mais a variação média dos últimos dois anos (20%).

⁵ Joellyngton Medeiros, assessor técnico do Conasems

PERSPECTIVAS DE ORÇAMENTO PARA 2009

Um levantamento feito pela frente parlamentar da saúde, aponta que para o ano de 2009 será preciso investir cerca de “R\$ 5,5 bilhões” para o setor da saúde. (REVISTA MEDICINA nº 173 – 2008 pag 10)

De acordo com o coordenador da frente deputado Rafael Guerra (PSDB – MG) há dinheiro em caixa para pagar as contas, o que falta é vontade política do governo. “Na verdade os recursos para a saúde são sempre insuficientes” afirmou. Segundo Guerra o governo vem protelando a regulamentação da Emenda Constitucional 29 desde 2003 que visa fixar os percentuais mínimos a serem investidos anualmente em saúde pela União, por estados e municípios conforme anexo 2 “ O governo tem maioria na Câmara e não aprovou a regulamentação até hoje porque não quis, apesar da nossa luta. E agora atrelou qualquer reajuste nos recursos do SUS a uma nova CPMF” disse.

CRISE ECONÔMICA E OS EFEITOS NA SAÚDE

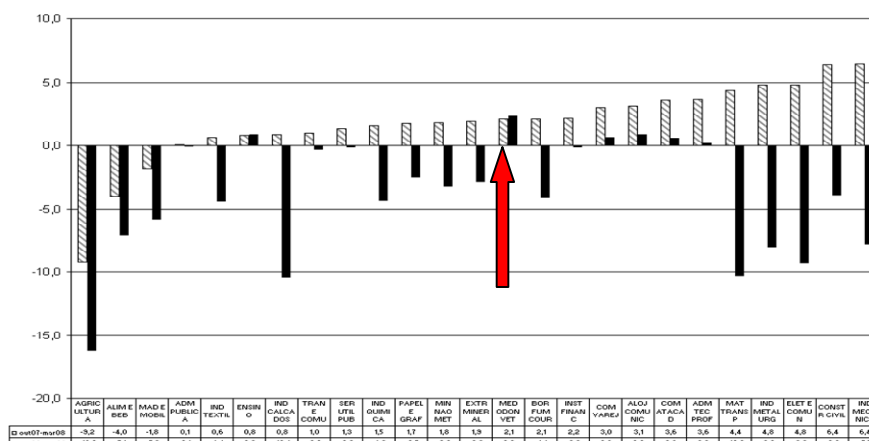
A crise econômica tornou-se um problema mundial quando a globalização fez com que os países tivessem de abrir seus mercados de capitais, e em consequência interações entre os mesmos através de acordos bilaterais e alguns entre vários grupos. A consequência é que como estão interligados, caso algum desses países venha a sofrer recessão ou lucratividade, esse efeito é sentido por todos, principalmente quando o problema ou solução é em país de primeiro mundo.

O atual momento é propício para esse tipo de acontecimento. O mercado está acompanhando uma das piores crises já anunciadas no planeta e que desencadeou na maior potência mundial, os Estados Unidos, a consequência é que todos os setores em todas as nações acabam sofrendo o efeito, no caso da saúde não é diferente, apesar de ser um setor que está sempre em constante demanda, Conforme gráfico 7

GRÁFICO 7



Resultado líquido de admissões e desligamentos como proporção da população empregada segundo o setor de atividade no Brasil – em %



Fonte: IPEA

Decisão de Investimento e
Avaliação Estratégica de Risco

Este gráfico é interessante se avaliarmos todos os setores de uma economia, é possível visualizar que no período de crise o setor de saúde mantém-se acima da linha do gráfico, embora acompanhe a redução para todos os outros setores

Pegando como exemplo de anos anteriores, a crise econômica dos anos 80 e início dos anos 90, onde tinha-se inflação desenfreada, recessão e crise fiscal, houve impacto na saúde com grandes conseqüências, dentre elas a mais importante foi a crise financeira e organizacional na Previdência Social que era a principal fonte de financiamento do sistema público de saúde. O impacto foi ainda maior pelos excessivos planos de estabilização econômica adotados pelo governo brasileiro durante esse período e pela pressão imposta para abertura da economia brasileira a competição internacional.

O custo da inflação que persistiu por grande parte do período teve conseqüências diretas no valor real do orçamento do governo que eram liberados muitas vezes trimestralmente, sem correção, assim como os valores pagos aos

prestadores privados pelo então INANPS que também encontravam-se defasados e insuficientes para cobrir os custos dos serviços prestados.

A crise econômica e os planos de estabilização tiveram um grande impacto sobre os gastos públicos de dois lados, o primeiro levou na redução da arrecadação do Estado colocando em cheque a capacidade do poder público de financiar suas atividades e aumento de serviços sociais devido ao empobrecimento da população e segundo, o programa de estabilização que tinha como objetivo redução do déficit público, fez com que o governo reduzisse o gasto público.

Como consequência as dotações orçamentárias para a saúde e outras áreas sociais sofreram grandes oscilações neste período com diminuições importantes em determinados anos

Na crise que desencadeou em 2008 não houve diferença expressiva se comparado a anterior, pois da mesma forma como a que houve em 80 e 90, também houve impacto no setor público e privado de saúde. O governo por sua vez por necessidade de reduzir o orçamento acabou por cortar verba deste setor que em casos de necessidade extrema como esta última crise, junto com a saúde, são os dois setores da economia os quais são sacrificados para compensar as perdas geradas em outros setores da economia.

SUS

“O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas bases doutrinárias foram geradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, durante o processo de redemocratização do país e nas vésperas da realização da constituinte de 1988. Portanto, as resoluções de 1986 embasaram na Constituição, as formulações do SUS, que foi regulamento pela lei n 8080, de 19 de setembro de 1990.” (REVISTA MEDICINA n° 174, 2008 – pag. 22

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um projeto social único no conjunto dos países em desenvolvimento, cujos princípios de universalidade, integralidade e equidade estão firmados na Carta Magna do País de 1988, dando um sentido às ações propostas. Em que pesem as dificuldades históricas e estruturais de implementação de um projeto de tal envergadura, o SUS já ocupa de fato um espaço importante na sociedade e na percepção dos direitos de cidadania, espaço este que vai muito além da retórica e do terreno das intenções.

Duas décadas de SUS

O sistema de saúde brasileiro sofreu importantes mudanças nos últimos vinte anos, sobre tudo em função da criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os avanços obtidos durante esse período, destacam-se a ampliação do acesso por meio da expansão por cobertura de ações e serviços de saúde, o aumento da rede física prestadora de serviços, a progressiva adesão de estados e municípios ao processo de descentralização, o estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde e a organização da atenção básica como estratégia estruturante do sistema, capitaneadas por programas de saúde familiar.

“A título de exemplo, podem ser citados marcos no período recente segundo balanço “Saúde e desenvolvimento nacional: Diretrizes e Estratégias” Sobre o PAC da Saúde, onde 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS;

- 87 milhões de brasileiros são acompanhados por 27 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), presentes em 92% dos municípios, sendo a base para um novo modelo assistencial.
- Cerca de 110 milhões de pessoas são atendidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam em 95% dos municípios brasileiros.
- O SUS realizou, em 2006, 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, mais de 300 milhões de consultas médicas e 2 milhões de partos.
- Nas ações de maior complexidade, foram realizados 11 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de quimio e radioterapia e 11,3 milhões de internações.
- A qualidade e o impacto de alguns programas nacionais de saúde são altamente reconhecidos em termos internacionais, a exemplo dos programas de imunização, de AIDS e do controle do tabagismo, atingindo resultados dificilmente igualáveis no mundo.
- O SUS constitui um exemplo destacado de pacto federativo democrático, no qual as ações são acordadas em instâncias formais com a participação das três esferas da Federação, havendo uma prática já disseminada de controle e de participação social, que constitui um modelo para outras iniciativas em curso nas políticas públicas do País.

No campo econômico a estimativa internacional apresentada pelo Fórum Global para Pesquisa em Saúde em 2006, mostra que a saúde responde por 20% da despesa mundial, pública e privada, com atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D), representando um valor atualizado de US\$ 135 bilhões, sendo uma das áreas mais dinâmicas do mundo.” (Mais Saúde Direito de todos, 2008).

A saúde contribui tanto para os direitos de cidadania, quanto para a geração de investimentos, inovações, renda, emprego e receitas para o Estado brasileiro. “Em termos de economia, a cadeia produtiva da saúde, englobando as atividades industriais e os serviços, representam entre 7% e 8% do PIB, mobilizando um valor em torno de 160 Bilhões e constitui uma fonte importante de receitas tributárias, empregando cerca de 10% dos postos de trabalho e a área em

que os investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos do país, conforme Balanço “Mais Saúde Direito de Todos” do ministério da saúde e Governo Federal. “(Mais Saúde Direito de todos, 2008).

Embora com os avanços nesses vinte anos, não houve um avanço no modelo tradicional adotado no país, o que caracteriza uma abordagem de riscos bastante restrita, sendo expressa nas Figuras 1 e 2.

FIGURA 1

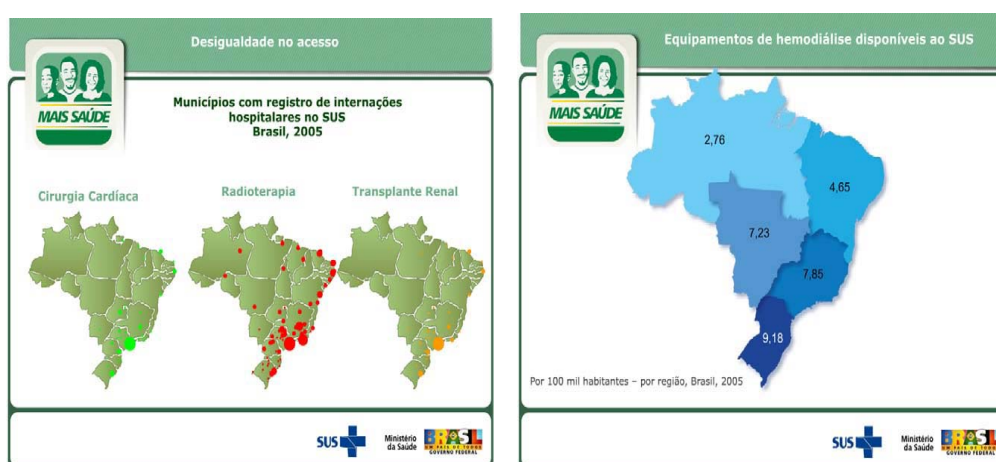
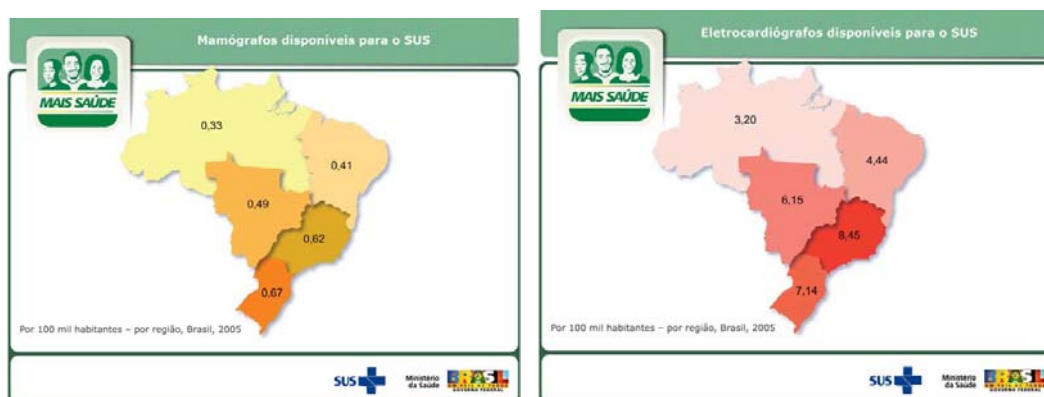


FIGURA 2



(Mais Saúde Direito de todos, 2008).

Antes da criação do SUS, existia um sistema de saúde que atendia, no setor público, os pacientes que tinham direito aos Institutos de Assistência

denominado INANPS. Quem não tivesse direito e acesso ao INANPS, tinha que ser atendido em outro sistema paralelo, que eram os sistemas estaduais, públicos e municipais.

O SUS já nasceu com uma realidade política e econômica adversa, gerando desfinanciamento progressivo e falta de recurso. A constituição de 1988, previa que a verba para o SUS seria de 30% do orçamento da seguridade social o que representaria o dobro do orçamento atual do SUS.

“Nos últimos vinte anos , a União diminuiu sua participação total nos gastos com a saúde de 75%, em 1980, para 49% em 2005, enquanto que os municípios e estados saíram de 25% para 51%, (REVISTA MEDICINA n° 174, 2008 – pag. 22), pode-se constatar que a União diminuiu seu financiamento para a saúde nesse período.

De acordo com Ferraz⁶, de todo o PIB brasileiro cerca de 8% são investidos na área da saúde. Destes, o SUS é responsável por 3,7% e isso é o que o governo gasta para 190 milhões de brasileiro. Se dividirmos o investimento para todos igualmente daria aproximadamente R\$ 250 por pessoa em saúde. (Jornal do Cremesp – n° 256, 2009 –pag 3)

Isso é muito pouco, se analisado o valor dos medicamentos e indivíduos que tem uma consulta médica, podendo este valor ser gasto em um ou dois meses.

No ultimo mês de maio nos dias 28 e 29, houve um amplo movimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela melhoria do atendimento à população lideradas pelas três entidades médicas nacionais – Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos. Entre as propostas esta a discussão de estabelecer um teto salarial para o profissional responsável pelo atendimento e pela saúde das pessoas.

Um levantamento feito pelo Cremesp em mais de 50 cidades do Estado mostrou que a media dos salários pagos aos médicos do SUS, pelas prefeituras, fica abaixo de R\$2 mil por mês, por 20 horas semanais .

⁶ Diretor do Centro Paulista de Economia em Saúde da Universidade Federal de São Paulo

A formação de uma identidade do médico do SUS passa pelo plano de carreira e pela implantação de um piso salarial digno para os profissionais. É preciso buscar um financiamento adequado para a saúde do país. A solução para este gargalo depende, em grande parte da regulamentação da Emenda Constitucional 29. Quando regulamentada, além de definir quais são os gastos específicos em saúde pela união, Estados e Municípios, a EC 29 trará cerca de R\$ 5 bilhões anuais para o setor, somente com recursos estaduais corretamente aplicados. Também será estabelecido um novo patamar de participação do governo federal no financiamento do setor.

“Num fórum realizado em 8 de janeiro de 2009 em Salvador no Nordeste discutiu-se a proposta de um salário mínimo de R\$ 7.503,18 para o profissional médico, que hoje é estipulado o mínimo de três vezes o salário em vigor do país conforme a Lei n 3999 de 1961, já que como foi dito uma das maiores queixas destes profissionais que atendem pela rede SUS é o baixo salário.” (REVISTA MEDICINA n° 175 pag. 4).

Outra queixa dos profissionais da saúde que trabalham em hospitais filantrópicos e ou atendem convênios, particular e pacientes cadastrados na rede SUS, é o valor repassado por consulta que hoje é de simbólicos R\$ 10,00, o que faz o profissional limitar o número de atendimento ao paciente SUS em cada agenda.

Estes são impasses que gerarão muita discussão e que há necessidade de melhora para que o médico desempenhe seu trabalho e tenha remuneração mais compatível e o paciente possa sair satisfeito com atendimento prestado pelo profissional.

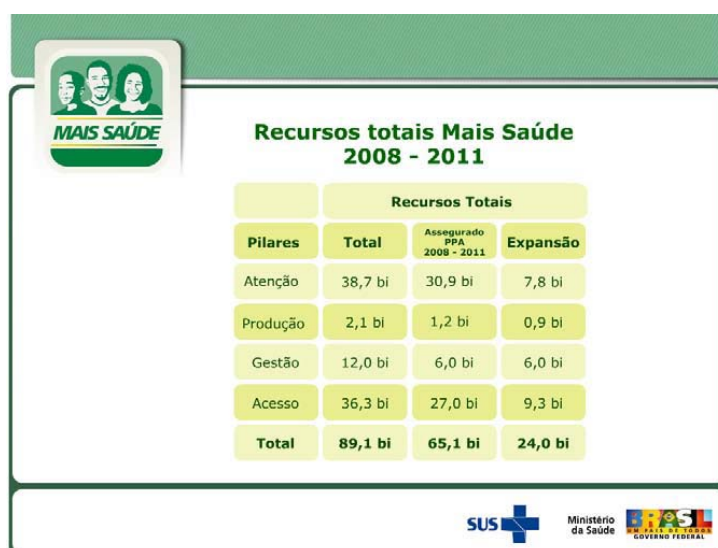
PAC DA SAÚDE

Na tentativa de implantar mais um programa com o objetivo de prestar suporte a saúde pública o Presidente Luis Inácio Lula da Silva lançou em 2007, o

PAC da saúde, um programa que visa criar uma nova política de saúde para o país.

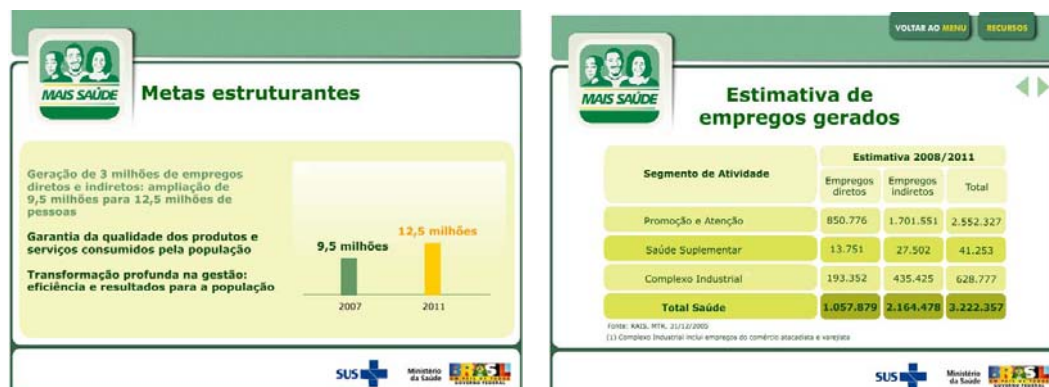
“O plano prevê investimentos de R\$ 89 bilhões no setor até 2011, estando R\$ 65,1 bilhões garantidos no Plano Plurianual (PPA) e R\$ 24 bilhões destinados à expansão das ações incluindo a Emenda Constitucional de 29.” (Weber – O Globo On line – 2007). Os recursos devem ser aplicados na ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), na conclusão de obras, na melhoria dos valores pagos a prestadores de serviço e em outras áreas ligadas à saúde pública, de acordo com a figura 4.

FIGURA 4



O PAC da Saúde prevê o envio ao Congresso de projetos polêmicos, como o que acaba com prazos de carência na troca de planos de saúde. O pacote, batizado de Mais Saúde, pretende reduzir filas nos hospitais, melhorar a qualidade e ampliar serviços na rede pública, com ênfase na gestão e a fixação de metas para estados e municípios, de 2008 a 2011. Empresas farmacêuticas, de equipamentos e materiais de saúde terão acesso a linhas de crédito. A meta é criar 3 milhões de empregos no setor, conforme Figura 5.

FIGURA 5



O PAC da Saúde prevê o envio de projeto de lei, para impedir a venda de bebidas alcoólicas em postos de gasolina e estradas; ampliar a proibição de fumar em locais públicos e regulamentar a propaganda de cervejas e coolers, com o intuito de banir essa publicidade na TV das 6h às 21h e criar novas regras de ressarcimento do Sistema Único de Saúde pelas operadoras de planos de saúde, quando seus clientes usarem a rede pública. A regra já existe, mas sua aplicação é prejudicada por brechas legais e burocracia. Só atendimentos de emergência e os não cobertos pelos planos deixariam de ser cobrados.

“O programa Saúde da Família, que leva médicos, enfermeiros e auxiliares à população de baixa renda, deverá atender 130 milhões de pessoas em 2011. Só nas escolas deverão ser atendidos 26 milhões de alunos do ensino fundamental e médio. O Ministério da Saúde quer que todos façam pelo menos duas consultas ao ano.

Está previsto ainda o reajuste da tabela do SUS, com gastos adicionais de R\$ 5 bilhões nos quatro anos, e a criação de 132 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que deverão funcionar 24 horas por dia, nos sete dias da semana. A promessa do governo é que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), por exemplo, ganhe mais 4.200 ambulâncias, além de dez helicópteros e 14 embarcações - ambulanchas - para fazer o atendimento das populações ribeirinhas.” (Weber – O Globo On line – 2007).

É possível expressar em números o investimento desse setor, conforme as figura 6,7 e 8.

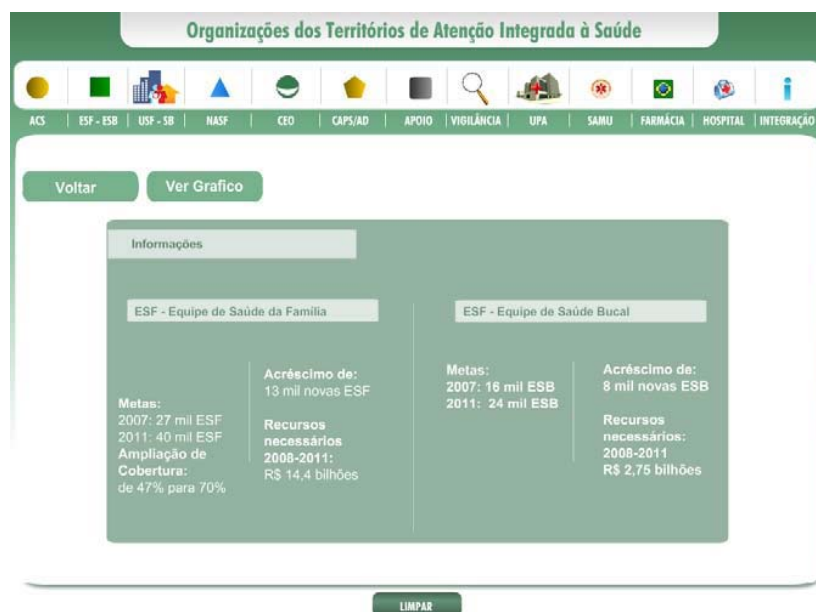
FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8



O programa busca, numa perspectiva mais abrangente, aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS, num contexto contemporâneo, agregando novos desafios e dimensões para que os objetivos de universalidade, equidade e integralidade possam se concretizar.

Em síntese, a estratégia adotada neste programa articula o aprofundamento da Reforma Sanitária brasileira com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, e o bem-estar. A melhoria das condições de saúde do cidadão brasileiro constitui o grande objetivo estratégico. O conjunto de medidas e ações concretas volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano é responsável pela geração de economia de toda uma nação, ela é a máquina que trará geração de recursos para a economia de um país e deve-se ter atenção redobrada dos governos para com essa geração de recurso.

A economia como um todo é composta de vários setores que geram lucros e as pessoas fazem com que um setor em especial o da saúde gere uma demanda cada vez mais crescente e necessariamente deve-se ter investimento em grande escala, mas esse é o grande gargalo citado de diversas formas na abordagem do tema.

A precariedade depois de 20 anos de constituição ainda é presente. É entendido que a saúde pública é composta pelas três esferas governamentais, a pública, federal e municipal. Que os recursos gerados por estes órgãos se fosse de maneira coerente deveria seguir uma determinação de uma Emenda Constitucional 29, que deveria já ter sido revista e a cada governo há um novo método ou nome dado a forma de como um pacote econômico voltado a saúde deve seguir e será o responsável pela organização deste setor, mas que não acontece.

Pegemos como exemplo o atual PAC da saúde, que tem uma perspectiva de investimento em torno de bilhões, porém permanece apenas no papel, assim como todos os pacotes apresentados anteriormente em governos de partidos diversos.

Esta é uma realidade que ainda tem de ser construída, enquanto não sair do papel, vários programas serão criados e na primeira crise econômica que tivermos como esta que agravou-se no segundo semestre de 2008 e estende-se ainda hoje, este setor ainda será um dos castigados que terá de retirar recursos para manter acesa a economia como um todo e o resultado será o de sempre, muita propaganda e pouco investimento.

BIBLIOGRAFIA

VIANA, Ana Luiza d'Ávila.; ELIAS, Paulo Eduardo M.; Ibañez , Nelson. **Proteção Social Dilemas e Desafios**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

COUTTOENC, Bernard François; ZUCCHI Paola. **Proteção Social Dilemas e Desafios**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

Mais Saúde Direito de todos – Saúde e desenvolvimento nacional: Diretrizes Estratégicas – Metas para 2008-2011
Ministério da saúde, SUS e Governo Federal

Reportagem Brasil mantém o mesmo investimento em saúde nos últimos 15 anos
– 18/02/08

<<http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=45608>>

Acesso em 21/01/09

Reportagem Projeto mapeia gastos com Saúde no Brasil – 15-09-2008

<[http://www.ensp.fiocruz.br/portal-](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=12967&saibamais=13314)

[ensp/informe/materia/index.php?matid=12967&saibamais=13314](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=12967&saibamais=13314)>

Acesso em 21/01/09

Reportagem Gasto com saúde é de 8,2% - 12/09/2008 -

<http://www.hemofiliabrasil.org.br/index.php?pg=noticias&id=37> - Acesso em 21/01/09

Fonte: A Gazeta

Editoria: Nacional

Fabiana Cimieri e Felipe Werneck

Rio de Janeiro-AE

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27887

Acesso em 29/01/09

Economia da Saúde Uma perspectiva macroeconômica 2000-2005

Rio de Janeiro 2008

http://www.ibge.com.br/home/estatistica/economia/economia_saude/economia_saude.pdf

Acesso em 29/01/09

Orçamento da Saúde: como sempre, recursos insuficientes

http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=192&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=353

Fonte: [RADIS](#), nº 68, edição de abril de 2008

Acesso em 02/02/09

Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total

<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=E.8&lang=pt>

Acesso em 04/02/09

Gasto público com saúde como proporção do PIB

<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=E.6.1&lang=pt>

Acesso em 04/02/09

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/investimento_ana.pdf

Acesso em 04/02/09

Ministério da Saúde Secretaria Executiva Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento Núcleo Nacional de Economia da Saúde

Comportamento da Despesa com Investimento

no Gasto Público em Saúde Realizado por

Estados e Municípios

Mesquita , Ana Cleusa Serra

Março/2008

Brasília – DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva - SE

Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento - AESD
Núcleo Nacional de Economia da Saúde - Nunes
SEPN 515 BL.B Edifício Ômega Térreo Sala 16
CEP: 70.770-502, Brasília-DF
Tel.: (61) 3448-3031, 3448-1042, 3448-3115

Home page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1001

Weber, Demétrio - Agência Brasil; O Globo Online;

<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/12/05/327453566.asp> - Acesso em 17/08/2009

Lula lança PAC da Saúde e pretende reduzir filas nos hospitais, melhorar qualidade e ampliar serviços - Publicada em 06/12/2007 às 00h48m

REVISTA MEDICINA – Conselho Federal

Ano XXIII. nº 173. SETEMBRO, OUTUBRO 2008

REVISTA MEDICINA – Conselho Federal

Ano XXIII. nº 174. NOVEMBRO, DEZEMBRO 2008

REVISTA MEDICINA – Conselho Federal

Ano XXIII. nº 175. JANEIRO, FEVEREIRO 2009

REVISTA MEDICINA – Conselho Federal

Ano XXIII. nº 176. MARÇO, ABRIL 2009

REVISTA MEDICINA – Conselho Federal

Ano XXIII. nº 177. MAIO, JUNHO 2009

Jornal do Cremesp – nº 256 – Janeiro / Fevereiro 2009

Jornal do Cremesp – nº 260 – Fevereiro 2009

Jornal do Cremesp – nº 260 – Março 2009

Jornal do Cremesp – nº 260 – junho 2009

ANEXOS

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 437 DE 1º DE MARÇO DE 2006.

Institui um Comitê Gestor e um Grupo Executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e manutenção das contas de saúde no Brasil.

OS MINISTROS DE ESTADO DA FAZENDA, DA SAÚDE E DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTO E GESTÃO, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no art. 87 da Constituição Federal,

R E S O L V E M:

Art. 1º Instituir Comitê Gestor e Grupo Executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e manutenção das contas de saúde no Brasil.

Art. 2º O Comitê Gestor, sem prejuízo das competências dos órgãos envolvidos, terá as seguintes atribuições:

I - estabelecer diretrizes gerais, propor estratégias e buscar meios para garantir a implementação das Contas de Saúde no Brasil;

II - aprovar o programa de trabalho a ser desenvolvido pelo Grupo Executivo;

III - acompanhar, apoiar e facilitar os trabalhos realizados pelo Grupo Executivo;

IV - discutir os resultados obtidos; e

V - propor e viabilizar formas de disseminação e uso das informações geradas a partir das Contas de Saúde.

Art. 3º O Grupo Executivo terá as seguintes atribuições:

I - elaborar o plano de trabalho para implementação e operacionalização das Contas de Saúde e apresentá-lo para aprovação do Comitê Gestor;

II - desenvolver as atividades necessárias para a implantação e manutenção das Contas de Saúde, conforme previsto no plano de trabalho;

III - apresentar ao Comitê Gestor os produtos previstos no plano de trabalho; e

IV - apoiar o Comitê Gestor na elaboração de propostas visando consolidar a institucionalização das contas de saúde e de estratégias de disseminação e uso das informações obtidas a partir do Sistema de Contas de Saúde.

Art. 4º Integram o Comitê Gestor:

I - Ministério da Saúde:

a) um representante da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO;

b) um representante da Secretaria-Executiva - SE;

c) um representante da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS; e

d) um representante do Departamento de Economia da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;

II - Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ:

a) um representante da Escola Nacional de Saúde Pública;

III - Agência Nacional de Saúde Suplementar:

a) um representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial;

IV - Ministério do Planejamento:

a) um representante da Coordenação de Contas Nacionais, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

b) um representante da Diretoria de Estudos Sociais, da Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;

V - Ministério da Fazenda:

a) um representante da Secretaria de Política Econômica.

Art. 5º O Grupo Executivo será composto de:

I - Ministério da Saúde:

a) dois representantes do Departamento de Economia da Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;

II - Agência Nacional de Saúde Suplementar:

a) um representante da Diretoria de Desenvolvimento Setorial;

III - Fundação Oswaldo Cruz:

a) um representante da Escola Nacional de Saúde Pública;

IV - Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão:

a) dois representantes da Coordenação de Contas Nacionais, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; e

b) um representante da Diretoria de Estudos Sociais, da Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Art. 6º Caberá aos titulares dos órgãos envolvidos indicar os representantes e seus substitutos, em caso de ausência daqueles.

Art. 7º Poderão ser convidados a participar das reuniões do Comitê Gestor e do Grupo Executivo, e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos, representantes do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, profissionais vinculados às secretarias estaduais de saúde, bem como especialistas em temas e questões importantes para o desenvolvimento do trabalho.

Art. 8º Os membros do Comitê Gestor e do Grupo Executivo não farão jus a qualquer espécie de remuneração por sua participação neles.

Art. 9º O Departamento de Economia da Saúde será responsável pela coordenação do Comitê Gestor e do Grupo Executivo, bem como pelo apoio administrativo e pela documentação relativa às suas atividades.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANTONIO PALOCCI	SARAIVA
FILHO	FELIPE

PAULO BERNARDO SILVA

Emenda Constitucional nº 29: um avanço significativo para o setor saúde

Emenda Constitucional nº 29 garante financiamento da saúde

A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional.

A EC 29 representou um importante avanço para diminuir a instabilidade no financiamento que o setor de saúde enfrentou a partir da Constituição de 1988 (com o não cumprimento dos 30% do orçamento da seguridade social), bem como uma vitória da sociedade na questão da vinculação orçamentária como forma de diminuir essa instabilidade.

De acordo com levantamento realizado pela consultoria técnica da Comissão de Financiamento e Orçamento - COFIN/CNS, a pedido do Conselho Nacional de Saúde, os gastos de ações em serviços de saúde na esfera federal após a vigência da EC 29 tiveram uma ligeira oscilação, ficando em torno de 1,85% do Produto Interno Bruto, o que representa uma estabilidade desses gastos em relação ao PIB. Já os gastos Estaduais apresentaram um crescimento, passando de 0,57% do PIB em 2000 para 0,79% do PIB em 2003, enquanto os gastos municipais passaram de 0,67% do PIB para 0,91% do PIB no mesmo período, segundo dados do SIOPS.

Déficit - De acordo com o levantamento realizado pela consultoria técnica da COFIN, existe um déficit acumulado de aplicação pela União em 2001, 2002 e 2003, que totaliza R\$ 1,6 bilhão, considerado o excesso que teve em 2004.

Essa diferença foi adotada tendo como base de cálculo ou o valor empenhado ou o valor mínimo calculado segundo os critérios da

Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, o que fosse maior.

Resolução 322 - A Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde define o que são gastos em saúde para fins de apuração desse mínimo a ser aplicado. Ela orienta também quais referências devem ser adotadas para apuração da aplicação mínima com a saúde anualmente.

Regulamentação da EC 29 - A luta pela regulamentação se dá por não haver definição do processo para depois de 2004, e o Art. 198 da Constituição Federal, em seu parágrafo 3º, define a criação da Lei Complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada 5 (cinco) anos, estabelecendo os seguintes parâmetros: percentuais, normas de

fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas Federal, Estadual, Municipal e no Distrito Federal.

PLC 01/2003 - O Projeto de Lei Complementar 01/2003 regulamenta a Emenda Constitucional nº 29. O referido PLC é de autoria do Deputado Roberto Gouveia (PT/SP), e o substitutivo, do Deputado Guilherme Menezes. O substitutivo foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família no dia 11/08/2004, aprovado por unanimidade na Comissão de Tributação e Finanças da Câmara Federal no dia 09/11/2004. No momento o Projeto está tramitando na Comissão de Constituição e Justiça - CCJ, cujo relator, Dep. José Pimentel (PT-CE), já deu parecer favorável ao projeto e, agora, o PLC está aguardando a votação. O CNS fez gestão junto ao presidente desta Comissão colocando a importância desta votação.

O Conselho Nacional de Saúde realizou audiência com o Presidente da Câmara, Severino Cavalcanti, para solicitar empenho na votação do projeto. O Presidente da Câmara garantiu que colocará em votação o projeto tão logo seja encaminhado ao plenário.

De acordo com o Ministro da Saúde, Saraiva Felipe, os Conselhos de Saúde e a sociedade precisam lutar pelo financiamento da saúde e pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. "O SUS tem

propostas de atendimento universal e equânime que precisam de orçamentos que atendam essas demandas", assinalou o Ministro.

Ele lembrou que os Conselhos e a sociedade precisam ficar atentos às constantes tentativas de dilapidação do orçamento da saúde, pois a todo momento aparecem projetos que querem incluir despesas neste orçamento. "Precisamos ampliar o orçamento da área social, e não dividir um orçamento insuficiente com outras áreas sociais", disse o Ministro.

A emenda é fruto de luta dos movimentos sociais, que foram os articuladores e mobilizadores desta conquista e agora, mais uma vez, se juntam pela regulamentação da mesma.

Cumprimento da EC 29 por Estados em 2003

Cumprimento em 2003: 11 Estados

AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO, BA, RN, SE, SP

Não cumprimento em 2003: 16 Estados

AL, CE, MA, PB, PE, PI, ES, MG, RJ, PR, RS, SC, DF, GO, MS, MT

Fonte: SIOPS - Nota Técnica 009/2005 - Anexo 2

O QUE É O SIOPS

A implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão - PFDC - quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/ 94 e 002/94 sobre o funcionamento e financiamento do SUS.

Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS.

O SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/ Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pela Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/AESD, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

O banco de dados do SIOPS é alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, através do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, e conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF.

As informações prestadas ao SIOPS são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente federado, podendo-se utilizar, para o preenchimento do SIOPS, dos dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais. Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados da DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas.

Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 com base nos parâmetros definidos na Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde/CNS, a qual foi aprovada pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde, diante da não regulamentação da EC 29 pelo Poder Legislativo.

A Resolução/CNS 322 apresenta dez diretrizes que tratam da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, os percentuais mínimos de vinculação, a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos (2000 a 2004), a definição de ações e serviços de saúde, dá aos dados do SIOPS a credibilidade de ser o

instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde, e por fim estabelece como regra, em caso de descumprimento da EC nº 29/00, a possibilidade de compensação dos valores não aplicados no exercício anterior, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Assim, o SIOPS passou a ser um instrumento para o acompanhamento do cumprimento desse dispositivo constitucional.

Os dados informados são organizados e disponibilizados nesta página, sob a forma de diversos tipos de consultas e relatórios:

- dados informados de receitas e despesas com saúde, detalhados de acordo com o plano de contas da STN/MF;
- indicadores que relacionam receitas e despesas, como o percentual da despesa financiada com recursos transferidos por outras esferas de governo e o percentual de recursos próprios aplicados em saúde (indicador da EC 29);
- variáveis relevantes, como as receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, a despesa total com saúde, a despesa com recursos próprios, as receitas de transferências do Sistema Único de Saúde, despesa com pessoal, com medicamentos, entre outros dados;
- demonstrativo de cumprimento do limite mínimo estabelecido pela EC 29/2000 (desde 2002) previsto no Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO - Anexo XVI), da LRF, de acordo com o modelo publicado anualmente por portaria normativa específica da Secretaria do Tesouro Nacional/MF;
- estudos, legislações e documentos pertinentes ao assunto.

Atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza duas versões do programa para os Entes Federados: uma semestral e uma anual. O programa semestral foi introduzido no ano de 2002, após entendimentos com a Secretaria de Tesouro Nacional - STN/MF, ocasião em que a disponibilização do Demonstrativo da Receita Líquida de Impostos e das Despesas Próprias com Ações e Serviços de Públicos de Saúde - Anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária passou a ser produzido automaticamente em decorrência do preenchimento do SIOPS. Este demonstrativo visa aferir o cumprimento do limite mínimo estabelecido pela EC 29/2000 e segue o disposto na Lei Complementar nº 101, de 04/05/2000 e nas normas publicadas pela STN, referentes a cada exercício financeiro, sendo preconizado que a periodicidade de publicação do demonstrativo deve ser semestral.

O SIOPS faculta aos Conselhos de Saúde e a sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos no setor saúde.

A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma têm

vínculo com o SUS , o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área.

http://www.pt.org.br/portalpt/index.php?option=com_content&task=view&id=7821&Itemid=292

<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/12/05/327453566.asp>