

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM  
GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE**

**ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO**

**Letícia Meireles**

**Picada Café, RS, Brasil**

**2015**

# **ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Letícia Meireles**

Trabalho de Conclusão de curso sob forma de Artigo apresentada ao curso de Pós graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde - EaD, da UFSM, como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo Vianna Martins**

**Coorientador: Msc. Rosanne Lipp J. Heidrich**

**Picada Café, RS, Brasil  
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM**  
**Centro de Educação à Distância**  
**Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública**  
**em Saúde – EaD**

**A comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Artigo de Especialização**

**ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

elaborado por  
**Letícia Meireles**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Ricardo Vianna Martins**  
(Presidente/Orientador – UFSM)

**Alice do Carmo Jahn**  
(UFSM)

**Luiz Anildo Anacleto da Silva**  
(UFSM)

**Picada Café, 07 de Março de 2015.**

# **ANÁLISE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

## **ANALYSIS OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM FUNDING**

**Letícia Meireles<sup>I</sup>; Ricardo Vianna Martins<sup>II</sup>; Rosanne Lipp J. Heidrich<sup>III</sup>**

**I** Especialista em Gestão em Pública pela UFSM; Bacharel em Administração pela UFRGS. Telefone: (51) 91242343, e-mail: [leticia.m.ufrgs@gmail.com](mailto:leticia.m.ufrgs@gmail.com)

**II** Orientador - Prof. Dr. Coordenador do Curso de Pós-Graduação Lato Senso, Gestão de Organização Pública em Saúde - EAD / Centro de Educação Superior Norte-RS Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Endereço: Rua Cel Joaquim Pedro Salgado 165 - 401 - Porto Alegre, RS; Telefone: (51) 99650997, e-mail: [ricardomartinsead@gmail.com](mailto:ricardomartinsead@gmail.com)

**III** Mestre em Planejamento Urbano e Regional pela UFRGS; Especialista em Gestão Pública pela UFSM; Especialista em Sistemas e Serviços em Saúde pela UFRGS; e-mail: [rosannelipp@gmail.com](mailto:rosannelipp@gmail.com)

### **RESUMO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas do povo brasileiro. No entanto, garantir orçamento público adequado para dar conta de seu financiamento é um problema que se impõe sobre os gestores do sistema. A falta de financiamento adequado na saúde traz repercussões a toda a sociedade e ao Poder Público, quer seja pelo aspecto social como pelo aspecto econômico-financeiro. O presente artigo trata do Financiamento do SUS, traçando um panorama da sua situação atual, seus avanços e limitações, a fim de orientar os interessados nesta área, e propiciando a compreensão de aspectos mais recentes que envolvem a temática do financiamento da saúde no Brasil. Quanto ao método, a pesquisa classifica-se como exploratória e bibliográfica, de abordagem qualitativa e quantitativa. Os resultados apontam para uma discussão do panorama geral da saúde pública e as implicações da vinculação de receitas destinadas à saúde pelos três entes federados a luz da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000. Também busca posicionar o leitor no entendimento de como são financiados os serviços de saúde no país, discorrendo sobre questões como o “subfinanciamento” da saúde e o “pluralismo” nas fontes de financiamento.

**PALAVRAS CHAVES:** Financiamento – Saúde – Gestão.

## **ABSTRACT**

The Unified Health System (SUS) is one of the greatest achievements of the Brazilian people. However, ensure public budget adequate to account for its funding is a problem that imposes itself on the system managers. The lack of adequate funding in the health brings repercussions throughout society and the government, either by social aspect as by the economic and financial aspect. The current article deals with the SUS Financing, drawing a picture of its current situation, its advances and limitations, in order to guide those interested in this area, and giving them understanding of newer aspects that involve the thematic of health financing in Brazil. As for the method, the research is classified as exploratory and bibliographic, of qualitative and quantitative approach. The results point to a discussion of the overall picture of public health and the implications of earmarking of revenues destined to the health by the three federated entities in the light of Constitutional Amendment (CA) 29/2000. It also seeks to position the reader in understanding of how are funded the health services in the country, discussing issues such as "underfunding" health and "pluralism" in the sources of funding.

**KEYWORDS:** Financing - Health - Management.

## INTRODUÇÃO

Ao revelar-se a política pública mais incluyente do país dos últimos 25 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro. Além da sua importância social, a questão da saúde tem participação cada vez maior tanto na economia do país, como nas contas públicas e no orçamento das famílias.

No entanto, o palco de atuação do SUS traz um cenário onde se evidencia a preocupação com as restrições orçamentárias e financeiras, sendo um grande desafio aos gestores a efetivação dos princípios basilares do SUS assumidos na Constituição Federal de 1988: a equidade, a universalidade e a integralidade. Esses princípios são assegurados em todos os seus serviços e ações e em todos os níveis de atenção, incluindo todas as camadas sociais e diversas peculiaridades regionais e demandas locais em saúde do país.

Antes vista como uma temática de interesse apenas da área médica e dos profissionais de saúde em geral, a saúde, por sua importância e complexidade, vem assumindo um contexto cada vez maior no debate multidisciplinar, interprofissional e intersetorial, sobretudo após a redemocratização do país (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011).

Tornou-se fundamental e urgente a participação da sociedade no sentido de organizar-se social e politicamente para cooperar com a repolitização do SUS, nas três esferas de gestão (União, Estados e Municípios). Isso porque impera sobre a sociedade brasileira a necessidade de ter, enfim, um serviço público e gratuito de qualidade e que seja também eficiente e eficaz, bem como porque as famílias precisam equilibrar seus orçamentos frente as demandas que a área da saúde impõe – o que evidentemente gera reflexos na economia de todo o país.

Assim, conhecer o sistema de saúde que temos e qual o sistema que queremos, avaliar quanto estamos dispostos a pagar por ele e como atuar politicamente para garantir orçamento público adequado é um desafio que se impõe a toda sociedade.

O objetivo geral deste estudo é analisar o panorama do financiamento da saúde no Brasil, com foco nas principais mudanças ocorridas a partir da Emenda Constitucional (EC) nº29. Essa norma dispõe sobre os investimentos mínimos em saúde pública por parte da União, Estados e Municípios, proporcionalmente ao Produto Interno Bruto (PIB) e pode ser considerada um marco para o financiamento do SUS.

Para alcançar o objetivo geral, serão abordados os seguintes objetivos específicos:

- Apresentar um breve histórico processo social que originou o sistema de saúde brasileira, com foco na evolução do financiamento público a partir das Constituição Federal de 1988; e, mais especificamente, avaliando de que maneira ocorre a vinculação constitucional de Receitas dos entes federados à luz da EC nº 29/2000 e sua importância;
- Analisar o percentual do gasto público com saúde por esfera de governo; e
- Averiguar como são financiados os serviços de Saúde.

A importância desta abordagem reside no fato de que o sistema de saúde requer sustentação fiscal e orçamentária permanente, e sem a qual, nenhum outro programa daí advindo poderá germinar, por mais relevante que seja. Espera-se, desta forma, que o presente artigo possa auxiliar tanto aos gestores de saúde como a toda sociedade, fomentando um melhor entendimento sobre a questão do financiamento (e do subfinanciamento) da saúde.

Dessa forma busca-se contribuir para aguçar o olhar social sobre o SUS: não mais como mera política de governo, mas sim como uma das mais importantes políticas públicas do país, cuja construção e reconstrução emaranham-se em uma série de limitações impeditivas ao cumprimento da garantia de acesso universal, integral e igualitário assegurados na constituição do país.

## **MÉTODO**

O presente artigo foi desenvolvido utilizando como método a pesquisa exploratória, sob o ponto de vista dos objetivos, uma vez que esse tipo de pesquisa permite desenvolver maior familiaridade com o tema.

Classifica-se quanto a natureza como pesquisa básica, os dados foram coletados a partir de uma abordagem quantitativa e qualitativa, uma vez que levou em conta tanto parâmetros estatísticos para analisá-los e quantificá-los, como dados subjetivos de elementos textuais.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, a pesquisa enquadra-se como pesquisa bibliográfica, pois foi elaborada a partir de materiais já publicados, constituído principalmente de legislações, artigos e sites de internet.

Primeiramente construiu-se um protocolo, como um conjunto ordenado de critérios para guiar a pesquisa científica. Isso incluiu: identificação e delimitação do tema – suficientes para a compreensão do trabalho; busca de referências, predominantemente em sites de internet e artigos acadêmicos e por fim a organização de informações.

De acordo com Gil (2002), a análise dos dados tem como objetivo organizar as informações obtidas, durante a coleta, para possibilitar o fornecimento de respostas ao problema de pesquisa. Esse autor define que, após a fase de análises, uma interpretação dos dados ocorre para procurar um sentido mais amplo das respostas associando aos conhecimentos obtidos na literatura. De maneira sucinta, esse foi o procedimento adotado no desenvolvimento do referido artigo, no qual ora versam dados informativos, a fim de embasar o leitor acerca do tema abordado, ora versam dados analisados e comentados pela autora a fim de proporcionar uma maior reflexão desta sobre o assunto e conseqüente maior entendimento do tema.

A presente pesquisa irá contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal da autora, possibilitando ampliar o conhecimento quanto a este importante tema que é a Gestão Pública dos recursos destinados à saúde, suas limitações, avanços e implicações, e assim, poder contribuir de maneira mais efetiva nos meios sociais em que atua.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir serão apresentados os resultados encontrados na pesquisa, partindo-se da apresentação do processo social que originou o SUS e da evolução do seu financiamento a partir da Constituição Federal de 1988, com foco as inovações trazidas pela EC nº 29. Na sequência, será apresentada a análise do gasto público com saúde por esfera de governo com uma abordagem de como são financiados os serviços de saúde no Brasil.

## Breve histórico do processo social que originou o Sistema de Saúde Brasileiro

Para que se entenda o que está sendo discutido hoje sobre questões relacionadas ao financiamento do SUS, se faz necessário um breve relato do processo social que o originou.

De acordo com Carvalho (2010), o atual sistema de saúde brasileiro resulta “de um processo interno de forte densidade política e social” mas “também foi influenciado por diversos modelos externos, em particular por aqueles vigentes no *welfares states* (Estado-Providência)”

Esse sistema ficou conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), e é assim denominado justamente porque sua formulação corresponde à unificação dos vários subsistemas até então existentes, superando a fragmentação institucional que prevalecia tanto no interior da esfera federal (saúde previdenciária, saúde pública, etc) quanto entre as diferentes esferas governamentais (federal, estadual, municipal), e distinguindo o setor estatal do setor privado (CARVALHO, 2010, p.9)

Assim, enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia e a contenção dos gastos públicos, no Brasil, os direitos sociais, entre os quais os da saúde, estavam em franca expansão e evocava-se a responsabilidade do Estado como principal provedor da manutenção desses direitos.

De acordo com Carvalho (2010), a evolução das políticas de saúde no país foi presidida por dois movimentos tendenciais fortes, nos últimos 30 anos: a universalização das políticas de proteção social, como um modo de reconhecer nestas a possibilidade de exercer a cidadania plena; e, mais precisamente no campo da saúde, ocorreu uma maior efetividade sanitária, havendo a transição de um modelo de atenção curativa à demanda para um modelo de atenção integral à população.

A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos quanto o direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), restrita aos trabalhadores que para ele contribuía. Assim,

Havia, de fato, o estabelecimento de uma cidadania regulada, de caráter parcial e concedida por meio da articulação entre a política de governo e o movimento sindical. Dessa forma, acabaram excluídos da cidadania todos os indivíduos que não possuíam ocupação reconhecida por lei, como os trabalhadores da área rural e os trabalhadores urbanos cujas ocupações não estavam reguladas. (CARVALHO, 2010, p.16)

Entretanto, manter uma estrutura que privilegiava a minoria, passou a gerar tensão frente a crescente necessidade de extensão dos chamados direitos sociais, desencadeando o processo conhecido como Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. (ENSP, 2011) <sup>1</sup>

No bojo deste processo, em março de 1986, ocorreu então a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual alcançou grande representatividade, com participação de técnicos do setor da saúde, de gestores e da sociedade organizada. Seu objetivo era sistematizar e disseminar politicamente um projeto democrático de reforma sanitária baseado em um modelo de proteção social com garantia do direito à saúde integral. As propostas elaboradas durante a VII CNS foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte criada em 1987. A nova constituição brasileira, promulgada em 1988, aderiu a grande parte destas propostas e, a partir de então, o financiamento do sistema de saúde do país passou por momentos distintos, mapeadas num processo evolutivo que será apresentado a seguir.

### **Evolução do financiamento público da saúde a partir da Constituição Federal de 1988**

A Constituição Federal de 1988 foi o marco mais importante sobre a saúde pública do Brasil. Ela trata da saúde nos artigos 196 a 200 e coloca nas mãos do Estado a responsabilidade de garantir, mediante políticas sociais e econômicas, ações e serviços que visem promover, proteger e recuperar a saúde de todos, cujo acesso deverá ser dado de forma universal e igualitária. Assim, já na criação do SUS, o seu financiamento fica atrelado ao orçamento da seguridade social, nos três níveis de governo: União, Estados e Municípios. (CF 1988, Art. 198, § 1º.)

---

<sup>1</sup> ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011, Disponível em < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>> acesso em 24 fev 2015)

É importante ressaltar que a carta magna também trouxe outras inovações sobre o financiamento da saúde. De acordo com o CONASS (2011) as principais foram a criação da Seguridade Social e a rejeição da vinculação permanente de recursos para o setor proposta pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CRNS). Também repercutiram no financiamento e planejamento da saúde outras inovações constitucionais, de ordem tributária: o Plano Plurianual (PPA) e a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

O art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), até a edição da 1ª. Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), em 1990, determinava o percentual de 30% do orçamento da seguridade social para as ações e serviços públicos de saúde.

Assim, do ponto de vista do arcabouço jurídico, estavam dadas as garantias para que o novo sistema pudesse operar de forma satisfatória. Mas, verificou-se, ao longo da história, que não foi exatamente isso que ocorreu. Nesse sentido, é importante lembrar que, após a criação do SUS todos os brasileiros passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços públicos de saúde (princípio da universalidade).

Antes da criação do SUS, apenas os trabalhadores com carteira assinada detinham este direito, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ou seja, com o advento da criação do SUS, o resultado foi um aumento significativo de pessoas que passaram a ter acesso ao sistema público de saúde, o que demandaria, em contrapartida, um incremento significativo de recursos financeiros para dar conta da nova demanda gerada.

A operação e regulação do novo sistema percorreram, desde a sua criação, um conturbado caminho na busca de sua efetivação. Sinteticamente, podem-se apontar alguns marcos da trajetória do SUS, desde a Constituição Federal de 1988 até os dias de hoje:

- 1990 – Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – dedica parte especial ao financiamento. Dispositivos imediatamente vetados, posteriormente reintroduzidos por meio da Lei 8142/90.
- 1991 – Impacto do Duplo descumprimento do art. 55 ADCT/CF na LDO/90 – Demonstrado no Orçamento de 1991 (previsão e execução) e 1992 (previsão). Não ocorreu mudança na previsão de gastos de 30% do Orçamento da Seguridade Social, mas esse dispositivo não foi observado.

- 1992 – Situação alarmante da crise do financiamento da Saúde. Empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Principais motivos da crise: aumento das despesas para cobertura da universalização; ajustes fiscais que comprometeram as fontes (não estáveis) de financiamento.
- 1993 - Continuação da crise no financiamento da saúde e o surgimento da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 - Proposta de Vinculação Constitucional “Definitiva” de 30% do Orçamento da Seguridade Social + 10% da receita de impostos, União, Distrito Federal, Estados e Municípios;
- 1994-1996 – Tramitação de propostas (PEC) de destinação plena das contribuições sobre faturamento e o lucro e percentual do PIB (5%) – Proposta aglutinativa PEC 82-A;
- 1996 – Lei 9.311/1996, art. 18, trata da instituição da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF – vigorou até o final do ano 2007. Entre 1997 e 2007, a CPMF respondeu por 1/3 do total dos recursos do MS.
- 2000 – Aprovação da Emenda Constitucional nº29/2000 – Vinculação Constitucional de Receitas às despesas da Saúde, (nos termos que serão explanados no capítulo a seguir)
- 2012 – Lei Complementar nº 141/2012- Regulamentação da EC nº 29/2000. 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 critérios 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. (CONASS, 2012)

Além dessas regulamentações mencionadas acima, também faz parte do histórico do SUS as Normas Operacionais Básicas (NOB), cujas principais são as NOB 1991, NOB 1993 e NOB 1996. As NOBs são orientações específicas e pactuadas para reorganizar o modelo de gestão e representam a regulamentação no processo de descentralização. Seus objetivos são: alocar recursos, promover integração entre as três esferas de governo e promover a

transferência para os Estados e Municípios das responsabilidades do SUS. bem como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde: NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002.

Embora a implantação do SUS tenha avançado nos últimos anos, tendo um arcabouço jurídico já bastante consolidado, e tendo inclusive alcançado avanços, principalmente no processo de descentralização do poder decisório, ainda é preocupante a situação mais crucial de todas que envolve o sistema: o financiamento.

### **Avanços decorrentes da Emenda Constitucional N° 29/2000**

A EC 29 trouxe avanços na condução da política de saúde do país, por vários fatores, representando, acima de tudo, um processo de reconstrução do pacto federativo<sup>2</sup>, com componentes legítimos de reforma do Estado. Seus principais aspectos serão abordados a seguir.

#### **A EC 29/2000 – vinculação de receitas e sua importância constitucional**

A Emenda Constitucional n° 20 (EC 29) começou sua vigência em 2000, e assegurou a participação das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos (PIOLA, et. al., 2012) como será mostrado a seguir:

---

<sup>2</sup> O Pacto Federativo, ou, como chamado atualmente, o Federalismo Fiscal, está definido na Constituição da República Federativa do Brasil (artigos 145 a 162), nos quais, entre outros temas, são definidas as competências tributárias dos entes da Federação, e os encargos ou serviços públicos pelos quais são responsáveis estão definidos entre os artigos 21 a 32. O Pacto Federativo também tem relação com os mecanismos de partilha da receita dos tributos arrecadados entre os entes da Federação, sendo exemplos desses mecanismos os Fundos de Participação dos Estados e do Distrito Federal e dos Municípios e os Fundos Constitucionais de incentivo ao desenvolvimento regional (Fundos Constitucionais do Norte, Nordeste e Centro-Oeste). (ALVERGA, 2013)

**União** – no primeiro ano, o montante aplicado no ano anterior, acrescido de 5%. Para os anos seguintes, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB.

**Estados** – inicialmente 7% da receita de impostos estaduais, até atingir 12%.

**Municípios** – no primeiro ano, 7% das receitas de impostos municipais com aumentos graduais até atingir 15%

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), A vinculação das Receitas para as ações e serviços da saúde é extremamente importante para garantir a sustentabilidade do sistema único de saúde. Tal vinculação ocorreu motivada pelos seguintes objetivos:

- **Comprometer** as três esferas de governo com o financiamento da saúde;
- Estabelecer **fontes estáveis** de financiamento, prevenindo crises ou situações de insolvência. Isso porque, até então, os investimentos na área da saúde ficavam a critério da área econômica do governo, a qual, diante de um cenário com tantas necessidades, dificilmente via na saúde um fator para reorientar a distribuição de recursos do ponto de vista prioritário. Assim, a vinculação foi importante para definir claramente de onde vêm os recursos para a saúde pública e não mais a critério do modelo de desenvolvimento que cada governo estivesse pautando.
- Propiciar o **planejamento** necessário à sustentabilidade do SUS. Tal objetivo é de sua importância, pois uma vez tendo fontes estáveis de recursos, passou-se a ter condições de planejar ações para os anos seguintes. Um bom exemplo disto é o Plano Nacional de Saúde - PNS<sup>3</sup>, que é um planejamento do Governo para o período de quatro anos.
- Garantir a **continuidade** dos gastos do sistema baseado no financiamento público e cobertura universal.

---

<sup>3</sup> O Plano Nacional de Saúde é o planejamento do Ministério da Saúde que tem por objetivo promover o acesso às ações e serviços de saúde e o fortalecimento do SUS, orientando a gestão federal quanto as prioridades e desafios na área da saúde. O PNS vigente atualmente é de 2012 a 2015 e pode ser acessado em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)

A vinculação constitucional de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, trazida pela EC 29/2000, trouxe impactos ao orçamento público. De acordo com o SIOPS<sup>4</sup>, os três entes da federação apresentaram uma curva crescente (em R\$ milhões correntes) em despesas com saúde, desde então.

Nesse sentido, é importante conhecer como se deu a divisão de responsabilidades do financiamento da saúde a partir da vinculação constitucional de receitas.

### Gasto público com saúde por esfera de governo

O advento da EC nº 29 causou impactos diferentes em cada ente da Federação. De acordo com Piola *et.al*, ela foi mais bem-sucedida na busca do objetivo de elevar a participação de Estados e municípios no orçamento da saúde.

Abaixo, apresenta-se uma série histórica que demonstra o impacto desta vinculação e como cada ente federado passou a atuar na divisão de responsabilidades com o financiamento do SUS.

Tabela 1 - Percentual do Gasto Público com Saúde por Esfera de Governo.

<b>ANO</b>	<b>União (%)</b>	<b>Estados (%)</b>	<b>Municípios (%)</b>
<b>1980</b>	75	18	7
<b>1991</b>	73	15	12
<b>2001</b>	56	21	23
<b>2010</b>	<b>45</b>	<b>27</b>	<b>28</b>

Fonte: Elaborado pela autora com informações retiradas do SPO/MS e Siops/MS. Acesso em 20 fev 2015.

<sup>4</sup> Siops: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

De acordo com a tabela apresentada, constata-se que no ano de 1980, 75% dos gastos como o SUS tinham origem nos recursos da União. Estados participavam com 18% e municípios com apenas 7%.

Em 1991, observa-se uma pequena redução no percentual da União (73%) enquanto Estados participaram com 15% e Municípios com 12%. O aumento na participação dos municípios já vinha sendo observado, com o aumento anual de sua parcela de recursos destinados à saúde, uma vez que estes passaram a ter mais responsabilidade no atendimento à saúde, e por consequência passaram a ter mais gastos com recursos humanos, com folha de pagamento dos seus profissionais, com investimentos em máquinas e equipamentos, etc.

Em 2001 há uma redução significativa da participação da União (56%) e a distribuição entre Estados e Municípios apresenta um aumento: 21% e 23% respectivamente.

Por fim, já nesta década, em 2010, observa-se uma inversão: há uma distribuição quase semelhante na partilha de responsabilidade entre Estados e Municípios (27% e 28%, respectivamente) totalizando 55% dos gastos para a saúde, enquanto a União participa com 45%.

Ressalta-se que, em valor absoluto, não houve uma redução do volume de recursos aplicados pela União em saúde. Ao contrário, esses recursos vêm gradativamente aumentando, conforme demonstrativo abaixo disponibilizado pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup>:

Tabela 2 – Recursos aplicados pela União, em bilhões de R\$.

Ano	Orçamento (R\$, bilhões)
2003	31,2
2004	38,2
2005	42,9
2006	46,2
2007	53,0
2008	56,7
2009	64,3
2010	69,8
2011	80,9
2012	95,9
2013	100,5
2014	106

Fonte: Ministério da Saúde. Acesso em 24 fev 2015

<sup>5</sup> Disponível no site de internet: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/saude-tera-orcamento-de-r-106-bilhoes-em-2014>. Acesso em 24 fev 2015.

O valor para o ano de 2010 representou um aumento de 82% em relação a 2004, quando o orçamento era de 38,2 bilhões. Já em 2014 houve um incremento de 31% em relação a 2011, quando o orçamento foi de 80,9 bilhões. Em 11 anos os recursos destinados ao setor mais que triplicaram. Porém, ao se avaliar relativamente à participação dos entes da federação, constata-se que Estados e Municípios passaram a dedicar mais recursos na partilha de responsabilidades.

### **Como são financiados os serviços de saúde**

De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a parcela dominante do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Nestes países, a maior parte do gasto privado com planos e seguros é realizado através de pré-pagamento. (Piola, et. al, 2012). O desembolso direto é a forma mais iníqua e excludente de financiamento e tem mais incidência nos países mais pobres (OMS, 2000, citado por Piola et.al.)

Com base na publicação “A Saúde no Brasil em 2030” da FIOCRUZ (2012), PIOLA *et. al.* explica que o sistema de saúde no Brasil é pluralista, tanto em termos institucionais<sup>6</sup>, quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Segundo este documento

“essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde:

- a) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais);
- b) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto em junho de 2009 por 1.116 operadoras de planos de assistência médico-hospitalar e 406 de planos exclusivamente odontológicos<sup>7</sup>;
- c) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada;

---

<sup>6</sup> Sua estrutura é composta por entes públicos (federais, estaduais e municipais) e privados (com e sem fins lucrativos).

<sup>7</sup> ANS, Caderno de Informações set. 2009.

- d) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (RIBEIRO *et al.*, 2005)." (PIOLA *et al.*, 2012, p.11)

Ou seja, somente do ponto de vista legal o Brasil apresenta um sistema universal de saúde, pois na prática o sistema é pluralista e o gasto majoritariamente privado.

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), citado por Piola *et al.* (2012), o Brasil tinha, em 2007, um dispêndio total (público e privado) em saúde equivalente a 8,4% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo 3,8% do gasto público e 4,6% do gasto privado. Desta maneira, este autor referencia que o Brasil, é, possivelmente, “o único país com sistema universal de saúde, ao menos do ponto de vista legal, onde o gasto privado é maior que o público”. (Piola, 2012).

Entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que dispõe de sistemas universais, a participação das fontes públicas no financiamento do sistema de saúde representa, em média, 70% da despesa total. Já, comparativamente ao percentual do PIB em países com sistemas universais, o gasto público em saúde na França é de 9,3%, na Alemanha é de 9,0%, no Reino Unido é de 8,2%, na Suécia é de 7,8%, na Espanha é de 7,1%, enquanto no Brasil esse gasto fica em 3,8% conforme WHO 2012, dados de 2009. Assim sendo, o gasto público no Brasil é baixo para se considerar que o sistema efetivamente ofereça cobertura universal e atendimento integral.

O ponto frágil do financiamento da saúde no Brasil na atualidade, reside, em síntese, no subfinanciamento do setor. Isso quer dizer que, apesar de se gastar 8,4% do PIB com saúde (OMS, 2012 com dados de 2009), o gasto privado é substancialmente maior do que o gasto público.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O financiamento público da saúde é diretamente afetado por decisões políticas, macroeconômicas, pelo contexto de inserção internacional do país, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro. (PIOLA *et al.*, 2012)

Na busca de uma melhor gestão de recursos do SUS, tanto na esfera econômico-financeira, como de pessoas, tecnologia, pesquisas e inovação, os governantes do país, através

tanto do Ministério da Saúde, como dos órgãos intergestores vêm apresentando normatizações a fim combater a fragilidade das conexões orçamentárias e rebater as dificuldades diversas que o sistema apresenta.

A fim de solucionar este problema, o presente artigo se propôs a traçar um breve o panorama da saúde no Brasil, focalizando os principais aspectos a partir do advento da Constituição Federal de 1988 e mais precisamente da EC 29/2000. Sucintamente, os resultados encontrados estão mencionados nos próximos parágrafos.

Inicialmente foi realizado um breve histórico do processo social que originou o atual sistema de saúde brasileiro e a evolução do financiamento público da saúde, com destaque às principais normatizações e ocorrências na área da saúde a partir da Constituição Federal de 1988.

Na sequencia, abordou-se a Emenda Constitucional nº 29, que trata da vinculação de recursos das três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS. Quanto a este assunto, é pertinente salientar ainda que ao vincular as receitas dos entes federados à área da saúde, a EC 29 representa uma importante conquista da sociedade para a construção do SUS, uma vez que possibilita a manutenção do sistema com mais confiança em fontes estáveis de custeio. Isso possibilita aos gestores um melhor planejamento das ações, uma vez que ao lidar com fontes estáveis e comprometimento de todos os entes, há maiores chances de se ter continuidade das ações e serviços.

A referida emenda prevê, entre outros fatores, sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimo de aplicação em saúde. Salienta-se que até o ano de 2012 a EC 29/2000 ainda carecia de regulamentação, a qual foi sancionada através da Lei Complementar nº141 em 13 de janeiro de 2012.

O presente artigo analisou também, em termos percentuais, a evolução histórica da participação dos gastos públicos em saúde por entes de governo nas últimas quatro décadas. Foi constatada uma modificação no comportamento da participação entre os entes. Ao longo dos anos, com as legislações mencionadas, os Estados e Municípios passaram a contribuir com maior volume de sua arrecadação para a área da saúde, enquanto, percentualmente a participação da União reduziu. Em termos de volume financeiro, a participação da União, no entanto, aumentou, conforme demonstrado na tabela 2 (página 12).

Finalmente foram feitas algumas considerações sobre como são financiados os serviços públicos de saúde no Brasil. Identificou-se, a partir das leituras de base, que o ponto frágil do sistema reside no subfinanciamento. A população, a partir do gasto privado, acaba

custeando mais da metade do gasto da saúde do país, não sendo constatada, na prática, a efetivação da cobertura integral e atendimento universal como determina a Constituição. Nesse sentido, o Brasil encontra-se bem aquém de outros países da OCDE que também tem sistemas universais de saúde, conforme se abordou no capítulo “Como são Financiados os Serviços de Saúde”.

Identificou-se que o SUS é pluralista, pois tem diversas fontes de financiamento, diversas facetas institucionais e diversas modalidades de atenção à saúde. Não obstante essa realidade, a autora entende, a partir das pesquisas realizadas, que o Poder Público não está dispensado de um papel essencial e intransferível na organização e na regulação dos serviços, na defesa dos interesses da coletividade e na assunção da saúde como um verdadeiro bem público.

Cabe salientar, por fim, que dada a importância desse tema, o presente artigo não esgota o assunto, antes, propõe apenas uma breve reflexão que objetiva impulsionar o leitor para buscar aprofundamento bibliográfico, diante da motivação que se espera ter provocado.

Como sugestão de pesquisas futuras, indica-se a temática das transferências regulares e automáticas de recursos federais a estados e municípios. Mais pontualmente pode-se focalizar o estudo na criação dos blocos de financiamento, cujo pano de fundo é o Pacto pela Saúde, que traz as mudanças mais recentes em termos de processo de financiamento compartilhado do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, C.F. **O Significado do Pacto Federativo**. Tribuna da Internet. Disponível em <<http://tribunadainternet.com.br/o-significado-do-pacto-federativo/>> Acesso em 20 jan 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Vol.2. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011). Disponível em [http://www.conass.org.br/colecao2011/livro\\_2.pdf](http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_2.pdf) Acesso em 30 nov 2014.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em 11 nov 2014.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 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. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)> Acesso em 19 jan 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 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 critérios 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. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)> Acesso em 24 fev 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vinculação constitucional de recursos para ações e serviços públicos de saúde – EC 29/2000**. 30 slides color. Disponível em <[http://www.fsms.org.br/arquivos/biblioteca/01\\_07\\_2005\\_00\\_19\\_fsms\\_ppt1.ppt](http://www.fsms.org.br/arquivos/biblioteca/01_07_2005_00_19_fsms_ppt1.ppt)> Acesso 24 fev 2015

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf)> Acesso em: 11 nov. 2014.

CARVALHO, A. I. *et al.* **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2010.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>> acesso em 24 fev 2015

FIOCRUZ *et al.* **A Saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em <[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/Saude\\_Brasil\\_2030.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/Saude_Brasil_2030.pdf)> Acesso em 30 out 2014.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JUNIOR, Mozart de O.O Financiamento de Saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Os Médicos e a Saúde no Brasil**, disponível em <[http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/medicos\\_saude\\_brasil/cap5.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/medicos_saude_brasil/cap5.htm)>. Acesso em 25 fev 2015.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro.** Porto Alegre: UFRGS, 2012. Disponível em <  
<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/25261/21530>> Acesso em 21 dez 2014.

SIOPS. **Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde.** Disponível em <http://siops.datasus.gov.br> Acesso em 20 fev 2015.