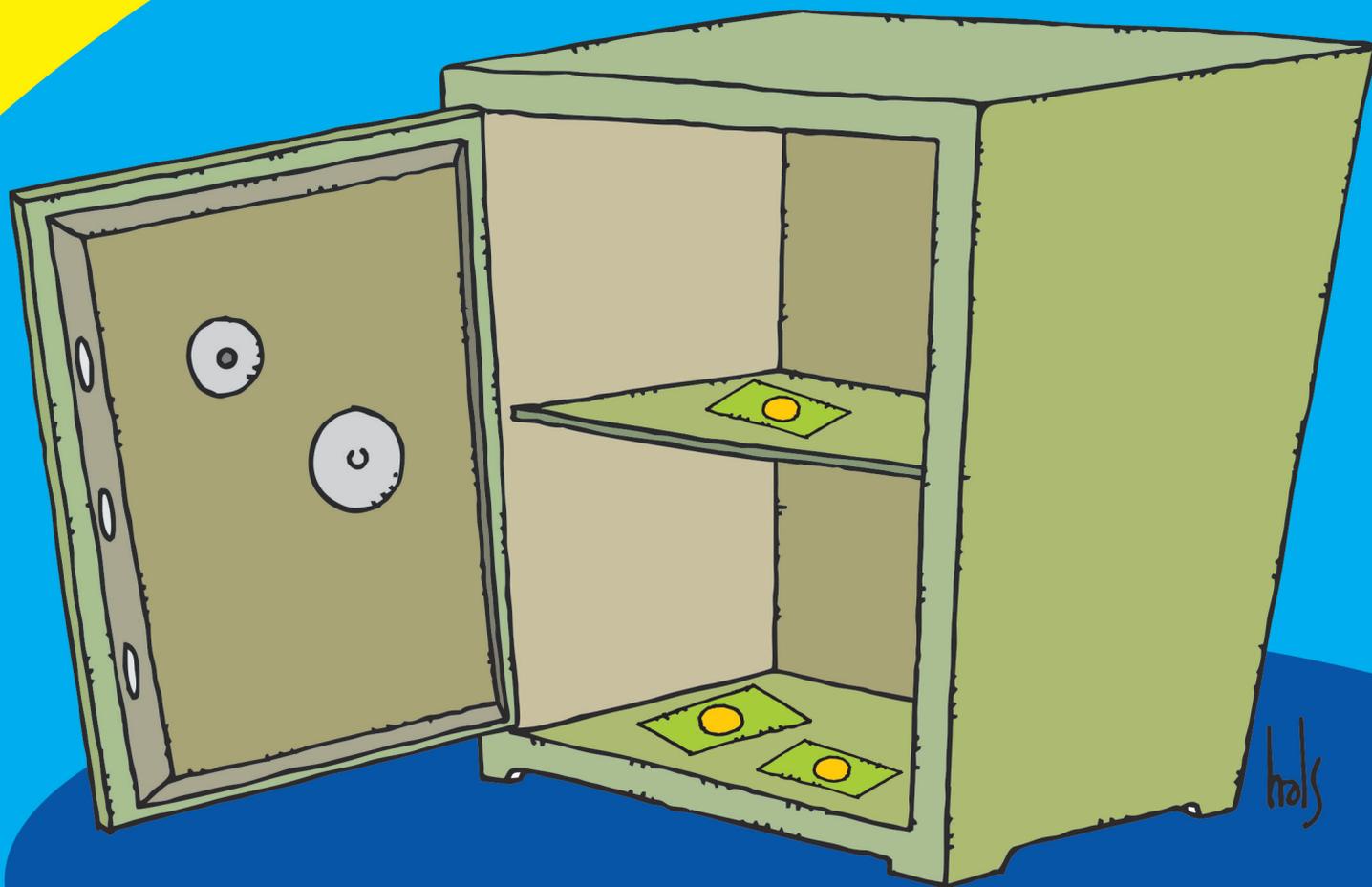


O DIREITO HUMANO À SAÚDE E O SEU SUB-FINANCIAMENTO



Alessandra Schneider
Jorge A. Gimenez Peralta
Nara A. Peruzzo
Valdevir Both

O Direito Humano à Saúde e o seu Subfinanciamento

Passo Fundo
IFIBE/CEAP
2010

© 2010 – Centro de Educação e Assessoramento Popular-CEAP

Texto: Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP

Elaboração do Texto: Alessandra Schneider, Jorge A. Gimenez Peralta, Nara A. Peruzzo e Valdevir Both

Colaboração: Gilson Carvalho e Paulo C. Carbonari

Edição: Editora IFIBE (do Instituto Superior de Filosofia Berthier)

Revisão de Texto: Deborah Matte

Ilustração: Leandro Bierhals

Diagramação e Impressão: Passografic

Apoio: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-SEGEP

Tiragem: 10.000

Distribuição: CEAP

CIP – Catalogação na Publicação

D598 O direito humano à saúde e o seu subfinanciamento / Alessandra Schneider ... [et al.]. – Passo Fundo : IFIBE, 2010. 48 p. ; 21 cm.

ISBN 85-99184-19-9

1. Saúde. 2. Financiamento da saúde. 3. Direitos humanos. I. Schneider, Alessandra.

CDU: 614(816.5)

Catalogação: Bibliotecária Lidiane Corrêa Souza – CRB 10/1721

2010

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte



SUMÁRIO

Apresentação

1 A saúde como direito humano

- 1.1 A saúde no Brasil e os direitos humanos
- 1.2 O direito à saúde e o papel do Estado
- 1.3 O discurso da insuficiência de recursos para a saúde
- 1.4 Desafios

2 Entendendo o orçamento público

- 2.1 O significado e a origem do orçamento público
- 2.2 Etapas do orçamento público
- 2.3 Lei de Responsabilidade Fiscal
- 2.4 As fontes do orçamento público
- 2.5 Desafios

3 Entendendo o financiamento da saúde

- 3.1 Histórico
- 3.2 O financiamento da seguridade social
- 3.3 O financiamento da saúde
- 3.4 A insuficiência histórica de recursos para a saúde
- 3.5 Emenda Constitucional nº 29
- 3.6 Instrumentos de gestão da saúde
 - 3.6.1 Fundo da Saúde
 - 3.6.2 Relatório de Gestão
 - 3.6.3 Plano de Saúde
- 3.7 O Pacto pela Saúde e o financiamento da saúde
- 3.8 Desafios

Conclusão

Apresentação

Esta cartilha integra o programa formativo na área de “Financiamento da Saúde no Brasil”, desenvolvido pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP em parceria com o Centro Nordestino de Medicina Popular - CNMP, com apoio do Ministério da Saúde. Neste processo, realizamos também um Seminário sobre o tema em Florianópolis-SC e outro em Camaragibe-PE em 2008, além de um curso de três etapas em cada uma destas duas Regiões, em 2009.

A formação deu-se junto ao Fórum Sul da Saúde e à Rede de Usuários do SUS do Nordeste¹, e teve como objetivo principal capacitar lideranças sociais e conselheiros da saúde para desempenharem com mais subsídios o seu papel de controle da política pública da saúde no Brasil. Buscamos, também, fortalecer os espaços e processos organizativos de luta pelo direito humano à saúde, que permitem ampliar nossa ação para além dos espaços institucionais do SUS.

Além de ser um instrumento complementar desta rica experiência formativa, pretendemos com esta publicação atingir um público muito maior, especialmente as lideranças que acreditam e lutam pela implementação e pela qualificação do SUS em todos os cantos do país. Esta luta, sabemos, exige dos movimentos sociais e dos militantes da causa, uma agenda política intensa para tornar a seguridade social um direito efetivo de todos e todas.

Se já demos passos importantes nesta direção nas últimas duas décadas no Brasil, muito ainda temos por fazer, a começar por um financiamento estável, suficiente

¹ O Fórum Sul da Saúde e a Rede de Usuários do SUS do Nordeste são experiências organizativas que reúnem movimentos e entidades que lutam pelo direito humano à saúde. Atuam para além da pauta institucional dos Conselhos e Conferências. Compreendem que a sociedade civil, especialmente usuários e profissionais compromissados com o SUS, devem ter espaços próprios de formação e discussão política estratégica, que articule a ação dentro dos espaços institucionais, mas ampliado para além deles.

e com controle social , que responda à nossa condição de sujeitos de direitos. Não é possível que uma das maiores políticas públicas construídas pela cidadania brasileira, seja desmantelada por interesses, seja de qual tipo for; nem por falta de uma política de financiamento condizente. Esta deve ser uma agenda urgente e necessária de toda sociedade brasileira. O SUS deve ser compreendido a partir dos seus princípios orientadores. Neste sentido, muito mais do que uma prestação de serviços na área da saúde, a proposta do SUS é parte de um modelo de desenvolvimento do país que materializa o princípio da justiça social. É, portanto, na sua raiz, uma das maiores políticas de distribuição de renda do Brasil. É disto que estamos tratando ao discutirmos a importância do fortalecimento do SUS, e a conseqüente necessidade de uma política consistente de financiamento.

Esperamos que esta cartilha seja um instrumento de apoio e que avancemos cada vez mais nesta luta coletiva que vale a pena.

Grande abraço!

Equipe do CEAP

O CEAP é um Centro de Educação Popular fundado há 20 anos por lideranças sociais empenhadas com a construção de uma sociedade democrática, justa e solidária. Desde o início dos anos 90, o Centro vem atuando em políticas públicas sociais – especialmente de saúde – contribuindo para fortalecer e qualificar a participação da comunidade na proposição e no controle das políticas públicas, com o objetivo de efetivar o direito humano à saúde.

Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP

Rua Independência, nº 95, sala 2

99010-040 – Passo Fundo – RS

Fone: (54) 3313 6325

ceap@ceap-rs.org.br

www.ceap-rs.org.br

1 A saúde como direito humano

Tratar do financiamento da saúde no Brasil implica necessariamente deixar claro o conteúdo ético/político que acompanha o conceito de saúde vigente no país desde 1988. Sem este ponto de referência, corremos o risco de entrar num debate técnico/legalista, que leva em conta somente as leis e portarias que regulam o gasto em saúde. Compreendemos que discutir as normas do financiamento é fundamental, pois quando não se conhece a legislação, fica muito difícil controlar ou mesmo influenciar nos rumos da política pública. Esse debate só terá sentido, no entanto, se for articulado aos elementos políticos mais amplos, que ajudam a compreender que o financiamento da saúde é sempre fruto de decisões políticas, o que exige uma compreensão das diversas forças e interesses em jogo.

1.1 A saúde no Brasil e os direitos humanos

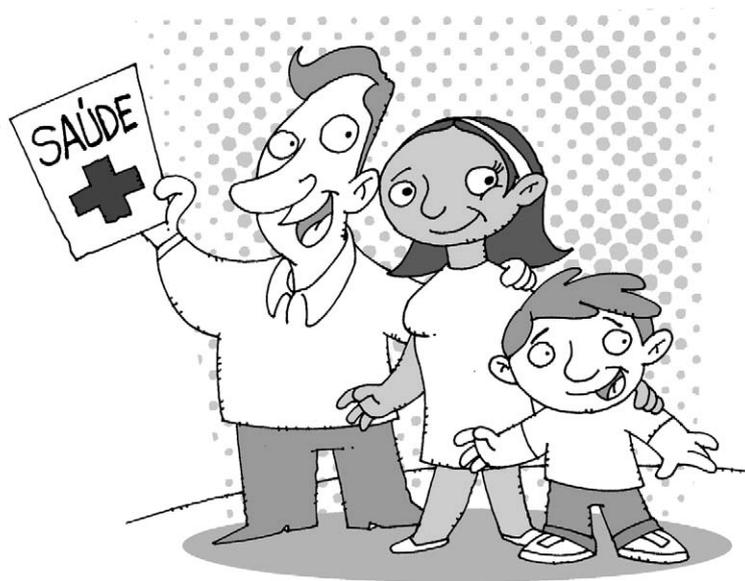
A Constituição Federal de 1988 é a lei máxima do país. Em seu artigo 196 ela reconhece a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Isso significa que o país adotou, a partir de 1988, um novo conceito de saúde, que não existia até então. Esse conceito incorpora um conteúdo ético/político novo, ao reconhecer a dignidade humana como condição fundamental de acesso à política pública da saúde.

Quando a sociedade brasileira, através de sua organização e muita mobilização, conquistou o reconhecimento da saúde como um direito humano, estabeleceu que ela deve ser “universal”, “indivisível” e “interdependente”².

Isto significa que:

² Afirmado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), reafirmado pelo Pacto dos Direitos Econômicos, Social e Culturais (1966) e pela Declaração Final de Viena (1993).

Universalidade: O acesso à saúde deve ser dado a todos. Rico, pobre, negro, branco, índio, trabalhador formal (com carteira assinada) ou não-formal (sem carteira de trabalho assinada). A universalidade deve ser entendida dentro do marco da equidade, ou seja, compreender as pessoas dentro das suas diferenças e necessidades específicas. A universalidade só se efetiva plenamente numa política pública sob o princípio da equidade.



Indivisibilidade: Que ele não é nem mais e nem menos importante que os outros direitos. Ou seja, nossa dignidade exige que tenhamos o direito à saúde garantido; mas outros direitos também são essenciais para a efetivação da cidadania. Deste modo, por exemplo, não é possível dizer que o direito de votar (direito político) é mais importante que o direito à saúde (direitos sociais), ou vice-versa. Ou ainda, que alguns direitos devem ser garantidos de forma prioritária, e outros de forma secundária. Ter saúde de qualidade é tão importante quanto votar.

Interdependência: Quer dizer que o direito à saúde só se efetiva na dependência de outros direitos. Não é possível dizer que temos garantido o direito à saúde se não temos garantido o direito à educação, habitação, alimentação, etc. O discurso que compreende o direito à saúde como um direito separado dos outros direitos está equivocado.

1.2 O direito à saúde e o papel do Estado

Uma das grandes conquistas do séc. XX³ é a afirmação dos direitos sociais como direitos fundamentais. Até então, a teoria liberal dava prioridade absoluta somente aos direitos civis e políticos. A partir do século XX, as lutas dos diferentes povos estabelecem como direitos outras necessidades humanas, como é o caso específico da saúde. Não é possível viver dignamente sem saúde de qualidade. A consequência imediata é que o Estado passa a ter um compromisso positivo com os direitos econômicos, sociais e culturais. Caberá ao Estado a tarefa de construir políticas públicas que possam garantir o direito à saúde para todos, sem discriminação. Um Estado só se justifica se, entre outras condições, ele efetivar direitos à população.

Depois da construção da saúde como direito de todos e dever do Estado, tivemos duas formas de interpretar a universalidade, e por consequência, tivemos dois modelos diferentes de ação do Estado na saúde. O primeiro deles, fruto do pensamento liberal capitalista, entende a responsabilidade do Estado como o provedor de ações e serviços básicos para as pessoas mais pobres, dirigindo com este foco as políticas públicas de responsabilidade do Estado. Defensores desta linha de pensamento afirmam que seria impossível o Estado garantir saúde de qualidade para todos, e que, portanto, os que têm condições de pagar por ela, deverão fazê-lo. O que, em outras palavras, significa violar o conceito de universalidade dos direitos humanos. O segundo modelo, entende que o Estado deve garantir saúde de qualidade para todos e, para tanto, a condição necessária é construir sistemas públicos universais de seguridade social que englobem também a saúde. O Brasil construiu o Sistema Único de Saúde dentro desta linha de pensamento.

É neste contexto que queremos debater o financiamento da política pública da saúde. É preciso garantir as condições financeiras adequadas para construir políticas

³ Por óbvio que esta luta não inicia no século XX. É uma luta muito antiga de diversos povos.

públicas que tornem realidade o direito à saúde com qualidade para todos. O direito à saúde não implica somente boas intenções dos governos. O Estado precisa de muito dinheiro para fazer política pública de qualidade, que atenda aos direitos humanos anteriormente referidos. O que vem acontecendo sistematicamente em diversos países, inclusive no Brasil, é que os Estados assinam pactos, tratados, constroem leis nacionais, inclusive constituições, reconhecendo a saúde como direito humano, mas desconsideram a concepção moderna do conceito de direito humano que detalhamos antes. As razões são diversas, mas podemos citar duas:

a. A força do mercado privado da saúde, que atua sistematicamente para que a saúde pública e os sistemas universais não funcionem. Muitos profissionais de saúde, farmácias, laboratórios, hospitais e clínicas particulares, para ganhar maior clientela e aumentar seu lucro, não querem que a saúde pública funcione. Para eles, quanto pior, melhor.

b. A disputa pelo destino dos recursos públicos. Alguns setores e grupos econômicos estavam acostumados a ganhar a maior fatia dos recursos públicos. Como a implementação do sistema universal de Saúde exige um



investimento grande de recursos públicos, estes setores e grupos econômicos consideram o SUS uma ameaça para seus interesses. Um exemplo: Ao invés dos governos pagarem uma soma enorme de juros da dívida pública (que cai nas mãos de poucos grupos especuladores, que enriquecem às custas dos direitos das pessoas), poderiam investir em políticas públicas como a saúde. Significa dizer que o direito à saúde é uma grande ameaça para quem sempre considerou o Estado como um “balcão de negócios” dos seus interesses.

1.3 O discurso da insuficiência de recursos para a saúde

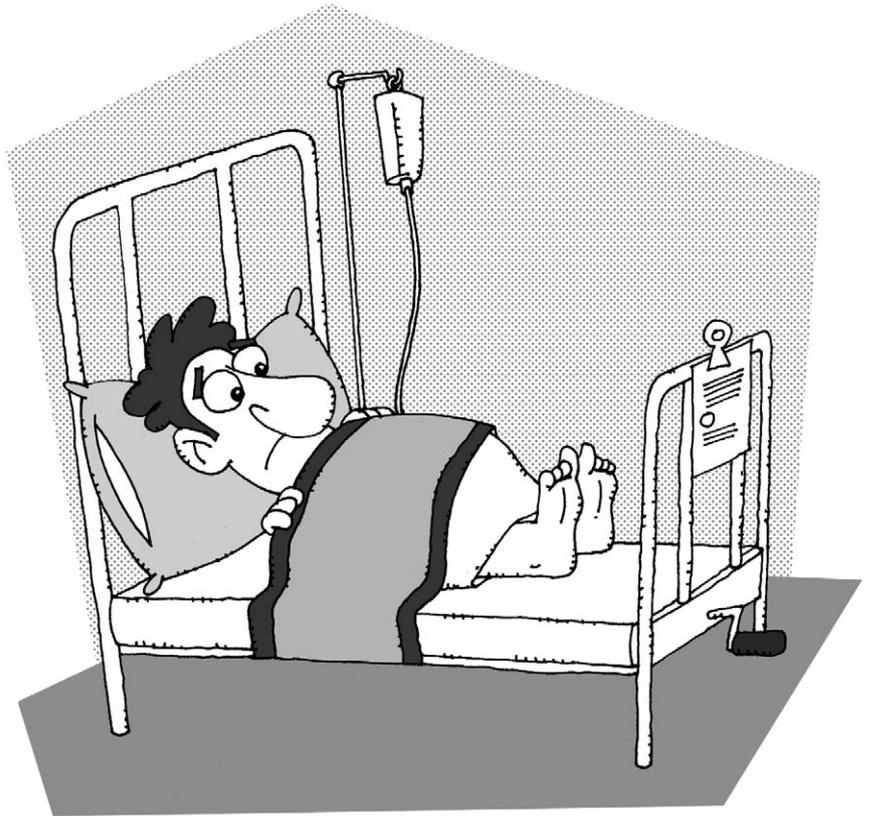
Uma das formas mais simples, no Brasil e no mundo, de quem não quer que a saúde seja um direito, e que, portanto, os sistemas universais não funcionem, é estrangulá-los economicamente. A fórmula é simples: criar mecanismos para que a saúde tenha o mínimo possível de financiamento e sem uma fonte estável de recursos. Desse modo, ao invés de partimos de um diagnóstico sério de qual seria a real necessidade de financiamento para atender a todos com qualidade, partimos de um orçamento pré-definido. Ao invés de partimos da necessidade real dos cidadãos, calculando o que será preciso investir em recursos, partimos de um percentual preestabelecido.

Por exemplo: Vamos considerar uma demanda de 10 leitos necessários para atender o direito à saúde de todos os cidadãos, com um custo de dez reais (10,00) cada leito. Para atender essa demanda, precisamos de cem reais (10 x 10,00). Não posso partir do pressuposto de que tenho somente vinte reais (20,00) disponíveis e vou atender a demanda. A conta não vai fechar e o direito à saúde será violado.

A comparação a seguir é significativa para ilustrar nossa argumentação: calcula-se, pela experiência de muitos países que construíram sistemas universais de saúde, que o investimento percapita (por pessoa) deve ser de 2.500 a 3.000 dólares por ano,

em média. No Brasil, o investimento não chega a 600 dólares percapita a cada ano. Isso pode ajudar a entender porque a conta não fecha. O cobertor é curto demais. Mesmo que qualquer comparação com realidades e contextos seja sempre muito complexa e difícil, isso mostra claramente o problema brasileiro.

Não estamos defendendo aqui uma irresponsabilidade em relação à administração das contas públicas. Da mesma forma, não ignoramos outros problemas, como a má aplicação de recursos e a má gestão, que ainda acontecem muito no Brasil. No entanto, os dados nos remetem a um debate político que a sociedade brasileira precisa enfrentar. Mesmo reconhecendo a importância de lutas pela aprovação da famosa EC-29, ela se torna pequena frente ao desafio da efetivação do direito à saúde. Se entendemos a saúde como direito humano, é preciso repolitizar o debate sobre os rumos da Seguridade Social no Brasil. Sem os recursos necessários e sem uma aplicação responsável destes recursos, não construiremos sistemas públicos universais de qualidade para todos e todas.



1.4 Desafios

Conhecer e discutir o tema dos direitos humanos: os conselheiros e lideranças sociais da saúde têm o dever de conhecer melhor e discutir o tema dos direitos humanos. Isso vai qualificar a compreensão do tema da saúde e permitir uma análise crítica sobre a política pública. Um primeiro texto pode ser a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. Na sequência, seria importante uma leitura do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e do Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966, que o Brasil assinou em 1992. Sugerimos também a leitura do Relatório Final da Conferência de Viena e da Constituição Federal, especialmente do Título I - Dos Princípios Fundamentais; Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais e Título VIII – Da Ordem Social. Além de ler, é importante fazer rodas de conversa para debater o tema.

Compreender a saúde no marco dos direitos humanos: é fundamental recuperar a saúde como um direito do ser humano, qualificando nossa forma de agir em espaços como Fóruns Populares, Conselhos, Conferências, Audiências Públicas e lutas em geral. Isso exige que compreendamos a saúde na sua relação com outros direitos, dialogando com outras entidades e em outros espaços, não só da saúde. Precisamos conversar com entidades e secretarias da assistência, de educação, de obras, etc. Uma proposta concreta pode ser a realização de uma Conferência Nacional de Seguridade Social no Brasil. Por outro lado, pensar a saúde dentro do marco dos direitos humanos, significa desenvolver um olhar sobre a política pública que vai além do financiamento disponível. Ao fazer um PPA (Plano Plurianual), um Plano de Saúde ou analisar um Relatório de Gestão, precisamos pensar no que é preciso fazer para que todos tenham acesso com qualidade ao Sistema, e a partir disso discutir a eficiência do Sistema. Não podemos apenas analisar se o que foi estipulado inicialmente foi gasto “corretamente” na finalidade prevista. Isso é muito importante! Mas é insuficiente, principalmente se ainda há pessoas sem consultas médicas, sem remédio ou espe-

rando muito tempo para fazer um exame. Resumir nossa análise à simples aplicação de recursos nas rubricas específicas pode nos tornar apenas um gestor burocrático que não contribui para uma luta mais estrutural na ótica dos direitos humanos – que é o papel do Conselheiro e da liderança.

Compreender a macro-economia e torná-la agenda política: devemos tentar todos os dias superar esta falsa cultura política de que “as lideranças e conselheiros não precisam entender de economia para atuar na saúde”. Um conselheiro que luta por mais dinheiro para a saúde, sem entender como ele é recolhido e dividido no país através das diversas políticas públicas, terá muita dificuldade de entender que a simples aprovação da EC-29 não será suficiente para a implementação do SUS. Precisamos saber quanto pagamos de dívida pública, quanto são os juros embutidos, e para quem ela é paga. Precisamos compreender o que significa uma Política Tributária (inclusive quem paga e com quanto) e a relação da política tributária com os direitos sociais; afinal, sem dinheiro não se faz política de qualidade. Enfim, precisamos tornar a economia um tema conhecido e transformá-la em agenda política. Neste sentido, não basta fazer Conferências de Saúde, de Educação, etc. Precisamos, também, fazer conferências sobre temas como Política Tributária, Dívida Pública, Privatizações dos Bens Públicos, etc. Essa pode ser uma agenda concreta no próximo período, e que tornaria a participação mais efetiva e qualificaria nossa ação política nos temas específicos.

2 Entendendo o orçamento público

Entender o orçamento público é fundamental para o exercício da participação social, tanto na saúde como em qualquer outra área das políticas públicas. Sem a compreensão deste importante instrumento da gestão pública, estaremos despreparados para propor e controlar a política pública da saúde. É a partir do orçamento público geral que os gestores definem as ações que serão realizadas em áreas específicas como a saúde. Por isso, este segundo capítulo trata do orçamento público, buscando sempre detalhar o seu funcionamento a partir de um olhar crítico.

2.1 O significado e a origem do orçamento público

O orçamento público é o mecanismo através do qual o Estado faz o exercício de prever quantos recursos serão arrecadados num determinado período e onde serão gastos esses recursos. Dois elementos formam o orçamento público: a previsão orçamentária e o planejamento das ações - que são as políticas públicas. Da mesma forma como uma família faz o cálculo das receitas e despesas de um mês ou um ano, para organizar as finanças da casa, o Estado faz esse exercício. A diferença é que o Estado deve fazê-lo dentro das leis que regulam esse processo, e a família faz seu orçamento a partir das suas regras específicas.



A previsão das receitas é feita com base na arrecadação do Estado ao longo dos anos, que significa olhar para os meses anteriores e ver quanto dinheiro entrou de fato no caixa do Estado. É por isso que se chama “previsão orçamentária”.

A história do Orçamento Público remonta a experiências muito antigas. Porém, como instrumento de organização da gestão do Estado, o orçamento ganha um formato novo por volta do ano 1500 nos países europeus. Inicialmente ele serve para controle do governante, nos estados absolutistas. Como os reis exerciam forte coerção sobre o povo, era necessário limitar seu poder através de mecanismos específicos.

Aos poucos o orçamento foi se tornando um instrumento que permitia a participação política por parte dos cidadãos. Ou seja, com o avanço da democracia moderna, os cidadãos passaram a reivindicar a participação nas decisões do Estado, mesmo quando os estados absolutistas perdiam força. Isso significa que o orçamento passou a ser uma forma de controle sobre o Estado, independente da existência ou não de reis. Esse processo é fruto do avanço da consciência de cidadania naquele período, em que a participação política passa a ser um direito fundamental. Essa participação elevou o próprio conceito de democracia para além da mera representação.

No entanto, ao mesmo tempo em que cumpria a função de controlar o poder do Estado e permitir a participação do cidadão, o orçamento tornou-se também um instrumento que limitou a efetivação dos direitos humanos. Ou seja, serviu como mecanismo de contro-



le dos gastos do Estado com os direitos dos cidadãos. Muitos setores passaram a usar o orçamento como justificativa para evitar que os Estados investissem em políticas públicas de interesse de todos, gastando o dinheiro com ações que interessam a pequenos grupos. Foi isso que levou a população a pensar o orçamento público somente a partir dos chamados “recursos previstos ou disponíveis” e não a partir do necessário para garantir a efetivação dos direitos humanos. Agora é preciso inverter essa lógica orçamentária. Um país que tem uma Constituição que garante o direito à saúde como um direito de todos, exige uma mudança de raciocínio, passando do “recurso disponível” para o “montante necessário”. É preciso acabar com o discurso de que não há dinheiro suficiente para o Estado atender seus compromissos com políticas públicas de qualidade para todos. Os direitos fundamentais seguidamente esbarram num falso discurso ideológico da “falta de recursos financeiros”.

Como já afirmamos no capítulo anterior, viabilizar políticas públicas universais exige investimento de recursos financeiros. Para isso, o Estado precisa:

1 - Instituir uma política de arrecadação suficiente (Política Tributária) e ao mesmo tempo justa socialmente. Ter recursos suficientes não significa aumentar a carga tributária para todo mundo. Significa, por exemplo, mudar a realidade que existe a muitas décadas no Brasil, onde os que ganham até dois salários mínimos suportam 48% de carga tributária, e os que ganham até 30 salários mínimos pagam somente 28% de carga tributária. Uma estrutura tributária desigual como esta não responde ao critério básico da justiça social. Ou seja, quem ganha menos paga mais.

2 - Destinar os recursos públicos para as finalidades públicas, portanto de todos. O discurso da “falta de recursos” normalmente esconde o local para onde os recursos financeiros do Estado são destinados. Por exemplo, pagamento da dívida pública ou a isenção fiscal que é concedida para grandes empresas - que nada mais é do que uma forma de destinar o que é público para interesses privados. É isso que os conselheiros e a população em geral precisam discutir.

Um dos grandes limites atuais (e é por isso que os recursos públicos nem sempre são destinados para a efetivação dos direitos) é que o orçamento é pouco discutido pela população. Um dos motivos é porque ele é difícil de compreender, o que faz com que somente “técnicos” sejam encarregados de elaborar o Orçamento. Esta é uma forma de afastar a população do orçamento. No entanto, todos nós temos direito e obrigação de participar, especialmente quando atuamos em espaços de controle social. Se temos dificuldade de entendê-lo, devemos exigir que os responsáveis tornem a compreensão mais fácil, e não nos afastarmos deste processo.

Apesar da participação da população na elaboração do orçamento no Brasil ainda ser muito limitada, várias experiências vêm intensificando a presença dos cidadãos nas discussões de elaboração do orçamento. É o caso do Orçamento Participativo, do Orçamento Cidadão e das audiências públicas. É fundamental saber que numa democracia, não é suficiente participar dos conselhos. No caso da saúde, a nossa presença no conselho não é suficiente para influenciarmos na política pública. Além de não ser suficiente, muitas vezes o conselho se transforma somente num espaço de gestão da burocracia estatal onde, ao invés de se discutir a política geral da saúde, nos perdemos em debates absolutamente secundários e que não incidem de forma estrutural no Sistema. O conselho precisa ter um papel mais amplo e participar do processo de elaboração do or-



çamento. Afinal, discutir o Orçamento é necessário porque é com ele que se define a viabilização ou não das políticas de saúde.

Assim, por exemplo, a construção da Unidade Básica do bairro X, considerada importante pela população para efetivar o seu direito à saúde, pode ficar fora das prioridades da administração pública. Eles podem não ter como prioridade aumentar os serviços de saúde daquela população, ou simplesmente desconhecer esta demanda.

Como o orçamento é um instrumento de administração, gerenciamento e distribuição dos recursos, está em permanente disputa. Dessa forma, a participação da população é fundamental para garantir o interesse público. São os cidadãos que podem pressionar os gestores públicos a operar a partir das suas demandas concretas, dos seus direitos. Sem esta participação efetiva, fatia grande do recurso público pode migrar para demandas que não dialogam necessariamente com os grandes problemas da população.

2.2 Etapas do orçamento público

1- Plano Plurianual (PPA). O PPA é elaborado no primeiro ano do novo governo e entra em vigor no segundo ano do mandato, estendendo-se até o primeiro ano da administração seguinte. É elaborado a cada quatro anos e contempla as grandes diretrizes que o Município, o Estado ou a União pretendem fazer durante o tempo de vigência de uma Gestão. O Art. 165 da Constituição, em seu parágrafo 1º, diz que o Plano Plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública. É no PPA que os governos federal, estaduais e municipais assumem quais serão as suas prioridades durante os quatro anos de governo. Pode ser que o prefeito de um município não tenha a saúde pública como prioridade e por isso no seu PPA não vão aparecer grandes investimentos nesta área. Se os grandes investimentos na saúde não aparecerem como diretrizes ou metas no PPA, quer dizer

que será difícil qualificar as ações e serviços da saúde durante os quatro anos. A própria ação do Conselho será prejudicada porque qualquer sugestão vai esbarrar na ausência do tema no Plano Plurianual. O PPA deve ser aprovado pelo poder Legislativo.

2- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). A LDO é o detalhamento do PPA para um ano. Ela orienta as prioridades e metas que serão contempladas na elaboração da LOA - Lei Orçamentária Anual - que define onde serão aplicados os recursos que o gestor tem à disposição naquele ano. A Lei de Responsabilidade Fiscal dá outras funções para a LDO, como o equilíbrio entre receitas e despesas, o que significa, por exemplo, que ninguém pode gastar mais do que arrecada. Também deve ser aprovada pelo poder legislativo.

3- Lei Orçamentária Anual (LOA). O poder Executivo, após elaborar o PPA e especificar, na LDO, as diretrizes que orientarão as ações naquele ano, constrói e encaminha ao poder Legislativo a proposta de como vai efetivar financeiramente as diretrizes e metas do PPA e LDO. Através da LOA tem que dizer, por exemplo, quais as obras ou serviços serão realizados e quem as fará: se a secretaria, a fundação, uma empresa pública, etc. Ao mesmo tempo, tem que definir a origem do recurso para a realização das ações. A LOA é uma lei “autorizadora” dos gastos e ações, e não obrigatória.

Este é o processo que as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, fazem por obrigação legal a cada quatro anos. Esses três momentos compõem fundamentalmente a estrutura básica do Orçamento Público brasileiro. O que significa dizer que há mecanismos para coibir que o dinheiro seja gasto de acordo com a vontade do prefeito, do governador ou do presidente. Deve-se seguir um planejamento contando com a participação da população em espaços públicos (como audiências) e que passará por aprovação pelo poder Legislativo. A própria Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), no Art. 49, garante espaço para a participação da sociedade durante a construção do PPA, LDO e LOA. Ela exige que se tenha uma audiência pública, convocada e

articulada pelo poder público, para que os cidadãos dêem sua opinião e contribuam na sua elaboração. Da mesma forma, no Art. 9, parágrafo 4, a LRF exige que o poder Executivo do Município, do Estado e da União apresente em audiência pública, nos meses de maio, setembro e fevereiro, o demonstrativo de resultados e avalie se alcançou ou não as metas fiscais projetadas.

É importante saber também que a Lei Orçamentária Anual não obriga o gestor a gastar necessariamente no que foi estabelecido no PPA ou na LDO. Ela simplesmente autoriza o gasto. Portanto, se há previsão no PPA da construção de um hospital, o gestor não é obrigado a construí-lo. Porém o inverso não seria possível: ou seja, ele não pode querer construir um hospital que não está previsto no PPA e na LDO.

Em geral, as mudanças na LOA, quando há previsão de gasto em determinadas ações, ocorrem quando há uma queda na arrecadação ou quando acontece algum gasto imprevisto como em situações de calamidade pública. Caso contrário, na maioria das vezes o que está previsto na LOA é executado. Outro elemento importante é que o orçamento público é feito a partir das previsões orçamentárias. Ou seja, com base na previsão de quanto irá arrecadar, calculam-se as ações. Se a arrecadação no ano for menor que o previsto, isso pode obrigar o gestor a efetivar cortes nos gastos e por isso não cumprir as metas estabelecidas.

Esse mecanismo, embora seja possível do ponto de vista da responsabilidade com as contas públicas, acaba sendo, conforme enfatizamos anteriormente, um mecanismo de controle dos gastos direcionados aos direitos da população. Calcular as ações e os gastos com base apenas nas previsões orçamentárias, sem levarmos em conta a real demanda da população, é o equívoco clássico do Estado liberal capitalista. Como dissemos no capítulo inicial, é preciso levar em conta qual o volume de recursos necessário para atender a demanda dos cidadãos na garantia do seu direito.

Importante reiterar aqui: o que estamos afirmando não significa irresponsabilidade com o planejamento das contas públicas. Se é fundamental termos mecanismos neste sentido, não podemos simplesmente submeter nossos direitos aos mecanismos burocráticos que nos impedem de efetivar nossa cidadania.

2.3 Lei de Responsabilidade Fiscal

A Lei complementar N^o 101, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, de 4 de maio de 2000, é a lei que obriga municípios, estados e União a gastar seus recursos de acordo com as receitas disponíveis, priorizando o chamado equilíbrio das contas públicas. Antes da LRF, alguns governos comprometiam suas contas com altas dívidas, gastando mais do que arrecadavam, ou deixavam para seus sucessores (especialmente quando eram de partidos diferentes) uma dívida quase impagável. A lei aprovada em 2000 foi, na avaliação de muitas pessoas, um dos mais significativos avanços na administração pública, obrigando os gestores a gastarem os recursos de forma “equilibrada”. Ou seja, não gastar mais do que era possível arrecadar.

A LRF certamente é um importante instrumento de gestão dos recursos, especialmente porque contribui na utilização responsável dos recursos públicos. Porém, de



outro lado, ela também se traduz num mecanismo limitador dos nossos direitos. Ela fortalece a tendência de pensar a política pública somente a partir do orçamento disponível e não a partir da demanda concreta dos direitos. A Lei de Responsabilidade Fiscal, por exemplo, obriga os municípios a gastarem somente 60% do seu orçamento em pessoal. É por isso que muitos municípios, ao invés de fazerem concurso público para a contratação de servidores, fazem convênios com cooperativas, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Organizações Sociais (OS) precarizando as condições de trabalho dos serviços públicos e desqualificando a prestação do serviço público. É muito comum encontrar agentes de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais que são terceirizados. Contratação justificada pelos gestores pela limitação imposta pela LRF, mesmo que não concordemos com ela,

A LRF também cumpre papel importante para garantir o pagamento da dívida externa e interna, dívida que na maioria das vezes é colocada como prioridade nas contas públicas. Com a Lei, os municípios, são obrigados a elaborar a chamada “Meta Fiscal”. Esta meta exige que os municípios reservem um percentual do seu orçamento para o pagamento da dívida pública. No geral a meta fiscal dos municípios gira em torno de 5 a 7 % do orçamento anual dos muni-



cípios. A título de exemplo, analisemos um município com orçamento anual de 200 milhões de reais. Este município anualmente poderia pagar até 12 milhões de reais em dívida pública, valor que pode fazer falta para as políticas sociais. Por isso é importante que a população, quando acompanha o orçamento público, também se informe sobre o valor da Meta Fiscal anual do município, que nada mais é que o valor da dívida dos municípios com a União que deve ser paga naquele ano.

2.4 As fontes do orçamento público

A grande maioria dos recursos disponíveis no orçamento vem dos impostos pagos pela população. Uma outra parte vem do lucro das empresas estatais e dos impostos pagos pelas empresas. Ou seja, é o cidadão que contribui para que o Estado tenha dinheiro para realizar as ações previstas no orçamento. Essa contribuição se dá de duas formas: uma é o pagamento direto de impostos, como o caso do INSS descontado em folha dos trabalhadores, ou o IPTU pago todos os anos para a prefeitura. Outra é a contribuição indireta, que acontece quando compramos um produto qualquer como arroz, açúcar, carne, ou biscoitos, porque no preço do produto já está embutido o imposto que o empresário vai repassar ao governo. Também contribuimos de forma indireta quando botamos gasolina no carro, pagamos a luz ou o telefone. Também aí, a empresa estatal ou privada embutiu no preço o valor do imposto que depois será repassado ao governo. Esses impostos serão parte do orçamento dos governos, que dizem como e onde vão gastá-lo através das leis do orçamento.

Os impostos podem ser arrecadados pela União, pelos estados ou municípios. Em função do princípio constitucional da autonomia das esferas de gestão, cada uma têm sua arrecadação própria. No âmbito do governo federal podemos citar o Imposto de Renda (IR), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), Imposto Sobre Operações Financeiras (IOF) e Imposto de Exportação (IE). Outra fonte de arrecadação são as chamadas contribuições, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL,) a

Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição para os Programas de Integração Social e Formação do Patrimônio do Servido Público (PIS/Pasep), entre outros. O conjunto total desses impostos e arrecadações compõe a fonte das receitas federais.

No âmbito estadual, podemos citar o Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e o Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCD). No âmbito Municipal o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) o Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI) e o Imposto Sobre Serviços (ISS). Além destas, há ainda outras fontes nas três esferas e que não foram citadas aqui.

É importante entender também como acontece a distribuição dos recursos entre as três esferas de governo. A União repassa uma parte do total das suas receitas aos Estados e Municípios. Uma das formas de repasse é o FPE (Fundo de Participação dos Estados). Cada estado da Federação recebe diretamente da União, recursos que passam a compor o seu orçamento como um todo. No caso dos municípios, a lógica é parecida. A União repassa recursos aos municípios através do FPM (Fundo de Participação dos Municípios). Essa distribuição tem critérios como a quantidade de habitantes de cada município e o índice de desenvolvimento humano, entre outros. Além dos repasses da União, o Município também recebe recursos do Estado. Assim, no caso dos municípios, o orçamento tem três fontes: 1) impostos, taxas e outras arrecadadas diretamente pelo município; 2) Repasses da União e, 3) repasses do Estado. Quando o município elabora seu orçamento leva em consideração todas essas fontes e então calcula as ações e os investimentos que serão feitos no ano seguinte.

A soma de todos os impostos da União, dos estados e dos municípios chama-se carga tributária. Ou seja, é o que o poder público recolhe para prestar serviços à população. Poderíamos concluir que, mesmo pagando nossos impostos, muitos serviços públicos prestados pelo Estado são insuficientes e ineficientes. Prova disso são as filas nos hospitais, a demora na realização de exames e a falta de leitos. No entanto, deve-

mos ter o cuidado para não ficarmos reféns de um discurso que exige baixar todo tipo de imposto. Em muitos casos, quem defende isso são os mais ricos e que não estão preocupados com a qualidade da saúde e da educação públicas, porque contratam serviços privados. Não se pode esquecer que sem dinheiro não há política pública da qualidade.

O Estado precisa de dinheiro para fazer políticas públicas. Nosso problema atual não é que pagamos muito imposto. O que há é uma forma injusta de pagá-lo. Hoje a carga de imposto maior, proporcionalmente, é cobrada da população mais pobre, fazendo com que eles paguem muito e os mais ricos paguem pouco. Esse é o problema que vem de longa data no Brasil. Um exemplo bem claro: a porcentagem de imposto pago hoje é de 70% sobre o consumo e só 30% sobre o patrimônio. Dessa forma, a carga tributária é alta para a maioria da população mais pobre (que consome, mas não tem grandes posses) e baixa para os que concentram a renda e as propriedades no país. É preciso que a estrutura de arrecadação e distribuição do Estado mude. A tributação (os impostos) deve cumprir com a sua missão de distribuir efetivamente a riqueza e impedir a concentração do patrimônio.

Além do tributo, outro elemento que contribui para a dificuldade de fazer com que o orçamento atenda satisfatoriamente



todos os direitos é a visão macroeconômica em vigor no Brasil. A macroeconomia é a forma como o governo gerencia a política econômica do país como um todo. A visão da macroeconomia brasileira sempre foi o que os economistas chamam de “política restritiva”. A palavra restritiva indica poupar gastos para atingir uma meta fiscal. Neste caso, o governo gasta menos do que arrecada e fica com uma “sobra” no caixa. Esse dinheiro em caixa é o que chamam de “superávit primário”. Para o que serve o superávit primário? Não é para investir mais na saúde, educação ou em outras políticas públicas, é para ganhar confiança dos investidores financeiros. Com base neste superávit, o governo faz o pagamento da dívida pública. Só para termos uma idéia, a LDO para 2011, apresentada ao Congresso pelo Executivo, por exemplo, propõe um superávit primário de 3,3% em relação ao PIB, em torno de 125 bilhões de reais. Para alcançar essa meta, o governo será obrigado a cortar gastos, uma vez que há uma previsão de crescimento menor para 2011. O valor calculado para o superávit primário é o dobro do orçamento do Ministério da Saúde.

2.5 Desafios

Influenciar na formulação do Orçamento: o Conselho e as lideranças da saúde precisam influenciar na formulação do orçamento, seja no PPA, na LDO e na LOA. Isso implica conhecer o processo orçamentário e debater sobre ele, se necessário, no próprio Conselho. Hoje, na maioria das vezes, sequer ficamos sabendo que o município está elaborando o seu orçamento e nem o levamos em conta quando elaboramos o Plano de Saúde. É preciso articular os tempos e mecanismos para sermos coerentes e podermos efetivar o controle sobre o dinheiro.

Discutir as questões estruturais da política econômica e orçamentária: A sociedade como um todo, e em especial os conselheiros, precisa avançar no debate sobre as questões estruturais da política econômica e orçamentária do país. Isso

implica em exigir mudanças na política tributária, não no sentido de simplesmente de reduzir tributos, como alguns vêm defendendo, mas sim de discutir uma política tributária justa para atender os direitos de todos, seja na saúde, na educação, na segurança, e em todos os outros setores.

3 Entendendo o financiamento da saúde

Já vimos que o orçamento público não é tão difícil de entender quanto às vezes nos parece. Vimos também, que compreendê-lo é fundamental para influenciarmos na definição e no controle dos gastos públicos e compreender os desafios que já apontamos nos capítulos anteriores.

No entanto, para qualificarmos nossa ação específica na política pública da saúde, necessitamos entender também o orçamento específico da Saúde. Ele se insere no orçamento geral, mas tem um conjunto de normas específicas que exigem dos cidadãos um conhecimento para poder efetivar a sua participação.

3.1 Histórico

A história do financiamento da saúde no Brasil pode ser dividida em dois grandes momentos. O primeiro vai até o ano de 1988, quando foi aprovada a nova Constituição brasileira. Até ali, a política de saúde caracterizava-se pelo acesso limitado aos serviços públicos de saúde. O papel principal do Estado estava no controle das grandes epidemias, que comprometiam a ordem social e econômica, especialmente em função dos navios estrangeiros que atracavam no Brasil. A saúde da maioria da população, especialmente aquelas que não estavam formalmente no mercado de trabalho, não fazia parte das preocupações centrais do Estado. A saúde não era considerada um direito de todos.

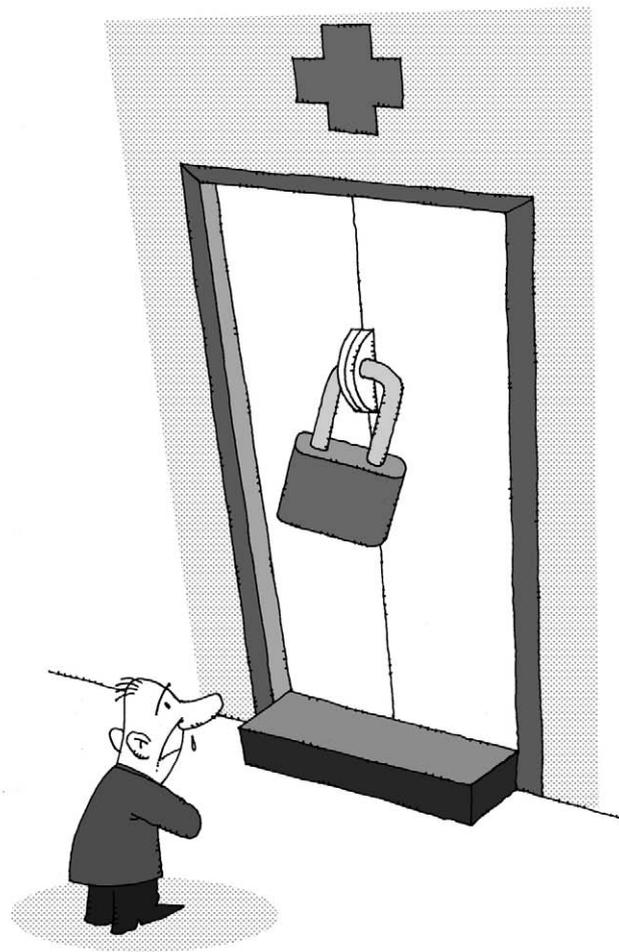
Os que tinham direito aos serviços de saúde eram os trabalhadores com carteira assinada que contribuía para a previdência social. A preocupação do Estado era priorizar os investimentos com aqueles trabalhadores que eram estratégicos para a manutenção da estrutura econômica. O restante da população estava totalmente de-

sassistido, restando aos que não tinham dinheiro, somente recorrer às Santas Casas de Misericórdia.

Esse foi o modelo de saúde adotado no país, especialmente a partir do início do séc. XX. Com o aumento do número de trabalhadores devido à industrialização crescente, estes começaram a lutar por seus direitos. É isso que ajuda a entender porque nessa época foram criadas as CAPs (Caixa de Aposentadorias e Pensões), que foram mais tarde (entre 1933 e 1945) unificadas nos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) e, posteriormente (1966) no INPS (Instituto Nacional de Previdência Social).

Até 1988, saúde não era entendida como direito humano fundamental, com o qual o Estado tinha um dever. O direito à saúde era condicionado à contribuição previdenciária. As políticas de saúde eram restritivas e os serviços alcançavam somente uma pequena parte da população brasileira.

Com a redemocratização do país, especialmente a partir dos anos de 1970 e a séria crise da saúde no período, iniciou-se um processo de luta para a construção de um modelo que olhasse a saúde como um direito humano e, por consequência, con-



templasse os princípios da universalidade, integralidade e gratuidade. Esse processo culminou na Constituinte de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde.

Após esta conquista, começou o longo processo para viabilizar, do ponto de vista financeiro, a saúde como direito humano, portanto, de todos e todas. E é este período que marca o segundo momento do financiamento da saúde no Brasil

Quando, em 1988, a Constituição Brasileira definiu que a saúde é direito de todos, o Estado passou a ser o principal responsável pela garantia das ações e serviços da saúde. O Estado tinha o dever de assegurar ao cidadão o acesso à saúde de forma universal, gratuita e de qualidade. Para isso, foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, com uma política própria de financiamento.

Para entender o financiamento da saúde, precisamos entender como ela foi pensada na nova Constituição de 1988. O artigo 194 diz que a Seguridade Social compreende a saúde, previdência e assistência social. Seu financiamento, segundo o artigo 195, é de toda a sociedade, seja direta ou indiretamente, e os recursos serão da União, dos estados e municípios. Dessa forma, o SUS, como parte da política geral da seguridade social, é financiado pelas três esferas de governo.

Em função de a saúde ser compreendida como parte da seguridade social, vamos primeiro detalhar o financiamento da seguridade social, para, em seguida, compreender o financiamento da política específica da saúde.

3.2 O financiamento da seguridade social

Em 1988, a Constituição Federal incorporou o conceito de “Seguridade Social”, que articulou a saúde, previdência e assistência social. Esse foi um grande avanço, porque ampliava o conceito da saúde para além de uma simples política isolada e fragmentada. Essa era uma das exigências fundamentais para a saúde ser compreendida como

direito humano. Hoje ainda vemos em alguns debates (inclusive sobre financiamento) que a construção desse conceito não é considerada, como se fosse possível fazer a reforma sanitária somente a partir de uma política específica.

A política de financiamento da Seguridade Social instituída pela Constituição criou as chamadas “contribuições para a Seguridade Social”. Essas contribuições são arrecadações vinculadas diretamente para determinadas políticas públicas, o que significa que elas devem ser destinadas integralmente ao financiamento da Seguridade Social. Foram criadas, por exemplo, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição Social sobre Lucro Líquido (CSLL) e, posteriormente a extinta Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Esta última foi criada inicialmente para contribuir no financiamento exclusivo da Saúde, mas depois destinou parte para a previdência e parte para o Fundo de Combate à Pobreza. Essas contribuições, criadas depois da incorporação da Seguridade Social na Constituição Federal, são as que hoje compõem a principal receita da Seguridade Social no país.

Com as contribuições sociais vinculantes construíram-se as fontes de financiamento para as três políticas públicas que compõem a Seguridade Social: saúde, previdên-



cia e assistência social. Os números evidenciam a importância dessas contribuições. Em 2009, por exemplo, essas contribuições representam 94,52 % do total do orçamento do Ministério da Saúde.

3.3 O financiamento da saúde

Com a aprovação da nova Constituição Federal em 1988 e a saúde sendo incorporada à Seguridade Social, o financiamento da política de saúde foi definido no Ato das Disposições Transitórias e na Lei de Diretrizes Orçamentárias. Para o ano de 1989 (ano seguinte à promulgação da Constituição), o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias definiu que 30% do orçamento da Seguridade Social seriam destinados à Saúde. Para os anos seguintes, esse percentual seria definido anualmente na LDO, o que efetivamente aconteceu até 1993.

Contudo, mesmo que se tenha definido o percentual a ser repassado para a saúde, a sua vinculação ao que foi definido anualmente na LDO já criou uma incerteza sobre o cumprimento dos percentuais mínimos de lei. Além disso, essa definição criou um ambiente não salutar sob a ótica dos direitos humanos, pois resultou numa disputa de recursos entre as três políticas que formaram a Seguridade Social. O percentual de 30%, definido pela Constituição Federal para a saúde, nunca foi cumprido. A média entre 1988 e 1993, por exemplo,



foi de apenas 20%, diferente dos 30% estabelecido na Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO. Para agravar a situação, em 1993, o então Ministro da Previdência Social, Antônio Britto, um dos precursores da Reforma da Previdência, suspendeu os repasses dos 30% da Seguridade Social à saúde e iniciou um dos períodos mais caóticos da saúde pública no país desde a Constituição de 1988. Sua política fez com que o Ministério da Saúde ficasse sem recursos e, portanto, sem condições de construir uma saúde de qualidade para os cidadãos. A experiência de 1993 significou duas coisas:



1) vulnerabilidade constitucional do Financiamento da Saúde:

ou seja, um ministro, descumprindo a Constituição, suspendeu o repasse de recursos e,

2) a necessidade de repensar a matriz orçamentária da Saúde: era fundamental vincular diretamente a arrecadação à pasta da saúde e definir percentuais mínimos a serem aplicados em saúde por parte do Estado. Isso representava quase que um grito de desespero necessário para a política específica da saúde, mas de outro lado, representou um passo a mais na fragmentação da Seguridade Social no país. Muitas lutas de movimentos e lideranças sociais perderam a necessária articulação que a saúde precisa ter com outras áreas enquanto política de seguridade social.

3.4 A insuficiência histórica de recursos para a saúde

A insuficiência do financiamento da saúde vem desde a criação do SUS. Como vimos, apesar da lei determinar o repasse de 30% do orçamento para a Seguridade Social, desde 1988, quando a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, isso foi desrespeitado. O cúmulo do desrespeito à lei foi o repasse zero, em 1993, com o então Ministro Britto. Com o governo Collor, o percentual chegou a 14% dos 30% exigidos pela Constituição, ou seja, menos da metade do obrigatório. No âmbito dos estados e municípios, os gastos em saúde dependiam exclusivamente da vontade dos gestores., Não havia nenhuma obrigação constitucional que exigisse deles um investimento mínimo para a saúde. A falta de uma garantia financeira para viabilizar o SUS foi, desde sempre, uma das grandes bandeiras dos que lutaram para incorporar na Constituição a saúde como direito de todos. A julgar pelo histórico financeiro, a saúde nunca foi prioridade e o SUS, desde a sua origem até hoje, esbarra no sério problema do subfinanciamento.

3.5 Emenda Constitucional nº 29

Apesar da exigência de que se investisse 30% dos recursos da seguridade social na saúde, os anos seguintes à promulgação da Constituição foram marcados pela insuficiência de recursos, o que significava um descompromisso dos governos com a saúde. Isso acontecia, entre outros motivos, pela ausência de obrigações legais de aplicação dos recursos na política de saúde. A situação de subfinanciamento levou a uma grande luta pela garantia de recursos destinados à saúde. Especialmente após o caos de 1993 e com o sistemático descumprimento dos 30% da Seguridade Social para a saúde. A bandeira principal desta luta era a vinculação das receitas destinadas à saúde. Ou seja, era necessário escrever na Constituição qual o percentual mínimo que cada esfera deveria investir em ações e serviços de saúde. A vinculação orçamen-

tária era, e continua sendo, fundamental para que o SUS seja efetivamente implantado no país como uma política pública universal de qualidade, com recursos suficientes para atender as demandas de todos os cidadãos.

Esse processo, inaugurado após a crise de 1993, culminou com a aprovação da Emenda número 29 no ano de 2000, e que define o financiamento da saúde, comprometendo, em termos percentuais, as três esferas de governo (federal, estadual e municipal). O propósito era definir a responsabilidade tanto da União, quanto dos estados e dos municípios com o financiamento da saúde e vincular percentuais de cada orçamento para a saúde, como já acontecia na educação. Antes da EC-29, os estados e municípios investiam em saúde o que definiam como necessário, não havendo obrigação constitucional em termos percentuais.

Uma das primeiras propostas na discussão sobre a vinculação orçamentária para a saúde foi a PEC 169, de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires. A PEC 169 previa que a União não poderia gastar menos do que 30% do orçamento da Seguridade Social em saúde, reforçando o que já estava definido na Constituição Federal, e os estados e municípios deviam investir pelo menos 10% das suas receitas.

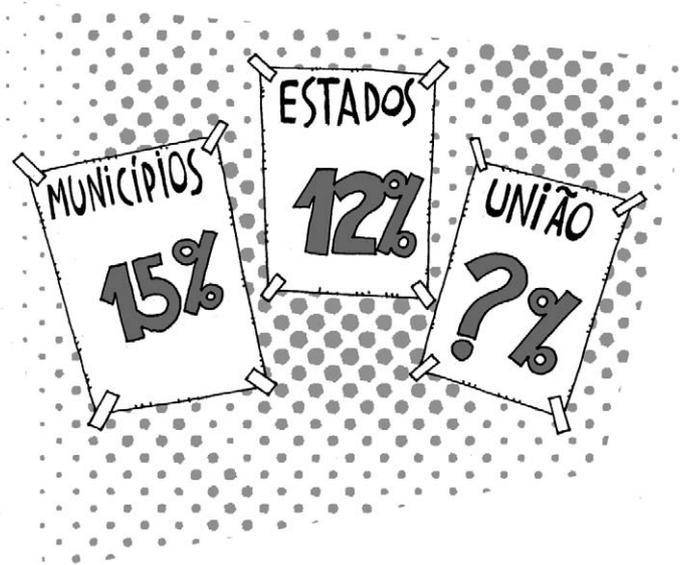
Outras propostas surgiram, como a do Conselho Nacional de Saúde que exigia da União também os 30% da Seguridade Social e dos estados e municípios 13%, com o crescimento gradual da aplicação. Nas Conferências Nacionais da Saúde também foram discutidas várias propostas. Todas elas buscavam vinculação orçamentária para a Saúde, por se entender que a saída para a crise do subfinanciamento, agravado em 1993, necessariamente passava pela definição de fontes de financiamento e da sua vinculação. Ou seja, era necessário dizer, do ponto de vista legal, quanto cada ente da federação deveria investir em ações e serviços de saúde.

A aprovação da Emenda Constitucional número 29 no dia 13 de setembro, incorporou de alguma forma as diferentes propostas que até então estavam em discussão.

Uma das mais polêmicas, no entanto, foi a não vinculação do percentual de 10% para a União.

A aprovação da Emenda Constitucional-29 foi um significativo avanço na implementação do SUS enquanto política pública universal, gratuita e de qualidade. Ela ampliou as fontes de financiamento e vinculou recursos para a saúde nas três esferas de governo.

O texto final da EC-29, aprovado em 2000, acrescenta os parágrafos 2º e 3º ao Art. 198 da Constituição Federal, que tratam sobre o financiamento do SUS. O parágrafo 2º determina que a União, estados, Distrito Federal e municípios deverão aplicar anualmente recursos mínimos em ações e serviços de saúde. O parágrafo 3º determina que uma lei complementar, que fosse reavaliada a cada cinco anos, determinaria os percentuais mínimos de que trata o parágrafo 2º. Enquanto a EC-29 aguardava essa Lei que a regulamentaria, o Ato das Disposições Transitórias definiu que até 2004 a União deveria investir em ações e serviços de saúde o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto-PIB. Ou seja, não poderia investir em saúde menos do que o ano anterior, além de incorporar o crescimento e a inflação. Os estados deveriam investir 12% da sua receita líquida e os municípios 15%. A aplicação dos percentuais para os estados e municípios era gradual, iniciando com no mínimo 7% (quem estava abaixo deste índice) e chegando ao percentual de 15% em 2004. Como até agora a EC-29 não foi regulamentada, continuam em vigor os percentuais definidos pelo Ato das Disposições Transitórias. Com



a Emenda 29, a saúde, da mesma forma como a educação, passou a ter recursos vinculantes. Ou seja, as três esferas de governo são obrigadas a investir um percentual mínimo do seu orçamento na saúde.

Apesar do avanço da Emenda Constitucional 29 para o SUS, o problema do subfinanciamento continuou comprometendo a implementação do sistema na sua integralidade. A aprovação da EC-29 não significou a solução dos problemas financeiros do SUS, até porque na aprovação houve várias mudanças significativas. Uma delas foi a exclusão do vínculo de 10% do orçamento total da União para a Saúde, além do desrespeito sistemático de alguns estados ao cumprimento dos 12% estabelecidos. Ou seja, além da Emenda não ter resolvido o problema estrutural do financiamento da saúde, ela ainda é sistematicamente desrespeitada.

Porém, esse não é o único problema. Quando a EC-29 foi aprovada, estabeleceu-se que em cinco anos ela deveria ser regulamentada, para definir de forma clara e detalhada “o que é” e “o que não é” um gasto em saúde, uma vez que ela fala de percentuais mínimos aplicados em ações e serviços de saúde. Sem a definição clara do que é gasto em saúde, a União, os estados e municípios lançavam como ações e serviços de saúde vários procedimentos que não são ações de saúde. Desta forma, desviavam recursos que deveriam ser destinados à saúde para outras áreas como: saneamento básico, hospitais universitários de clientela fechada, previdência de servi-



dores públicos, entre outros. Calcula-se que o dinheiro não aplicado na saúde por falta da regulamentação da EC- 29 chegue a 5,2 bilhões de Reais na esfera federal (União) até 2009, e a 11 bilhões na esfera dos Estados até 2005⁴. Daí a necessidade urgente de sua regulamentação, mesmo que os recursos advindos da Emenda ainda sejam insuficientes, conforme já dissemos no capítulo I.

3.6 Instrumentos de gestão da saúde

3.6.1 Fundo da Saúde

No Brasil, a arrecadação dos impostos acontece nas três esferas de governo. No capítulo II citamos alguns impostos federais, estaduais e municipais. Das arrecadações federais e estaduais, os municípios recebem o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Por este mecanismo, tanto os governos estaduais quanto federal repassam recursos para que os municípios executem as políticas públicas necessárias. Os recursos repassados diretamente pelos estados e pela União para a saúde devem aparecer na prestação de contas que a Secretaria Municipal da Saúde apresenta trimestralmente ao Conselho da Saúde. Contudo, os conselheiros e lideranças sociais desconhecem como acontece essa transferência de recursos e qual o seu próprio papel nesse processo.

Dizíamos, nos parágrafos anteriores, que a Emenda-29, mesmo limitada, foi um avanço importante no sentido de implementar o SUS. A EC-29 proporcionou a vinculação orçamentária dos recursos destinados à saúde exigindo da União, estados e municípios investimentos específicos na saúde. No âmbito da transparência dos recursos da saúde, a Emenda-29 também proporcionou um avanço histórico ao constitucionalizar o “Fundo de Saúde” e os “Conselhos de Saúde”.

4 MENDES, Áquilas. Finanças e Responsabilidades Municipais: um debate mais amplo. Disponível em: <http://www.cepam.sp.gov.br>. Acesso: 27-08-2009.

O artigo 77, parágrafo 3, da Emenda Constitucional 29 diz: “Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.” Dessa forma, no caso dos municípios, os repasses de recursos tanto da União quanto dos estados são feitos para o Fundo Municipal da Saúde. Além dos recursos federais e estaduais depositados diretamente no Fundo Municipal, os recursos do município destinados à saúde também devem ser depositados nele. É o que conhecemos como transferência Fundo a Fundo e é dessa forma que os recursos federais e estaduais arrecadados através dos impostos voltam aos municípios, no caso específico da saúde. Todo esse processo tem que ser acompanhado e fiscalizado pelos conselhos de saúde nacional, estaduais ou Municipais.

3.6.2 Relatório de Gestão

Além do acompanhamento das movimentações do Fundo Municipal de Saúde, o Conselho tem outro importante instrumento de controle dos recursos da saúde: o Relatório de Gestão. O Relatório deve ser apresentado ao Conselho a cada três meses para discussão e como o conselho é deliberativo, ele pode aprovar ou não aprovar. Caso não aprove, o município pode parar no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal - CADIN, que é o SPC dos governos. Uma vez cadastrado, o município pára de receber recursos até resolver a pendência. Esta é uma força que os conselhos têm e que deve ser usada para exigir que o recurso da população seja gasto com responsabilidade!

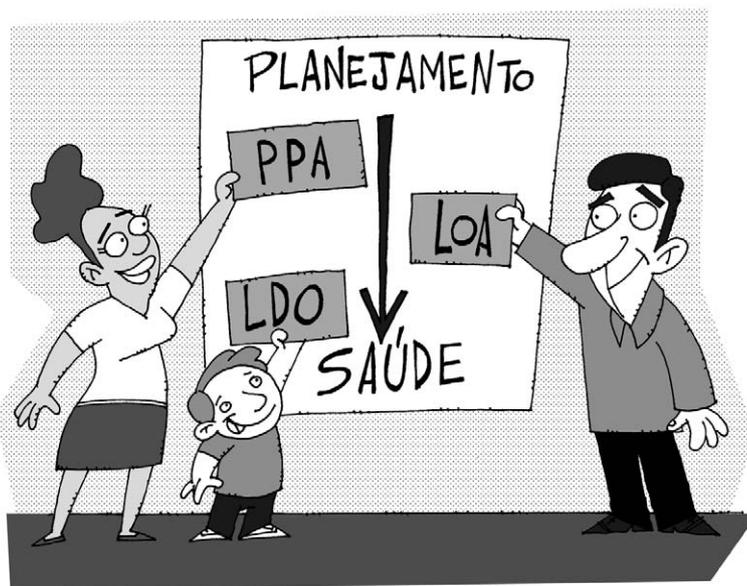
O Relatório é o instrumento pelo qual a gestão pública apresenta para a comunidade o que realizou, quanto gastou e quanto recebeu de recursos nos últimos três meses. A apresentação do relatório deve levar em conta sempre o Plano Municipal de Saúde demonstrando o que foi realizado, como isso impactou nas metas a serem

alcançadas a médio e longo prazo e qual o investimento feito. O Relatório é um processo de prestação de contas que deve estar relacionado ao Plano. Em muitos municípios isso não acontece. Os motivos podem ser: ou porque o município nem elaborou o Plano Municipal de Saúde; ou porque fez um plano simplesmente para constar na documentação, ou porque o Conselho analisa o Relatório sem conhecer as metas e objetivos do Plano. Lembre-se! É importante que o Conselho exija sempre do gestor a apresentação do Plano junto com a apresentação do Relatório de Gestão.

3.6.3 Plano de Saúde

Dizíamos anteriormente que o orçamento público se relaciona diretamente com o processo de planejamento, e que o Plano de Saúde é um dos principais instrumentos do planejamento na saúde. Se há uma insuficiência de recursos na saúde, há também insuficiência ou ineficiência no processo de planejamento. Por isso, para que o Sistema Único de Saúde funcione de fato como prevê a Constituição, é fundamental um processo de planejamento bem criterioso.

O SUS é organizado de forma descentralizada. Isso significa que cada ente da federação tem responsabilidades específicas na política de Saúde. A atenção básica, por exemplo, é de responsabilidade do Município, mesmo que o Governo Federal disponibilize incentivos para isso. A alta complexidade é de responsabilidade das três esferas. Com isso, os municípios têm a responsabilidade de organizar o seu



sistema local, sem deixar de se articular com o sistema geral.

A organização do sistema local exige um planejamento por parte dos municípios e o Conselho tem o papel de acompanhar e aprovar o Plano de Saúde.

Já dissemos que planejamento é um instrumento indispensável no orçamento, uma vez que estabelece, de forma organizada, os gastos a serem feitos pelo gestor. No caso específico da saúde, o planejamento, além de ser estratégico para definir os investimentos e as ações, possibilita o controle dos recursos públicos da saúde.

A lei orgânica 8.142/90 estabelece, no seu Art. 4º, que para receber os recursos Fundo a Fundo, os municípios, estados e o Distrito Federal devem ter, além do Fundo de Saúde, o Conselho Municipal, o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde. O Plano de Saúde nada mais é do que o planejamento das ações e serviços de saúde. A comunidade, através desse planejamento, tem condições de acompanhar a execução de tudo o que foi planejado.

Por outro lado, o Plano de Saúde também é um instrumento de controle do uso dos recursos públicos. A lei federal 8.080/90 no capítulo III, Art. 36, parágrafo 2º, diz: “É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações de emergência ou de calamidade pública, na área da saúde.” Portanto, é obrigação de cada esfera de governo a elaboração do plano de saúde para dizer como serão usados os recursos da saúde. Os conselhos têm um papel fundamental, não só na hora de controlar os gastos, mas também na construção do Plano de Saúde.

3.7 O Pacto pela Saúde e o financiamento da saúde

O Pacto pela Saúde, instituído em 2006, busca reafirmar o SUS como política pública de efetivação do direito humano à saúde no país e, para isso, propõe um conjunto

de mudanças, especialmente do ponto de vista da sua gestão.

Importa citar aqui, a proposição do Pacto em relação ao financiamento da saúde. O Pacto propõe um debate nacional amplo sobre a necessidade de um financiamento suficiente e permanente para a saúde. Além de propor a urgência da regulamentação da EC-29, sugere uma agenda de médio e longo prazo para que o Brasil adote uma política de Estado que garanta a saúde como direito de todos.

Do ponto de vista gerencial, o Pacto reafirma a responsabilidade das três esferas de governo no financiamento da saúde, a superação progressiva das iniquidades na distribuição dos recursos e o repasse Fundo a Fundo, do qual já tratamos anteriormente. De outro lado, o Pacto salienta a necessidade de fortalecermos a autonomia dos entes federados na organização do SUS, especialmente dos municípios. A proposta saiu fortalecida com a portaria nº 204, de janeiro de 2007, complementada pela portaria 837, de abril de 2009, que regulamentaram o processo de transferência de recursos federais para a saúde. A mudança consiste na criação de seis Blocos Gerais de Financiamento. Esse processo procura superar os repasses fragmentados que o Ministério da Saúde faz através de portarias próprias, e que violam a autonomia dos gestores. Mesmo que este esforço não tenha superado o problema do repasse fragmentado, representou avanços. Os Blocos são:

- a) Atenção Básica**
- b) Atenção de média e alta complexidade**
- c) Vigilância em Saúde**
- d) Assistência Farmacêutica**
- e) Gestão do SUS**
- f) Investimentos na Rede de Saúde**

O Pacto pela Saúde também deixou mais clara a responsabilidade específica dos gestores do SUS. Do ponto de vista financeiro, instituiu o Limite Financeiro Global, que exige que os gestores informem os recursos que vão investir em cada Bloco. Isso é muito importante porque o Termo, além de ser um mecanismo de comprometimento mais explícito, possibilita que o Conselho e a comunidade acompanhem a execução do referido compromisso financeiro.

Por fim, cabe destacar que o Pacto propõe mudanças importantes no financiamento da saúde que podem contribuir no processo de avanço da implementação do SUS. No entanto, ainda é limitado no que se refere a uma política financeira sustentável da saúde no país. Mesmo que proponha a imediata regulamentação da EC-29 e um debate sobre o aumento dos recursos para a saúde, exige da sociedade, no item do financiamento, uma atitude mais pró-ativa para ir além de uma carta de intenções. Além disso, o Pacto tem outro limite que é propor uma agenda para o aumento dos recursos somente para a saúde, e não para a Seguridade Social.



3.8 Desafios

Realizar o planejamento na saúde: Junto com os recursos, o planejamento é um dos problemas da gestão em saúde. Muitos municípios e estados fazem o Plano somente porque é uma exigência da Lei, mas não baseiam sua ação no que ele define. Por seu lado, muitos conselhos de saúde, mesmo depois de aprovarem os Planos, se esquecem deste importante instrumento no exercício do seu papel. É urgente e necessário que os conselhos de saúde exijam dos gestores a elaboração séria do Plano de Saúde, e que a política seja implantada com base no Plano.

Tornar o processo orçamentário mais participativo: a população, e especialmente os que têm o papel de fiscalizar o Estado, como é o caso dos conselheiros tem o dever de participar do planejamento e acompanhamento do ciclo orçamentário. Muitos municípios realizam audiências públicas para debater o PPA e a LDO. Porém, normalmente há pouca ou nenhuma participação da população. Ou os gestores não fazem uma ampla articulação da sociedade, ou a sociedade não se dá conta da importância de participar. Se não se discutem as grandes prioridades nestes espaços, as nossas políticas não serão implantadas.

Lutar por um financiamento suficiente para à saúde: um dos elementos indispensáveis para efetivar o direito à saúde é a disponibilidade de recursos suficientes e sua aplicação responsável. Por isso, dado discurso da insuficiência dos recursos, precisamos compreender, nas nossas entidades, nas organizações de classe e nos espaços de participação, que só avançaremos na efetivação de todos os direitos se fizermos um grande debate nacional sobre o financiamento dos mesmos.

Conclusão

A saúde é um direito fundamental de todos e todas. Exige uma responsabilidade clara do Estado em efetivar políticas públicas integrais e universais. Os estados só conseguirão acatar este compromisso na medida em que construirão Sistemas Públicos Universais que compreendam o cidadão como sujeito de direitos. Se a condição de sujeito de direitos estiver ausente, a política pública perde o seu caráter de promover o bem coletivo.

Com esta cartilha, procuramos demonstrar que o Brasil avançou bastante no marco da afirmação da saúde como direito humano. No entanto, temos ainda um longo caminho a trilhar para que o direito declarado tenha efetividade plena para todos. Os desafios são grandes, e a sociedade precisa repor o tema seguridade social - no qual está inserida a saúde - como elemento central de uma agenda política para o país. Este debate não pode ser adiado e necessita ser feito a partir de um projeto de desenvolvimento mais amplo. Não somente a partir de temas fragmentados que, apesar de importantes, perdem o caráter estratégico do que significam os sistemas públicos para o desenvolvimento de um país.

É este o sentido profundo desta cartilha. Ao mesmo tempo em que se dispôs a detalhar o atual funcionamento do financiamento da saúde, a partir do qual conselheiros e lideranças possam atuar de forma qualificada, procurou fazê-lo à luz de um olhar mais amplo e profundo, que é o olhar dos direitos humanos. Se, de um lado, não é possível incidir sobre o Estado sem entender suas regras de funcionamento (leis, portarias e decretos), por outro lado é preciso fazê-lo também partindo de um olhar crítico que revele a própria construção desta normativa estatal, sabendo que ela está em permanente disputa na sociedade e que estão em jogo diferentes interesses.

Para o CEAP, repor o debate da saúde a partir do conteúdo dos direitos humanos é enfrentar de forma estrutural o problema atual do subfinanciamento da saúde.

Caso contrário, o risco que corremos é limitarmos nossa agenda à aprovação de uma Emenda Constitucional ou a uma contribuição específica para a saúde. Mesmo que essas lutas sejam muito importantes, devemos recolocar o problema na perspectiva de construir uma política de financiamento sustentável e permanente à luz da demanda necessária para a efetivação do direito à saúde de todos e todas. Se perdermos isso de vista, o financiamento ficará sempre a reboque de políticas circunstanciais ou interesses de quem não quer que a saúde pública funcione. A saúde não pode ser como um tijolo que compramos e vendemos no mercado.

No período em que o Brasil realiza um conjunto de debates em torno da I Conferência Mundial da Seguridade Social, que se coloca como uma oportunidade de discutirmos os grandes desafios internos no país em torno do tema, esperamos que este material contribua para fortalecer a saúde dentro do marco da seguridade social e reafirme o papel social do Estado. Isso significa, por exemplo, adotar uma futura Lei de Responsabilidade Sanitária, no mesmo nível da Lei de Responsabilidade Fiscal, da qual tanto falamos neste material. Afinal, não basta que um estado mantenha as contas em dia (o que garante não mexer em grandes interesses de grupos especuladores que lucram com a dívida pública) às custas de um enorme déficit social.



Apoio:

**Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa**

**Ministério
da Saúde**

