

# **Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil<sup>1</sup>**

**André Medici<sup>2</sup>**

## **Abstract**

This paper describes how the new health rights inscribed in the 1988 Constitution have been implemented under the umbrella of a new financing framework which suffered several changes since the nineties and the present decade. The paper presents an aggregated analysis of the main sources of health financing (public and private) and discusses some of the legal problems associated with the implementation of the health financing mechanisms defined in the current sector legislation. A brief analysis of the financial inequities in the health sector is conducted emphasizing the unequal use of the SUS by rich and poor groups, the regressive taxation and the inequalities in the availability of SUS funds at regional level. After showing some subjects to explore the relationship between health rights and health financing, the paper concludes that the judiciary system has to treat the health sector legal problems as a matter of collective and not of individual rights.

**Janeiro de 2009**

---

<sup>1</sup> Este artigo foi preparado para a área de Direito Sanitário do Ministério da Saúde no Brasil, para ser utilizado como texto básico nos cursos de Direito Sanitário organizados no âmbito do Ministério. O autor agradece aos excelentes comentários de José Roberto Afonso e Gilson Carvalho.

<sup>2</sup> Economista Senior de Saúde da Área de Desenvolvimento Humano para a América Latina e Caribe, Banco Mundial.

## 1. Introdução

A partir da reforma constitucional de 1988, o governo brasileiro introduziu uma série de mudanças na forma de financiamento dos gastos públicos com saúde<sup>3</sup>. Estas mudanças se vinculam basicamente à uma nova concepção de direito a saúde no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição de 1988, aperfeiçoado posteriormente pelas Emendas Constitucionais 29 (de 2000) e 51 (de 2006), regulamentado por Leis e operacionalizado por uma sequência de instrumentos legais (decretos, portarias, normas internas e manuais do Ministério da Saúde).

Antes do SUS<sup>4</sup>, o direito a saúde era garantido, de fato, somente para: (a) aqueles que tinham capacidade de pagar, através de suas próprias fontes de renda; (b) aqueles que se inseriam no setor formal do mercado de trabalho e suas famílias, onde era garantido o acesso a assistência médica, através da Seguridade Social<sup>5</sup> e (c) aqueles que tinham algum tipo de proteção institucional (plano ou seguro de saúde) financiado por ele mesmo, por sua empresa ou por terceiros.

Uma grande parcela da população brasileira – aquela que não se inseria no mercado formal de trabalho, não tinha renda para pagar por sua proteção à saúde ou não tinha nenhuma empresa ou instituição que velasse por sua saúde – poderia acessar aos serviços prestados pelos estabelecimentos públicos da administração direta (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) ou contar com a caridade provida pelos hospitais filantrópicos, como as Santas Casas. Ambos tinham papel residual na oferta de saúde no país. Tanto os recursos públicos

---

<sup>3</sup> Uma recuperação histórica das mudanças no financiamento da seguridade social no Brasil, incluindo a saúde pode ser encontrada em Afonso & Junqueira (2008).

<sup>4</sup> A implantação do SUS foi o culminar de um processo de incorporação de direitos na saúde que se intensifica nos anos oitenta. De um certo modo a rede pública, composta de postos de saúde e hospitais federais, estaduais e municipais, oferecia o acesso universal a saúde, mas a cobertura de seus serviços era marcadamente insuficiente para atender a toda a população necessitada. No final dos anos oitenta, o INAMPS passou a realizar convenios com hospitais universitários e filantrópicos para estender a cobertura a população aberta. O Programa de Pronto Ação (PPA) do INAMPS também possibilitou a extensão de cobertura dos serviços de atendimento de urgência. Com o estabelecimento do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária (CONASP) em 1983, vários programas como o de Ações Integradas de Saúde (AIS) e posteriormente o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) passaram a coordenar ações integradas de atenção à saúde para a população aberta. Nesse sentido a Constituição de 1988 cristaliza um movimento em prol da universalização da saúde que já estava em processo.

<sup>5</sup> Tratava-se neste caso do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), instituição que, a partir da Constituição de 1988, deixou de ser órgão da administração indireta do Ministério da Previdência Social, passando para o Ministério da Saúde e sendo extinto pela Lei em 8689 de julho de 1993. A partir de então, sua estrutura foi assimilada pelo Ministério da Saúde e sua rede de hospitais e serviços ambulatoriais foi descentralizada para os Estados e Municípios.

como a filantropia não eram suficientes para cobrir uma volumosa população pobre que vivia nas periferias metropolitanas, nas pequenas cidades e vilas e nas regiões rurais.

O SUS mudou esta realidade, ao criar um sistema robusto de proteção à saúde para toda a população, financiado pelo setor público. Esta proteção foi garantida através de um conjunto de princípios básicos – acesso universal e igualitário, atendimento integral, descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação da comunidade.

O SUS é financiado através do estabelecimento de fontes fiscais e da seguridade social. Inicialmente ficou definido que sua base financeira seria o Orçamento da Seguridade Social (OSS), custeado a partir de contribuições sociais. No entanto, a concepção original do financiamento atrelado ao OSS nunca de fato funcionou. Como condição prévia ao programa de estabilização trazido pelo Plano Real, parte das receitas vinculadas ao OSS foram desvinculadas através do Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente transformado em Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).

Quando criado, em 1988, o OSS previa como principais fontes para o seu financiamento, a contribuição sobre a folha de salários, a contribuição sobre o lucro líquido das empresas, a contribuição para o financiamento do investimento social e fontes fiscais de natureza complementar. Como o OSS financiava políticas de previdência, saúde e assistência social, uma das propostas que surgiu ao início dos anos 90 foi a especialização das fontes de financiamento. Por esta proposta, a contribuição sobre a folha de salários financiaria a previdência social, a contribuição para o investimento social a assistência e a contribuição sobre o lucro líquido a saúde. Na prática, esta especialização das fontes não funcionou. A supremacia do financiamento à previdência fazia com que os recursos para a saúde ficassem desfinanciados. Somente em 1993, com a criação do Imposto provisório sobre a movimentação financeira (IPMF), transformado em 1996 para Contribuição (CPMF), o setor saúde passou a ter uma fonte mais estável de financiamento, mesmo não sendo essa uma fonte exclusiva de receitas para o setor.

O principal resultado deste processo foi o uso exclusivo da principal fonte de financiamento do OSS – a contribuição sobre a folha de salários - para o financiamento dos benefícios previdenciários e conseqüentemente, ao sepultamento da idéia do OSS e da própria seguridade social como conceito constitucional. Assim, na implementação das prioridades

orçamentárias, os benefícios previdenciários sempre acabaram sendo prioridades públicas frente a necessidade de cumprir os preceitos constitucionais de financiar políticas universais como saúde<sup>6</sup>.

A partir de 1996 os gastos federais não sofreram drásticas flutuações quanto a composição de suas fontes de financiamento, passando a CPMF a ser a principal fonte. Em 2002, por exemplo, os gastos federais de saúde tiveram como fontes de recursos a CPMF, com 41%, a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL) com 26%, a Contribuição para o Financiamento do Investimento Social (COFINS) com 15% e outras fontes orçamentárias, com 18%.

A extinção da CPMF em 2007 pelo Congresso Nacional, contrariando a vontade do Governo Federal, levou a um rearranjo das fontes de financiamento para a saúde nos anos mais recentes. Algumas medidas para contrabalançar as perdas financeiras, como o aumento das alíquotas do Imposto sobre Operações Financeiras e da CSLL, associadas ao desempenho econômico favorável do país, fizeram com que em 2008 os recursos para a saúde fossem superiores aos recursos alocados em 2007, mas aparentemente o Ministério da Saúde ainda busca negociar com as autoridades econômicas a criação de uma fonte substitutiva para cobrir eventuais insuficiências estruturais no financiamento da saúde que poderiam surgir pela extinção de uma fonte parcialmente vinculada ao setor como a CPMF.

A Emenda Constitucional 29, aprovada pelo Congresso em 2000, aumentou a responsabilidade de Estados e Municípios para o financiamento da saúde, através da criação de vinculações das receitas próprias dos Estados e Municípios para a saúde. Tal emenda era absolutamente necessária, dado que, com o advento do SUS, a organização e a entrega dos serviços de saúde passou a ser descentralizada (isto é, de competência dos Estados e Municípios). Assim, progressivamente o Ministério da Saúde passa a ser um órgão repassador de recursos, investimentos e incentivos para a execução das políticas de saúde das esferas locais de Governo.

As principais fontes de financiamento próprio da saúde nos Estados são o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e as transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE). Em 2002 elas correspondiam a 67% e 18%, respectivamente das fontes estaduais que financiam o setor saúde. No caso dos Municípios, as principais fontes de financiamento são igualmente o ICMS, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Imposto sobre Serviços (ISS), os quais respondiam em 2002 por 41%, 30% e 12% do financiamento dos gastos municipais com saúde, respectivamente.

---

<sup>6</sup> Uma crítica mais detalhada ao processo de extinção do conceito de seguridade social pode ser encontrada em Serra, J & Afonso, J.R., 2007.

O Governo Federal criou progressivamente uma sistemática de repasse de recursos para as esferas estaduais e municipais de Governo. Inicialmente as transferências se realizaram sobre a base de orçamentos históricos, mas com o tempo, novos critérios e fórmulas começaram a ser estabelecidos para melhorar a equidade na distribuição desses recursos.

Como os recursos são finitos, o principal problema enfrentado pelo sistema tem sido: quem financiar e o quê financiar? No início do SUS, o sistema atendia a quem chegava primeiro, mas progressivamente ficou claro que as necessidades eram maiores que a capacidade de atendimento. A fila passou a ser a forma de controle do acesso aos serviços. Mas haviam aqueles que furavam as filas, dado terem contatos privilegiados no interior do sistema<sup>7</sup>. Com o passar do tempo, investimentos vultuosos se realizaram, especialmente em atenção básica e na organização da rede e as filas foram se reduzindo, ao menos, para a atenção básica. Programas como *o de agentes comunitários de saúde e o de saúde da família* aumentaram a oferta, cobertura e qualidade da saúde e passaram a atender a uma população que anteriormente, quando muito, só tinha acesso aos leitos hospitalares em caso agudos e muitas vezes quando já era demasiado tarde.

O SUS também não tinha, ao seu início, uma definição clara do que financiar (a Constituição promulgou o acesso integral aos serviços). Mas com o passar do tempo, o sistema foi progressivamente definindo ações e programas prioritários de saúde, com base em necessidades epidemiológicas da população. Nesse sentido, foi delimitado um conjunto de serviços essenciais com vistas a tornar amplo seu acesso a vários segmentos da população.

Esse movimento, do ponto de vista do direito sanitário, levou o Estado no Brasil a estabelecer progressivamente uma lógica de saúde baseada em normas de direito coletivo. Assim, os recursos públicos passaram a financiar um conjunto de serviços de saúde, de forma coletivamente pactuada entre os governos federal, estadual e municipal e entre a população, através dos Conselhos de Saúde em todas as esferas públicas. Este processo, como será visto mais adiante, tem sido implementado de forma assimétrica e os resultados alcançados expressam mais a boa vontade dos atores envolvidos do que a existência de um processo permanente e duradouro de consolidação do pacto federativo no setor. Como consequência, em muitos Estados e Municípios os Conselhos atuam de forma exemplar, avançando o processo representativo e a capacidade regulatória da população sobre os recursos de saúde. Em outros, os Conselhos praticamente não existem, levando a más aplicações de recursos e até mesmo à corrupção.

---

<sup>7</sup> Para as classes médias, por exemplo, era melhor contar com um médico amigo no setor público para fazer um exame mais caro e pagar um plano de saúde mais barato e com exclusões.

## 2. Panorama Geral do Financiamento da Saúde no Brasil

Estima-se que, em 2006, o gasto total com saúde no Brasil representava 8,8% do PIB<sup>8</sup>, valor superior ao gasto médio dos países latino-americanos, situado em 7,3%. Em termos percapita isto corresponde a um gasto de US\$ 731,00 por pessoa em dólares de 2006 segundo o critério de paridade do poder de compra.

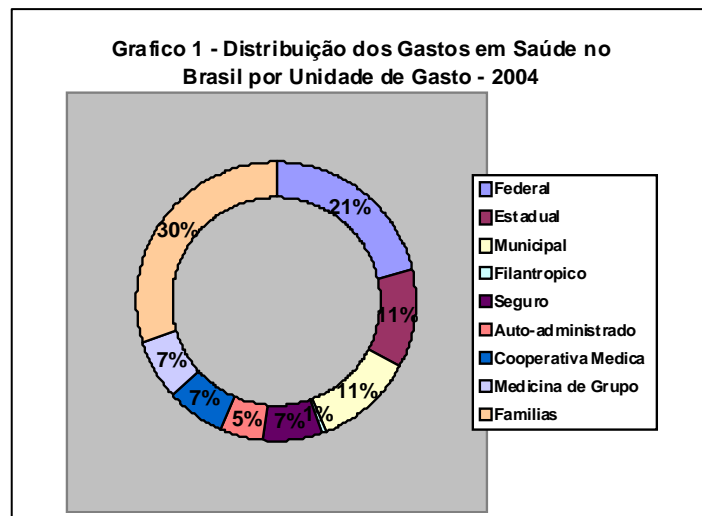
Analisando-se a composição do gasto em saúde no Brasil, segundo estimativas para 2004, chega-se a interessantes conclusões. Primeiramente, a maior parcela dos gastos (cerca de 57%) são gastos privados e 43% são gastos públicos. Considerando-se, pela ótica das contas nacionais, a distribuição do gasto entre os três principais agentes econômicos se apresenta da seguinte forma: o governo responde por 43% dos gastos com saúde, as famílias por 30% e as empresas (incluindo as entidades filantrópicas) respondem por 27%.

O gráfico 1 mostra que no setor público, o governo federal representa a maior parcela do gasto total (21%), seguindo-se em proporções iguais os Estados e Municípios (ambos com 11%).

Entre as empresas e entidades filantrópicas, as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e as instituições de seguro saúde

respondem cada uma por 7%. Os planos auto-administrados pelas Empresas respondem por 5% e as instituições filantrópicas por apenas 1% do gasto.

O sistema de saúde brasileiro, mesmo após a criação do SUS, continua sendo um sistema fragmentado e a maioria do gasto em saúde é privado<sup>9</sup>. Portanto, o direito sanitário deve buscar



<sup>8</sup> Ver World Health Statistics 2008. <http://www.who.int/statistics>.

<sup>9</sup> Há que considerar que parte do gasto privado das famílias e instituições filantrópicas se beneficia de mecanismos institucionais de renúncia fiscal. As famílias podem descontar seus gastos em saúde (inclusive de planos de saúde suplementar) do Imposto de Renda da Pessoa Física. As Empresas no Brasil não podem descontar seus planos de saúde do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ). No entanto, as Instituições Filantrópicas são isentas de recolher tanto o imposto de renda da pessoa jurídica (IRPJ) como o CSLL. Como entre as instituições filantrópicas se encontram aquelas que prestam serviços de saúde, se estima que estas, ao não pagar IRPJ, são indiretamente subsidiadas pelo gasto público. Portanto, a partir deste critério,

não apenas o exame das ações de direito coletivo, que inspiram a proposta do SUS, mas também as demandas de direito individual, que configuram os contratos assinados entre famílias ou indivíduos e os planos de saúde. Em cada uma das esferas, a lógica de atuação do direito sanitário deve ser distinta. No setor público, cabe a proteção das ações coletivas expressas nas prioridades epidemiológicas, enquanto nos planos privados de saúde cabe a proteção aos direitos individuais expressos nos contratos firmados.

Mas apesar de sua fragmentação, o país tem procurado nestes últimos anos uma maior coordenação e integração entre as ações de saúde financiadas pelo setor público, mediante um amplo e contínuo processo de descentralização, pactuação e de redefinição dos papéis das diferentes esferas do governo. Ainda assim, persistem problemas associados à busca de uma maior integração entre os setores público e privado, os quais tem encontrado soluções que se iniciam com a regulamentação do Setor de Saúde Suplementar (Lei 9656 de 1998) e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.961 de 2000). Este é um processo ainda em curso que demorará provavelmente muitos anos até que promova uma real integração entre o setor público e os planos privados de saúde.

### **3. Os gastos públicos de saúde no Brasil**

Consideram-se gastos públicos com saúde, com base nas definições da Constituição de 1988 e nos artigos 5 e 6 da Lei 8080 de 1991, aqueles que se destinam à promoção, proteção e recuperação da saúde da população em geral<sup>10</sup>. Os gastos públicos com saúde se financiam com recursos fiscais de todos os níveis de governo: federal, estadual e municipal, incluindo os recursos externo para investimentos especiais no setor<sup>11</sup>.

Consideram-se gastos públicos federais com saúde, aqueles que se executam com recursos do orçamento do governo federal, por meio de seus Ministérios e de organismos da administração direta e indireta ou de transferências a outras esferas de Governo. As principais entidades responsáveis pelos gastos públicos federais com saúde são o Ministério da Saúde e o da

---

QUADROS (2000) se estima que em 1997 (ano base 1996) a renúncia fiscal em saúde foi de R\$2 bilhões (R\$ 0,8 bilhões no IRPJ e R\$1,2 bilhões no IRPF), sem contar o que deixou de ser pago na CSLL.

<sup>10</sup> Segundo este critério não estão incluídos gastos com saúde dos funcionários da administração pública, que podem ser classificados como gastos privados, já que se destinam à atenção exclusiva de tais funcionários e suas famílias, como no caso de qualquer empresa.

<sup>11</sup> Embora o financiamento externo aos gastos do Governo seja parte do gasto público, sua dimensão é por demais reduzida no Brasil, não chegando a representar anualmente 0,5% do total de gastos públicos em saúde em todas as esferas de Governo.

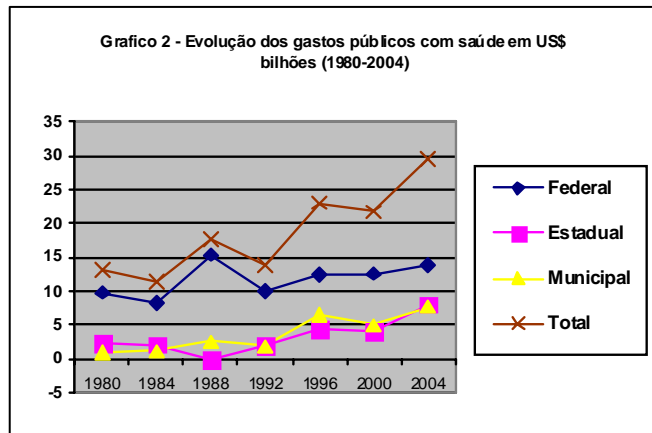
Educação. Este último financia, indiretamente, os hospitais pertencentes às universidades federais, que são importantes pilares do sistema público de atenção médica, especialmente nas grandes capitais do país. No entanto, progressivamente vem se ampliando a parcela de financiamento do SUS aos hospitais universitários federais.

As séries históricas sobre gastos federais com saúde são as principais fontes de informação sobre o financiamento do setor saúde. Contudo, a importância do gasto federal no financiamento da saúde vem se reduzindo progressivamente, já que a receita fiscal dos estados e municípios aumentou e continua elevando sua participação no financiamento público dos serviços de saúde desde fins da década de 1980.

Além do mais, a legislação específica, como é o caso da Emenda Constitucional 29, promulgada em 13 de setembro de 2000, delimitou percentuais mínimos de vinculação das receitas federais, estaduais e municipais que deveriam ser destinadas ao setor saúde (12% para os Estados e 15% para os Municípios) pressionando, dessa forma, o aumento do gasto das esferas locais de governo<sup>12</sup>.

O papel dos Conselhos de Saúde em verificar o cumprimento destes percentuais por parte das esferas locais de governo também tem aumentado, seja na preparação da programação pactuada integrada (PPI) seja nas análises sobre a execução orçamentária dos recursos.

Por estes motivos, entre 2000 e 2004 o gasto público em saúde atingiu seus patamares mais altos e boa parte do deste movimento se encontra associado, mais ao crescimento dos gastos estaduais e municipais do que ao crescimento do gasto federal em saúde (ver gráfico 2)<sup>13</sup>.

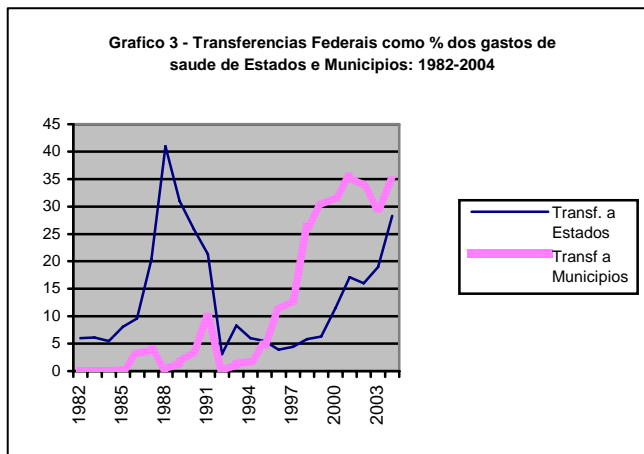


<sup>12</sup> Apesar disso, as autoridades econômicas do governo, entre 2003 e 2005, discutiram a possibilidade de desvincular os recursos para a saúde e educação, anulando, no caso da saúde, a emenda 29. Esta proposta foi apoiada pelo então Ministro da Fazenda Antonio Palocci e se inspirava em argumentos defendidos pelo Deputado Delfim Netto. O argumento de base utilizado para tal defendia que a vinculação diminui a liberdade do governo em estabelecer prioridades e que a desvinculação poderia trazer uma alocação mais eficiente dos recursos orçamentários nas três esferas de Governo. Ver sobre esse ponto Carvalho, G., 2004. Ver também Jornal Valor Econômico, 2005.

<sup>13</sup> As séries dos gráficos 2 e 3 estão em dólares constantes de 1996.



Por outro lado, depois de flutuações na década de 1980, o governo passou, desde o início dos anos 1990, a aumentar o volume de transferências negociadas de recursos para estados e municípios, destinadas ao financiamento da saúde. As Normas Operacionais Básicas (NOB) do Ministério da Saúde (MS), promulgadas nos anos 90, e recentemente o Pacto



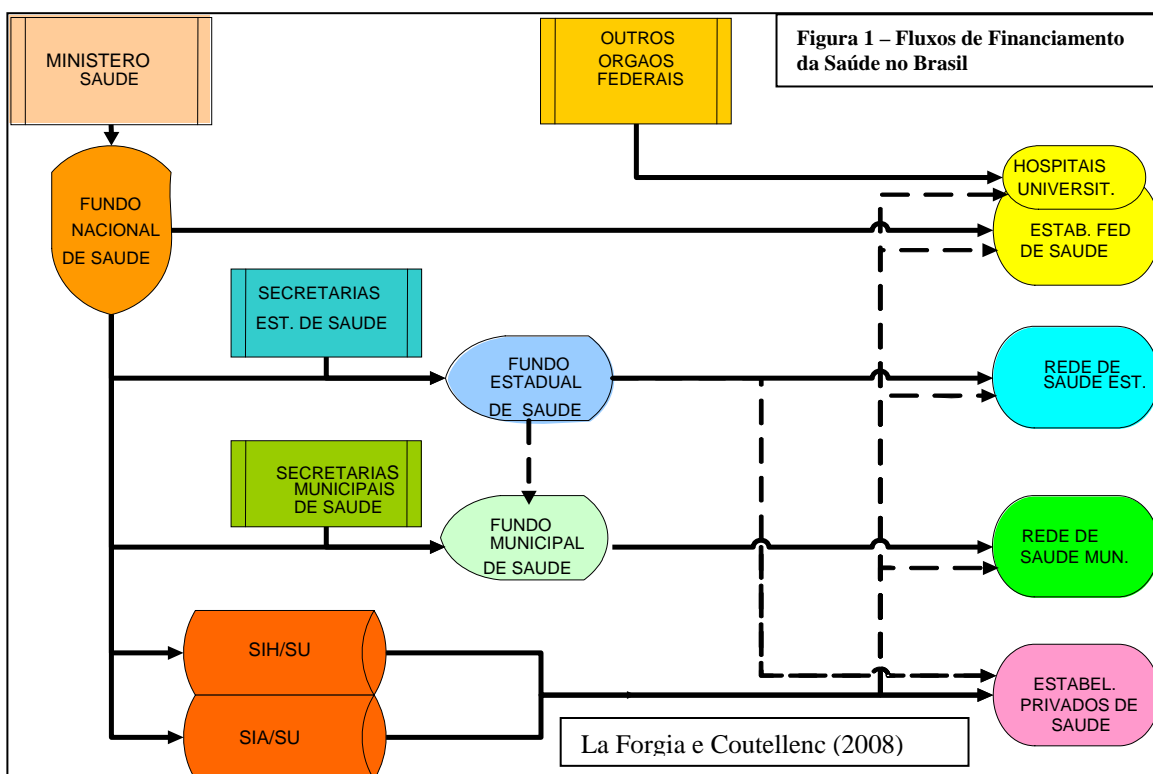
pela saúde, definido como política básica de regionalização e descentralização do setor em 2006, passaram a definir e aperfeiçoar os critérios para as transferências de recursos financeiros do nível central aos níveis locais de governo. Em 2004, as transferências federais representavam quase 30% dos gastos em saúde dos Estados e 35% dos gastos municipais em saúde (ver gráfico 3). Com isso, as decisões alocativas sobre o gasto em saúde passaram nos anos mais recentes, definitivamente para a esfera dos Estados e Municípios.

Entre os problemas que se avolumam no processo de financiamento, especialmente dos gastos federais de saúde, está o crescimento dos recursos classificados como “restos a pagar” que se transferem para os orçamentos dos anos posteriores ao fim de cada exercício fiscal. A principal consequência desse processo é a postergação de investimentos setoriais.

#### **4. O processo de financiamento público da saúde: o passeio das transferências e fontes próprias**

Para avaliar separadamente o impacto do aumento dos fundos provenientes de fontes próprias e de transferências federais nos gastos com saúde de estados e municípios, a análise do financiamento público de saúde deve ser feita sob duas ópticas distintas. A primeira é a óptica da origem dos recursos, em que o gasto de cada esfera do governo se contabiliza a partir de suas próprias fontes de financiamento ou, dito de outro modo, de recursos fiscais e parafiscais próprios. A segunda óptica é a da responsabilidade pelos gastos. Neste caso consideram-se os gastos efetivamente realizados sob gestão ou responsabilidade de cada nível de governo. O governo federal transfere recursos para financiar serviços de saúde aos estados e municípios, dado que constitucionalmente ele deixa de ser o principal executor das atividades de saúde.

Os estados, em geral, recebem recursos do governo federal e, em poucos casos, transferem fundos aos municípios quando estes não estão em processo de gestão plena do SUS. Já os Municípios recebem transferências dos governos federal e estadual. O processo de transferência de recursos ocorre através de fundos que se estruturam em cada esfera de Governo. Esse processo, conhecido como de transferência “fundo-a-fundo”, ocorre como se encontra ilustrado na figura 1 abaixo<sup>14</sup>.



O Ministério da Fazenda transfere recursos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), composto de recursos federais, que transfere recursos aos fundos estaduais e municipais de saúde. Além disso, o FNS realiza pagamentos diretos aos estabelecimentos e programas federais de saúde e remunera os estabelecimentos privados de saúde que ainda se encontram sob sua contratação. Os recursos estaduais e municipais de saúde (próprios ou transferidos) são utilizados em programas do SUS no âmbito nacional, estadual e municipal. Financiam as atividades próprias de saúde em suas esferas de governo, mas também podem transferir recursos para unidades e programas de saúde de outras esferas, incluindo o pagamento de prestadores privados de serviços contratados ou conveniados pelo SUS.

<sup>14</sup> O Decreto No. 1232, de 30 de Agosto de 2004, define os mecanismos pelos quais são instituídas as transferências de recursos fundo-a-fundo para o setor saúde no Brasil

Do ponto de vista orçamentário, os Estados e Municípios devem constituir, pela legislação brasileira, fundos estaduais e municipais de saúde para que possam operar autonomamente o processo de “transferência fundo a fundo”. Todos os recursos do SUS (próprios e transferidos) devem ser aplicados seguindo as regras definidas pelos Planos (Estaduais e Municipais) de Saúde, elaborados a cada ano e referendados pela Programação e Pactuação Integrada (PPI).

Assim, os fundos de saúde devem financiar as ações programadas através dos pactos de saúde, as quais são aprovadas pelos conselhos estaduais (no caso dos Estados) ou Municipais (no caso dos Municípios) de Saúde, incluindo o pagamento de serviços contratados de terceiros, como dos hospitais universitários públicos e estabelecimentos privados e filantrópicos. A fiscalização quanto a utilização dos recursos dos fundos estaduais e municipais de saúde é realizada pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), no caso dos Fundos Estaduais e pelos tribunais de contas dos estados, no caso dos fundos municipais de saúde.

Desde 2003 a Auditoria Geral da União (AGU) realiza, por amostragem, auditorias detalhadas do uso dos recursos dos fundos municipais de saúde. Os resultados de um estudo realizado com base nestas auditorias<sup>15</sup> para o período 2003-2005, numa amostra de 500 municípios brasileiros com menos de 500 mil habitantes, demonstraram que 69% apresentaram alguma forma de corrupção associada ao uso dos recursos federais de saúde. Maiores taxas de corrupção no uso dos recursos estavam associadas a ausência ou baixa representação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde. Por outro lado, a existência de corrupção não estava diretamente relacionada com a renda do município, com a existência de orçamentos participativos ou com o tamanho da transferência de recursos federais para os Municípios. No entanto, dado o emaranhado de Leis, Decretos, Normas, Portarias, emitidos continuamente sobre transferências de recursos, muitas vezes o que a AGU considera como corrupção pode ser simplesmente inobservância de normas administrativas (por desconhecimento) ou descumprimento de legislação local não compatível com a legislação federal existente ou emitida. Nesse sentido, caberia separar os atos que redundaram simplesmente em descumprimento da legislação vigente daqueles que levaram ao enriquecimento ilícito de pessoas através de recursos públicos que é o que, em termos clássicos, tem sido considerado como corrupção.

---

<sup>15</sup> Avelino & Biderman (2006), *Governance in Managing Public Health Resources Among Brazilian Municipalities*, Paper committed by the World Bank Institute, World Bank, Washington.

Os dados sobre gastos federais com saúde no Brasil são, em geral, obtidos nos relatórios de execução orçamentária anual do governo federal. O atual sistema de gestão financeira do Ministério da Fazenda permite conhecer em pormenor o registro contábil dos recursos transferidos para estados e municípios pelo governo federal.

Os dados sobre gastos estaduais e dos municípios com mais de 50 mil habitantes podem ser obtidos junto à Divisão de Estados e Municípios (DIVEM) da Secretaria do Tesouro Nacional (STN) que faz parte do Ministério da Fazenda. Contudo, esses dados muitas vezes não apresentam pormenores suficientes para identificar adequadamente as transferências federais de recursos, o que dificulta a compatibilização entre tais transferências de recursos aos estados incluídos no SIAFI e aqueles coletados nos formulários da DIVEM. A opção, neste caso, é considerar como válido o critério utilizado pelo SIAFI, já que a informação apresenta uma metodologia de controle que assegura melhor qualidade.

Para obter informações mais detalhadas sobre financiamento e gasto de saúde no Brasil o Ministério da Saúde criou, a partir do ano 2000, o Sistema de Informações sobre Orçamento Público de Saúde (SIOPS). Esse sistema coleta dados sobre receitas e despesas dos Estados e Municípios com Saúde, tendo em vista: (a) auxiliar o processo de planificação, gestão e avaliação dos gastos em saúde no Brasil, (b) aumentar a transparência e o controle social sobre os gastos de saúde no Brasil e (c) monitorar e avaliar se os Estados e Municípios estão implementado a Emenda Constitucional 29, especialmente no que se refere ao cumprimento das vinculações de receita para a saúde.

A entrega dos dados passa a ser um dos itens necessários para o repasse de recursos federais para os Estados e Municípios, o que permite que a base de dados do SIOPS seja, atualmente, uma das melhores fontes de informação sobre finanças estaduais e municipais do setor saúde no Brasil.

## **5. Os Gastos das Empresas e das Famílias em Saúde no Brasil**

Entre dezembro de 2000 e setembro de 2008, o número de beneficiários dos planos de saúde suplementar no Brasil, aumentou de 30,7 para 40,8 milhões de pessoas<sup>16</sup>. Em outras palavras, cerca de 22% da população brasileira tinha algum tipo de plano privado de saúde em 2008 e a maioria (74%) tinham planos coletivos, isto é, financiados ou organizados para

---

<sup>16</sup> Este dado exclui o conjunto de indivíduos com planos de saúde de cobertura exclusivamente odontológica, que aumentou de 2,8 para 10,4 milhões de pessoas no mesmo período.

populações fechadas de empresas<sup>17</sup>. A cobertura em 2008 é bastante desigual ao nível regional, podendo variar de menos de 5%, no caso do Estado de Roraima, Maranhão, Tocantins e Piauí, até mais de 30% da população nos Estado de São Paulo e Rio de Janeiro. Algumas capitais, como Vitória, no Estado do Espírito Santo, chegam a ter mais de 65% da população coberta por planos privados de saúde.

Em 2008, a maioria dos beneficiários de planos de saúde<sup>18</sup> inseriam-se nas modalidades de medicina de grupo (16,4 milhões) e cooperativas médicas (13,8 milhões). Juntas, essas duas modalidades respondem por quase 60% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil. Desde 1999, quando foi regulado o setor, o mercado vem passando por uma forte concentração. O número de empresas que operam planos de saúde se reduziu de 2639 para 1785 entre 1999 e 2008 e a tendência é que o mercado continue se concentrando em função das exigências e garantias necessárias para assegurar uma saúde de qualidade para os clientes. Este processo, no entanto, limita a existência de empresas operadoras em regiões e estados com populações mais dispersas, onde os requisitos de *risk-pooling* para a operação no setor não estão dados. Estados como o Piauí tem menos de 250 empresas operando no mercado de planos de saúde, enquanto que São Paulo detém mais de 1000.

Entre 2001 e 2007, a receita gerada pelas operadoras de planos de saúde aumentou de R\$22,1 para R\$51,4 bilhões, representando um crescimento de anual de 15,1%. Isto mostra o potencial de crescimento do mercado e a larga taxa de transferência de recursos que a sociedade brasileira começa a dedicar a este mercado.

Com isso, se pode dizer que boa parte da renda das famílias tem se dedicado progressivamente ao mercado de planos de saúde. Segundo dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE de 2002, os gastos com planos de saúde chegaram a representar 28,2% dos gastos das famílias, quando a mesma pesquisa em 1988 mostrava uma participação de apenas 11,8%. Mesmo assim, a penetração dos planos de saúde em 2002 representava, em média 7% nos orçamentos das famílias com menos de 1 salário mínimo de renda mensal, comparado com 37% nas famílias com renda superior a 30 salários mínimos.

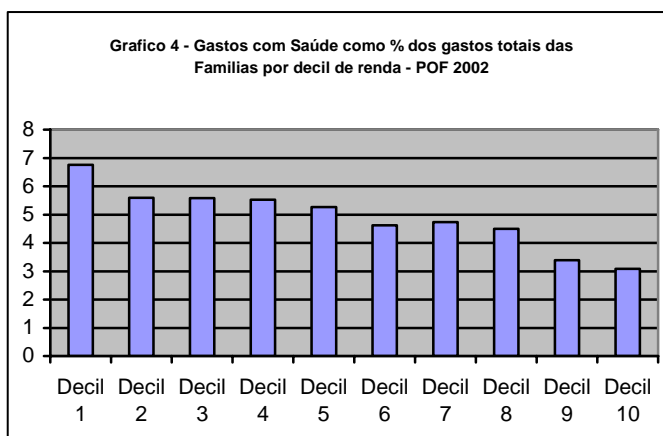
Mesmo com um sistema gratuito e universal como o SUS, as famílias brasileiras pobres gastam mais com saúde, em termos relativos, que as famílias mais ricas. Os dados da POF de 2002, expressos no gráfico 4 revelam essa desigualdade. Os dez por cento mais pobres gastam

---

<sup>17</sup> Caberia discutir se, para esta população, valeria o critério de direito coletivo no julgamento das cláusulas contratuais desses planos.

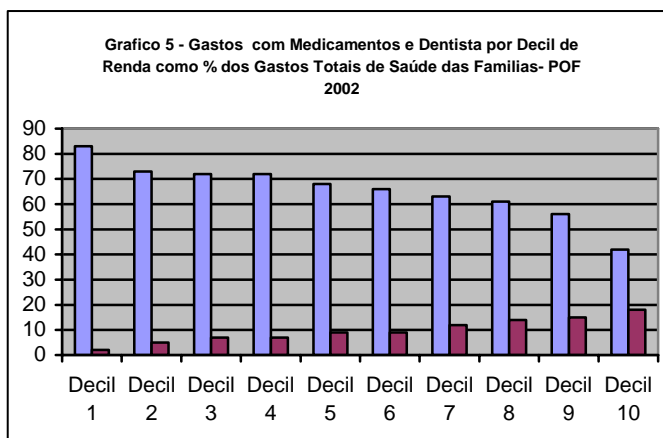
<sup>18</sup> Incluindo os planos exclusivamente odontológicos.

quase 7% de sua renda com saúde, enquanto que os dez por cento mais ricos mal gastam 3%. Esta situação reflete uma desigualdade de acesso aos serviços de saúde que progressivamente vem sendo resolvida, mas ainda há um grande caminho pela frente. Esta mesma desigualdade se reflete na natureza dos gastos dos mais pobres, os quais se concentram na compra de medicamentos na medida em que a



política de medicamentos do SUS ainda tem um longo caminho pela frente para gerar maior acesso. Cerca de 80% dos gastos com saúde dos dez por cento mais pobres foram consumidos com medicamentos, enquanto que entre os 10% mais ricos este percentual foi de 40%.

Já os mais ricos concentram seus gastos em itens como planos de saúde, cobertura odontológica e outros, sobre os quais os pobres tem pouco acesso dado o seu elevado custo relativo e, portanto, não estão



ainda dentro de suas prioridades orçamentárias. Os gastos com dentista entre os mais pobres não são significativos mas chegam a quase 20% dos gastos em saúde dos dez por cento mais ricos (ver gráfico 5).

## 6. Inequidades financeiras do SUS e alguns caminhos para sua solução.

Podemos identificar três aspectos relacionados ao financiamento e gasto do SUS que tem impacto na equidade financeira do sistema. O primeiro se refere ao diferencial de utilização do SUS entre os grupos mais ricos e mais pobres. O segundo está na forma como os diferentes impostos incidem sobre a renda das famílias, acarretando em uma forma de financiamento do SUS que acaba sendo regressiva. O terceiro se relaciona ao fato de que os gastos do SUS acabam sendo mais elevados nas áreas onde a renda percapita é mais alta, gerando uma certa inequidade no financiamento do sistema.

### ***6.1 Iniquidades na utilização do SUS entre ricos e pobres***

Em linhas gerais, toda a sociedade brasileira é beneficiária do SUS, especialmente dos bens públicos de saúde que este oferece. Toda a sociedade brasileira é tributária dos avanços que o SUS representa nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica, vigilância ambiental, rede de urgência e emergência e do quadro geral de melhoria da saúde no país trazindo durante os últimos vinte anos, assegurando maior produtividade e bem estar social. Assim, ao se falar em iniquidades do SUS, estaremos nos referindo basicamente aos temas de assistência médica, e não aos bens públicos de saúde que o SUS gera.

A iniquidade do SUS não está no grau de utilização do sistema por ricos e pobres. Os grupos de renda mais elevada utilizam o SUS bem menos do que os grupos mais pobres, demonstrando a importância do sistema público para o atendimento das necessidades de saúde da população mais carente. A maioria dos pobres, utiliza exclusivamente o SUS e alguns dos que o utilizam são também usuários de planos privados de saúde. Os pobres que não utilizam o SUS não o fazem por falta absoluta de acesso, mas esses não chegam a 10% da população, segundo os últimos dados disponíveis. Vivem em geral em comunidades isoladas, regiões de difícil acesso e áreas rurais. Muitas vezes os pobres nas áreas metropolitanas tem acesso ao SUS, mas os serviços são de qualidade questionável e não atendem ao complexo quadro de determinantes sociais e epidemiológicos que condicionam a saúde destas áreas.

A iniquidade no uso SUS entre ricos e pobres repousa na natureza dos procedimentos que o SUS entrega aos mais ricos, os quais podem, em alguns casos, serem questionados quanto à sua prioridade social e até mesmo quanto à sua essencialidade frente a escassês de recursos do sistema. Poucos dos que pertencem aos grupos de maior renda recorrem exclusivamente ao SUS e a maioria sequer não utiliza o sistema. Os que o utilizam, de forma freqüente ou eventual, o fazem como complemento aos planos privados de saúde ou à compra direta de serviços dos prestadores privados.

Esse comportamento tem levado o SUS a gastar desproporcionalmente mais em procedimentos de alto custo e alta tecnologia para os ricos, já cobertos pelos planos privados de saúde, levando ao racionamento dos gastos com procedimentos que poderiam ser destinados à redução da morbi-mortalidade dos mais pobres<sup>19</sup>. Tal fato representa, indiretamente um subsídio

---

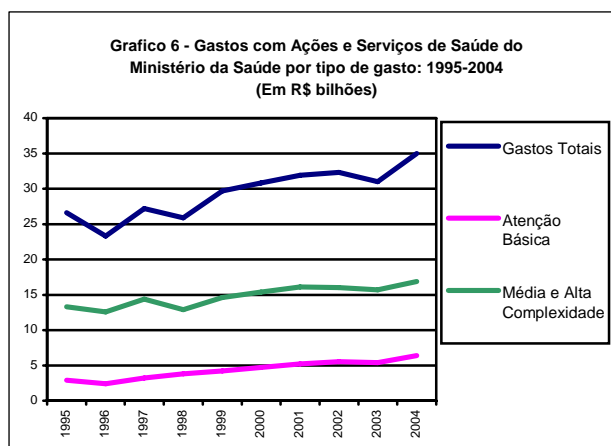
<sup>19</sup> Ocorre o oposto com os gastos com procedimentos de média complexidade, onde a oferta é em geral insuficiente para a atenção da população de renda mais baixa.

para as operadoras de planos de saúde, dado que, ao usar serviços de maior complexidade e custo através do SUS, os assegurados por estes planos pagam abaixo do valor esperado dos prêmios de seguro, o qual deveria ser mais alto se tais planos cobrissem os serviços de alta e média complexidade que o SUS lhes propicia.

Algumas discussões realizadas entre técnicos e gestores em saúde, ao final dos anos noventa, fizeram com que o Ministério da Saúde, com base em estudos preliminares, criasse uma tabela de ressarcimento para que os planos de saúde pagassem pelos serviços que seus assegurados utilizam dos hospitais públicos e privados, através do SUS. O ressarcimento funciona até hoje como uma das fontes de recursos do SUS, mas o valor pago à ANS é grandemente inferior ao potencial de arrecadação desta fonte de recursos, fazendo com que, muitas vezes a própria cobrança seja deficitária dados os custos processuais envolvidos.

Alguns fatos merecem ser mencionados a este respeito: (a) primeiramente, a tabela utilizada para o ressarcimento (chamada TUNEP) tem valores superiores aos pagos pelo SUS para os hospitais públicos e privados de sua rede, através da AIH<sup>20</sup>, e, (b) em segundo lugar, muitas operadoras de planos de saúde entram na Justiça e não fazem o ressarcimento, com base no argumento de que um sistema de saúde universal e gratuito não pode cobrar pelos serviços prestados aos cidadãos.

É verdade que programas desenvolvidos pelo SUS, como os de saúde da família e os procedimentos custeados pelo Piso de Atenção Básica (PAB), tem revertido progressivamente a tendência ao crescimento dos gastos com procedimentos de alta e média complexidade. Entre 1995 e 2004 os gastos do Ministério da Saúde com procedimentos de média e alta complexidade aumentaram 27%, enquanto que os relativos à atenção básica aumentaram 123%.



<sup>20</sup> Isso aconteceu porque de fato a tabela da AIH sub-remunera algumas prestações de saúde, especialmente aquelas associadas a epidemiologia dos mais pobres, como ginecologia, obstetrícia e pediatria por exemplo. Assim, se o ressarcimento fosse feito pela AIH, haveria um grande incentivo para que os planos utilizassem mais o SUS, dado que mesmo pagando o ressarcimento, estariam tendo grandes benefícios financeiros.



Mas mesmo assim, em 2004 o Ministério gastava com alta e média complexidade quase três vezes mais do que com atenção básica (ver gráfico 6)<sup>21</sup>. Além do mais, o crescimento das enfermidades crônicas não transmissíveis entre os grupos mais pobres, associado ao aumento de sua esperança de vida, leva a que estes também se constituam numa potencial fonte de demanda para procedimentos de média complexidade. Este tem sido um dos principais argumentos que tem levado o Ministério da Saúde a contratar, com o Banco Mundial, um empréstimo para realizar investimentos em redes de saúde que venham a organizar os processos de gestão regional do SUS, tendo como eixo orientador a atenção primária, suprimindo o eventual déficit de procedimentos de média complexidade e melhorando os processos de referência e contra-referência na rede pública de saúde sob a égide do SUS.

Ainda sob este ponto, cabe destacar que recentemente o SUS tem sido alvo de ataque de cobranças judiciais para o pagamento de procedimentos, medicamentos e terapias de alto custo que muitas vezes não estão disponíveis nos Estados e Municípios. Segundo a Agência Brasil, as compras de remédios por ordem da Justiça consumiram R\$ 526 milhões nas esferas federal, estadual e municipal em 2007. Somente no Ministério da Saúde os gastos com ações judiciais fecharam o ano em R\$ 30 milhões, valor suficiente para realizar 3 milhões de consultas médicas e 75 mil partos normais.

Este fenômeno, conhecido como *judicialização da saúde* no jargão do Direito Sanitário, tem sido um dos principais fatores recentes que potencializa a iniquidade financeira entre ricos e pobres no acesso ao SUS. De fato, as inúmeras ações que tramitam no Judiciário restringem a liberdade dos Estados e municípios em alocar recursos públicos em saúde segundo prioridades pactuadas, devido aos bloqueios judiciais realizados no orçamento das secretarias de saúde. Em Minas Gerais foram processadas 1.744 ações judiciais em 2005, comprometendo R\$ 40 milhões somente com o pagamento de medicamentos reivindicados por meio destas ações.

Os pedidos realizados na Justiça se baseiam no artigo 196 da Constituição Federal, que prevê ser o direito à saúde um dever do Estado e a Justiça tem acatado de forma maciça esse argumento. Em grande parte do país, as secretarias estaduais e municipais de saúde têm lutado contra essa realidade. O Rio de Janeiro, por exemplo, tem fechado acordos com a Defensoria Pública - que são parte em cerca de 90% dessas ações judiciais - para que, em casos que pleiteiam medicamentos que estão na lista do SUS, o órgão oficie a Secretaria antes de tentar a via judicial. Ainda assim, os gastos com ações judiciais continuam a aumentar. Em 2005, o órgão usou R\$ 5

---

<sup>21</sup> Em 2004, os gastos do Ministério da Saúde com atenção básica alcançaram R\$6,4 bilhões, enquanto que os com procedimentos de alta e média complexidade chegaram a R\$16,9 bilhões.

milhões para esse fim, enquanto que em 2008 a previsão foi de R\$ 30 milhões. Com estes recursos poderiam ser abertas 25 unidades de pronto-atendimento 24 horas, destinadas a casos mais graves. Atualmente, o Estado conta com somente nove unidades desta natureza.

A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul adota uma estratégia similar a do Rio de Janeiro para reduzir a “judicialização” na saúde. O Estado gasta uma média de R\$ 6,5 milhões por mês com o cumprimento de decisões judiciais. Em 2007, o Estado enfrentou 7,9 mil ações judiciais e em meados de 2008 (junho) estas já chegavam a 4,5 mil.

Ao que se sabe São Paulo é o Estado que mais gasta com o fornecimento de remédios pela via judicial. Desde 2002 foram ajuizadas 25 mil ações para pedidos os mais diversos. Há centenas de processos pedindo o fornecimento de fraldas. Em 2006, por exemplo, foram gastos R\$ 300 milhões com ações judiciais, ao passo que o programa de dispensação de medicamentos excepcionais do Estado atendeu a 300 mil pessoas, com um custo de R\$ 838 milhões.

No entanto, enquanto os Estados alegam que há uma “judicialização” excessiva, algumas associações de pacientes reclamam que não há medicamentos disponíveis e que por meio de ações junto às secretarias estaduais tem sido possível regularizar o fornecimento de medicamentos e forçar a criação de leis estaduais com essa finalidade.

## ***6.2 A regressividade das fontes de financiamento***

Estudos recentes realizados por pesquisadores brasileiros na área de economia da saúde evidenciam algumas conclusões interessantes a respeito das fontes que financiam a saúde no Brasil<sup>22</sup>. A tabela 1 mostra a composição da parcela da renda das famílias dedicada ao financiamento da saúde ao redor de 2003. Observa-se que os recursos oriundos de impostos para o financiamento do SUS não são totalmente progressivos. A população que se encontra nos decis 4 e 6 dedica uma carga tributária maior ao financiamento do SUS que a que se encontra demais decis de renda. Já o financiamento dos planos de saúde parece ser progressivo, ocorrendo o inverso com os gastos diretos das famílias com saúde, os quais são altamente regressivos. Como resultado, se observa que existem inequidades no financiamento da saúde no Brasil, dado que a carga tributária que as famílias dedicam a financiar o SUS não é totalmente progressiva e que, por outro lado, as famílias pobres comprometem uma maior porcentagem de sua renda para financiar despesas com saúde não cobertas pelo SUS.

---

<sup>22</sup> Ver Uga, M. A. D. & Soares Santos, I., (2007) *An analysis of equity in the Brazilian Health System Financing*, Health Affairs, Vol 26, No. 4, pp 1017-1028, Bethesda.

**Tabela 1 - Fontes de financiamento dos gastos da saúde nos orçamentos familiares, segundo distintos tipos de usos (SUS, Planos de Saúde e Gastos Diretos) por decil de renda – Brasil 2003**

Decil de Renda	Parcela da Renda Dedicada ao Financiamento da Saúde (%)			
	Do SUS	Dos Planos de Saúde	Dos Gastos Familiares	Total
1	3,42	0,43	6,76	10,61
2	3,28	0,25	5,58	9,11
3	4,06	0,44	5,59	10,08
4	5,34	0,53	5,52	11,39
5	4,08	0,94	5,26	10,28
6	4,78	0,83	4,62	10,24
7	4,70	1,03	4,74	10,48
8	4,54	1,68	4,50	10,73
9	4,48	1,88	3,39	9,75
10	4,15	1,84	3,08	9,07

Fonte: Ugá e Soares, 2007

### *6.3 Inequidades no gasto público em saúde ao nível regional*

Considerando que a renda regional disponível para o financiamento do SUS não é a mesma, e que os Estados mais pobres tendem a colocar menos recursos orçamentários que os mais ricos para tal fim, assume-se que o gasto federal com saúde deveria ter um papel compensatório, transferindo mais recursos às regiões mais pobres. No entanto, não é isso que acontece.

A tabela 2 mostra que as maiores transferências percapita de recursos federais se destinam às Regiões Sudeste e Centro-Oeste, as quais são as mais ricas do país. Analogamente, as Regiões mais pobres como o Nordeste são as que recebem menores recursos percapita para a saúde do Governo Federal. No que se refere ao compromisso dos Estados, se pode observar que a Região Norte, seguida das Regiões Sudeste e Centro-Oeste são as que comprometem mais recursos estaduais. Por fim, no que se refere aos recursos municipais, o maior comprometimento vem dos municípios do Sudeste e o menor cabe aos municípios nordestinos.

**Tabela 2 – Gasto Regional Percapita do SUS – Brasil 2003**

Regiões	Gasto percapita do SUS por Nivel de Governo (Em Reais)			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
<b>Norte</b>	112,98	82,88	34,48	230,34
<b>Nordeste</b>	104,57	33,16	30,68	168,41
<b>Sudeste</b>	122,37	54,37	73,82	250,56
<b>Sul</b>	112,94	34,56	54,80	202,30
<b>Centro-Oeste</b>	123,31	58,38	48,21	224,90

Fonte: Ministerio da Saúde – SIOPS

Em síntese, as regiões pobres como o Nordeste são as que recebem menos recursos públicos para a saúde em todas as esferas de Governo, não havendo nenhuma política compensatória que amenize esta desigualdade.

Tanto as transferências de recursos federais como os gastos estaduais e municipais em saúde se baseiam numa lógica de remuneração de recursos por atos ou procedimentos. A capacidade de gerar atos ou procedimentos médicos depende da capacidade instalada e não das necessidades de saúde. Assim funciona a AIH e o financiamento das ações ambulatoriais. Somente os recursos para atenção básica tem buscado romper esta lógica de repasse financeiro, passando os recursos a serem transferidos de acordo a um processo de programação e necessidades pactuadas<sup>23</sup>.

Esta lógica de financiamento que permeia a atenção básica parece ser, no entanto, uma promessa para orientar as ações futuras para todos os recursos de saúde a disposição dos Estados e Municípios, a partir de metas e resultados pactuados. Somente dessa forma seria possível chegar a uma política mais redistributiva dos recursos públicos para a saúde.

As Normas Operacionais de Atenção a Saúde (NOAS), de 2001 e 2002 que buscavam uma regionalização de saúde mais integral do ponto de vista territorial foram um marco em tentar definir uma lógica de financiamento para a atenção de média e alta complexidade baseada em

<sup>23</sup> Ver sobre esse ponto Melamed, C. e Costa, N.R., 2003.

resultados e não mais em ato médico. No entanto, sua implementação não foi integral. Algumas portarias do Ministério da Saúde em 2003 e 2004 implementaram partes de seu conteúdo.

Se espera, no entanto, que a legislação sobre Pactos pela Saúde (2006), a qual ainda está no início de sua implementação, permitirá chegar a novos arranjos regionais e institucionais destinados a adotar transferências em bloco a partir de fórmulas negociadas de distribuição de recursos para a saúde, segundo necessidades epidemiológicas, sociais e processos concretos de expansão e uso de redes integradas de saúde.

### **7. Conclusões: Implicações para o Direito Sanitário**

O direito sanitário, enquanto disciplina, deverá permear todo os campos que envolvem o financiamento da saúde no Brasil, desde a busca de fontes estáveis de financiamento (garantia dos processos que permitirão a regulamentação da Emenda Constitucional No. 29, a qual ainda se encontra insipiente nos aspectos relacionados a sua implantação, acompanhamento e avaliação de seu cumprimento, especialmente ao nível do governo federal) até a garantia de processos de fiscalização que permitam uma melhor aplicação de normas de direito coletivo no julgamento dos processos de judicialização da saúde.

As principais áreas aonde o profissional de direito sanitário poderá trabalhar futuramente para garantir o acesso universal e equitativo dos programas de saúde no Brasil seriam basicamente os seguintes:

- a) Legislar e acompanhar o cumprimento legal na geração e transferência de fontes de financiamento da saúde, tanto ao nível do governo federal, como dos Estados e Municípios;
- b) Legislar sobre a melhoria dos fluxos de financiamento entre os distintos fundos de saúde (nacional, estaduais e municipais) garantindo que os recursos estejam disponíveis e que não haja evasão, malversação e uso inadequado dos recursos destinados à saúde;
- c) Disseminar a posição de que os recursos públicos destinados à saúde são matéria de direito coletivo e não de direito individual. Portanto, ações legais individuais não deverão prevalecer sobre as necessidades de financiamento à saúde de uma coletividade, uma vez que as prioridades de saúde sejam

definidas através dos pactos de saúde entre distintas esferas de Governo e sancionados pelos Conselhos de Saúde;

- d) Garantir, por outro lado, o direito individual à saúde nos contratos privados entre indivíduos e famílias e planos privados de saúde;
- e) Legislar pela aplicação de critérios, processos e fórmulas que procurem corrigir os usos indevidos de recursos públicos de saúde em benefício de planos privados de saúde, buscando apoiar a ANS na definição de coberturas dos planos de saúde que não sejam lesivos aos interesses do SUS e ao uso privilegiado das instalações do sistema público por usuário de planos privados de saúde cobertos por contratos que garantam uma dada cobertura;
- f) Legislar pela aplicação de critérios e fórmulas de distribuição regional de recursos públicos para a saúde que zelem pela equidade na distribuição dos fundos do SUS, procurando garantir às regiões mais necessitadas os recursos suficientes para a cobertura de suas necessidades epidemiológicas básicas.

Como comentário final, vale registrar que, em sociedades em desenvolvimento como a brasileira, a garantia dos direitos coletivos em saúde deve prevalecer sobre os direitos individuais, mas a distância entre direitos coletivos e individuais tende a se reduzir na medida em que aumentam os recursos disponíveis para o financiamento da saúde, permitindo atender a um maior gradiente de necessidades de saúde coletivas, mesmo que estas se expressem de forma pouco frequente em termos individuais. Portanto, a garantia de recursos estáveis para o financiamento da saúde e a redução das brechas de equidade, seja através da ampliação das fontes de financiamento, seja através da melhoria da eficiência no uso dos recursos, serão sempre determinantes de parte das conquistas futuras que permitirão a aproximação entre as perspectivas individuais e coletivas em matéria de direito sanitário.

## Referencias

Afonso, J.R. & Junqueira, G.G., (2008), Reflexões a Respeito da Interface entre Seguridade Social e Fiscalidade no Brasil, texto elaborado para o CEBES, Rio de Janeiro, Setembro de 2008.

Avelino & Biderman (2006), *Governance in Managing Public Health Resources Among Brazilian Municipalities*, Paper committed by the World Bank Institute, World Bank, Washington.

BRASIL, Constituição Federal de 1988, Edição Eletrônica de 1999.

\_\_\_\_\_, Congresso Nacional, Decreto No. 1232, de 30 de Agosto de 1994.

\_\_\_\_\_, Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008), *Cadernos de Informação de Saúde Suplementar*, Ed. ANS, Rio de Janeiro, dezembro de 2008.

Carvalho, G. (2004), *O Governo do PT e a Desvinculação dos Recursos de Saúde e Educação*, mimeo., 2004.

Jornal Valor Econômico (2005), *Plano Delfim Pode Congelar Gastos por 7 anos*, Reportagem publicada no Valor on Line No. 1297, em 07-07-2005.

La Forgia, G & Coutelenc, B. (2008), *Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence*, Washington DC, The World Bank.

Londoño, J.L y Frenk, J., (1997), *Pluralismo estruturado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* in *Observatorio de Salud*, Julio Frenk (editor), Ed. Fundación Mexicana para la Salud.

Melamed, C. e Costa, N. R., (2003), *Inovações no Financiamento Federal à Atenção Básica*, in *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2): 393-401, Rio de Janeiro, 2003.

Medici, A. (2000), *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe*, in Sanchez, H. y Zuleta, G. (2000).

\_\_\_\_\_, (2002), *El desafío de la Descentralización: Financiamiento Público de la Salud en Brasil*, Ed. BID, Washington (DC).

\_\_\_\_\_, (2003), *Family Spending on Health in Brazil: Some Indirect Evidence of the Regressive Nature of Public Expending in Health*, SDS Technical Paper Series (SOC-129). <http://www.iadb.org/sds/doc/SOC129.pdf>

Quadros, W.L. (2000), *A Renúncia Fiscal ao Segmento de Assistência Médica Suplementar: A Experiência Brasileira em Perspectiva Comparada*, Ed. ANS, Rio de Janeiro, mimeo.

Serra, J., e Afonso, J.R. (2007), *Tributación, Seguridad y Cohesión Social en Brasil*, Ed. CEPAL, División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales No. 133, Santiago del Chile, Septiembre del 2007

Uga, M. A. D. & Soares Santos, I. (2007), *An analysis of equity in the Brazilian Health System Financing*, *Health Affairs*, Vol 26, No. 4, pp 1017-1028, Bethesda.

WHO – World Health Organization, World Health Statistics 2008, <http://www.who.int/statistics>

WB54284

F:\Financiamento e Direto Sanitario no Brasil2.doc

1/14/2009 10:17:00 AM