



Os Municípios e o financiamento da saúde - Emenda 29/2000

Em outubro deste ano completa 20 anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, a carta que introduziu o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e garantiu o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. O SUS veio como um substituto mais democrático ao Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que previa a prestação de serviços públicos de saúde apenas aos trabalhadores com carteira assinada da economia formal.

Embora a universalização do acesso à saúde no Brasil tenha sido um grande avanço, ainda existem percalços como a instabilidade e insuficiência de recursos financeiros entre as três esferas governamentais – federal, estadual e municipal. Além disso, impera uma distribuição desigual da receita fiscal entre essas esferas, sobrecarregando os municípios, que ficam com a menor parcela.

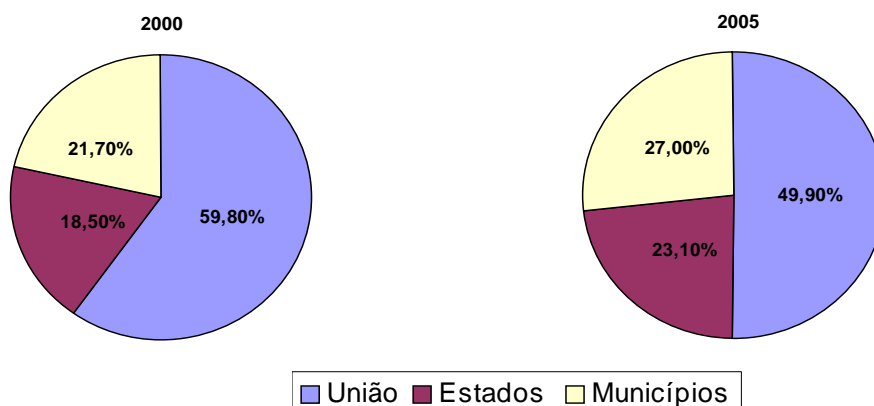
A Emenda Constitucional 29 foi promulgada em 2000 para garantir um financiamento mais estável e regular para a saúde, representando mais uma conquista da sociedade. A EC 29/00 veio estabelecer percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços de saúde através de vinculações para o financiamento das três esferas de governo. Foi aumentada a participação dos estados e municípios no seu financiamento e reduzido o peso atribuído à União, além de ser desvinculados os recursos da saúde das contribuições sociais - caso da COFINS e CPMF - que apresentam taxas de crescimento mais favorável que o PIB, segundo Oliveira (2001, p.38) e Dain (2001, p. 136).

Foram adotados os seguintes critérios sob o ponto de vista legal, determinando:

- Em Lei Complementar a base de cálculo para os gastos da União e na Constituição Federal (CF) a base de cálculo para estados e municípios.
- Flexibilidade para essa vinculação ao prever que a Lei Complementar será reavaliada a pelo menos cada 5 anos e estabelecerá os percentuais que cada ente deverá contribuir, os critérios de rateio, as normas de fiscalização e as normas de cálculo para a União.
- nas disposições transitórias (até o ano de 2004), os percentuais de 12% e 15% para estados e municípios, respectivamente, e uma regra de transição para o ajuste gradual (percentual inicial de pelo menos 7% em 2000 e redução da diferença em um quinto por ano).
- nas disposições transitórias (até o ano de 2004) a base e regra de cálculo para a União.

A EC 29 alterou a divisão federativa do financiamento do SUS

Participação da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS, 2000 e 2005 (Em %)





A EC 29 vinculou no artigo 198 da CF as seguintes receitas e a Resolução 322/2003 incluiu as transferências da Lei Complementar (LC) 87/96 (Lei Kandir) como base de cálculo:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simplex	ISS
IRRF	IRRF
Quota-parte FPE	ITBI
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte FPM
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Quota-parte ITR
Multas, juros de mora e correção monetária	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

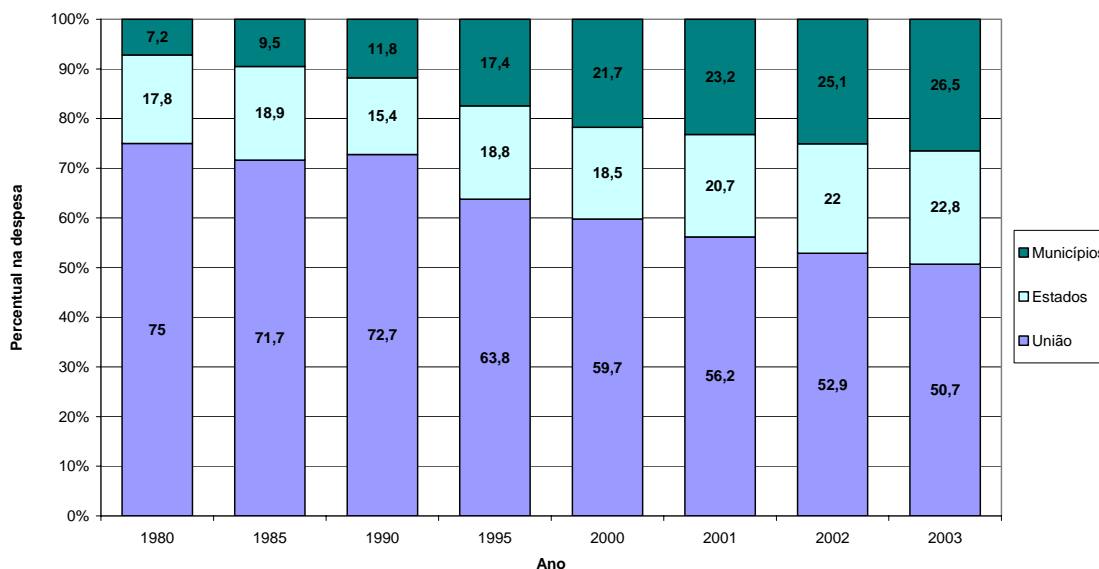
Determinou no artigo 77 no Ato de Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) a regra para a União:

- a) no ano de 2000, aumento de 5% em relação ao empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 1999.
- b) do ano de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A EC 29 ajudou a consolidar o aumento da participação dos estados e municípios no financiamento da saúde como mostra a tabela abaixo, a partir dos dados do Siops (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde).



Participação na Despesa com Saúde por nível de governo 1980/2003



Fonte: Siops, texto Equipe Siops/Des/SCTIE/MS, julho 2005

Dificuldades na aplicação da Emenda:

Ajuste Fiscal

Uma das principais dificuldades foi a necessidade de Ajuste Fiscal num contexto de crescente rigidez de despesa. Desde 1999, os três níveis de governo implementaram um forte ajuste fiscal com o objetivo de retomar uma trajetória de sustentabilidade fiscal que o país requeria. Em 2000, tanto a EC 29 como a Lei de Responsabilidade Fiscal entraram em vigor, exigindo, por um lado, níveis de despesa mínima na saúde, e, pelo outro, forte disciplina fiscal. O excesso de vinculações de receita e o crescimento das despesas obrigatórias, dentre as quais, gastos com pessoal, previdência social e serviço da dívida, tornaram o ajuste fiscal mais difícil. Diante desse cenário, o tipo de ajuste fiscal adotado nos três níveis de governo consistiu basicamente no aumento de receitas (diante da impossibilidade de compressão de despesas obrigatórias) e no corte de despesas de caráter discricionário. Em suma, devido ao ajuste fiscal e requisitos da LRF, os três níveis de governo tiveram dificuldades para atingir os níveis mínimos exigidos pela EC 29.

Critérios para a definição de "Ações e Serviços Públicos de Saúde": o que excluir?

A EC 29 introduziu o conceito de "ações e serviços públicos de saúde" e abriu espaço para várias interpretações e controvérsias, ocorrendo na prática, variações no seu cálculo. Para a operacionalização desse conceito, o Conselho Nacional de Saúde baixou a Resolução nº 322/2003 para uniformizar o critério. Na União, a LDO de cada ano define esse conceito.

A opção por definir muitos critérios que diferem dos critérios orçamentários usuais para a exclusão de despesas não consideradas como "ações e serviços públicos de saúde" acrescenta custos adicionais e dificuldades para garantir a eficácia e viabilizar a aplicação e fiscalização da Emenda.

Essa política de exclusão dos itens de despesa dá ênfase na "execução de um orçamento", na rigidez e formalismo, fazendo que muitos esforços sejam perdidos em seguir os recursos e na busca da sua apropriação e contabilização correta. Avalia-se a saúde pela sua contabilidade e não pelos resultados alcançados pela aplicação dos recursos.



A União não cumpre a Emenda

A União não cumpre a Emenda 29/00 porque inclui despesas que ensejam questionamentos tais como o Bolsa-Família, diversas ações na área de saneamento, Farmácia Popular e Saúde Suplementar.

Houve também uma controvérsia na interpretação da base de cálculo para o computo do gasto, considerada base fixa até que a Decisão nº 143/2002 do Tribunal de Contas da União (TCU) – Plenário definiu que o cálculo deveria ser realizado sobre a base móvel, o "valor empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde".

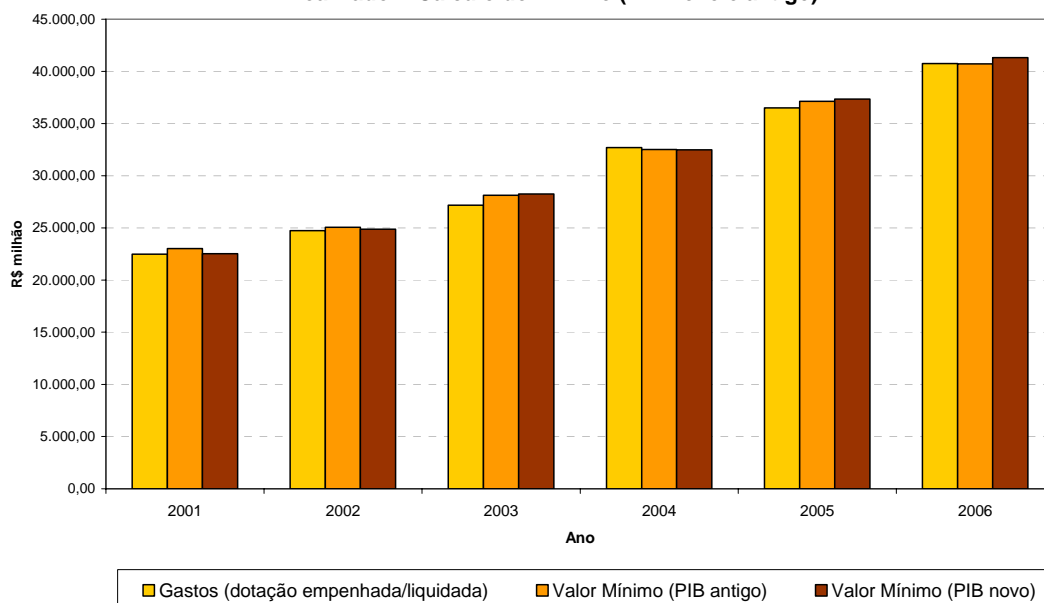
A União também não gastou conforme a variação nominal do PIB, considerando a base móvel, acumulando perdas no valor de R\$ 2,4 bilhões, segundo o PIB antigo ou de R\$ 2,7 bilhões, se considerado o PIB novo.

A tabela 1 traz o comparativo entre os gastos realizados pela União e os valores que deveriam ter sido gastos pelo critério de crescimento nominal do PIB em relação à base móvel, como determinado pelo TCU. O cálculo realizado, ano a ano, pelo PIB antigo aponta perdas acumuladas no valor de R\$ 2,4 bilhões e, pelo PIB novo, perdas no valor de R\$ 2,7 bilhões, de 2001 a 2006.

Tabela 1 - Comparativo dos Gastos Federais com Ações e Serviços de Saúde de 2001 a 2006

Ano	Gastos (empenhado/liquidado)	Valor Mínimo PIB antigo	Diferença	Valor Mínimo PIB Novo	Diferença
			R\$ milhão		R\$ milhão
2001	22.474,10	23.014,10	-540	22.539,20	-65,1
2002	24.736,80	25.051,30	-314,4	24.883,00	-146,2
2003	27.179,50	28.129,40	-949,8	28.240,30	-1.060,70
2004	32.701,20	32.521,20	180,1	32.484,90	216,3
2005	36.491,20	37.123,40	-632,2	37.347,90	-856,7
2006	40.746,20	40.716,20	29,9	41.319,20	-573

Defasagem do Gasto da União em Ações e Serviços Públicos de Saúde - EC 29/00
Realizado X Cálculo do mínimo (PIB novo e antigo)



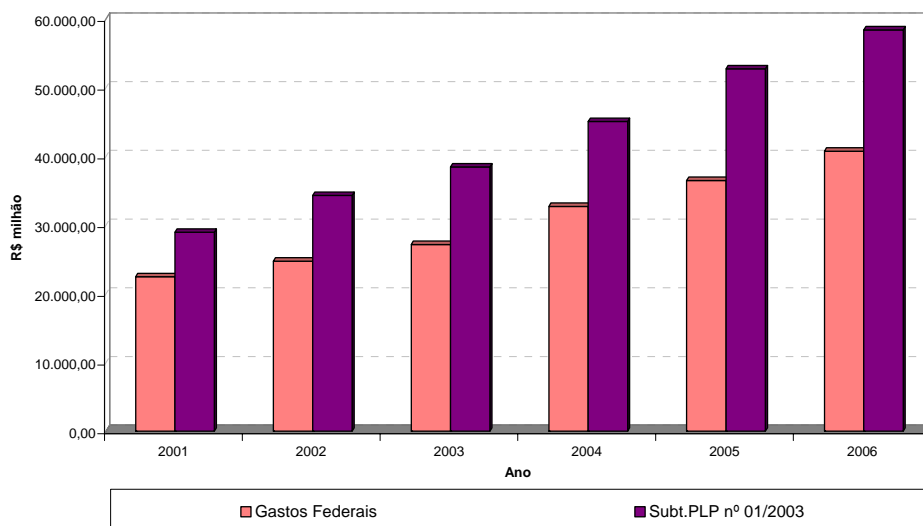


O substitutivo de Lei Complementar 01/2003 prevê a vinculação de 10% da Receitas Correntes Brutas da União. Os valores que deveriam ter sido investidos em saúde segundo esse parâmetro são apresentados e comparados com os gastos federais realizados na tabela 2 e no gráfico abaixo.

Tabela 2 - Gastos Federais e Valores Estimados (10% da Receita Bruta da União)

Ano	Gastos Federais	Subt.PLP nº 01/2003
2001	22.474,10	28.941,09
2002	24.736,80	34.307,50
2003	27.179,50	38.444,70
2004	32.701,20	45.059,00
2005	36.491,20	52.732,46
2006	40.746,20	58.406,75

Estimativa dos Gastos Federais em Ações e Serviços de Saúde:
Comparativo dos gastos realizados com o PLP 01/03



Os Estados, em sua maioria, também não cumprem a Emenda

Com base nos balanços gerais dos estados, a análise realizada pela equipe do Siops, referente ao exercício de 2005, aponta grandes divergências entre o que os estados declaram que aplicam em saúde e o que eles deveriam aplicar. Entre os 26 estados que enviaram os dados ao Siops, 20 estados declararam estar aplicando o mínimo de 12% em ações e serviços de saúde. No entanto, a equipe do Siops verificou que **somente 8 estados cumpriram a aplicação de pelo menos 12% dos gastos em saúde**, e apurou que os estados que não cumpriram a legislação, no conjunto, deixaram de aplicar **R\$ 3,4 bilhões em saúde**. Abaixo, encontra-se a tabela com as diferenças de cálculo entre as declarações dos estados e a apuração pela equipe do Siops para todos os estados.

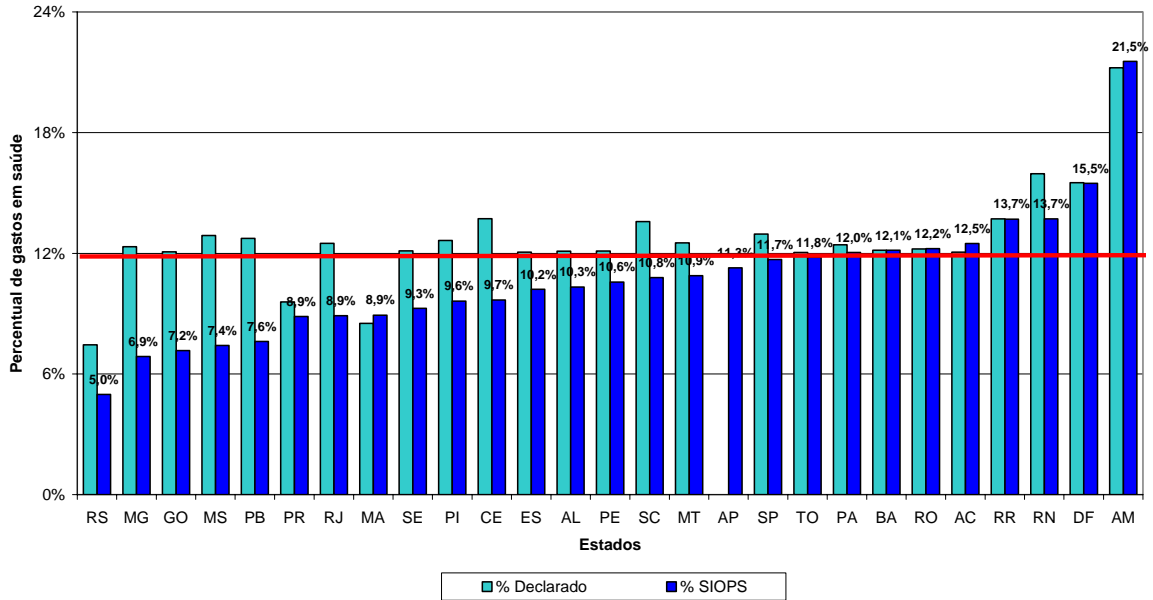


Aplicação dos Governos Estaduais em Ações e Serviços Públicos de Saúde, empenhado 2005 (R\$ milhões)

UF	Declarado no Relatório Resumido(RREO)					Análise da equipe responsável pelo SIOPS				
	Receitas Vinculadas	Despesas Rec.Próprios	Mínimo EC29	Diferença	%	Receitas Vinculadas	Despesas Rec.Próprios	Mínimo EC29	Diferença	%
MG	15.026	1.852	1.803	49	12,3%	15.026	1.032	1.803	(771)	6,9%
RS	10.612	791	1.273	(483)	7,5%	10.612	529	1.273	(744)	5,0%
RJ	12.284	1.535	1.474	61	12,5%	13.902	1.237	1.668	(431)	8,9%
PR	7.555	724	907	(182)	9,6%	8.749	775	1.050	(275)	8,9%
GO	4.290	518	515	3	12,1%	4.427	317	531	(214)	7,2%
SP	44.390	5.750	5.327	424	13,0%	44.488	5.202	5.339	(137)	11,7%
PB	2.594	330	311	19	12,7%	2.673	204	321	(117)	7,6%
MS	2.500	322	300	22	12,9%	2.504	186	300	(115)	7,4%
CE	4.419	606	530	76	13,7%	4.921	476	591	(114)	9,7%
MA	2.715	231	326	(95)	8,5%	3.465	309	416	(107)	8,9%
PE	5.672	687	681	6	12,1%	5.709	604	685	(82)	10,6%
ES	3.622	437	435	2	12,1%	4.377	447	525	(79)	10,2%
SC	4.701	638	564	74	13,6%	5.491	592	659	(67)	10,8%
SE	2.117	257	254	3	12,1%	2.127	197	255	(58)	9,3%
PI	1.750	221	210	11	12,6%	2.047	197	246	(49)	9,6%
AL	2.240	271	269	2	12,1%	2.217	229	266	(37)	10,3%
MT	3.092	387	371	16	12,5%	3.313	361	398	(37)	10,9%
AP	-	-	-	-	-	1.252	141	150	(9)	11,3%
TO	1.951	235	234	1	12,0%	1.951	230	234	(4)	11,8%
PA	4.360	542	523	18	12,4%	4.360	525	523	2	12,0%
RO	1.900	232	228	4	12,2%	1.900	232	228	4	12,2%
AC	1.337	161	160	1	12,0%	1.338	167	161	6	12,5%
BA	8.531	1.036	1.024	13	12,1%	8.534	1.036	1.024	12	12,1%
RR	916	126	110	16	13,7%	916	126	110	16	13,7%
RN	2.290	365	275	91	16,0%	2.659	364	319	45	13,7%
DF	5.146	798	618	180	15,5%	5.130	794	616	179	15,5%
AM	3.351	711	402	309	21,2%	3.347	721	402	319	21,5%
Total	159.362	19.764	19.123	(760)	12,4%	167.433	17.231	20.092	(3.445)	10,3%

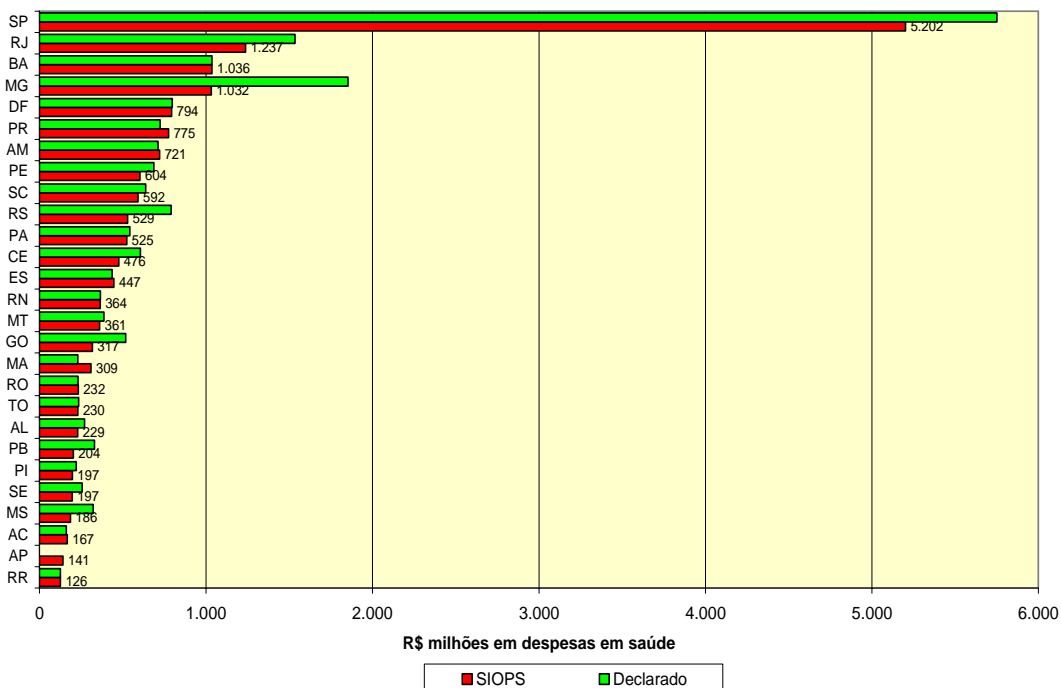


% de Gastos dos Estados em "Ações e Serviços Públicos em Saúde", empenhado 2005
% Declarado X % Efetivo, segundo análise SIOPS 2007



Acima o gráfico ilustra os percentuais de gasto em saúde que os estados declaram e compara com os percentuais calculados pela equipe do Siops, referente ao exercício e 2005. Abaixo o gráfico compara os valores declarados pelos estados com os valores efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde segundo a legislação e cálculos realizados pela equipe do Siops, valores empenhados em 2005.

Despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde, empenhado em 2005
Despesa declarada (RREO) X Despesa legal obrigatória (analisada pela Equipe do SIOPS, 2007)





Os municípios, em grande parte, estão conseguindo cumprir a EC 29

Segundo os gastos municipais em saúde coletados no Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (Siops), aproximadamente 98% dos Municípios cumpriram com a EC 29. Os gastos dos municípios passaram de 65,35% que atingiram o mínimo constitucional exigido em 2001 para 97,95% em 2006.

Mesmo tratando-se das unidades federadas que menos arrecadam, os Municípios investem em saúde, em média, 30% a mais que o mínimo determinado pela EC29.

Em 2006, o mínimo era de R\$17,7 bilhões e os municípios investiram R\$23,7 bilhões, ou seja, R\$6 bilhões a mais.

Nos anos de 2005 e 2006 os municípios gastaram R\$ 43,7 bilhões, R\$ 10 bilhões a mais que o mínimo constitucional exigido. A participação dos municípios frente aos programas da União têm sido determinante na melhoria dos indicadores da saúde no país. Os Municípios têm ampliado sua participação no financiamento do SUS, porém, a distribuição da receita fiscal brasileira deixa aos Municípios a menor parte.

Quadro resumo da aplicação dos Recursos em Saúde conforme a Emenda Constitucional nº 29 - Fonte SIOPS/DATASUS

	Número de Municípios						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I) Quantidade de Municípios que transmitiram (a+b)	5332	5501	5492	5404	5322	5385	4879
(a) Aplicou o percentual da EC29	4581	3595	4233	4596	4610	5220	4779
(b) Não aplicou o percentual da EC29	751	1906	1259	808	712	165	100
II) Quantidade que não transmitiram (c+d)	173	58	67	155	236	177	683
(c) Municípios que não informaram	6	15	21	62	106	176	683
(d) Quantidade de Municípios sem balanço	167	43	46	93	130	1	0
Quantidade de Municípios Existentes (I + II)	5505	5559	5559	5559	5558	5562	5562

	Percentuais						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I) Quantidade de Municípios que transmitiram (a+b)	96,86%	98,96%	98,79%	97,21%	95,75%	96,82%	87,72%
(a) Aplicou o percentual da EC29	85,92%	65,35%	77,08%	85,05%	86,62%	96,94%	97,95%
(b) Não aplicou o percentual da EC29	14,08%	34,65%	22,92%	14,95%	13,38%	3,06%	2,05%
II) Quantidade que não transmitiram (c+d)	3,14%	1,04%	1,21%	2,79%	4,25%	3,18%	12,28%
(c) Municípios que não informaram	3,47%	25,86%	31,34%	40,00%	44,92%	99,44%	100,00%
(d) Quantidade de Municípios sem balanço	96,53%	74,14%	68,66%	60,00%	55,08%	0,56%	0,00%



Confederação Nacional de Municípios – CNM

Presidente: Paulo Ziulkoski

Desenvolvimento do Estudo

Área de Estudos Técnicos da Confederação Nacional de Municípios

Equipe

Eduardo Stranz
Silvane Schwengber
Giane Boselli (CNM)