



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

SERGIO LUIZ DA COSTA

**ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO TETO DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2014**

**PIRACICABA
2017**

SERGIO LUIZ DA COSTA

**ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO TETO DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE BRASIL NO PERÍODO DE 2010 A 2014**

Dissertação de mestrado profissional
apresentada à Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da Universidade Estadual de
Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestre
em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO
SERGIO LUIZ DA COSTA, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA.

**Piracicaba
2017**

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

C823a Costa, Sergio Luiz da, 1976-
Análise da evolução do teto de média e alta complexidade Brasil no período de 2010 a 2014 / Sergio Luiz da Costa. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Antonio Carlos Pereira.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Subsídios governamentais. 2. Economia. 3. Financiamento da assistência à saúde. 4. Política de saúde. I. Pereira, Antonio Carlos, 1967-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Analysis of the evolution of the ceiling of medium and high complexity Brazil in the period from 2010 to 2014

Palavras-chave em inglês:

Government subsidies

Economics

Healthcare financing

Health policy

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Antonio Carlos Pereira [Orientador]

Mariana Bertol Leal

Luciane Miranda Guerra

Data de defesa: 30-05-2017

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 30 de Maio de 2017, considerou o candidato SERGIO LUIZ DA COSTA aprovado.

PROF. DR. ANTONIO CARLOS PEREIRA

PROF^a. DR^a. MARIANA BERTOL LEAL

PROF^a. DR^a. LUCIANE MIRANDA GUERRA

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico a minha família, a todos os gestores que contribuem para o fortalecimento do Sistema de Saúde Brasileiro e a todos que me apoiaram, e foram fonte de inspiração para conclusão da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, por estar sempre presente em minha vida e me dar forças para lutar em prol dos meus objetivos.

A minha família pela compreensão e apoio.

Agradeço de forma especial ao meu orientador Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, por seu apoio e amizade, que mesmo com todas as minhas dificuldades no percorrer do processo sempre me incentivou de forma gentil, acolhedora, com dedicação e competência.

Em especial às minhas amigas Livia Fernandes Probst e Denise de Fátima Barros Cavalcante, pelo apoio nas revisões e sugestões, fatores fundamentais para conclusão da dissertação.

Aos meus amigos do mestrado, pela oportunidade ímpar de conviver e aprender com a singularidade de cada um de vocês, sem dúvidas escola para a vida.

Por fim agradeço ao Magnífico Reitor Marcelo Knobel e ao Diretor Guilherme Elias Pessanha Henriques da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas por ter sido o espaço incentivador da construção dos saberes no desenvolvimento do mestrado.

RESUMO

Avaliar a suficiência do financiamento do Sistema Único de Saúde para dar responder, tanto às previsões constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços, quanto às necessidades de saúde da população brasileira é imprescindível. Este trabalho teve como objetivo a avaliação da evolução do incremento do Teto de Média e Alta Complexidade no Brasil durante período de 2010 a 2014 e refletir as perspectivas futuras diante do Novo Regime Fiscal aprovado no país. Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico, de natureza quantitativa, desenvolvido por meio de análise das transferências financeiras coletadas do Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), do teto de média e alta complexidade para os Estados, Distrito Federal e Municípios no período de 2010 a 2014. Foram considerados na análise da distribuição dos recursos, o valor nominal e valor real com a aplicação da inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) nos respectivos períodos. A análise estatística utilizou inicialmente a análise descritiva do teto do bloco de financiamento de média e alta complexidade das regiões do país, em seguida, a distribuição dos recursos foram comparados com os valores per capita das regiões, aplicando-se o teste estatístico two-way ANOVA/Tukey nos períodos intercensitários. Os resultados mostraram que o teto se manteve estável em alguns estados e elevou-se em outros, havendo, contudo, heterogeneidade entre os estados, sendo que o bloco de financiamento da média e alta complexidade concentrou a maior relação proporcional das transferências de recursos financeiros para os estados e municípios em relação aos demais blocos de financiamento. Entretanto, a manutenção desse aumento progressivo necessitará de ajustes em razão do congelamento dos gastos do governo federal. Dessa forma, os municípios e estados precisarão adequar suas receitas, através do planejamento ascendente para garantir o direito a serviços de alta e média complexidade de sua população.

Palavras-chave: Financiamento Governamental. Economia. Financiamento da Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

Evaluating the Brazilian National Health System funding sufficiency in tackling either the constitutional provisions of universality, comprehensiveness and equity in accessing goods and services or the population health needs has never been so important. This present study had as its objective the analysis of the evolution in the increase of Intermediate and High Level Complexity ceiling in Brazil from 2010 to 2014 and the reflection on future perspectives in the face of the New Tax Regime approved in Brazil. It is a retrospective, analytical and reflexive study, of quantitative nature, developed through the analysis of financial transfers collected from the Health Public Budget System (Sistema de Orçamento Público em Saúde) of intermediate and high level complexity ceiling to states, the Federal District and municipalities from 2010 to 2014. Resource distribution, nominal value and actual value with the application of inflation measured by the National Extended Consumer Price Index (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) for the related period were considered. The statistical analysis used firstly the descriptive analysis of the financial block ceiling for intermediate and high level complexity in the regions of the country, and then, applying the statistical test two-way ANOVA/Tukey for the intercensal periods. The results showed that the ceiling kept stable in some states and increase in others, presenting heterogeneity among them, and demonstrating that this financial part concentrated the biggest ratio to states and municipalities in comparison to other financial blocks. However, keeping this progressive increase tends not to continue due to the Federal Government's expanses freezing. Thus, municipalities and states will need to adapt their incomes to guarantee the rights of the populations to intermediate and high level complexity services.

Key-words: Financing, Government. Economics. Healthcare Financing. Unified Health System. Health Policy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ARTIGO: Evolução do teto de média e alta complexidade no Brasil por cinco anos e possíveis impactos do novo regime fiscal.	12
3 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS	37
ANEXO 1 – COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO	39

1 INTRODUÇÃO

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, muito se tem discutido quanto à insuficiência do investimento financeiro para a garantia da execução e respeito de todos os princípios e diretrizes estabelecidos, sendo recorrente o uso da expressão “subfinanciamento” do Sistema para chamar a atenção de que a proposta avançada de um SUS universal, integral e equânime não se sustenta sem os recursos necessários (Soares e Santos, 2014; Pescuma Júnior e Mendes, 2015; Vieira e Benevides, 2016; Vieira e Piola, 2016).

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 contava com um texto inespecífico a respeito do financiamento, pontuando apenas que seriam utilizados recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes para custear todo o Sistema (Brasil, 1988). A Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (12 anos após a promulgação da Carta Magna) veio para definir os percentuais a serem aplicados por cada esfera de governo no financiamento da saúde (Brasil, 2000) e a Lei Complementar 141/2012 (Brasil, 2012) para estabelecer o que são ações e serviços públicos de saúde, circunscrevendo o que deve ser considerado na apuração de suas despesas.

O financiamento da saúde constitui-se, portanto, nas fontes de receitas e sua vinculação ou não para compor a estrutura de planejamento alocativo, que se concretiza nos orçamentos federal, estadual e municipal (Viana et al., 2014), sendo de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, que devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. Assim as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas, em seus territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementariedade e funcionalidade (Brasil, 2016).

De acordo com a Lei Complementar nº 141 de 2012 a União deveria aplicar anualmente em ações e serviços de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo,

o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual e no caso de variação negativa do PIB, sem redução do valor em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. O setor saúde representa 8% do PIB, em 2013, os gastos públicos corresponderam a 45% e o setor privado 55% do financiamento da saúde (SIOPS). Todavia, em relação aos gastos com saúde, há uma tendência geral de queda da participação proporcional do governo federal que se estende das últimas gestões até à atual (FHC, Lula e Dilma) (Soares e Santos, 2014).

No ano de 2016 o financiamento público em saúde foi R\$ 247.2 bilhões, sendo União 106.2 bilhões, Estados R\$ 63.3 bilhões e Municípios 77.7 bilhões, (SIOPS, 2016).

Diante do Novo Regime Fiscal recentemente aprovado no Governo Temer (EC 95), considera-se que é premente avaliar a suficiência do financiamento do Sistema Único de Saúde para dar conta de responder tanto às previsões constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços quanto às necessidades de saúde da população brasileira.

O presente trabalho teve como objetivo a avaliação da evolução do incremento do Teto de Média e Alta Complexidade no Brasil durante período de 2010 a 2014 e refletir as perspectivas futuras diante do Novo Regime Fiscal (NRF) aprovado no país.

2 ARTIGO: Evolução do teto de média e alta complexidade no Brasil por cinco anos e possíveis impactos do novo regime fiscal.

Artigo submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva (Anexo 1).

Evolution of financial transfers to medium and high complexity and the possible impacts of the new tax regime

Autores:

Sergio Luiz da Costa¹

Livia Fernandes Probst²

Denise de Fátima Barros Cavalcante²

Marcelo de Castro Meneghim²

Antonio Carlos Pereira²

¹**Ministério da Saúde**

²**Department of Community Dentistry, Piracicaba Dental School, University of Campinas, Piracicaba, Brazil.**

Correspondence: Dr. Antonio Carlos Pereira, PO Box 52, 13414-903, Piracicaba-SP, Brazil (Tel./Fax: +55 19 2106-5209; e-mail: apereria@fop.unicamp.br).

RESUMO

Este trabalho fez uma análise da evolução do incremento do Teto de Média e Alta Complexidade no Brasil durante período de 2010 a 2014 e refletiu sobre as perspectivas futuras diante do Novo Regime Fiscal aprovado no país. Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico e reflexivo, de natureza quantitativa, desenvolvido por meio de análise das transferências financeiras coletadas do Sistema de Orçamento Público em Saúde do teto de média e alta complexidade para os Estados, Distrito Federal e Municípios no período de 2010 a 2014. Os resultados mostraram que o teto se manteve estável em alguns estados e elevou-se em outros havendo, contudo, heterogeneidade entre os estados, sendo essa fatia de financiamento a que concentrou a maior relação proporcional das transferências de recursos financeiros para os estados e municípios em relação aos demais blocos de financiamento. Entretanto, a manutenção desse aumento progressivo tende a não continuar em razão do congelamento dos gastos do governo federal. Dessa forma, os municípios e estados precisarão adequar suas receitas, para garantir o direito a serviços de alta e média complexidade de sua população.

Palavras-chave: Financiamento Governamental. Economia. Financiamento da Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

This research made an analysis of the evolution of the increase of the average to Medium and High Complexity in Brazil during the period from 2010 to 2014. Then we reflect on the future perspectives in view of the New Fiscal Regime approved in the country. This is a retrospective, analytical and reflexive study, developed through an analysis of the financial transfers for the States, Federal District and Municipalities. The results showed that the financial transfers remained stable in some states and increased in others, but there was heterogeneity among the states. This share of financing was the one that concentrated the largest proportional relation of transfers of financial resources to the states and municipalities in relation to the other financing blocks. However, maintaining this progressive increase tends not to continue because of the new tax regime of federal government spending. In this way, municipalities and states will need to adjust their revenues to guarantee the right to services of high and medium complexity of their population.

Key words: Financing, Government. Economics. Healthcare Financing. Unified Health System. Health Policy.

INTRODUÇÃO

A responsabilidade pelo financiamento do Sistema Único de Saúde pertence às três esferas de governo, conforme previsto na Constituição Federal¹, leis 8.080² e 8.142³ de 1990, regido pela Emenda Constitucional nº 29/2000⁴ e pela Lei Complementar 141/2012⁵.

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007⁶ regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de Saúde, bem como seu respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento. São seis os Blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e, por meio da Portaria GM/MS nº 837/09⁷, foi criado ainda o investimento na Rede de Serviços de Saúde.

Para o propósito de análise do presente estudo, é importante ressaltar que, nos termos do Art. 13 da Portaria nº 204/2007⁶, o Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é constituído por dois componentes: I – Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e II – Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Os recursos do MAC dos Estados, Distrito Federal e Municípios são destinados ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente, sendo transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Programação Geral de Ações e

Serviços de Saúde (PGASS). Os recursos do FAEC, por sua vez, são extraído, o que significa que não há limite para os repasses dentro do prazo estabelecido, que é de seis meses. Somente após a constatação de sua importância é que esses volumes financeiros serão incorporados ao MAC e terão como base uma correspondência histórica de repasses, isto é, uma referência quanto aos dispêndios realizados⁸.

Cabe esclarecer que o componente MAC corresponde ao financiamento dos seguintes serviços: Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), Hospitais de Ensino, Hospitais de Pequeno Porte, Hospitais Filantrópicos; Rede Melhor em Casa, Brasil Sem Miséria, Rede Cegonha, Rede de Saúde Mental, Viver Sem Limites entre outros que podem ser instituídos através de portaria⁹.

Em 2012, a Lei Complementar nº 141⁵ definiu os percentuais mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), além de estabelecer quais ações e serviços públicos poderiam ser considerados gastos com saúde. De acordo com este dispositivo legal, a União deveria aplicar anualmente em ASPS, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual e no caso de variação negativa do PIB, o valor não poderia ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro. Compreende-se que estes percentuais mínimos devem ser utilizados em ações e serviços de Saúde para a promoção, proteção e

recuperação da saúde, de acesso universal, igualitário e gratuito, em conformidade com objetivos e metas explicitadas nos Planos de Saúde de cada ente da Federação⁵.

Avaliar a suficiência do financiamento do Sistema Único de Saúde para dar conta de responder tanto às previsões constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços quanto às necessidades de saúde da população brasileira é imprescindível. Com relação ao comportamento dos gastos com saúde, houve uma tendência geral de queda da participação proporcional do governo federal nos gastos com saúde nas três gestões anteriores à atual (FHC, Lula e Dilma)¹⁰. Com o Novo Regime Fiscal¹¹ recentemente aprovado no Governo Temer é premente trazer ao debate dados estatísticos reais para refletir à luz da atual conjuntura se será possível a manutenção do Sistema de Saúde defendido pela Reforma Sanitária Brasileira.

Considerando o exposto, as mudanças com relação ao financiamento do Sistema de Saúde e a importância dos recursos cada vez mais escassos para a garantia da universalidade do acesso em todos os níveis de assistência, este trabalho teve como objetivo a avaliação da evolução do incremento do Teto de Média e Alta Complexidade no Brasil durante período de 2010 a 2014 e refletir as perspectivas futuras diante do Novo Regime Fiscal (NRF) aprovado no país.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo e analítico, de natureza quantitativa, desenvolvido por meio de análise das transferências financeiras coletadas do Sistema de Orçamento Público em Saúde¹² (SIOPS) do teto de média e alta complexidade (MAC) para os Estados, Distrito Federal e Municípios no período de 2010 a 2014.

Foram considerados na análise da distribuição dos recursos, o valor nominal e valor real com a aplicação da inflação medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA, IBGE) nos respectivos períodos¹³.

Os dados populacionais foram coletados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹³, considerando os dados validados relativos à estimativa populacional residente nos municípios brasileiros e distrito federal nos termos da Lei Complementar nº 59¹⁴, de 22 de dezembro de 1988, e ao artigo 102 da Lei nº 8.443¹⁵, de 16 de julho de 1992, parâmetro utilizado pelo Tribunal de Contas de União para cálculo do Fundo de Participação de Estados e Municípios quanto aos indicadores econômicos e sociodemográficos nos períodos intercensitários.

A análise estatística utilizou inicialmente a análise descritiva do teto do bloco de financiamento de média e alta complexidade das regiões do país, em seguida, a distribuição dos recursos foram comparados com os valores per capita das regiões, aplicando-se o teste estatístico two-way ANOVA/Tukey nos períodos intercensitários.

RESULTADOS

O Teto de Média e Alta Complexidade concentra a maior relação proporcional das transferências de recursos financeiros para os estados e municípios em relação aos demais blocos de financiamento, conforme mostra a figura 1.

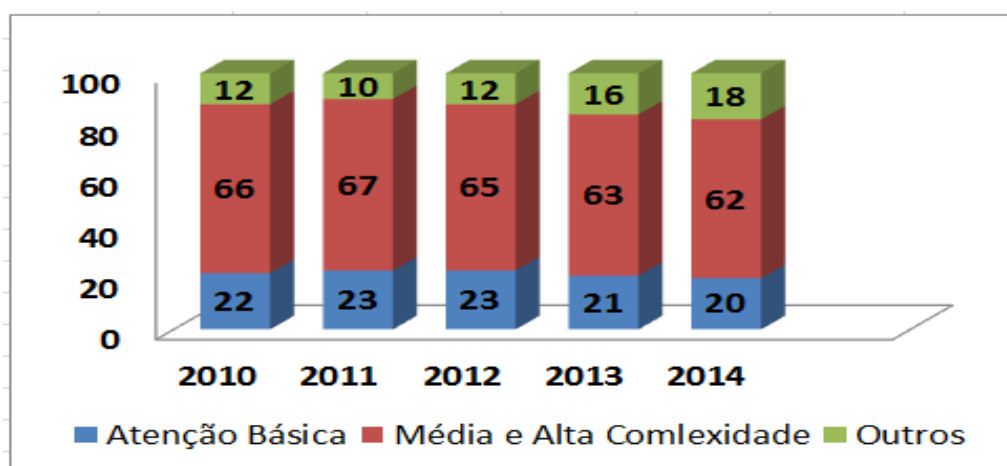


Figura 1. Participação Relativa dos Blocos de Financiamento dos recursos federais do SUS – Fundo a Fundo, 2010 a 2014.

Fonte: Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde, (SIOPS)¹².

Evolução do Teto de Média e Alta Complexidade Brasil no período de 2010 a 2014

A Figura 2 apresenta a distribuição dos recursos (MAC) de acordo com as macrorregiões brasileiras. É possível observar que houve um aumento de 11,7% dos recursos totais repassados entre os anos de 2010 e 2011. Considerando que a inflação oficial medida em 2010 foi de 5,91%, houve aumento real nominal de recursos da ordem de 5,8%. No mesmo período, a população brasileira diminuiu em 0,4%. Da mesma forma, em 2012, o aumento de investimentos foi de 9,6% em relação ao ano anterior, o que significa aumento real nominal de 3,1%, pois a inflação medida no período foi de 6,5%.

Entre 2012 e 2013, a população cresceu 1,7% e a inflação foi de 5,84%. Entretanto, o aumento dos investimentos foi da ordem de 2,4%, ou seja, 3,4% abaixo da inflação daquele período. Em 2014, o aumento dos recursos foi da ordem de 13% em relação ao período anterior e, considerando a inflação de 5,91% no período, houve aumento nominal de 7,1% acima da inflação. Nesse período, a população brasileira também aumentou em 3,7%.

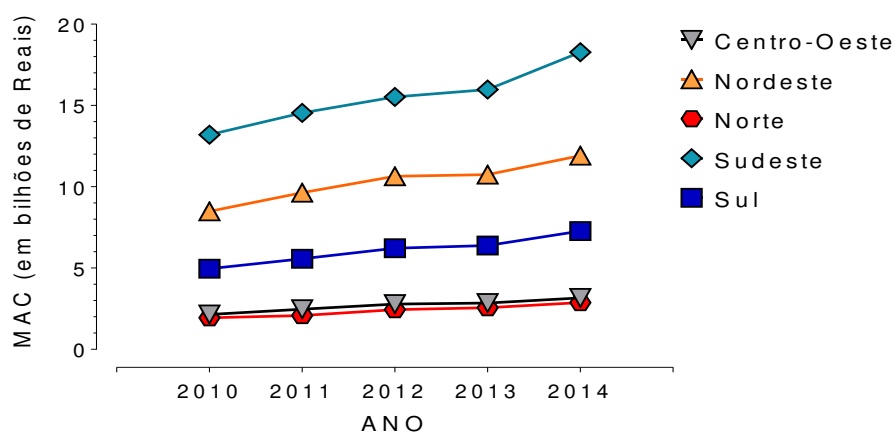


Figura 2. Distribuição absoluta dos recursos (MAC) não corrigidos pela inflação, de acordo com as 5 macrorregiões brasileiras, ao longo de 5 anos.

O aumento de recursos foi ininterruptamente crescente entre 2010 e 2014. Entretanto, os recursos não foram corrigidos de acordo com a inflação em todos os períodos ou em todas as regiões, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Correção do repasse (em %) e inflação em relação aos períodos de análise.

Período	Diferença (%) com o ano precedente					Brasil	Inflação no período (em %)
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul		
2010/2011	19	12,9	10,5	9,8	12	11,7	5,91
2011/2012	12	10,4	14,3	6,9	10,7	9,6	6,5
2012/2013	3,6	0,9	8,3	3,2	3,2	2,4	5,84
2013/2014	10,3	11,2	11,5	14,4	14,1	13	5,91

Observa-se que, no ano de 2013, o repasse do total de recursos foi menor que a inflação em todas as regiões, exceto na região norte. Além disso, a região sudeste concentra a menor porcentagem de aumento de recursos na maior parte dos períodos avaliados.

A Figura 3 mostra a tendência de aumento dos investimentos ao longo do tempo. Esses dados revelam que o investimento *per capita* variou entre os estados; mas, de uma forma geral, apresentou aumento gradativo. Contudo, não uniforme, ao longo do período medido em praticamente todos os estados. O estado de Mato Grosso do Sul, por exemplo, apresentou 37,2% de aumento da MAC *per capita* de 2011 em relação à MAC de 2010, mas nos dois anos seguintes houve redução de cerca de 5%. De uma forma geral, os estados que tiveram redução num período, recuperaram os recursos nos períodos seguintes, como o estado de Tocantins, por exemplo, que apresentou redução de 13,7% do investimento *per capita* em 2011, recuperando a perda nos anos seguintes. No ano de 2013, houve diminuição dos recursos em vários estados, tais como Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte e Sergipe, sendo que no ano seguinte as perdas foram compensadas nos estados, a exceção do MS.

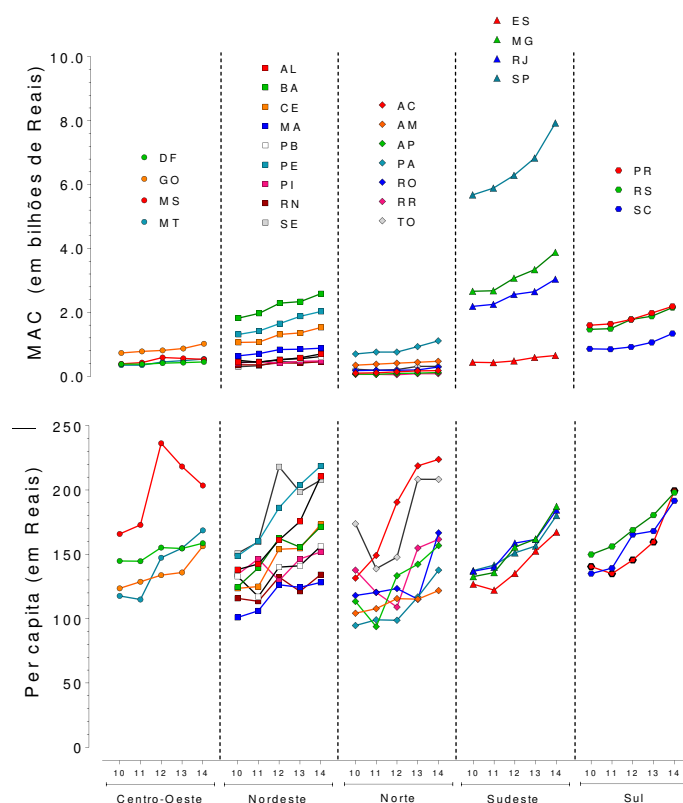


Figura 3. Distribuição dos recursos (corrigidos pela inflação) totais e per capita, de acordo com cada estado federativo.

A comparação (two-way ANOVA/Tukey) entre os valores per capita das regiões revelou que não houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,64$) entre as regiões ao longo do tempo. Entretanto, houve aumento significativo ($p<0,0001$) dos valores per capita, independentemente da região, nos anos 2012 e 2014 em relação aos períodos anteriores. Não houve, porém, aumento significativo nos anos 2011 ($p=0,9998$) e 2013 ($p=0,1491$).

Na Figura 4 observam-se os recursos federais (em percentuais) destinados aos estados (SES) e municípios (SMS), sendo possível visualizar três faixas distintas de distribuição, sendo a primeira constituída por estados cuja porcentagem de recursos se concentra massivamente nos municípios. Desta faixa fazem parte os estados PA, GO, MS, MT, PB, PI, RN, CE, AL, RJ,

MG e PR. Numa faixa intermediária, na qual a distribuição de recursos é equilibrada entre estado e municípios, encontram-se os estados de RO, SE, BA, SC, RS e SP. Por fim, numa faixa na qual os recursos são concentrados maciçamente nos estados, e não nos municípios, estão os estados de DF, RR, TO, AM, AP, AC, PE e ES.

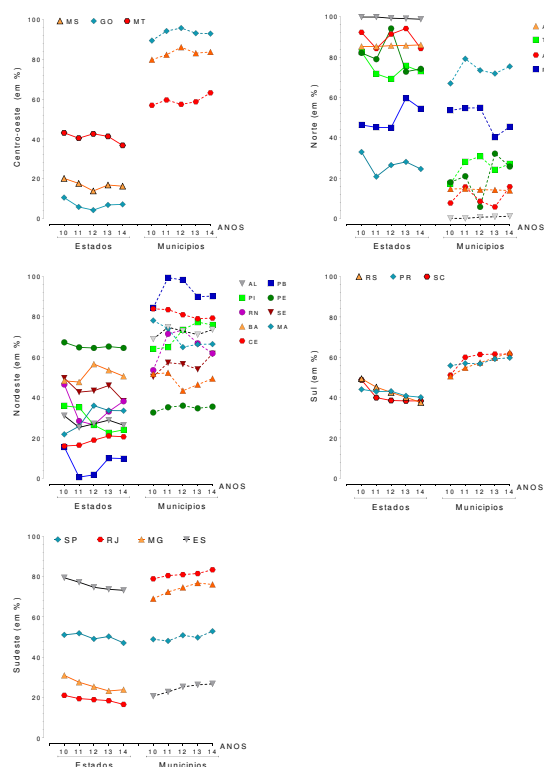


Figura 4. Distribuição (em %) dos recursos entre estados e municípios.

Houve, pela distribuição dos recursos observada na Figura 4, variações sazonais em alguns estados, particularmente em RR, PA, RO, AP, TO, BA, SE, MA, PI, MA, RN e PB, sendo que nos demais estados foi possível observar pouca variação ao longo do tempo na proporção de distribuição dos recursos entre estados e municípios.

DISCUSSÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde é objeto frequente em debates, tanto nos meios acadêmicos como nos movimentos sociais e nas instâncias gestoras, desde a Constituição Federal¹, uma vez que é considerado insuficiente para atender às necessidades de saúde da população brasileira, considerando-se os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade no acesso a bens e serviços^{8,16,17}. Os resultados do presente estudo permitem afirmar que o teto do MAC se manteve estável em alguns estados e elevou-se em outros, havendo, contudo, heterogeneidade entre os estados, sendo que o bloco de financiamento da média e alta complexidade concentrou a maior relação proporcional das transferências de recursos financeiros para os estados e municípios em relação aos demais blocos de financiamento.

Uma reflexão sobre os resultados encontrados merece atenção especial em razão das recentes alterações legais quanto aos repasses federais para os municípios. Embora os resultados tenham mostrado que não houve diminuição na verba investida na média e alta complexidade no período analisado, alguns fatos podem impactar negativamente o financiamento nos próximos anos. Para as despesas com saúde, que na Constituição Federal de 1988¹ receberam atenção diferenciada com o objetivo de que fossem protegidas e não ficassem sujeitas às discricionariedades dos diferentes governos, as regras foram alteradas por meio da Emenda Constitucional nº 86¹⁸, de 2015, que modificou significativamente a forma de vinculação de recursos da Emenda Constitucional nº 29 que vigorou por 15 anos e garantiu a estabilidade do financiamento do SUS¹⁶.

De acordo com o estabelecido pela EC 86¹⁸, a União deveria, doravante, aplicar o mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da arrecadação de competência federal a partir de uma regra progressiva, a ocorrer escalonada em cinco anos, sendo 13,2% no primeiro ano, 13,7% no segundo ano, 14,1% no terceiro ano, 14,5% no quarto ano e 15% no quinto ano. A partir do quinto ano, o patamar de 15% da RCL deveria ser o montante mínimo de recursos financeiros a ser aplicado pela União em ações e serviços de saúde.

O gasto em saúde já poderia ser considerado insuficiente, mesmo que explicitadas as fontes que financiam a seguridade social, da qual a saúde faz parte, e estabelecidas as regras para vinculação de recursos pelos entes da Federação, por meio das Emendas Constitucionais 29/2000 e 86/2015^{4,17,18}.

Todavia, o comprometimento do financiamento da saúde não parou nas alterações feitas pela EC 86 e seguem fazendo com que precisemos discutir sobre como continuará esse investimento em Média e Alta complexidade nos próximos anos a partir da recém-aprovada Emenda constitucional 95/2016¹¹. Trata-se do Novo Regime Fiscal (NRF) adotado pelo Brasil.

A contar de 16 de dezembro de 2016, quando foi aprovada, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias vários dispositivos que programaram um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, limite esse do qual nem a Saúde e nem a Educação foram poupados e que vigorará pelos próximos 20 (vinte) anos.

A ideia lançada é a de que o NRF contribua para o resgate da credibilidade da política fiscal e econômica, inaugure um panorama de

sustentabilidade do gasto e da dívida e estabeleça uma dinâmica capaz de, no médio prazo, assegurar o reequilíbrio das contas públicas¹⁹. Para isso, as despesas ficarão estacionadas em termos reais.

Fixado o teto uma única vez, isso vincularia todos os fenômenos administrativos que ocorrerem nas várias unidades, órgãos e pessoas administrativas pelos próximos vinte anos. Para alguns economistas, essa medida é necessária e bem-vinda uma vez que a deterioração, das contas públicas nos últimos anos tornam um forte ajuste fiscal necessário, mesmo reconhecendo que, com probabilidade bastante elevada, haverá corte de gastos sociais²⁰.

Se a economia crescer, por exemplo, a participação relativa do dispêndio estatal como proporção do PIB deverá diminuir. Mantida a mesma carga tributária, e verificado o aumento da base econômica de incidência pelo aumento do PIB, o resultado das contas públicas deverá melhorar progressivamente. A partir daí poderão ser vistos os reflexos positivos, associados entre si, alguns que serão imediatos e outros de médio e longo prazo, referidos às expectativas dos agentes econômicos sobre a solvência do setor público e a sustentabilidade da dívida, às taxas de juros e inflação, ao tamanho relativo da dívida pública e ao custo de sua rolagem¹⁹.

Todavia, essa posição não é unânime, principalmente no que tange à Saúde e à Educação, pois o congelamento do teto dos gastos por vinte anos poderá impedir os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras, o que se faz necessário em virtude do crescimento demográfico e, sobretudo, em razão dos

objetivos e fundamentos constitucionais, que direcionam um projeto constituinte de um Estado de Bem Estar Social²¹.

Sem essa exclusão do teto, o financiamento do SUS nos Estados e Municípios será fortemente atingido, pois cerca de 2/3 das despesas do Ministério da Saúde são transferidas fundo a fundo para ações de atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância epidemiológica e sanitária, entre outras, a cargos dos entes federados. A expansão do serviço estará, portanto, vedada, pois implica em aumento de despesa real, a não ser que seja acompanhada de corte em outras áreas²¹.

Considerando que o teto do MAC concentrou a maior relação proporcional das transferências de recursos financeiros para os estados e municípios em relação aos demais blocos de financiamento no período analisado, e que o investimento se manteve estável e até aumentou, vislumbra-se que a partir do NRF, os municípios e estados precisarão usar de recursos próprios se quiserem investir de forma progressiva em serviços como o Serviço Móvel de Urgência, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, Hospitais de Ensino, Hospitais de Pequeno Porte, Hospitais Filantrópicos; Rede Melhor em Casa, Brasil Sem Miséria, Rede Cegonha, Rede de Saúde Mental, Viver Sem Limites entre outros.

Outras limitações ou avanços estão sendo desenhados através da recomendação do Conselho Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde no que faz jus à mudança da forma de repasse fundo a fundo: de 6 blocos de financiamento da portaria 204 de 2007²² do pacto pela saúde, para apenas duas modalidades (custeio e investimento). Essa alteração na forma de

repassa sinaliza mudanças, pois, com os seis blocos em vigor, que identifica linhas específicas de financiamento, não é permitida a movimentação entre contas que não sejam dos respectivos blocos. A nova proposta traz uma nova flexibilidade na condução do financiamento, onde todos os recursos serão centralizados em bloco de investimentos e de custeio, dando autonomia ao gestor sobre a aplicação dos recursos²³.

Seria essa uma sinalização de que, diante do congelamento do teto será dada uma liberdade para que os municípios e estados pudessem fazer as movimentações para usar o investimento recebido da forma que melhor lhes aprouvessem? Para garantir o crescimento dos serviços de Média e Alta Complexidade seria necessário retirar recursos da Atenção Primária, por exemplo? Os critérios para rateio dos recursos devem considerar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, territorial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde com intuito da redução das desigualdades regionais, mas existe alguma garantia de que isso venha a ocorrer?

Um estudo recente do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos socioeconômicos (DIEESE) fez uma projeção do teto dos gastos aplicado como se estivesse em vigor nos anos de 2002 a 2015. Com relação às despesas de saúde haveria uma redução de 27%. Isso significa, em valores, que a perda na saúde, entre 2002 e 2015, teria sido de R\$ 295,9 bilhões que, na lógica do novo regime fiscal já em vigor, seriam expropriados das políticas sociais para remunerar os investimentos dos donos da dívida pública brasileira^{21,24}. Já de acordo com um estudo do IPEA, divulgado no início do

mês de outubro de 2016, somente o SUS perderá, com o novo regime fiscal, cerca de R\$ 743 bilhões^{16,21}.

Todavia, para Freitas e Mendes²⁰, a comparação relevante não deve ser entre o Brasil após a EC 95 e o Brasil antes dessa Emenda, mas entre o (hipotético) Brasil pós-EC 95 e um Brasil (igualmente hipotético) sem EC 95. Os pesquisadores acreditam que nessa comparação, o País ficará melhor com agora, após aprovação da Emenda, e questionam ainda se somente a limitação dos gastos pela inflação será suficiente para trazer a dívida pública para uma trajetória sustentável²⁰.

O que cabe no presente estudo é debater como continuará a ser o repasse federal para o Bloco de Média e Alta Complexidade frente ao NRF. Apesar da lógica de alocação do MAC não considerar a variação da inflação ao verificar o valor nominal, é evidente que os recursos foram ininterruptamente crescentes no período avaliado, entretanto os recursos não foram corrigidos de acordo com a inflação em todos os períodos.

No contexto do teto de média e alta complexidade que concentra a maior relação proporcional de transferência quanto aos demais blocos de financiamento, a lógica de incorporação considera a capacidade instalada. Desta forma a análise demonstra a concentração na região Sudeste pelo seu adensamento tecnológico, concentrando 42% da população brasileira. No entanto o Nordeste concentra o maior per capita. Considerando os estados e distrito federal o Acre tem o maior e o Pará o menor per capita.

Conclui-se, portanto, que houve aumento nominal progressivo e reajustado em termos gerais nos repasses para o MAC, além de valores per capita por estado, contudo esses apresentam enorme heterogeneidade devido

a capacidade instalada, recursos humanos, dispendido e percentuais de investimento dos diferentes entes. Todavia, possivelmente a manutenção desse aumento progressivo não deva continuar em razão do congelamento dos gastos do governo federal. Dessa forma, os municípios e estados precisarão adequar suas receitas, para garantir o direito a serviços de alta e média complexidade de sua população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 180, 20.set.1990. Seção I. p. 1.
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Brasília], 1990b. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 30 de abril de 2016.
4. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os

recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 178, 14 set. 2000. Seção I. p. 98.

5. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 11, 16 jan. 2012. Seção I. p.1.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 24 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e as transferências dos recursos federais em blocos de financiamento.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837 de 23 de abril de 2009. Insere o bloco de infraestrutura de rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento.

8. Pescuma Júnior, Mendes A. Argumentum. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. 2015; 7(2): 161-177.

9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9)

10. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate*. 2014; 38(100): 18-25.
11. Brasil. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
12. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www%2Cibge.gov.br/home/><http://www.ibge.gov.br/home/>
14. Brasil, Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 59, de 22 de dezembro de 1988. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/103397/lei-complementar-59-88>
15. Brasil, Presidência da República. Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8443.htm
16. Vieira FS, Benevides RPDS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília, setembro de 2016. IPEA.

17. Vieira FS, Piola SF. Implicações do contingenciamento de despesas do Ministério da Saúde para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2016.
18. Brasil. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, n. 52, 18 mar . 2015. Seção 1. p. 1.
19. Baumbach R. Sobre o idealizado novo regime fiscal: reflexos no financiamento da saúde. 2016. <http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/522699>
20. Freitas PSD, Mendes FS. Comentários sobre a PEC do teto dos gastos públicos aprovada na Câmara dos Deputados: necessidade e constitucionalidade da medida. 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/525615/Boletim_55_Paulo_Springer_FranciscoSchertel.pdf?sequence=1
21. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais. 2017; 4(1): 259-281.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html

23. Conselho nacional de Saúde. Recomendação nº 006 de 10 de março de 2017. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco006.pdf>

24. Pesquisa DIEESE. PEC nº 241/2016: o novo regime fiscal e seus possíveis impactos. Disponível em:

<http://www.dieese.org.br/notatecnica/2016/notaTec161novoRegimeFiscal.pdf>.

3 CONCLUSÃO

Conforme exposto, há diferenças na alocação nominal, real, percentual e per capita dos recursos do Teto de Média Alta Complexidade. As transferências realizadas no período demonstram o aumento de 12,8 bilhões. Quando analisado os recursos próprios dos Estados, Distrito Federal e Municípios há limitação, decorrente dos lançamentos por elementos de despesas e não agregação por blocos de financiamento.

Apesar da lógica de alocação do MAC não considerar a variação da inflação ao verificar o valor nominal é evidente que os recursos foram ininterruptamente crescentes, entretanto os recursos não foram corrigidos de acordo com a inflação em todos os períodos. No contexto do teto de média e alta complexidade que concentra a maior relação proporcional de transferência quanto aos demais blocos de financiamento, a lógica de incorporação considera a capacidade instalada, desta forma a análise demonstra a concentração na região Sudeste pelo seu adensamento tecnológico, concomitantemente à concentração de 42% da população brasileira. No entanto o Nordeste concentra o maior per capita. Considerando os estados e distrito federal o Acre tem o maior e o Pará o menor per capita.

Desta forma, ficam evidentes que são necessários vários critérios para alocação do MAC, pois puramente per capita restringiria as alocações, sem atender as especificidades locais e geraria dificuldades para promover ajustes necessários. Os critérios para rateio dos recursos devem considerar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, territorial e a capacidade de oferta de ações e serviços de saúde com intuito da redução das desigualdades regionais.

O financiamento é um grande desafio a ser superado no processo de implementação e efetivação da descentralização, dada à dimensão do Brasil em seu contexto territorial, considerando as especificidades regionais, as diferenças locais, complexidades e os antagonismos inerentes ao SUS.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 59, de 22 de dezembro de 1988 [acesso 2017 Abr 27]. Disponível em:

<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/103397/lei-complementar-59-88>.

Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União 2000 Set.; Seção 1. p. 98.

Brasil. Portaria nº 53, de 16 de janeiro de 2013 [acesso 2017 Abr 27].

Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.html.

Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) 2015 [acesso 2017 Abr 27]. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>.

Brasil. Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016 [acesso 2017 Abr 27]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

Pescuma Júnior, Mendes A. Argumentum. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. 2015; 7(2): 161-177.

Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. Saúde em Debate. 2014; 38(100): 18-25.

Viana LBF, Brito RL, Santos FP. Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano. Divulg. saúde debate. 2014; (52):177-189.

Vieira FS, Benevides RPDS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. IPEA 2016 [acesso 2017 Abr 27]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589

Vieira FS, Piola SF. Implicações do contingenciamento de despesas do Ministério da Saúde para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2016 [acesso 2017 Abr 27]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29199

ANEXO 1 – COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO

 Ciência & Saúde Coletiva

 Home

 Author

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2017-0844

Title
EVOLUÇÃO DO TETO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO BRASIL POR CINCO ANOS E POSSÍVEIS IMPACTOS DO NOVO REGIME FISCAL

Authors
da Costa, Sergio Luiz
Probst, Livia
Cavalcante, Denise
Meneghim, Marcelo de
Pereira, Antonio Carlos

Date Submitted
05-Apr-2017

Author Dashboard