

---

**Estimativas de  
Impacto da Vinculação  
Constitucional de  
Recursos para a Saúde**

---

(Emenda Constitucional n.º 29/2000)

# CADERNOS DE ECONOMIA DA SAÚDE

## *Objetivos*

Esta série de publicações visa a incentivar e divulgar estudos em todos os aspectos da economia da saúde, quais sejam: contribuições teóricas, estudos empíricos ou análises de políticas em saúde sob o ponto de vista econômico. Ocasionalmente, publicações especiais trarão contribuições em temas únicos.

## *Editores*

Edvaldo Batista de Sá, CGES/DP/SIS/MS  
Geraldo Andrade da Silva Filho, CGES/DP/SIS/MS  
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides, CGOP/DP/SIS/MS

## *Conselho Editorial*

Antônio Campino, FEA/USP  
Barjas Negri, SE/MS  
Elba Cristina Lima Rego, GM/MS  
Fabrício Augusto de Oliveira, CGOP/DP/SIS/MS  
Geraldo Biasoto Júnior, SIS/MS  
Jorge Bermudez, ENSP/FIOCRUZ  
Marcelo Gouvêa Teixeira, DP/SIS/MS  
Márgara Raquel Cunha, GABIN/SIS/MS  
Maria Elizabeth Diniz Barros, NESP/UnB  
Rita Elizabeth da Rocha Sório, PROFAE/SIS/MS  
Rosani Evangelista Cunha, DGI/SIS/MS  
Sérgio Francisco Piola, DISOC/IPEA  
Sílvia Porto, EAN/FIOCRUZ  
Solon Magalhães Vianna, DISOC/IPEA

## *Instruções a autores*

Os trabalhos devem ser submetidos em duas cópias escritas à:

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/MS  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8.º andar

CEP: 70058-900

a/c: Edvaldo Batista de Sá

Os autores também devem enviar uma cópia em meio magnético para o mesmo endereço ou por correio

eletrônico para: [edvaldo.sa@saude.gov.br](mailto:edvaldo.sa@saude.gov.br),

[geraldo.filho@saude.gov.br](mailto:geraldo.filho@saude.gov.br) ou

[rodrigo.benevides@saude.gov.br](mailto:rodrigo.benevides@saude.gov.br)

As tabelas e gráficos contidos no artigo devem ser enviadas em Microsoft-Excel.

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

# Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde

(Emenda Constitucional nº 29/2000)

Ana Cecília de Sá Campello Faveret\*\*\*

Fabício Augusto de Oliveira\*\*\*\*

Geraldo Biasoto Junior\*

Karla Krepsky\*\*\*\*

Marcelo Gouvêa Teixeira \*\*

Paulo César da Fonseca Malheiro \*\*\*\*

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides\*\*\*\*

\* Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS/MS

\*\* Diretor de Projetos – SIS/MS

\*\*\* Coordenadora-Geral de Orçamentos Públicos – DP/SIS/MS

\*\*\*\* Técnicos do CGOP/DP/SIS/MS

© 2001 - MINISTÉRIO DA SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 700 exemplares

Série J. Cadernos, n. 4

*José Serra* - Ministro de Estado da Saúde

*Geraldo Biasoto Júnior* - Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde

*Marcelo Gouvêa Teixeira* - Diretor de Projetos

*Distribuição e informação*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8º andar

CEP 70058-900, Brasília, DF

Tel: 61 315 2914

Fax: 61 224 0959

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional n.º 29/2000 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; elaboração de Ana Cecília de Sá Campello Faveret...[et al.].

Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

36p. : il. — (Cadernos de Economia da Saúde; 1 / Série J. Cadernos; n.4)

1. Saúde — Recursos — Brasil. 2. Emenda Constitucional n.º 29/2000.

I. Faveret, Ana Cecília de Sá Campello. II. Título. III. Série.

CDU 614.2:338.2 (81) (0945)

NLM WA 540

DB 8

1 Introdução .....	5
2 Estimativas do Gasto Federal em Saúde .....	11
2.1 A Metodologia de Cálculo .....	11
2.2 Os Resultados Encontrados .....	11
3 A Evolução dos Gastos dos Governos Estaduais com a Saúde (1995-1998) e as Estimativas de seu Crescimento .....	13
3.1 Apontamentos Metodológicos .....	13
3.2 A Evolução das Despesas com a Saúde na Base Vinculável das Receitas: 1995-1998 .....	14
3.3 O Comprometimento das Receitas dos Estados com a Saúde e os Recursos Adicionais para o seu Financiamento à Luz da EC n.º 29/2000 .....	18
4 Estimativas do Gasto Municipal em Saúde .....	25
4.1 Os Municípios das Capitais .....	25
4.2 Os Municípios do Interior .....	29
4.3 O Resultado Conjunto dos Municípios das Capitais e do Interior .....	32
5 Estimativas do Gasto com Saúde Consolidado para os Três Níveis de Governo com a Aplicação da EC n.º 29/2000 .....	33



Com a aprovação da Emenda Constitucional – EC nº 29/2000, que determina a vinculação dos recursos destinados pelos diversos níveis de governo – União, estados e municípios – para a saúde, o Brasil deve começar a vencer um de seus principais desafios da atualidade, que é o de encontrar soluções adequadas – e consensuais – para garantir fontes estáveis de financiamento para atender às demandas da população pelo atendimento na área da saúde. A EC da Saúde tem como objetivo reverter um quadro de desequilíbrios, que se acentuaram na década de 90, entre os recursos disponibilizados para sua cobertura vis-à-vis o aumento da demanda da população, e a maior complexidade dos procedimentos adotados com as mudanças em curso na composição do contingente demográfico brasileiro e a conseqüente elevação de seus custos.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, ao incluir entre suas diretrizes a descentralização do sistema, com o propósito de melhorar sua organização e aumentar sua eficiência, atribuiu ao município a responsabilidade de fornecer atendimento público de saúde à população, contando com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. Apesar disso, por não ter definido nenhum parâmetro para garantir um mínimo de cobertura de suas necessidades pelas esferas subnacionais – estados e municípios – o financiamento do sistema permaneceu, como no quadro anterior, extremamente dependente de recursos da órbita federal, que até o final da década de 80, respondia por mais de 80% das dotações orçamentárias para ela destinadas, percentual que se reduziu, nos anos 90, para cerca de 70%, como conseqüência do avanço do processo de descentralização das políticas públicas no País.

Ainda que o esquema de financiamento desenhado na Constituição de 1988 para a área federal, que contemplou a destinação obrigatória de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para a saúde, excluídos os recursos do seguro-desemprego, não tenha sido rigorosamente cumprido neste período, não se afiguravam graves os problemas surgidos, a ponto de produzir fortes desequilíbrios para o sistema.

Esses problemas começaram a gerar maiores preocupações, mais especificamente, a partir de 1993, quando, diante do expressivo aumento dos benefícios previdenciários, o governo decidiu vincular os recursos arrecadados do INSS – integrantes do OSS – exclu-

---

<sup>1</sup>OLIVEIRA, F.A. de. Evolução, Determinantes e Dinâmica do Gasto Social no Brasil: 1980/1996. Brasília. IPEA, Tendo para Discussão n.º 649, junho de 1999

sivamente para a cobertura dos gastos com a Previdência. Com isso, a saúde, para a qual estava prevista a destinação de pelo menos 30% destes recursos, perdeu uma importante fonte de financiamento para a cobertura de suas necessidades.

Não bastasse isso, as figuras tributárias vinculadas ao seu financiamento, como a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição do Financiamento Social (Cofins), além de terem seus recursos disputados por outras áreas do governo, enfrentaram forte questionamento jurídico no meio empresarial, nos primeiros anos da década, sobre a sua legalidade, deixando indisponível, por um bom tempo, parcela importante de seus recursos. Sensível aos ciclos econômicos, pela sua sistemática de incidência indireta e "em cascata", a receita proveniente da Cofins ainda se viu seriamente prejudicada pelo quadro de recessão, seguido de estagnação, que se abateu sobre a economia brasileira até meados da década de 90.

Com a perda dos recursos vinculados do INSS e com as limitações geradas pela própria conjuntura para assegurar, no espaço orçamentário, fontes estáveis e adequadas de recursos para o seu financiamento – para o que também contribuía a ausência de algum tipo de vinculação exigido das esferas subnacionais para sua cobertura – a oferta de serviços de saúde, no Brasil, passou a se defrontar com grandes dificuldades, e os programas oferecidos à população por uma acentuada e crescente instabilidade.

Foi neste contexto que começaram a surgir, em primeiro lugar, soluções provisórias e *ad hoc*, visando ampliar os recursos para o seu financiamento, como a que se refere ao Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF), em 1994, posteriormente prorrogado e rebatizado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Também importante, neste sentido, foi o início do processo de contratação de empréstimos contraídos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para complementar as necessidades de recursos do sistema, embora tal expediente tenha acarretado, como consequência, uma elevação de suas despesas financeiras.

Devido ao reconhecido caráter provisório e às limitações desses instrumentos, começaram a surgir propostas, especialmente no âmbito do Poder Legislativo, visando a encontrar uma solução mais duradoura para o financiamento da saúde, para a criação de fontes estáveis e seguras para o atendimento das demandas que são endereçadas ao setor da saúde. Dentre essas propostas, destaca-se a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da Saúde, elaborada originalmente pelo deputado Eduardo Jorge do Partido dos Trabalhadores (PT) de São Paulo, a qual, depois de ter alguns de seus pontos modificados, terminou sendo aprovada pelo Congresso e promulgada pelo Senado Federal, na formada

EC n° 29/2000. Com a sua entrada em vigor, dá-se início ao processo de construção das condições necessárias para que se alcance o equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de saúde e os recursos necessários para o seu financiamento.

À semelhança de outras propostas que foram apresentadas com esse objetivo, a EC em análise, estabelece a vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo – União, estados e municípios – para a saúde, com duas sensatas inovações em relação às demais. A primeira diz respeito ao seu caráter gradualista, à medida que prevê um prazo de cinco anos para que os percentuais de recursos a serem destinados para o financiamento do setor pelos governos subnacionais sejam atingidos. A segunda refere-se à flexibilidade prevista para essa vinculação, uma vez que, ao final de cada período de cinco anos, determina-se que sejam reavaliados, *inter alia*, os percentuais de recursos vinculados para as esferas da federação e os critérios de rateio dos recursos da União destinados aos estados e municípios, bem como os dos estados destinados aos seus municípios, à luz do objetivo de garantir uma progressiva redução das disparidades regionais.

No tocante às vinculações, a EC estabelece, para a União, a destinação, no ano em que entrar em vigor, do montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro imediatamente anterior, acrescido de, no mínimo, 5% (cinco por cento). Para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Isso significa, para a União, um aumento de recursos para a saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, visando manter a proporção de gastos federais em saúde em relação ao PIB.

Para os estados e municípios, os percentuais de vinculação estabelecidos são de 12% (doze por cento) e 15% (quinze por cento), respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios. O gradualismo contemplado na proposta para o alcance desses percentuais tem por objetivo evitar pressões iniciais sobre as finanças dessas esferas, propiciando-lhes um ajustamento gradativo para o cumprimento dessa nova exigência constitucional.

Como regra geral, a EC determina que as esferas que destinam, atualmente, percentuais inferiores a 12%, no caso dos estados e do Distrito Federal, e 15%, no caso dos municípios, para o seu financiamento, deverão elevá-los gradualmente até o 5° ano após a sua aprovação, reduzindo-se essa diferença à razão de, pelo menos, 1/5 (um quinto) por ano. Como ponto de partida prevê que, no primeiro ano da entrada em vigor da emenda, estados, Distrito Federal e municípios, deverão aplicar 7% (sete por cento) de recursos da base

de receitas vinculadas ao financiamento da saúde, o que pode exigir, das unidades que se situam muito abaixo desse percentual, um maior esforço financeiro inicial.

Apesar de reconhecida sua necessidade como alternativa para superar/atenuar as dificuldades para o financiamento da saúde no Brasil, a EC não passou ileso de críticas, destacando-se, entre as mais comuns, as que se referem à perda de flexibilidade na elaboração e execução da peça orçamentária, com o maior engessamento que será produzido com as vinculações de receitas e despesas, e as que se apóiam na situação de penúria financeira em que se encontram mergulhadas a União e as esferas subnacionais, para justificar a posição dos que se colocaram contrários à sua aprovação.

No tocante à primeira – o engessamento do orçamento – deve-se ter em mente que o considerável número de vinculações existentes na Constituição – destaca-se como a mais importante a que garante recursos para a educação – representa, em tempos de crise fiscal prolongada e da necessidade de se garantir superávits primários crescentes nas contas públicas, uma ameaça permanente de cortes dos gastos para os setores que não se encontram protegidos por essa regra, aí incluída a saúde. Por isso, dada a importância da oferta dos serviços de saúde para a população e para a melhoria de suas condições de vida, não se justifica continuar deixando-a desprotegida para evitar um “engessamento orçamentário”, já garantido pelas demais vinculações. Porque, como muito bem observou o ministro da Saúde, José Serra, “onde pululam dezenas de vinculações, as despesas com saúde pública passam a ser sempre as principais candidatas a sofrer cortes. Um grande e fofo colchão amortecedor para as crises fiscais...”<sup>2</sup>

Em relação à segunda crítica — a difícil situação financeira dos entes federados — embora se considere procedente, em alguns casos, o temor de que a aprovação dessa proposta possa aumentar seus desequilíbrios, não se pode ignorar o fato de que, além de seu caráter gradualista, há de se considerar, ainda, o dispositivo de flexibilização dos percentuais que poderão ser revistos passados cinco anos e ainda as perspectivas de que o país venha a ingressar numa trajetória de maior crescimento, gerando impactos positivos sobre a sua arrecadação. Isso, sem considerar os frutos que estão sendo colhidos com o ajuste fiscal que vem sendo implementado nas diversas esferas de governos e dos resultados com que se conta para a melhoria e maior controle das contas estaduais e municipais com a entrada em vigor da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

---

<sup>2</sup> Para Serra “a vinculação passa a ser uma condição importante para que a saúde deixe de ser uma válvula de escape das crises [fiscais], condição em que, em certas ocasiões, como em 1991 e 1993, implicou aumentadas mortes de pessoas humildes devido à desassistência médica que decorreu de colapsos espetaculares dos recursos do SUS (Sistema Único de Saúde). Isso para não mencionar os efeitos dos súbitos cortes orçamentários na ampliação da vulnerabilidade da população às doenças infecto-contagiosas, com péssimas conseqüências no médio e no longo prazos”. Serra, J. “Saúde: a vinculação necessária”. In: Folha de São Paulo, 09/07/00 — Tendências /Debates).

De qualquer forma, antes de emitir conclusões mais definitivas sobre essa questão torna-se indispensável, em primeiro lugar, avaliar o montante de recursos próprios transferidos por essas esferas para o financiamento da saúde, visando estimar o esforço adicional que teriam de desenvolver para garantir o alcance dos percentuais de vinculação previstos. Em segundo, projetar os ganhos adicionais que poderão ser obtidos anualmente para o setor com a entrada em vigor da EC, com o objetivo de avaliar em que medida serão suficientes para resolver/atenuar suas necessidades de recursos para atender às demandas da população.

A partir de levantamentos realizados pela equipe do Ministério da Saúde (MS), responsável pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), foram elaboradas estimativas preliminares dos gastos dos três níveis de governo com saúde, bem como dos resultados que a EC pode produzir na geração de recursos adicionais dessas esferas para o seu financiamento. Com este propósito, o trabalho, além dessa introdução, se encontra estruturado em quatro seções.

Na primeira, procura-se, com base nos gastos em saúde realizados pelo governo federal no triênio 1998-2000, estimar, de acordo com a adoção de algumas hipóteses para o crescimento do PIB e para a taxa inflacionária, o aumento de recursos destinados para o seu financiamento no período 2001-2004.

Na segunda, é feito um balanço dos recursos próprios dos estados efetivamente destinados para a saúde no período 1995-1998, considerados enquanto proporção de suas receitas líquidas – deduzidas, portanto, as transferências realizadas para os municípios. Além da análise da evolução do grau de comprometimento de suas receitas com o financiamento desse setor, nesse período, procura-se avaliar as tendências do processo de descentralização dessa política no Brasil, com o aumento da responsabilidade das esferas subnacionais na sua implementação. Ainda nessa seção, são projetados, ano a ano, tendo como referência os dados de seus balanços e adotando-se a hipótese de crescimento nulo de sua base vinculável – restringindo-se, portanto, as estimativas aos efeitos produzidos apenas pela EC n° 29/2000, e de expansão de 2% (dois por cento) a.a. dessas mesmas receitas, o esforço financeiro que terão de desenvolver para atingir, no prazo de cinco anos, o percentual de 12% (doze por cento) da receita estabelecido na EC, bem como o montante adicional de recursos que deve ingressar no sistema para o seu financiamento.

Na terceira, essas mesmas estimativas são realizadas para o conjunto dos municípios do país, embora com a adoção de metodologias distintas para os municípios das capitais e os do interior. Para os municípios das capitais, são utilizados os gastos realizados com a saúde registrados em seus balanços no ano de 1998 para a realização das projeções de

seu crescimento no período 2000-2004; para os municípios do interior, essas estimativas foram realizadas tomando-se como base também o ano de 1998 para as projeções neste mesmo período, mas com as despesas sendo calculadas através da comparação entre as bases de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) de 1998 e do Finanças do Brasil (FINBRA) de 1997, conforme metodologia detalhada na seção 6.4.2.

Na última, apresentam-se as estimativas de crescimento do gasto em saúde consolidado para os diversos níveis de governo e tecem-se considerações sobre o montante adicional de recursos com os quais o setor poderá contar durante o período previsto pela EC n.º 29/2000.

Uma advertência inicial merece ser feita: como se verá, também neste caso o país é marcado por situações de grande diversidade, com alguns estados registrando, já em 1998, gastos superiores aos percentuais estabelecidos pela emenda, enquanto outros apresentam níveis extremamente reduzidos de dispêndios com o setor, indicando inevitáveis problemas que o estabelecimento de uma regra geral pode acarretar ao dispensar o mesmo tratamento para situações tão distintas. Situação que também se reproduz, embora em escala reduzida, para o conjunto dos municípios brasileiros.

## ESTIMATIVAS DO GASTO FEDERAL EM SAÚDE

### 2.1 A METODOLOGIA DE CÁLCULO

● A informação utilizada como base para o cálculo das estimativas de gasto do governo federal, no período 2001-2004, foi a dos recursos empenhados pelo MS em 2000, que atingiu R\$ 22,70 bilhões, o que, excluídos os gastos com Inativos e Pensionistas, no valor de R\$ 1,83 bilhão e com o Serviço da Dívida, correspondentes a R\$ 155 milhões, totaliza um gasto com ações e serviços públicos de saúde de R\$ 20,35 bilhões;

● para se estimar o gasto federal em saúde, no período 2001-2004, aplicou-se o art. 7.º da EC n.º 29, que modifica o art. 76 das Disposições Constitucionais Transitórias, estabelecendo: a) que a União deve aplicar no setor no ano 2000, no mínimo, o valor aplicado em 1999 – total empenhado, exceto os gastos com Inativos e Pensionistas e com o Serviço da Dívida – acrescido de 5%<sup>3</sup>; e b) no período de 2001 a 2004, o valor do ano anterior<sup>4</sup> corrigido pela variação nominal do PIB;

● estimou-se a variação real do PIB em 2% a partir de 2001 e as taxas de inflação – projetadas pela SPE/MF, para o índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – em 4% em 2001, 3,5% em 2002 e 3% em 2003 e 2004;

● projetados os valores nominais para o período, realizou-se o seu cálculo em valores reais a preços de 2000, deflacionando-se os valores de 1998 e 1999 através de um índice de variação de preços médios entre 2000 e o ano respectivo, e corrigindo-se o gasto de 1998 pela taxa de 12,44%, o de 1999 pela taxa de 7,04% e descontando-se a inflação anual estimada a partir de 2001.

### 2.2 OS RESULTADOS ENCONTRADOS

A Tabela 1 mostra as estimativas realizadas para o gasto federal em saúde no período 2001-2004 com a aplicação da EC n.º 29 de acordo com as hipóteses adotadas.

<sup>3</sup> o Valor nominal gasto em 2000 excedeu o valor nominal relativo ao ano de 1999 em 10,9% se considerados apenas os gastos com ações e serviços públicos de saúde, ou 11,7% se considerado o total de gasto do Ministério da Saúde.

<sup>4</sup> A EC n.º 29 estabelece no artigo 7.º, que "(...) os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: I no caso da União: (...) b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (...)", ou seja, não determina expressamente que o percentual de variação do PIB seja o do ano anterior, hipótese adotada nesse trabalho.

**Tabela 1**  
**GASTOS FEDERAIS EM SAÚDE EM 1998, 1999 E 2000 E ESTIMATIVAS PARA**  
**O PERÍODO 2001/2004 COM A APLICAÇÃO DA EC N.º 29 – EM R\$ BILHÕES**

Ano	A	B	C	D	E	F	G
	Total Executado MS (R\$ correntes)	Total Executado MS (R\$ de 2000)	Inativos/Pensionistas (R\$ correntes)	Serviço da Dívida (R\$ correntes)	Gastos em Ações e Serviços de Saúde (R\$ correntes)	Gastos em Ações e Serviços de Saúde (R\$ de 2000)	Variação Real (%)
1998	19.32	21.69	1.74	2.33	15.25	17.11	
1999	20.33	21.77	1.83	0.16	18.35	19.64	14.79
2000	22.70	22.70	2.19	0.15	20.35	20.35	3.61
2001	26.05	25.05	2.23	0.36	23.47	22.57	10.89
2002	27.51	25.56	2.26	0.36	24.90	23.13	2.49
2003	28.93	26.10	2.29	0.36	26.28	23.71	2.50
2004	30.30	26.53	2.32	0.36	27.61	24.18	2.00

FONTE: SPO/SE/MS e STN/MF

Notas:

- 1) Estimativas de inflação (IPCA/IBGE) de 4,0% em 2001, 3,5% em 2002, 3,0% em 2003 e 2004, cf. SPE/Ministério da Fazenda.
- 2) Estimativas de variação do PIB de 2% a partir de 2001.
- 3) Aplicou-se a elevação de gastos prevista pela EC n.º 29 (variação nominal do PIB a partir de 2001) sobre o valor executado, exceto gastos com inativos, pensionistas e serviço da dívida.
- 4) A estimativa de gasto com Pessoal Inativo foi feita através da aplicação da Taxa Média de Variação do item Pessoal e Encargos Sociais entre 1995 e 2000 a partir de 2001.
- 5) O valor orçado para 2001 relativo ao Serviço da Dívida foi repetido para o triênio 2002/2004.

Cabe notar que, em virtude das elevadas despesas realizadas com o Serviço da Dívida em 1998, o crescimento dos gastos totais do Ministério da Saúde é de 22,3%, evoluindo de R\$ 21,69 bilhões para R\$ 26,53 bilhões. Todavia, como os dispêndios com Inativos/Pensionistas e com o Serviço da Dívida não se traduzem em gastos efetivos com Ações e Serviços de Saúde<sup>5</sup> à sociedade, torna-se necessário excluir esses componentes do montante de empenho realizado pelo Ministério da Saúde para uma avaliação mais criteriosa dos recursos adicionais que o governo federal deverá aportar para o sistema, em virtude dos efeitos da EC n.º 29.

A Coluna F da Tabela 1 apresenta as estimativas de impacto da emenda sobre os gastos com saúde do governo federal, no período 2001-2004, excluídas as despesas com Inativos/Pensionistas e com o Serviço da Dívida. Verifica-se que esses gastos evoluem de R\$ 17,11 bilhões em 1998 para R\$ 20,35 bilhões em 2000, e R\$ 24,18 bilhões em 2004, registrando um crescimento, em termos reais, de 41,3% no período, dos quais 18,8% (50% do crescimento) referentes ao período 2000-2004, como resultado dos efeitos da EC n.º 29 (ganhos líquidos equivalentes a quase R\$ 4 bilhões).

<sup>5</sup> As despesas com saúde consideradas ao longo desse trabalho são aquelas relativas a gastos com "Ações e Serviços Públicos de Saúde", ou seja, são descontados os gastos relativos a Inativos e Pensionistas e destinados ao pagamento de Dívidas.

## A EVOLUÇÃO DOS GASTOS DOS GOVERNOS ESTADUAIS COM A SAÚDE (1995-1998) E AS ESTIMATIVAS DE SEU CRESCIMENTO

### 3.1 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

Os dados utilizados para estimar o montante de recursos, em termos brutos e líquidos, que os governos dos estados destinam para o financiamento da saúde vis-à-vis a base vinculável de receitas contempladas na EC n.º 29/2000 (Receita Vinculável - RV) foram extraídos dos balanços dos estados e do SIOPS (Ministério da Saúde).

Percorreu-se, assim, um caminho distinto do que foi trilhado por outros trabalhos que procuraram realizar a mesma estimativa, mas que, em virtude dos procedimentos metodológicos adotados, terminaram esbarrando em incontornáveis problemas de dupla contagem, o que se procurou aqui evitar.<sup>6</sup>

Para tanto, além do levantamento dos dados relativos às receitas e despesas brutas dos estados com a saúde, a Despesa Total, que inclui as transferências recebidas da União para aplicação nesse setor, tendo como fonte seus balanços orçamentários, procurou-se coletar, no próprio Ministério da Saúde, as transferências realizadas para essas esferas nos anos considerados para se chegar ao conceito de despesas líquidas de cada unidade, ou Despesas Próprias (DP), que é, de fato, o que interessa para avaliar os resultados que podem ser colhidos com a aprovação da emenda. Com isso, foi possível contornar alguns problemas que dificultavam estimativas mais confiáveis sobre o esforço próprio realizado por essas esferas no financiamento da saúde decorrentes, *inter alia*, de uma inadequada classificação do destino dos recursos de transferências na estrutura de suas despesas ou da ausência de contabilização e apropriação nos seus orçamentos nos casos em que essas transferências são realizadas diretamente pela União aos agentes prestadores de serviços.

Apesar das reconhecidas limitações que os dados de balanços apresentam para uma avaliação confiável dos gastos efetivos realizados pelas administrações públicas em determinado setor – seja por problemas de classificação, apropriação/distribuição de custos ou mesmo por distorções provocadas pelo processo inflacionário – o que foi consideravel-

<sup>6</sup> Para melhor apreciação das metodologias utilizadas, ver Oliveira, F. A. de. Notas sobre os Gastos dos Governos Estaduais e Municipais com a Saúde. Brasília, CEPAL/PEA, mimeo. dez. 1998.

mente atenuado com a entrada em vigência do Plano Real – não há dúvidas de que a metodologia empregada nesse trabalho, ainda que passível de aprimoramento, forneceu respostas bem mais realistas para o conhecimento dessa questão.

### 3.2 A EVOLUÇÃO DAS DESPESAS COM A SAÚDE NA BASE VINCULÁVEL DAS RECEITAS: 1995-1998

Um retrato da evolução da participação das despesas totais e despesas próprias realizadas pelos Estados na sua base de receita vinculável, conforme estabelecido na EC n.º 29, encontra-se desenhado na Tabela 2.

Para a obtenção dos resultados nela contidos, calculados com base nas receitas e aplicações na área de cada unidade da federação, foram adotados os seguintes procedimentos:

- em relação à receita vinculável (RV), foram considerados os impostos de competência dessas esferas – ICMS, IPVA e outros –, mais as transferências recebidas da União – FPE, IRRF, IPI, Lei Complementar n.º 87/96 –, deduzindo-se dos valores encontrados as transferências realizadas para os municípios – Cota-Parte do ICMS, do IPVA, do IPI, entre outras;

- em relação às despesas totais (DT), incluíram-se nos gastos efetivamente realizados pelos estados, com recursos próprios, as transferências de qualquer natureza recebidas do governo federal para o financiamento específico da saúde: pagamento a prestadores de serviços do SUS, convênios específicos – Funasa e FNS –, transferências a estados e municípios habilitados e transferências para o pagamento de pessoal (caso específico do Distrito Federal);

- as despesas próprias estaduais com a saúde (DP), foram obtidas deduzindo-se das despesas totais as transferências recebidas da União para aplicação no setor.

Esse procedimento é importante para avaliar tanto o comportamento do volume de recursos destinado, em cada unidade da federação – incluídos os de origem federal –, ao financiamento da saúde, como a efetiva contribuição dada pelo governo federal em sua cobertura. Além disso, essas informações fornecem alguns elementos para identificar estados e regiões mais dependentes de transferências do governo federal para o atendimento das demandas crescentes da população por esse serviço, bem como para avaliar as unidades que mais têm ampliado a utilização de recursos próprios para essa finalidade, permitindo inferências importantes sobre a questão da descentralização das políticas públicas e sobre a equidade do gasto federal.

A Tabela 2 mostra que, para o conjunto dos estados brasileiros, os gastos totais –

federal e estaduais – realizados com a saúde não apresentaram modificações relevantes no período analisado (1995/1998), quando relacionados com a sua receita vinculável, situando-se em torno de 13%. A situação se modifica, entretanto, quando se analisa a evolução dessa relação por unidade da federação.

**Tabela 2**

**DESPESAS TOTAIS (DT) E DESPESAS PRÓPRIAS (DP) COM A SAÚDE E TRANSFERÊNCIAS**

Estados	DT/RV		TFs/RV		DP/RV	
	1995	1998	1995	1998	1995	1998
RO	14,36	15,74	11,51	5,44	2,85	10,30
AC	24,61	21,85	11,45	2,89	13,16	18,96
AM	8,38	17,72	2,52	4,40	5,86	13,32
RR	15,25	17,68	3,12	4,81	12,13	12,87
PA	10,03	11,26	3,94	1,76	6,09	9,50
AP	9,63	7,93	5,42	2,43	4,21	5,50
TO	13,90	12,02	3,88	1,75	10,22	10,27
MA	4,07	6,30	3,85	1,25	0,22	5,05
PI	18,63	13,51	9,58	4,82	9,05	8,69
CE	12,79	11,38	5,61	4,41	7,18	6,97
RN	19,68	19,09	14,65	6,46	5,03	12,63
PB	9,04	7,78	6,71	3,51	2,33	4,27
PE	16,23	17,10	6,61	7,62	9,62	9,48
AL	13,70	13,56	4,18	5,82	9,52	7,74
SE	10,25	10,01	4,36	4,09	5,89	5,92
BA	15,14	14,62	4,11	3,24	11,03	11,38
MG	23,68	15,45	13,74	7,12	9,94	8,33
ES	21,87	15,18	8,12	6,89	13,75	8,29
RJ	6,04	6,84	2,67	2,51	3,37	4,33
SP	12,82	12,95	3,60	3,49	9,22	9,46
PR	9,06	10,15	2,12	1,61	6,94	8,54
SC	12,01	12,29	1,45	1,61	10,56	10,68
RS	4,71	6,87	1,41	0,49	3,30	6,38
MS	3,86	5,49	2,62	1,82	1,24	3,67
MT	5,62	6,62	1,61	1,98	4,01	4,64
GO	8,44	11,58	0,85	1,50	7,59	10,08
DF	64,65	48,56	51,69	34,15	12,96	14,41
<b>Total</b>	<b>13,57</b>	<b>13,04</b>	<b>5,75</b>	<b>4,41</b>	<b>7,82</b>	<b>8,63</b>

Fonte dos dados primários: Balanços dos Estados.

Elaboração: SIOPS (Ministério da Saúde).

**FEDERAIS (TF) COMO PROPORÇÃO DA RECEITA VINCULÁVEL (RV) DOS ESTADOS (EM %)**

Entre os estados, na região Norte, quatro aumentaram a participação das DT no total da receita vinculável – Roraima, Amazonas, este com aumento nessa relação superior a 100%, Rondônia e Pará –, enquanto três a viram reduzir-se – Acre, Amapá e Tocantins –, no Nordeste, esse aumento foi registrado apenas para dois estados – Maranhão e

Pernambuco –, com as dos demais reduzindo-se; no Sudeste, Minas Gerais e Espírito Santo conheceram reduções expressivas dessa participação entre 1995/1998, com a de São Paulo mantendo-se estável e a do Rio de Janeiro apresentando um ligeiro crescimento; no Sul e Centro-Oeste registrou-se aumento para todos os estados, à exceção do Distrito Federal. Importa chamar a atenção para o fato de que, em 1998, doze estados – Amapá, Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás – ainda registravam uma despesa total com saúde em relação à sua base de receita vinculável inferiores a 12%, mesmo beneficiando-se das transferências da União para o seu financiamento.

A Tabela 2 fornece alguns elementos que permitem entender o comportamento das despesas totais com a saúde realizadas pelos estados no período em análise, avaliando a contribuição das transferências federais na sua cobertura, bem como a participação de suas receitas nesse processo.

Constata-se, para o conjunto dos estados brasileiros, uma redução das transferências federais (TF) em relação ao total de suas receitas vinculáveis, 5,75% em 1995 e 4,41% em 1998. Observa-se que apenas em sete unidades da federação – Amazonas, Roraima, Pernambuco, Alagoas, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás – registraram-se aumentos na relação TFs/RV, com redução dessa relação para as demais.

Em contrapartida, aumenta a participação das receitas dos estados no seu financiamento. Como se percebe ainda na Tabela 2, as DP dos estados aumentam sua participação na receita vinculável (RV) de 7,82% em 1995 para 8,63% em 1998. Apenas em seis a relação DP/RV reduz-se: Piauí, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Minas Gerais e Espírito Santo. Para os demais, ocorre um aumento no período, de forma altamente expressiva em alguns casos: Rondônia de – 2,85% para 10,30%, Acre de – 13,16% para 18,96%, Amazonas de – 5,86% para 13,32%, Maranhão de – 0,22% para 5,05%, Rio Grande do Norte de – 5,03% para 12,63%, Paraíba de – 2,33% para 4,27%, Rio Grande do Sul de – 3,3% para 6,38%, Mato Grosso do Sul de – 1,24% para 3,67% e Goiás de – 7,59% para 10,08%.

Esses resultados indicam, com poucas exceções, um movimento de elevação da participação relativa dos estados – em alguns casos bastante expressiva – no financiamento da saúde, ora compensando reduções de recursos do governo federal, ora disponibilizando mais recursos próprios para sua cobertura em relação às transferências recebidas, reforçando o processo de descentralização das políticas públicas.

As poucas exceções mencionadas neste caso referem-se às situações onde o aumen-

to da participação relativa dos estados no financiamento da saúde não compensa a redução da contribuição do governo federal na sua cobertura ou onde se registram reduções relativas de ambas as fontes, produzindo uma queda da relação DT/RV. No primeiro caso, se situam os estados do Acre, Amapá, Tocantins, Paraíba, Sergipe, Bahia e Distrito Federal. No segundo, os estados do Piauí, Ceará, Minas Gerais e Espírito Santo.

Os dados contidos na Tabela 3 confirmam, com eloquência, este processo de aumento gradativo da participação dos governos estaduais no financiamento dos programas de saúde sob sua responsabilidade vis-à-vis o governo federal. Entre 1995 e 1998, as transferências da União realizadas para o conjunto dos estados brasileiros conheceram uma queda de 8,5 pontos percentuais no montante das despesas por eles realizadas com o setor. Do ponto de vista regional, essa queda foi, entretanto, mais pronunciada nos estados das regiões Norte, Nordeste e Sul, no período, em relação aos do Sudeste.

**Tabela 3**

EVOLUÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS DO GOVERNO FEDERAL PARA OS ESTADOS PARA A SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE SUAS DESPESAS COM O SETOR: 1995-1998 (EM %)

Estado	1995	1996	1997	1998
RO	80,02	65,59	61,66	34,56
AC	46,52	40,24	16,65	13,22
AM	30,07	24,89	22,67	24,83
RR	20,45	19,10	28,57	27,20
PA	39,28	22,07	14,85	15,63
AP	56,28	42,97	25,23	30,64
TO	27,91	25,77	14,11	14,55
MA	94,59	22,58	21,27	19,84
PI	51,42	22,52	41,96	35,67
CE	43,86	28,32	42,20	38,75
RN	74,44	48,86	55,60	33,83
PB	74,22	43,66	66,52	45,11
PE	40,72	39,41	59,83	44,56
AL	30,51	35,75	50,68	42,92
SE	42,53	23,51	35,63	40,85
BA	27,14	22,44	23,60	22,16
MG	58,02	52,08	33,00	46,08
ES	37,12	32,60	54,81	45,38
RJ	44,20	38,49	29,30	36,69
SP	28,08	23,80	29,62	26,94
PR	23,39	13,76	13,59	15,86
SC	12,07	15,07	8,66	13,10
RS	29,93	8,33	7,73	7,13
MS	67,87	26,94	79,01	33,15
MT	28,64	19,01	30,37	22,98
GO	10,07	11,77	39,11	12,95
DF	79,95	61,96	69,97	70,32
<b>TOTAL</b>	<b>42,37</b>	<b>33,12</b>	<b>39,39</b>	<b>33,81</b>

Fonte dos dados Primários: Balanços dos Governos Estaduais e Ministério da Saúde.

De uma maneira geral, os estados do Norte e Nordeste viram reduzir-se expressivamente a participação das transferências federais no montante de recursos por eles aplicados na saúde – à exceção de Roraima, Pernambuco e Alagoas –, bem como os do Sul – também com a exceção de Santa Catarina – e do Centro-Oeste, onde apenas o estado de Goiás viu ampliar-se essa relação de dependência. Já os estados que integram a região Sudeste apresentaram, por sua vez, desempenho menos espetacular nesse processo, mas apenas com o do Espírito Santo ampliando essa dependência.

Não será nenhum exagero afirmar, diante das tendências reveladas por esses números, que a EC da Saúde apenas reforça, por um lado, o processo de descentralização das políticas de saúde no país, que tem se aprofundado na década de 90, ao mesmo tempo que lhe imprime maior organicidade e racionalidade, ao contemplar um cronograma mais compatível e ajustado ao aumento das responsabilidades das esferas subnacionais na prestação desse serviço e à ampliação dos recursos que terão de ser mobilizados para essa finalidade. Na próxima seção, procura-se avaliar o aporte adicional de recursos que deverão ser gerados para o financiamento do sistema, com a aprovação dessa Emenda, e os esforços exigidos dessa esfera de governo para o cumprimento de seus termos.

### 3.3 O COMPROMETIMENTO DAS RECEITAS DOS ESTADOS E OS RECURSOS ADICIONAIS PARA O SEU FINANCIAMENTO À LUZ DA EC N.º 29/2000

Em trabalho desenvolvido no Ministério da Saúde, com o objetivo de estimar o montante de recursos adicionais que poderão ser gerados para o financiamento da saúde, com a exigência de aplicação de 12% das receitas vinculáveis – impostos e transferências federais – dos governos estaduais para essa finalidade, bem como dos esforços que esses terão de desenvolver para garantir seu alcance, foram adotados os seguintes procedimentos:

- em primeiro lugar, procurou-se determinar os percentuais anuais mínimos exigidos pela Emenda na relação Despesas Próprias com Saúde/Receita Vinculável (DP/RV), ano a ano, para cada unidade da federação, a partir de sua aprovação;
- em seguida, estimou-se o crescimento da receita vinculável (RV) de cada estado para o período 2000-2004, tendo como base os seus níveis de 1998;
- calculou-se, para cada ano, com os resultados obtidos anteriormente, o montante de recursos adicionais destinados por cada unidade da federação para a saúde, no período de cinco anos, após a aprovação e promulgação da EC.

As projeções foram realizadas, supondo dois cenários: a) o primeiro, com a hipótese de crescimento nulo da receita vinculável dos estados, o que permite identificar o aumen-

to de seus gastos com a saúde gerado exclusivamente pelos efeitos da EC n.º 29/2000, aqui denominado efeito-EC; b) o segundo, com a hipótese de crescimento de 2% da receita, cujos efeitos sobre o aumento dos gastos com a saúde será chamado de efeito-base<sup>7</sup>.

### 3.3.1 As variações na relação DP/RV

A determinação da variação na relação DP/RV, para cada unidade da federação, com a entrada em vigência da EC, seguiu os seguintes passos:

- tomou-se, inicialmente, como referência, os resultados dessa relação, em termos percentuais, verificados no ano de 1998 de acordo com os dados orçamentários de cada estado;

- em seguida, considerou-se que, em 1999, tenha se mantido constante a relação DP/RV em todos os estados da federação;

- a partir dessas hipóteses, o cenário montado sobre sua evolução considerou as três situações previstas na emenda:

- a) a elevação para 7% da relação DP/RV no primeiro ano de sua vigência - 2000 - para os estados que se posicionaram abaixo desse patamar;

- b) redução anual, à razão de 1/5 (um quinto), da diferença entre o percentual de gasto considerado em 2000 e o teto a ser atingido no prazo de cinco anos para essa relação -12%<sup>8</sup>;

- c) manutenção dos percentuais de gastos para os estados que, no ano anterior ao início da vigência da EC, já estivessem destinando níveis iguais ou superiores a 12% de sua receita vinculável para a saúde.

Os resultados encontrados estão nas tabelas 4 e 5.

Como apontado anteriormente, os estados que apresentam uma situação mais confortável do ponto de vista das novas exigências da EC são predominantemente da região Norte – Acre, Amazonas e Roraima –, com registro de percentuais de aplicação de sua receita na saúde superiores a 12% em 1998. Além desses estados, enquadra-se na mesma situação o Rio Grande do Norte.

Treze outros estados encontram-se situados na faixa compreendida entre o piso –7%– e o teto – 12% – da EC, variando entre 0,16% – Bahia – e 0,94% – Alagoas e Minas Gerais – o acréscimo de receitas que terão de destinar anualmente para o financiamento da saúde até a conclusão do processo.

<sup>7</sup> Chama-se a atenção para o fato de que esses efeitos não se encontram dissociados. O "efeito-EC", ao elevar, no tempo, os percentuais da Receita Vinculável destinados à saúde termina afetando o "efeito-base" e ampliando os recursos destinados ao setor. A separação que é feita nesse trabalho tem por objetivo apenas distinguir os resultados que seriam exclusivamente gerados pela EC, na ausência de crescimento, dos que resultam da expansão da base produtiva e das receitas arrecadadas, evitando superestimações equivocadas.

<sup>8</sup> No último ano previu-se uma elevação de 2/5, uma vez que a EC prevê o aumento à razão de 1/5 ao ano para um intervalo de apenas quatro anos, em virtude do atraso ocorrido na aprovação da Emenda.

Dos nove estados restantes — Amapá, Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, além do Distrito Federal —, cuja relação DP/RV, em termos percentuais, foi inferior a 7% é que será exigido um maior esforço para o cumprimento das exigências da EC. Isso porque, além de no primeiro ano de sua entrada em vigor terem de saltar para o piso de 7% — e os maiores esforços, nesse caso, serão, por ordem, do Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Paraíba, Mato Grosso e Maranhão —, ainda terão de destinar anualmente mais 1,0 ponto percentual de sua receita vinculável para a cobertura de seus gastos com a saúde e de 2,0 pontos percentuais no último ano.

### 3.3.2 A Base de Receitas Vinculáveis dos Estados

Considerando que um dos objetivos deste trabalho é o de estimar o montante adicional de recursos dos governos estaduais que será destinado à saúde com a aprovação da EC, seus valores foram projetados para o período 2000-2004, tendo sido adotados os seguintes procedimentos:

- tomou-se como base para realizar essa projeção a receita dos estados de 1998, sendo seus valores atualizados pelo índice de variação dos preços médios do IPCA/IBGE para R\$ de 2000;
- a projeção dos dados foi feita supondo um cenário de crescimento nulo das receitas vinculáveis dos estados e outro com um crescimento de 2% ao ano a partir de 2000, conforme mostrado nas Tabelas 4 e 5, o que possibilita separar o efeito-EC do efeito-base.

### 3.3.3 As despesas próprias dos estados com a saúde: uma projeção para o período 2000-2004

Projetada a base de receitas vinculáveis dos estados para o período 2000-2004, para determinar o gasto líquido dessas esferas com a saúde, conforme determina a EC, nela foram aplicados os percentuais de vinculação calculados para o mesmo período (Tabelas 4 e 5).

Constata-se que as despesas estaduais com a saúde evoluiriam de R\$ 5,69 bilhões em 1998 para R\$ 8,72 bilhões em 2004, registrando-se um crescimento, em termos reais, de 53,3% equivalente à geração líquida de recursos correspondente a cerca de 10% do montante atualmente destinado pelas três esferas — federal, estadual e municipal — para o seu financiamento.

Ressalte-se que o crescimento diferenciado das DP para cada unidade da federação resulta da combinação da aplicação dos percentuais de vinculação também distintos - o que pode ser chamado de "efeito-EC" — sobre uma base de receitas para a qual se supôs

Tabela 4

ESTIMATIVA DE IMPACTO DA EC N.º 29/2000 NA DESPESA ESTADUAL PRÓPRIA COM SAÚDE (EM R\$ MILHÕES DE 2000)  
 Cenário sem crescimento da Receita Vinculada

(Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pela variação dos preços médios medida pelo IPCA/IBGE)

Estado	Receita Vinculável 1998	1998 - Balanços		Estimativa 2000		Acréscimo % ao ano conforme EC n.º 29	Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Acréscimo na Despesa Própria com Saúde	Despesa Própria per capita 1998 (R\$)	Despesa Própria per capita estimada 2004 (R\$)	Variação da Despesa Própria per capita 2004/1998 (%)
		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%				
RO	661,7	68,1	10,3	68,1	10,3	0,34	70,3	10,6	72,6	11,0	74,9	11,3	79,4	12,0	11,4	53,33	56,66	6,25
AC	506,2	96,0	19,0	96,0	19,0	-	96,0	19,0	96,0	19,0	96,0	19,0	96,0	19,0	-	186,67	160,44	(14,05)
AM	1.315,3	175,1	13,3	175,1	13,3	-	175,1	13,3	175,1	13,3	175,1	13,3	175,1	13,3	-	69,48	60,70	(12,63)
RR	330,7	42,6	12,9	42,6	12,9	-	42,6	12,9	42,6	12,9	42,6	12,9	42,6	12,9	-	163,23	142,63	(12,62)
PA	1.708,7	160,1	9,4	160,1	9,4	0,53	169,1	9,9	178,1	10,4	187,1	10,9	205,0	12,0	45,0	27,75	31,63	13,96
AP	491,9	27,1	5,5	34,4	7,0	27,1	39,3	8,0	44,3	9,0	49,2	10,0	59,0	12,0	49,2	64,32	110,32	71,52
TO	623,1	62,2	10,0	62,2	10,0	0,40	64,8	10,4	67,3	10,8	69,8	11,2	74,8	12,0	12,5	56,19	58,79	4,63
MA	1.357,5	68,4	5,0	95,0	7,0	1,00	108,6	8,0	122,2	9,0	135,7	10,0	162,9	12,0	94,5	12,76	28,43	122,74
PI	843,6	69,1	8,2	69,1	8,2	0,76	75,5	9,0	81,9	9,7	88,4	10,5	101,2	12,0	88,4	25,44	35,76	40,53
CE	2.187,1	149,3	6,8	153,1	7,0	1,00	175,0	8,0	196,8	9,0	218,7	10,0	262,5	12,0	113,1	21,29	34,63	62,67
RN	991,0	125,1	12,6	125,1	12,6	-	125,1	12,6	125,1	12,6	125,1	12,6	125,1	12,6	-	47,68	44,57	(6,50)
PB	1.095,1	46,0	4,2	76,7	7,0	1,00	87,6	8,0	98,6	9,0	109,5	10,0	131,4	12,0	85,4	13,72	37,69	174,71
PE	2.453,4	229,5	9,4	229,5	9,4	0,53	242,5	9,9	255,5	10,4	268,4	10,9	294,4	12,0	64,9	30,50	37,41	22,64
AL	930,3	68,1	7,3	68,1	7,3	0,94	76,8	8,3	85,5	9,2	94,2	10,1	111,6	12,0	43,5	25,34	39,30	55,09
SE	842,6	48,2	5,7	59,0	7,0	1,00	67,4	8,0	75,8	9,0	84,3	10,0	101,1	12,0	52,9	28,61	54,55	90,62
BA	3.740,5	418,5	11,2	418,5	11,2	0,16	424,6	11,4	430,7	11,5	436,7	11,7	448,9	12,0	30,3	32,57	32,74	0,53
MG	6.483,2	472,5	7,3	472,5	7,3	0,94	533,6	8,2	594,7	9,2	655,8	10,1	778,0	12,0	305,4	27,63	42,54	53,96
ES	1.694,8	139,1	8,2	139,1	8,2	0,76	151,9	9,0	164,8	9,7	177,6	10,5	203,4	12,0	64,3	48,02	64,50	34,30
RJ	6.796,4	262,4	3,9	475,7	7,0	1,00	543,7	8,0	611,7	9,0	679,6	10,0	815,6	12,0	553,2	19,18	56,46	194,36
SP	22.286,5	1.955,4	8,8	1.955,4	8,8	0,65	2.092,2	9,4	2.243,0	10,1	2.386,8	10,7	2.674,4	12,0	719,0	55,42	69,44	25,30
PR	2.239,4	191,1	8,5	191,1	8,5	0,89	206,6	9,2	222,1	9,9	237,7	10,6	268,7	12,0	77,7	20,64	26,96	30,65
SC	2.179,1	207,2	9,5	207,2	9,5	0,50	218,1	10,0	228,9	10,5	239,8	11,0	261,5	12,0	54,3	41,21	47,95	16,35
RS	4.778,7	245,1	5,1	334,5	7,0	1,00	382,3	8,0	430,1	9,0	477,9	10,0	573,4	12,0	328,3	24,85	54,60	119,74
MS	827,2	30,6	3,7	57,9	7,0	1,00	66,2	8,0	74,4	9,0	82,7	10,0	99,3	12,0	68,7	15,31	45,46	196,85
MT	1.115,9	48,9	4,4	78,1	7,0	1,00	89,3	8,0	100,4	9,0	111,6	10,0	133,9	12,0	85,0	20,99	31,55	145,63
GO	1.730,8	165,7	9,6	165,7	9,6	0,48	174,1	10,1	182,5	10,5	190,9	11,0	207,7	12,0	47,0	34,94	36,62	10,55
DF	1.933,5	122,8	6,4	135,3	7,0	1,00	154,7	8,0	174,0	9,0	193,3	10,0	232,0	12,0	109,2	63,85	105,23	64,80
<b>Total</b>	<b>72.144,1</b>	<b>5.694,2</b>	<b>7,9</b>	<b>6.145,2</b>	<b>8,5</b>	<b>-</b>	<b>6.659,9</b>	<b>9,2</b>	<b>7.174,7</b>	<b>9,9</b>	<b>7.689,4</b>	<b>10,7</b>	<b>8.718,9</b>	<b>12,1</b>	<b>3.024,7</b>	<b>35,20</b>	<b>49,86</b>	<b>41,67</b>

FONTE: Balanço dos Estados, Ministério da Saúde e Emenda Constitucional n.º 29/2000.

OBS: As Despesas com Saúde excluem os gastos com inativos e pagamento de dívidas.

Tabela 5

ESTIMATIVA DE IMPACTO DA EC N.º 29/2000 NA DESPESA ESTADUAL PRÓPRIA COM SAÚDE (EM R\$ MILHÕES DE 2000)  
 Cenário com crescimento da Receita Vinculada de 2% ao ano a partir de 2000

(Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pela variação dos preços médios medida pelo IPCA/IBGE)

Estado	1998 - Balanços		Estimativa 2000		Acréscimo % ao ano conforme EC n.º 29	Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Acréscimo na Despesa Própria com Saúde	Despesa Própria per capita 1998 (R\$)	Despesa Própria per capita estimada 2004 (R\$)	Variação da Despesa Própria per capita 2004/1998 (%)
	Receita Vinculável 1998	Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde		%	Despesa Própria com Saúde										
RO	661,7	68,1	10,3	68,1	10,3	71,7	10,6	75,5	11,0	79,4	11,3	86,0	12,0	17,9	53,33	61,33	15,01
AC	506,2	96,0	19,0	96,0	-	97,9	19,0	99,8	19,0	101,8	19,0	103,9	19,0	7,9	186,67	173,66	(6,97)
AM	1.315,3	175,1	13,3	175,1	13,3	178,6	13,3	182,2	13,3	185,9	13,3	189,6	13,3	14,4	69,48	65,70	(5,43)
RR	330,7	42,6	12,9	42,6	-	43,4	12,9	44,3	12,9	45,2	12,9	46,1	12,9	3,5	163,23	154,39	(5,42)
PA	1.708,7	160,1	9,4	160,1	0,53	172,5	9,9	185,3	10,4	198,5	10,9	221,9	12,0	61,9	27,75	34,23	23,35
AP	491,9	27,1	5,5	34,4	7,0	40,1	8,0	46,1	9,0	52,2	10,0	63,9	12,0	36,6	64,32	119,41	86,65
TO	623,1	62,2	10,0	62,2	0,40	66,0	10,4	70,0	10,8	74,0	11,2	80,9	12,0	18,7	56,19	63,64	13,25
MA	1.357,5	68,4	5,0	95,0	7,0	110,8	8,0	121,1	9,0	144,1	10,0	176,3	12,0	108,0	12,76	30,77	141,10
PI	843,6	69,1	8,2	69,1	0,76	77,0	9,0	85,3	9,7	93,8	10,5	109,6	12,0	40,5	25,44	38,70	52,11
CE	2.187,1	149,3	6,8	153,1	7,0	178,5	8,0	204,8	9,0	232,1	10,0	284,1	12,0	134,8	21,29	37,49	76,07
RN	991,0	125,1	12,6	125,1	12,6	127,6	12,6	130,2	12,6	132,8	12,6	135,4	12,6	10,3	47,68	48,25	1,20
PB	1.095,1	46,0	4,2	78,7	7,0	89,4	8,0	102,5	9,0	116,2	10,0	142,2	12,0	96,2	13,72	40,79	197,36
PE	2.453,4	229,5	9,4	229,5	9,4	247,3	9,9	265,8	10,4	284,9	10,9	318,7	12,0	89,2	30,50	40,49	32,75
AL	930,3	68,1	7,3	68,1	7,3	78,4	8,3	89,0	9,2	100,0	10,1	120,8	12,0	52,7	25,34	42,54	67,87
SE	842,6	48,2	5,7	59,0	7,0	68,8	8,0	78,9	9,0	89,4	10,0	109,4	12,0	61,2	28,61	59,04	106,33
BA	3.740,5	418,5	11,2	418,5	11,2	433,1	11,4	448,1	11,5	463,5	11,7	485,9	12,0	67,3	32,57	35,44	8,81
MG	6.483,2	472,5	7,3	472,5	7,3	544,3	8,2	618,7	9,2	695,9	10,1	842,1	12,0	369,6	27,63	46,05	66,65
ES	1.694,8	139,1	8,2	139,1	8,2	155,0	9,0	171,4	9,7	188,5	10,5	220,1	12,0	81,1	48,02	69,81	45,37
RJ	6.796,4	262,4	3,9	475,7	7,0	554,6	8,0	636,4	9,0	721,2	10,0	882,8	12,0	620,4	19,18	61,11	218,62
SP	22.286,5	1.955,4	8,8	1.955,4	8,8	2.141,1	9,4	2.333,6	10,1	2.532,9	10,7	2.894,8	12,0	939,5	55,42	75,16	35,63
PR	2.239,4	191,1	8,5	191,1	8,5	210,7	9,2	231,1	9,9	252,2	10,6	290,9	12,0	99,8	20,64	29,18	41,42
SC	2.179,1	207,2	9,5	207,2	9,5	222,4	10,0	239,2	10,5	254,5	11,0	283,1	12,0	75,8	41,21	51,90	25,94
RS	4.778,7	245,1	5,1	334,5	7,0	389,9	8,0	447,5	9,0	507,1	10,0	620,7	12,0	375,6	24,85	59,10	137,85
MS	827,2	30,6	3,7	57,9	7,0	67,5	8,0	77,5	9,0	87,8	10,0	107,4	12,0	76,9	15,31	49,20	221,32
MT	1.115,9	48,9	4,4	78,1	7,0	91,1	8,0	104,5	9,0	118,4	10,0	144,9	12,0	96,0	20,99	55,80	165,88
GO	1.730,8	165,7	9,6	165,7	9,6	177,6	10,1	189,9	10,5	202,6	11,0	224,8	12,0	59,1	34,94	41,81	19,67
DF	1.933,5	122,8	6,4	135,3	7,0	157,8	8,0	181,0	9,0	205,2	10,0	251,1	12,0	128,3	63,85	113,91	78,39
Total	72.144,1	5.594,2	7,9	6.145,2	8,5	6.793,1	9,2	7.464,5	10,1	8.160,1	11,1	9.437,6	12,8	3.743,4	35,20	53,97	53,34

FONTE: Balanço dos Estados; Ministério da Saúde e Emenda Constitucional n.º 29/2000.

OBS: As Despesas com Saúde excluem os gastos com inativos e pagamento de dívidas.

um crescimento uniforme de 2% no período 2000-2004 — "efeito-base".

Os recursos adicionais que cada estado deverá cumulativamente destinar para o financiamento do sistema, tomando-se 1998 como ano-base, encontram-se dispostos na Tabela 5. Cabe salientar, entretanto, que esses resultados incorporam tanto o "efeito-EC" como o "efeito-base" e que uma avaliação mais precisa dos frutos que podem ser gerados exclusivamente pela emenda constitucional da saúde para o financiamento de seus serviços exige que esses efeitos sejam tratados separadamente. Isso porque, se é importante a avaliação global da evolução dos gastos com o setor para balizar a formulação das políticas públicas a ele dirigidas, certo é que, considerados esses efeitos em conjunto, superestimam-se os resultados que podem ser produzidos com a aprovação da emenda.

Na Tabela 6 consideram-se esses efeitos separadamente. Como se constata de sua análise, os aportes adicionais de recursos que teriam de ser efetuados pelos governos estaduais para o financiamento da saúde por força do "efeito-EC" correspondem a 80,8% da variação dos gastos estimados para o período 2000-2004, cabendo 19,2% à expansão da base de receita vinculável. Em relação a 1998, o crescimento cumulativo dos gastos com a saúde neste período, como efeito da emenda constitucional, será, de acordo com essas projeções, de 53,1%.

A mesma tabela confirma, como apontado anteriormente, que o "efeito-EC" é nulo para os estados que, em 1998, já destinavam recursos para a saúde superiores ao teto de 12% da receita vinculável estabelecido pela emenda constitucional — Acre, Amazonas, Roraima e Rio Grande de Norte. O exame da tabela revela também que o "efeito-EC" é determinado pela relação DP/RV existente no ano base, afetando de forma mais pronunciada os estados que, em 1998, destinavam níveis mais reduzidos de recursos para o financiamento da saúde.

**Tabela 6**  
**GASTOS ESTADUAIS ADICIONAIS CUMULATIVOS COM A SAÚDE NO PERÍODO**  
**2000-2004 - "EFEITO-EC" E "EFEITO-BASE" (EM R\$ DE 2000)**

<b>Estado</b>	<b>Efeito-EC</b>	<b>Efeito-Base</b>	<b>Total</b>
RO	11,4	6,5	17,9
AC	-	7,9	7,9
AM	-	14,4	14,4
RR	-	3,5	3,5
PA	45,0	16,9	61,9
AP	32,0	4,9	36,8
TO	12,5	6,2	18,7
MA	94,5	13,4	108,0
PI	32,2	8,3	40,5
CE	113,1	21,6	134,8
RN	-	10,3	10,3
PB	85,4	10,8	96,2
PE	64,9	24,3	89,2
AL	43,5	9,2	52,7
SE	52,9	8,3	61,2
BA	30,3	37,0	67,3
MG	305,4	64,1	369,6
ES	64,3	16,8	81,1
RJ	553,2	67,2	620,4
SP	719,0	220,5	939,5
PR	77,7	22,2	99,8
SC	54,3	21,6	75,8
RS	328,3	47,3	375,6
MS	68,7	8,2	76,9
MT	85,0	11,0	96,0
GO	42,0	17,1	59,1
DF	109,2	19,1	128,3
<b>Brasil</b>	<b>3.024,7</b>	<b>718,7</b>	<b>3.743,4</b>

A estimativa dos gastos do conjunto dos municípios brasileiros com a saúde exigiu procedimentos diferentes em relação aos adotados para os estados, uma vez que ainda não se dispõe de informações para todo o seu universo. Além disso, foi necessário também utilizar fontes de informação distintas para estimar os gastos dos municípios das capitais – balanços – e dos municípios do interior – dados do SIOPS/MS de 1998 e do FINBRA-STN/MF de 1997.

## 4.1 OS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS

### 4.1.1 A metodologia

Para os municípios das capitais, os dados sobre Receita Vinculável (RV) e Despesa Total com Saúde foram coletados dos balanços de 1998. Foi utilizada também a base de dados do Ministério da Saúde — DATASUS — para o levantamento das transferências federais. A Despesa Própria com Saúde foi calculada — com a exceção do município de Macapá, para o qual não existem informações disponíveis —, de acordo com os seguintes procedimentos:

- em relação à RV foram considerados os impostos de competência municipal – IPTU, ITBI, ISS e outros –, acrescidos das transferências recebidas da União – FPM, IRRF, ITR, Lei Complementar n.º 87/96 –, e das transferências recebidas do estado – Cota-Parte do ICMS, Cota-Parte do IPI-Exportação e Cota-Parte do IPVA;

- em relação às despesas totais com saúde, incluíram-se nos gastos efetivamente realizados com recursos próprios pelos municípios das capitais, as transferências de qualquer natureza recebidas do governo federal para o financiamento específico da saúde: pagamento a prestadores de serviços do SUS, convênios específicos — Funasa e FNS —, transferências a estados e municípios habilitados e transferências para o pagamento de pessoal;

- as despesas próprias dos municípios das capitais com a saúde foram obtidas deduzindo-se das despesas totais com saúde, as transferências recebidas da União e do estado para aplicação no setor;

- os resultados obtidos foram atualizados para valores de 2000, utilizando-se um índice de variação dos preços médios medido pelo IPCA/IBGE, que representou uma

variação de 12,24% na comparação entre 1998 e 2000;

- para as estimativas de gastos, por força da EC n.º 29, fixou-se, para o ano de 2000, o gasto mínimo por município em 7% da Receita Vinculável — inclusive para Macapá; a partir de 2000 até 2003, somou-se 1/5 da diferença entre o gasto de 2000 e o percentual de 15%. Em 2004, somou-se 2/5 dessa diferença, de forma a se chegar aos 15% em 2004, conforme estabelecido na EC;

- calculou-se também o impacto da EC sobre esses gastos com a hipótese de crescimento anual da Receita Vinculável de 2% a.a. a partir de 2000.

#### 4.1.2 Os resultados dos municípios das capitais

Os resultados dos municípios das capitais relativos às estimativas de seus gastos com saúde encontram-se dispostos nas Tabelas 7 e 8. Na primeira, as estimativas apoiam-se na hipótese de crescimento nulo da Receita Vinculável dessas unidades a partir de 2000, considerando, portanto, apenas o "efeito-EC" sobre o aumento de seus gastos. Na segunda, supõe-se crescimento de 2% da RV, agregando, ao "efeito-EC", o "efeito-base" sobre essa expansão.

A análise das informações contidas nessas tabelas permite que sejam extraídas as seguintes observações:

- em 1998, onze dos vinte e seis municípios das capitais considerados — Brasília foi excluída por se tratar de um ente da federação com estrutura tributária que apresenta características de estado e de município — apresentaram uma relação Despesa Própria com Saúde/Receita Vinculável (DP/RV) superior à estabelecida na EC n.º 29. Dos quinze restantes, onze se situavam na faixa de gastos de 7 a 15% em relação à RV e apenas quatro estavam abaixo de 7% — Rio Branco, Macapá (pelo motivo apontado anteriormente), Aracaju e Salvador;

- no conjunto, os municípios das capitais apresentavam uma relação DP/RV de 16,76% em 1998, indicando que os ganhos obtidos desse universo para fortalecer as fontes de financiamento da saúde não deverão ser expressivos;

- de fato, os resultados apresentados nas Tabelas 7 e 8 confirmam o pequeno crescimento dos gastos em saúde dessas unidades, estimados com a aplicação da emenda. Na hipótese de crescimento nulo da RV, projeta-se uma expansão de 8,57% dessas despesas, de R\$ 2,38 bilhões em 1998 para R\$ 2,58 bilhões em 2004, representando um ganho acumulado de R\$ 204 milhões. Na hipótese de crescimento de 2% a.a. da RV a partir de 2000, incluindo-se, portanto, o "efeito-base", esse ganho se amplia para 17,5%, implicando um aumento dos R\$ 2,38 bilhões de 1998 para R\$ 2,79 bilhões em 2004, um incremento de R\$ 417 milhões nas DP estaduais.

Tabela 7

ESTIMATIVA DE IMPACTO DA EC N.º 29/2000 NA DESPESA PRÓPRIA MUNICIPAL COM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS  
Cenário sem crescimento da Receita Vinculada

(Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pela variação dos preços médios medida pelo IPCA/IBGE)

Municípios das Capitais	Receita Vinculável 1998	1998 - Balanços		Acréscimo % ao ano conforme EC n.º 29	Estimativa 2000		Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Acréscimo na Despesa Própria com Saúde (R\$)
		Despesa Própria com Saúde	%		Despesa Própria com Saúde	%									
Porto Velho	57,1	10,8	18,83	-	10,8	18,83	10,8	18,83	10,8	18,83	10,8	18,83	10,8	18,83	-
Rio Branco	54,0	2,1	3,87	1,60	3,8	7,00	4,6	8,60	5,5	10,20	6,4	11,80	8,1	15,00	6,01
Manaus	325,5	23,9	7,35	1,53	23,9	7,35	28,9	8,88	33,9	10,41	38,9	11,94	48,8	15,00	24,90
Boa Vista	47,7	11,0	23,12	-	11,0	23,12	11,0	23,12	11,0	23,12	11,0	23,12	11,0	23,12	-
Belém	275,4	38,9	14,13	0,17	38,9	14,13	39,4	14,30	39,9	14,48	40,4	14,65	41,3	15,00	2,39
Macapá	52,0	-	-	1,60	3,6	7,00	4,5	8,60	5,3	10,20	6,1	11,80	7,8	15,00	7,81
Palmas	69,1	7,8	11,36	0,73	7,8	11,36	8,4	12,09	8,9	12,82	9,4	13,54	10,4	15,00	2,52
São Luís	165,0	45,6	27,64	-	45,6	27,64	45,6	27,64	45,6	27,64	45,6	27,64	45,6	27,64	-
Teresina	154,3	31,0	20,08	-	31,0	20,08	31,0	20,08	31,0	20,08	31,0	20,08	31,0	20,08	-
Fortaleza	492,6	114,2	23,18	-	114,2	23,18	114,2	23,18	114,2	23,18	114,2	23,18	114,2	23,18	-
Natal	160,5	20,9	13,05	0,39	20,9	13,05	21,6	13,44	22,2	13,83	22,8	14,22	24,1	15,00	3,13
João Pessoa	156,8	15,8	10,09	0,98	15,8	10,09	17,4	11,07	18,9	12,05	20,4	13,04	23,5	15,00	7,70
Recife	469,6	51,3	10,92	0,82	51,3	10,92	55,1	11,74	58,9	12,55	62,8	13,37	70,4	15,00	19,16
Maceló	167,5	35,7	21,31	-	35,7	21,31	35,7	21,31	35,7	21,31	35,7	21,31	35,7	21,31	-
Aracaju	115,5	5,1	4,43	1,60	8,1	7,00	9,9	8,60	11,8	10,20	13,6	11,80	17,3	15,00	12,21
Salvador	529,7	36,4	6,87	1,60	37,1	7,00	45,6	8,60	54,0	10,20	62,5	11,80	79,5	15,00	43,07
Belo Horizonte	771,1	166,1	21,54	-	166,1	21,54	166,1	21,54	166,1	21,54	166,1	21,54	166,1	21,54	-
Vitória	235,1	21,7	9,24	1,15	21,7	9,24	24,4	10,40	27,1	11,55	29,8	12,70	35,3	15,00	13,53
Rio de Janeiro	2.467,7	427,0	17,30	-	427,0	17,30	427,0	17,30	427,0	17,30	427,0	17,30	427,0	17,30	-
São Paulo	5.534,6	1.050,2	18,98	-	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	-
Curitiba	637,8	63,5	9,95	1,01	63,5	9,95	69,9	10,96	76,4	11,97	82,8	12,98	95,7	15,00	32,20
Florianópolis	111,9	8,1	7,21	1,56	8,1	7,21	9,8	8,76	11,5	10,32	13,3	11,88	16,8	15,00	8,72
Porto Alegre	519,1	111,8	21,54	-	111,8	21,54	111,8	21,54	111,8	21,54	111,8	21,54	111,8	21,54	-
Campo Grande	166,6	24,9	14,96	0,01	24,9	14,96	24,9	14,96	24,9	14,97	25,0	14,98	25,0	15,00	0,07
Cuiabá	108,1	22,9	21,23	-	22,9	21,23	22,9	21,23	22,9	21,23	22,9	21,23	22,9	21,23	-
Goiânia	339,1	30,5	8,99	1,20	30,5	8,99	34,6	10,19	38,6	11,39	42,7	12,60	50,9	15,00	20,37
<b>TOTAL</b>	<b>14.183,3</b>	<b>2.377,3</b>	<b>16,76</b>	<b>-</b>	<b>2.366,2</b>	<b>16,82</b>	<b>2.425,2</b>	<b>17,10</b>	<b>2.464,2</b>	<b>17,37</b>	<b>2.503,1</b>	<b>17,65</b>	<b>2.581,0</b>	<b>18,20</b>	<b>203,79</b>

Fonte: Balanço dos Municípios das Capitais, Ministério da Saúde.

Tabela 8

ESTIMATIVA DE IMPACTO DA EC N.º 29/2000 NA DESPESA PRÓPRIA MUNICIPAL COM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS

Cenário com crescimento da Receita Vinculada de 2% ao ano a partir de 2000

(Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pela variação dos preços médios medida pelo IPCA/IBGE)

Municípios das Capitais	Receita Vinculável 1998	1998 - Balanços		Estimativa 2000		Acréscimo % ao ano conforme EC n.º 29	Estimativa 2001		Estimativa 2002		Estimativa 2003		Estimativa 2004		Acréscimo na Despesa Própria com Saúde (R\$)
		Despesa Própria com Saúde	%	Despesa Própria com Saúde	%		Despesa Própria com Saúde	%							
Porto Velho	57,1	10,8	18,83	10,8	18,83	-	11,0	18,83	11,2	18,83	11,4	18,83	11,6	18,83	0,89
Rio Branco	54,0	2,1	3,87	3,8	7,00	1,60	4,7	8,60	5,7	10,20	6,8	11,80	8,8	15,00	6,68
Manaus	325,5	23,9	7,35	23,9	7,35	1,53	29,5	8,88	35,3	10,41	41,2	11,94	52,8	15,00	28,93
Boa Vista	47,7	11,0	23,12	11,0	23,12	-	11,2	23,12	11,5	23,12	11,7	23,12	11,9	23,12	0,91
Belém	275,4	38,9	14,13	38,9	14,13	0,17	40,2	14,30	41,5	14,48	42,8	14,65	44,7	15,00	5,80
Macapá	52,0	-	-	3,6	7,00	1,60	4,6	8,60	5,5	10,20	6,5	11,80	8,4	15,00	8,45
Palmas	69,1	7,8	11,36	7,8	11,36	0,73	8,5	12,09	9,2	12,82	9,9	13,54	11,2	15,00	3,37
São Luís	165,0	45,6	27,64	45,6	27,64	-	46,5	27,64	47,4	27,64	48,4	27,64	49,4	27,64	3,76
Teresina	154,3	31,0	20,08	31,0	20,08	-	31,6	20,08	32,2	20,08	32,9	20,08	33,5	20,08	2,55
Fortaleza	492,6	114,2	23,18	114,2	23,18	-	116,5	23,18	118,8	23,18	121,2	23,18	123,6	23,18	9,41
Natal	160,5	20,9	13,05	20,9	13,05	0,39	22,0	13,44	23,1	13,83	24,2	14,22	26,1	15,00	5,12
João Pessoa	156,8	15,8	10,09	15,8	10,09	0,98	17,7	11,07	19,7	12,05	21,7	13,04	25,5	15,00	9,64
Recife	469,6	51,3	10,92	51,3	10,92	0,82	56,2	11,74	61,3	12,55	66,6	13,37	76,2	15,00	24,97
Maceió	167,5	35,7	21,31	35,7	21,31	-	36,4	21,31	37,1	21,31	37,9	21,31	38,6	21,31	2,94
Araçáju	115,5	5,1	4,43	8,1	7,00	1,60	10,1	8,60	12,3	10,20	14,5	11,80	18,7	15,00	13,63
Salvador	529,7	36,4	6,87	37,1	7,00	1,60	46,5	8,60	56,2	10,20	66,3	11,80	86,0	15,00	49,62
Belo Horizonte	771,1	166,1	21,54	166,1	21,54	-	169,4	21,54	172,8	21,54	176,3	21,54	179,8	21,54	13,69
Vitória	235,1	21,7	9,24	21,7	9,24	1,15	24,9	10,40	28,2	11,55	31,7	12,70	38,2	15,00	16,44
Rio de Janeiro	2.467,7	427,0	17,30	427,0	17,30	-	435,6	17,30	444,3	17,30	453,2	17,30	462,2	17,30	35,20
São Paulo	5.534,6	1.050,2	18,98	1.050,2	18,98	-	1.071,2	18,98	1.092,6	18,98	1.114,5	18,98	1.136,8	18,98	86,57
Curitiba	637,8	63,5	9,95	63,5	9,95	1,01	71,3	10,96	79,4	11,97	87,9	12,98	103,6	15,00	40,08
Florianópolis	111,9	8,1	7,21	8,1	7,21	1,56	10,0	8,76	12,0	10,32	14,1	11,88	18,2	15,00	10,10
Porto Alegre	519,1	111,8	21,54	111,8	21,54	-	114,0	21,54	116,3	21,54	118,6	21,54	121,0	21,54	9,22
Campo Grande	166,6	24,9	14,96	24,9	14,96	0,01	25,4	14,96	25,9	14,97	26,5	14,98	27,0	15,00	2,13
Cuiabá	108,1	22,9	21,23	22,9	21,23	-	23,4	21,23	23,9	21,23	24,3	21,23	24,8	21,23	1,89
Goiania	339,1	30,5	8,99	30,5	8,99	1,20	35,3	10,19	40,2	11,39	45,3	12,60	55,1	15,00	24,57
<b>TOTAL</b>	<b>14.183,3</b>	<b>2.377,3</b>	<b>16,76</b>	<b>2.386,2</b>	<b>16,82</b>	-	<b>2.473,7</b>	<b>17,10</b>	<b>2.563,7</b>	<b>17,72</b>	<b>2.656,3</b>	<b>18,36</b>	<b>2.793,8</b>	<b>19,31</b>	<b>416,55</b>

Fonte: Balanço dos Municípios das Capitais. Ministério da Saúde.

## 4.2 OS MUNICÍPIOS DO INTERIOR

### 4.2.1 A metodologia

As estimativas de gasto para os municípios do interior exigiram, devido à inexistência de informações para todo o seu universo no estágio atual de montagem/estruturação do banco de dados do SIOPS, os procedimentos destacados abaixo.

#### 4.2.1.1 As estimativas das receitas vinculáveis

● Para se estimar as receitas vinculáveis, combinaram-se os dados do SIOPS-1998-1.570 municípios — com os do FINBRA-1997 — 5.124 municípios. Dessa combinação de dados, os municípios foram classificados em três grupos — A, B e C<sup>9</sup> — em seis regiões — Norte e Centro-Oeste; Nordeste; Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo; São Paulo; Santa Catarina e Paraná; e Rio Grande do Sul — e oito faixas de população — até 5 mil habitantes; de 5 a 10 mil; de 10 a 20 mil; de 20 a 50 mil; de 50 a 100 mil; de 100 a 200 mil; de 200 a 400 mil; e mais de 400 mil. Tal classificação resultou em 48 estratos de municípios.

● Para os municípios do grupo A – 1.570 –, as informações sobre Receita Vinculável e Despesas com Saúde já se encontravam disponíveis no SIOPS, tendo sido adotados os seguintes procedimentos para o cálculo dessas variáveis para os municípios dos grupos B e C.

- a) para se estimar a RV dos municípios do grupo B — 3.589 — foi calculada a razão média entre as bases de dados do SIOPS-98 e do FINBRA-97 por estrato de município utilizando-se os municípios do grupo A.
- b) em seguida, procedeu-se ao cálculo da razão média, por estrato de municípios, entre a Receita Vinculável das duas bases de dados.
- c) para se estimar a RV por município para o grupo B, de forma que os dados sejam comparáveis com os do grupo A, multiplicou-se a RV-FINBRA de cada um dos 3.589 municípios do grupo B por essa razão média, por estrato dos municípios do grupo A.
- d) para estimar a RV dos municípios do grupo C (320), para os quais não existem informações sobre suas finanças nem no SIOPS, nem no FINBRA —, calculou-se a sua RV per capita, por estrato, com base nas informações dos grupos A e B, dividindo-se a RV total, por estrato, pela população total. Os valores obtidos foram multiplicados pela população dos municípios do grupo D em cada estrato.

---

<sup>9</sup> Essa divisão corresponde à existência ou não de informações nas bases de dados utilizadas: o grupo A corresponde aos municípios que estão na base de dados do SIOPS-98 (1.570); o grupo B (3.589) corresponde aos municípios que estão apenas na base de dados do FINBRA-97; os municípios do grupo C (320) não estão em nenhuma das duas bases de dados, havendo informações apenas sobre a população residente segundo o IBGE.

● Com esses procedimentos, estimou-se a RV dos municípios em 1998 no valor de R\$ 32,8 bilhões que, atualizados para R\$ de 2000 pelo índice de variação de preços médios do IPCA/IBGE, equivalem a R\$ 36,8 bilhões.

#### 4.2.1.2 As estimativas das despesas com saúde

● A estimativa das DT foi feita de forma semelhante à das RV, com a diferença de que foram utilizadas apenas 6 faixas de tamanho de município, ao invés de 8, suprimindo-se as duas últimas e incorporando-as em uma com municípios acima de 100 mil habitantes<sup>10</sup>;

● Foi calculada a razão média, por estrato, para os 1.570 municípios do grupo A, entre a DT dos municípios com saúde em 1998 (SIOPS-98) e a Despesa da função “Saúde e Saneamento” do FINBRA-97, dividindo-se a primeira pela segunda”;

● Essa razão média, por estrato, foi multiplicada pelas despesas dos 3.321 municípios que constam da base de dados do FINBRA-97 (grupo B) e para os quais essa informação está disponível;

● Para se calcular as DT dos municípios para os quais não havia informações (570), multiplicou-se o gasto per capita dos municípios SIOPS-98 (grupo A), por estrato, pela população desses municípios;

● Realizada a estimativa da Despesa Total com Saúde dos municípios para os quais não havia dados no SIOPS-98, descontou-se as transferências da União para a saúde, com base em informações do DATASUS, disponíveis por município, chegando-se a um valor estimado para as DP municipais;

● A esses municípios, foram incorporados mais 275 que responderam ao SIOPS/98 entre dezembro/2000 e abril/2001, substituindo-se os valores estimados para esses municípios pelos dados informados através do sistema;

● Com esses procedimentos, estimou-se a DP dos municípios em 1998<sup>12</sup> no valor de R\$ 5,11 bilhões que, atualizados para R\$ de 2000 pelo índice de variação de preços médios do IPCA/IBGE, equivalem a R\$ 5,73 bilhões.

#### 4.2.2 Os resultados dos municípios do interior

Os dados contidos na Tabela 9 sobre as estimativas do impacto da EC n° 29 na despesa municipal com saúde contempla as hipóteses de crescimento nulo e de 2% a.a. para as Receitas Vinculáveis dessas unidades a partir de 2000.

---

<sup>10</sup> Esse procedimento se mostrou necessário em função das limitações do tamanho da amostra.

<sup>11</sup> Optou-se por excluir as razões dos municípios que se situavam abaixo do 5° percentil e acima do 95.º percentil para eliminar as maiores distorções.

<sup>12</sup> Esse cálculo foi feito também através da multiplicação das DP per capita médias, por estrato, pela população dos municípios que ainda não haviam respondido ao SIOPS/98 até dezembro/2000, e os resultados encontrados foram muito semelhantes, com diferença de apenas 0,35% em relação a esse cálculo.

A análise da tabela mencionada permite extrair as seguintes conclusões a respeito da contribuição adicional que os municípios poderão oferecer para o fortalecimento do financiamento da saúde no período 2000-2004:

● os municípios em conjunto já registravam em 1998 uma relação DP/RV – 15,6% –, na média, superior à estabelecida na EC n.º 29 -15% –, sugerindo, à primeira vista, que os ganhos adicionais por eles gerados não deveriam ser tão expressivos para ampliar, de forma significativa, o financiamento desses serviços;

● observa-se, entretanto, um crescimento estimado em 22,3% no período, de R\$ 5,73 bilhões em 1998 para R\$ 7,01 bilhões em 2004, com um ganho líquido de R\$ 1,28 bilhões, explicado exclusivamente pelo “efeito-EC”, ou seja, considerando-se um cenário sem crescimento da Receita Vinculável;

● no cenário de crescimento de 2% a.a. da RV, esse crescimento seria de 32,4% – incorporando-se, portanto, o “efeito-base”, com as despesas com saúde aumentando dos mesmos R\$ 5,73 bilhões em 1998 para R\$ 7,59 bilhões em 2004 — ganho líquido de R\$ 1,86 bilhão.

**Tabela 9**

**ESTIMATIVA DE IMPACTO DA EC N.º 29/2000 NA DESPESA PRÓPRIA MUNICIPAL COM SAÚDE (EXCETO CAPITAIS)**

(Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pela variação dos preços médios medida pelo IPCA/IBGE)

Ano	Cenário sem Crescimento da Receita Vinculável			Cenário com Crescimento da Receita Vinculável de 2% ao ano a partir de 2000		
	Receita Vinculável	Despesa Própria com Saúde	DP/RV (%)	Receita Vinculável	Despesa Própria com Saúde	DP/RV (%)
<b>1998</b>	36.797	5.735	15,6	36.797	5.735	15,6
<b>2000</b>	36.797	6.091	16,6	36.797	6.091	16,6
<b>2001</b>	36.797	6.276	17,1	37.533	6.401	17,1
<b>2002</b>	36.797	6.460	17,6	38.283	6.721	17,6
<b>2003</b>	36.797	6.645	18,1	39.049	7.052	18,1
<b>2004</b>	36.797	7.014	19,1	39.830	7.593	19,1
<b>Variação no período</b>	<b>R\$</b> 0	<b>R\$</b> 1.280	<b>%</b> 22,3	<b>R\$</b> 3.033	<b>R\$</b> 1.858	<b>%</b> 22,3

Fonte: FINBRA/1997, SIOPS/1998, Ministério da Saúde, Emenda Constitucional n.º 29/2000.

### 4.3 O RESULTADO CONJUNTO DOS MUNICÍPIOS DAS CAPITAIS E DO INTERIOR

A Tabela 10 apresenta um resumo dos impactos estimados dos efeitos da EC n° 29 sobre os gastos dos municípios com a saúde no período 2000-2004, considerando o "efeito-EC" e o "efeito-base".

Como se percebe, os ganhos adicionais acumulados nesse período, resultantes desses "efeitos", em conjunto, atingem R\$ 2.274,3 milhões, que se distribuem entre o "efeito-EC", responsável por 65,2% do aumento verificado, e o "efeito-base" cuja contribuição relativa é de 34,8%.

Entre os grupos de municípios, capitais e interior, os primeiros respondem por 18,3% dos ganhos líquidos totais, enquanto os do interior participam com 81,7% do aumento estimado. Como as despesas dos municípios de capitais representa, em 1998, cerca de 30% do gasto total dos municípios, pode-se concluir que espera-se um maior impacto da EC n° 29 sobre esses últimos, que pode ser explicado pela enorme disparidade existente entre as despesas próprias dos municípios do interior.

**Tabela 10**  
IMPACTOS DA EC N° 29 SOBRE OS GASTOS MUNICIPAIS  
ACUMULADOS COM A SAÚDE EM 2004 EM RELAÇÃO A 1998  
(Em R\$ milhões de 2000)

<b>Grupos Municípios</b>	<b>Efeitos</b>		<b>Total</b>
	<b>EC</b>	<b>BASE</b>	
<b>Capitais</b>	203,8	212,8	416,5
<b>Interior</b>	1.279,6	578,2	1.857,8
<b>Total</b>	1.483,4	791,0	2.274,3

Fonte: Tabelas 7, 8 e 9.

---

## ESTIMATIVAS DO GASTO COM SAÚDE CONSOLIDADO PARA OS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO COM A APLICAÇÃO DA EC N.º 29/2000

A Tabela 11 apresenta uma síntese dos ganhos que estima-se obter com a aplicação da EC n.º 29 nos três níveis de governo para fortalecer o financiamento da saúde no Brasil. Antes de comentá-la, alguns esclarecimentos são necessários sobre a escolha das hipóteses que foram adotadas para essa estimativa.

Optou-se por considerar um cenário de crescimento do PIB de 2% a.a. para o período 2001-2004, devido às incertezas reinantes nos cenários interno e externo no tocante aos rumos que a economia brasileira poderá tomar. De igual forma, com base nessas projeções, considerou-se, porque crível, a expansão também de 2% a.a. da Receita Vinculável dos estados e municípios no mesmo período.

De acordo com essas hipóteses, os resultados apresentados podem revelar-se mais favoráveis, caso se consiga superar/corriger os estrangimentos da economia brasileira e essa ingresse numa trajetória de crescimento mais elevado, assentada em bases mais sustentáveis e em fundamentos mais confiáveis, o que aumentaria a importância do chamado "efeito-base".

Além disso, excluiu-se da base de gastos com a saúde, os dispêndios efetuados com os grupos de Inativos/Pensionistas, além do Serviço da Dívida, uma vez que esses não se encontram diretamente relacionados à oferta de "Ações e Serviços de Saúde" prestados à sociedade por essa esfera.

Saliente-se que também não se separou, nessa estimativa final, o "efeito-EC" do "efeito-base", mesmo porque, como já observado anteriormente, o primeiro afeta o segundo pela elevação dos percentuais de comprometimento da receita com as despesas em saúde, que incidirão em bases ampliadas.

Feitas essas observações, podemos extrair algumas conclusões acerca dos resultados constantes da tabela mencionada:

Estima-se um crescimento apreciável dos recursos destinados para o financiamento da

saúde pelos três níveis de governo, da ordem de 42,3% em termos reais, um aumento de R\$ 30,9 bilhões para R\$ 44,0 bilhões entre 1998 e 2004, ou de 25,3% em percentual do PIB.

Os governos estaduais figuram nesse quadro como as esferas das quais maior esforço será exigido para atingir os percentuais estabelecidos na EC n° 29, já que deverão ampliar, também em termos reais, 65,7% dos recursos que destinaram à saúde em 1998, ou 45,9% em termos de porcentagem do PIB. Isso se explica pelos níveis mais reduzidos de gastos que atualmente realizam nessa área comparativamente aos demais entes federados.

Para os municípios, estima-se um crescimento real de 28,0% de seus gastos de 1998. O maior esforço será exigido dos que se localizam no interior – crescimento real de 32,4%, ou 16,6 em porcentagem do PIB – comparativamente aos das capitais – incremento de 17,5%, ou 3,5% em porcentagem do PIB –, considerando que estes registraram, também em 1998, relações DP/RV mais elevadas;

No caso do gasto federal, devem ser feitas algumas ressalvas quanto ao resultado total do período (1998-2004) antes de passar à análise dos dados propriamente dita. Tal cuidado se deve em virtude de dois fatores: 1) da disponibilidade de informações mais recentes para o gasto federal - total executado até 2000 e orçamento de 2001 - ao contrário das outras esferas, para as quais as maiores dificuldades de captação dos dados somente nos permitiu trabalhar com dados sobre gastos do ano de 1998; 2) do tratamento diferenciado dispensado à União pela EC n° 29, ao não vincular um determinado percentual de gastos às receitas, determinando um piso do valor gasto em saúde quando comparado ao PIB.

Como se pode observar na tabela 1, da variação total calculada em 41,3% em todo o período (1998-2004), o maior crescimento decorreria não dos impactos da EC n° 29, mas de fatos ocorridos no período anterior, para os quais existem informações disponíveis: 1) em 1999, o aumento real dos gastos com ações e serviços de saúde foi de 14,8%, em virtude da redução do gasto com dívidas de R\$ 2,33 bilhões em 1998 para apenas R\$ 155 milhões em 1999; 2) em 2000, o crescimento real dos gastos foi de 3,6 %, praticamente acompanhando o crescimento real do PIB, estimado em 4,1%; em 2001, o crescimento real do valor orçado supera o valor gasto em 2000 em 10,9%. O crescimento estimado para o período posterior, que decorreria dos efeitos da EC n° 29, seria resultado do crescimento estimado para o PIB no período 2001-2004, de pouco mais de 7%.

As estimativas apresentadas revelam que serão exigidos diferentes graus de esforço por parte de algumas esferas de governo e, também, por parte de alguns entes federados, dadas as grandes diferenças dos percentuais de recursos próprios aplicados em saúde. A entrada em vigor da Emenda Constitucional n° 29/2000, possibilita a derrubada progressiva dessa barreira no avanço do processo de democratização do acesso às ações e aos serviços de saúde para a população brasileira.

Tabela 11

ESTIMATIVA DE IMPACTO DA EC N° 29 SOBRE OS GASTOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO – 1998 A 2004  
 – EXCLUI GASTOS COM INATIVOS E SERVIÇO DA DÍVIDA

(Em R\$ milhões de 2000 corrigidos pela variação dos preços médios medida pelo IPCA/IBGE)

Nível de Governo	1998		2000		2004 – Cenário A		2004 – Cenário B	
	Gasto em Saúde	% do PIB	Gasto em Saúde	% do PIB	Gasto em Saúde	% do PIB	Gasto em Saúde	% do PIB
<b>Governo Federal</b>	17,1	55,3%	20,4	58,2%	24,2	56,9%	24,2	55,0%
<b>Governos Estaduais</b>	5,7	18,4%	6,1	17,6%	8,7	20,5%	9,4	21,4%
<b>Governos Municipais</b>	8,1	26,2%	8,5	24,2%	9,6	22,6%	10,4	23,6%
<b>Capitais</b>	2,4	7,7%	2,4	6,8%	2,6	6,1%	2,8	6,3%
<b>Outros Municípios</b>	5,7	18,5%	6,1	17,4%	7,0	16,5%	7,6	17,3%
<b>Total</b>	<b>30,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>35,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>42,5</b>	<b>100,0%</b>	<b>44,0</b>	<b>100,0%</b>
		<b>3,06%</b>		<b>3,30%</b>		<b>3,70%</b>		<b>3,84%</b>

Hipóteses: 1) Cenário A – Sem crescimento da Receita Vinculável para Estados e Municípios.

2) Cenário B – Com crescimento da Receita Vinculável para Estados e Municípios de 2% ao ano.

3) Estimativas de crescimento do PIB de 2% ao ano entre 2001 e 2004.

4) O gasto federal exclui dos valores empenhados os gastos com inativos e com o pagamento do serviço da dívida.

Revisão, Normalização, Editoração, Impressão, Acabamento e Expedição  
Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
Ministério da Saúde  
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 - CEP 71200-040  
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558  
*E-mail:* editora.ms@saude.gov.br  
Brasília-DF, julho de 2001  
O.S. 0401/2001





[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

