

GASTO ESTADUAL E MUNICIPAL COM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Edite Novais da Mata Machado¹
Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes¹
Virgínia de Lima Palhares¹
Maria Ignez Andrade²

RESUMO

A Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 1990 estipularam que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) deva ser compartilhado entre as três esferas de governo, de modo a garantir a estabilidade e a equidade no gasto com a saúde no País. Na situação atual, apenas a participação da União tem sido objeto de monitoramento, inclusive por parte do Conselho Nacional de Saúde. A informação sobre a participação financeira de estados e municípios não se encontra disponível com a regularidade, a atualidade e a confiabilidade alcançados em relação aos recursos federais.

Com a finalidade de suprir essa carência de informação foi desenvolvido este estudo, que fez parte de projeto de iniciativa do IPEA (Financiamento e gestão na área da Saúde), tendo sido realizado em três estados: Minas Gerais, Ceará e São Paulo.

O estudo teve como foco o gasto público com saúde, que incluiu as despesas realizadas pelas Secretarias de Saúde (estadual e municipal), fundações vinculadas e os gastos realizados com programas de saúde por outros setores de governo, no período compreendido entre 1995 e 1998.

Apresenta-se aqui os resultados do estudo de Minas Gerais, que tratou de: identificar fontes, usos e montantes dos recursos estaduais e municipais (a partir da seleção de 5 municípios mineiros), problematizar os processos de registro orçamentário e financeiro vigentes e divulgar metodologia adequada à discriminação do gasto público por subprograma e categoria econômica.

1 Pesquisadoras do Centro de Estudos Econômicos e Sociais da Fundação João Pinheiro (CEES/FJP).

2 Consultora do Centro de Estudos Econômicos e Sociais da Fundação João Pinheiro (CEES/FJP).

Entre os resultados apresentados, destacam-se: decréscimo do gasto público com saúde em Minas Gerais, entre 1995 e 1998, observado nos valores total e *per capita*, nos gastos com serviços de acesso universal e com sistemas fechados de assistência à saúde. Com relação aos recursos próprios, o estado encontrava-se em 1998 com gastos com saúde que representavam 6,97% da receita estadual de impostos.

Quanto ao gasto municipal: entre 1995/1997 o gasto *per capita* com saúde cresceu nos municípios que passaram à gestão simplificada em meados de 96, sendo que a elevação do gasto com saúde resultou também numa elevação de sua participação na despesa orçamentária municipal (Divinópolis, Patrocínio e Tombos). Nos demais municípios (Itajubá e Janaúba), o gasto decresceu entre 1995 e 1997, sendo que a habilitação na gestão plena da atenção básica em 1998, garantiu a recuperação do valor *per capita* em Itajubá.

INTRODUÇÃO

Este texto constitui uma síntese do trabalho realizado por equipe do Centro de Estudos Econômicos e Sociais da Fundação João Pinheiro (FJP), a partir de contrato com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A pesquisa realizada pela FJP integra o projeto “Financiamento da saúde: análise das despesas de estados e municípios”, de iniciativa do IPEA, que inclui ainda os estados do Ceará e São Paulo.

O estudo teve como foco o gasto público com saúde, que incluiu as despesas realizadas pelas Secretarias de Saúde (estadual e municipal), fundações vinculadas e os gastos realizados com programas de saúde por outros setores de governo, no período compreendido entre 1995 e 1998.

Constituíram objetivos deste estudo:

- 1) analisar os principais aspectos do financiamento, da alocação e da realização dos gastos estaduais e municipais com saúde em Minas Gerais;
- 2) realizar levantamento em um grupo de municípios da participação de recursos federais, estaduais e municipais próprios no gasto municipal com saúde.

Para análise do gasto municipal com saúde foram selecionados cinco municípios: Divinópolis, Itajubá, Janaúba, Patrocínio e Tombos. A escolha atendeu aos seguintes critérios:

- 1) disponibilidade de informação³;
- 2) porte do município, considerando a seguinte tipologia: pequeno – menos de 10 mil habitantes; médio – entre 10 mil e 70 mil habitantes; grande – mais de 70 mil habitantes;
- 3) condição de gestão do sistema de saúde: três municípios situados em gestão semiplena⁴ na maior parte do período analisado e dois em gestão incipiente ou parcial⁵ e, a partir de 1998, gestão plena da atenção básica.

1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1 Conceitos

Os conceitos relacionados a ‘gastos em saúde’ utilizados neste trabalho foram definidos por Vianna, Piola e referendados pelos participantes das oficinas de trabalho constituídas no período do estudo. Assim, gasto público com saúde incluiu, além do total das despesas realizadas pelas secretarias de saúde (estadual ou municipal) e fundações vinculadas, os gastos em saúde realizados por outros órgãos do estado ou município.

Não foram considerados gastos em saúde:

- a) despesas com saneamento;
- b) dívidas;
- c) pagamento de inativos e pensionistas;
- d) despesas com alimentação, mesmo quando classificadas como um subprograma da saúde;
- e) despesas glosadas pela União por má utilização dos recursos pelas esferas recipientes.

3 Com exceção de Tombos, os demais municípios fizeram parte da amostra para o levantamento do gasto social nos municípios, pesquisa coordenada pelo IPEA/DIPOS, e realizada no âmbito do estado de Minas Gerais pela FJP.

4 Divinópolis (171.565 hab. em 1996); Patrocínio (68.478 hab.) e Tombos (10.389 hab.).

5 Itajubá (79.961 hab.) e Janaúba (60.731 hab.).

Outro conceito adotado referiu-se à diferenciação entre ‘gasto público com saúde e gasto do SUS’. Segundo Vianna, Piola (1999),

“gasto do SUS é toda despesa, com as inclusões e exclusões já mencionadas, relativa a serviços de saúde de acesso universal. Já o gasto público com saúde é mais abrangente pois engloba as despesas com sistemas fechados de assistência médico-hospitalar de servidores e respectivos dependentes”.

Tratou-se ainda de discriminar gasto público com saúde *do* estado/município e gasto público com saúde *no* estado/município. O gasto público com saúde *do* estado/município corresponde à despesa com saúde atendida com recursos próprios da unidade federada. Já o gasto público total com saúde *no* estado/município equivale ao dispêndio das três esferas de governo no município/estado. Neste estudo, contudo, o gasto com saúde *no* estado não incluiu a despesa com recursos próprios municipais pela impossibilidade de levantar os dados em todos os municípios.

Definiu-se como “recursos próprios” a receita disponível do ente subnacional (impostos, taxas, contribuições de melhorias e transferências constitucionais), excluindo-se, no caso dos estados, as transferências aos municípios das cotas referentes a Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS), Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). No caso de Minas Gerais, no entanto, restringiu-se a receita disponível do estado e dos municípios ao somatório de impostos e transferências constitucionais não-vinculadas, como as relacionadas à educação. Mediu-se o real esforço alocativo da unidade federada no campo da saúde a partir do confronto entre os gastos com saúde e os recursos próprios das esferas subnacionais.

1.2 Levantamento do gasto estadual com saúde

A primeira aproximação a partir de consulta ao Balanço Geral do Estado de Minas Gerais de 1997 permitiu observar que despesas em programas e subprogramas de saúde (13.075 e/ou xx.xxx.428) eram realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde e em órgãos estaduais a ela vinculados como a Fundação Ezequiel Dias (FUNED), a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Outros órgãos do estado, tanto da administração direta quanto da indireta, também foram identificados através dos mesmos

instrumentos: Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas (SETOP), Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP), Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) e Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG).

Para que fosse possível discriminar as despesas com sistemas fechados de assistência médico-hospitalar de servidores e seus respectivos dependentes, atendendo ao conceito de ‘gasto público com saúde’, incluiu-se no estudo, além do Instituto de Previdência dos Servidores Civis (IPSEMG), o Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM). A consulta ao balanço desse instituto mostrou que, embora tenha feito despesas com saúde para seus segurados, não utilizou a classificação usual de despesas em saúde (programa 75 e subprograma 428, assistência médico-sanitária). As despesas com saúde no IPSM estão apropriadas no código 15 82 492 da ‘classificação funcional programática’, ou seja, no subprograma ‘previdência social a segurados’, atividade ‘serviços assistenciais’.

Após o processo de identificação, foram coletadas informações sobre os gastos estaduais desses órgãos nos balanços gerais do estado, focalizando o período de abrangência da pesquisa, o que possibilitou a elaboração das séries de 1995 a 1998 por subprograma para todas as instituições e por categoria econômica para a secretaria e órgãos a ela vinculados.

O Balanço Geral do estado, no entanto, mostrou-se insuficiente como fonte de informação quando se desejava uma melhor caracterização das despesas em relação às fontes de financiamento. Optou-se por uma tabulação especial do Sistema Integrado de Administração Financeira e Orçamentária (SIAFI) segundo a função saúde (13) e o subprograma ‘assistência médica e sanitária’ (428), solicitada à Contadoria Geral do Estado para os anos de 1997 e 1998, uma vez que para os anos anteriores as bases de dados não mais estavam disponíveis ‘*on line*’. As informações obtidas foram úteis para a elaboração de roteiros de visitas às instituições selecionadas, pois em entrevistas com encarregados dos setores de planejamento geral e de execução financeira detectou-se uma diversificação significativa na interpretação e uso da codificação dos elementos de despesas entre as diversas instituições. Esta ausência de padronização nos registros contábeis foi o indício de que novos instrumentos de investigação seriam necessários para elucidar e interpretar essas diferenças.

Através de um relatório especial do SIAFI denominado “Execução da Despesa por Atividade ao Nível de Item”, fornecido pelos próprios órgãos, foi possível obter dados dos gastos por subprograma/atividade, categoria de despesa e fonte de financiamento, ao nível de item de despesa, durante as entrevistas realizadas. Este instrumento, obtido para os anos de 1997 e 1998, as-

sociado aos relatórios da Contadoria Geral, permitiu o conhecimento bem detalhado das despesas em saúde, e constituiu a base de dados desagregados para os anos mencionados.

Os dados dos balanços gerais do estado foram tabulados em série (de 1995 a 1998) por subprograma para todos os órgãos e por categoria econômica apenas para os do setor saúde.

Os relatórios obtidos na Contadoria Geral do Estado permitiram as tabulações globais por categoria econômica e fonte de financiamento para cada instituição, para os anos de 1997 e 1998.

Os resultados do trabalho são apresentadas em valores correntes e constantes. Para a correção dos valores nominais foi utilizado como deflator o Índice Geral de Preços- Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas. As informações de 1995, 1996, 1997 e 1998 foram corrigidas com base no índice de dezembro de 1998.

1.3 Estudos de casos municipais

O levantamento do gasto com saúde em nível municipal (das prefeituras e de suas entidades da administração indireta) foi realizado em duas etapas. A primeira consistiu no levantamento do gasto propriamente dito, que adotou para tanto a metodologia desenvolvida por Fernandes et al. (1998) no âmbito do trabalho que vem sendo realizado pelo IPEA para a apuração do gasto social. Cabe esclarecer que os valores apurados neste levantamento contemplam todas as despesas efetuadas pelo poder público municipal sem discriminar a origem dos recursos que a financiaram. Como um dos objetivos deste estudo é justamente discriminar o gasto efetuado com recursos próprios do Tesouro Municipal, de modo a explicitar a prioridade conferida ao setor saúde na alocação dos recursos efetivamente disponíveis, buscou-se, numa segunda etapa, identificar as fontes dos recursos utilizados. Dessa forma, a apuração do gasto com saúde no nível municipal e a discriminação de suas fontes de financiamento pressupôs os seguintes passos:

1.3.1 Levantamento do gasto municipal

- a) Levantamento junto ao Balanço orçamentário das prefeituras e das entidades da administração indireta de todas as despesas efetuadas, segundo a natureza, especificando o órgão (ou unidade orçamentária) executor, a função, programa e subprograma.

- b) Apuração do gasto com saúde, segundo metodologia desenvolvida por Fernandes, et al (1998).
- c) Discriminação, nos valores obtidos na “apuração”, do que é gasto efetuado diretamente pela prefeitura daqueles que representam transferências para a administração indireta (Fundo Municipal de Saúde, inclusive). Isto porque, como o levantamento aqui realizado deverá incluir o gasto das entidades da administração indireta, quando da consolidação da despesa (administração direta e indireta), este valor precisa ser deduzido do gasto efetuado pela prefeitura, já que será contabilizado no seu local de destino, para evitar a dupla contagem.

1.3.2 Discriminação das fontes financiadoras do gasto com saúde

Os demonstrativos de despesas dos balanços orçamentários das prefeituras e das entidades da administração indireta dos municípios selecionados para este estudo não apresentam a especificação das despesas segundo as fontes de financiamento. Dessa forma, houve uma pesquisa para se chegar à participação do Tesouro municipal que variou de município para município. Neste processo, os técnicos das prefeituras foram muitas vezes contatados para os esclarecimentos necessários. Todos os municípios foram visitados pelas pesquisadoras, tendo sido realizadas entrevistas com diversos técnicos que integram o poder público municipal.

2 PRINCIPAIS RESULTADOS

2.1 Fundos de Saúde: peculiaridades de sua operacionalização

O Fundo Estadual de Saúde (FES) foi instituído em 1995, mediante Lei Estadual n.º 11.983, de 14 de novembro de 1995, tendo sido regulamentado em 1997 através do Decreto Estadual n.º 39.223, de 10 de novembro de 1997. A sua operacionalização, no entanto, se deu somente em 1998, através da definição de um orçamento específico para o FES. Nesse ano o orçamento de Minas Gerais para a saúde foi subdividido em dois: o da SES (órgão da administração direta, código 1321) e o do FES (como fundo estadual, código 4291). Estipulou-se que as atividades de manutenção (pessoal e custeio) da administração central e regional da secretaria seriam cobertas pelo orçamento da SES e que o Fundo cobriria preferencialmente as atividades relacionadas à prestação de serviços de saúde. As fundações – FHEMIG, FUNED, HEMOMINAS – mantiveram seus orçamentos próprios, como nos anos anteriores.

Ressalta-se que no período focalizado neste estudo – 1995 a 1998 – o estado permaneceu na condição de gestão convencional, a qual segundo a NOB – SUS/1996, corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do sistema, não fazendo jus às prerrogativas introduzidas por essa NOB, como as transferências regulares e automáticas (BRASIL. Ministério da Saúde, 1997).

O início da operacionalização do FES em 1998 se deu com a instituição de um orçamento próprio, o qual promoveu a abertura de execução orçamentária-financeira de recursos provenientes do tesouro estadual (fonte 0 e 1), de transferências de convênios (fonte 5) e de recursos diretamente arrecadados (fonte 7), nos subprogramas de treinamento de recursos humanos e assistência médico-sanitária. O último desdobrou-se nos seguintes projetos/atividades: programas e ações de saúde coletiva, operação da rede assistencial, rede física assistencial, consórcios intermunicipais de saúde, saúde da família e apoio a serviços de urgência e emergência.

Paralelamente ao orçamento do FES, manteve-se o orçamento da SES centrado nos subprogramas de coordenação superior, planejamento e administração geral, além dos típicos da saúde, como assistência médico-sanitária e treinamento de recursos humanos.

Do ponto de vista da execução orçamentária-financeira, a partir de 1998, aplicou-se ao FES a sistemática de contabilização dos recursos federais para assistência à saúde, implementada na SES nos anos anteriores. De acordo com essa sistemática, a parcela de recursos federais sob gestão estadual – que não contempla os recursos que o Fundo Nacional de Saúde transfere diretamente aos municípios em gestão semiplena – integrava o orçamento do FES na fonte transferências de convênios. A realização financeira desse recurso ocorria nos municípios através do pagamento realizado pelo Ministério da Saúde sobre as faturas emitidas por prestadores públicos e privados. No nível estadual, verificou-se execução apenas orçamentária. O mecanismo de contabilização desses recursos dependia do recebimento pela SES do relatório emitido pelo DATASUS, geralmente dois meses após a efetivação do pagamento aos prestadores. As despesas aí relacionadas eram contabilizadas nos elementos transferências a municípios (3223), transferências a instituições privadas/subvenções sociais (3231), outros serviços e encargos (3132) e restos a pagar (3192) e apropriadas como execução orçamentária da SES/FES. A hipótese é de que houve interesse político para que esta situação permanecesse inalterada entre 1995 e 1998. Os gastos ‘virtuais’ concorriam para um aparente aumento dos gastos públicos em saúde e para o cumprimento de dispositivos constitucionais mineiros, segundo os quais os gastos com saúde deveriam ser superiores aos investimentos em transportes e sistema viário.

No período de estudo, as transferências para municípios realizadas através do FES referiam-se a despesas de capital, realizadas à custa de convênios para melhoria e expansão da rede física, com financiamento do Tesouro estadual.⁶ Não havia sido estabelecido ainda o mecanismo de repasse para os fundos municipais de recursos assistenciais provenientes da esfera federal, dada a condição de gestão convencional. Assim, até 1998, não se registraram no estado transferências diretas e automáticas do Fundo Estadual a Fundos Municipais no financiamento da assistência à saúde.

No que se refere aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios selecionados, estes foram instituídos⁷ por lei municipal com o objetivo básico de gerir os recursos destinados ao desenvolvimento das ações da saúde que devem ser coordenadas pelo órgão municipal de saúde.⁸

Verificaram-se heterogeneidades entre os municípios considerados nesse estudo uma vez que se encontram em diferentes estágios do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde.

Embora o FMS em Itajubá tenha sido criado em 1991 através da Lei nº 1835, sua operacionalização só ocorre em 1998, com a habilitação do município à Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). Isso significa que ele não se constitui em unidade orçamentária e, portanto, não tem orçamento próprio. O Fundo se materializa através de uma conta que abrange os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) e demais recursos do SUS. Sua subordinação está diretamente vinculada ao secretário municipal de Saúde, seguindo as disposições da lei municipal que institui o FMS.

Situação semelhante ocorre em Janaúba, cuja instituição do FMS ocorreu em 1993⁹ e, no entanto, ainda não se encontra operacionalizado. Esse fato resulta na contabilidade conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde, cuja gestão ainda ocorre de modo centralizado. O gestor do Fundo é o secretá-

6 Os recursos para execução desses convênios foram incluídos no Orçamento Estadual, atendendo às prioridades definidas através de um processo participativo, que se convencionou designar de Audiências Públicas Regionais, envolvendo Assembleia Legislativa, Executivo Estadual e Associações Microrregionais de Municípios (Leal, 1996).

7 Data de criação dos FMS: Tombos e Itajubá, 1991; Janaúba e Patrocínio, 1993; Divinópolis, 1994.

8 Em Tombos, a coordenação das ações de saúde caberia à Diretoria Municipal de Saúde; Janaúba, ao Departamento Municipal de Saúde e Divinópolis e Itajubá, à Secretaria Municipal de Saúde.

9 O FMS foi instituído pela Lei n.º 862, de 8 de setembro de 1993.

rio municipal de Saúde, que autoriza a despesa enquanto que os ordenadores da despesa são o prefeito juntamente com o tesoureiro. A Prefeitura de Janaúba prevê uma contrapartida de 10% dos recursos financeiros destinados à saúde, cuja liberação do repasse deve ocorrer em 10 dias úteis do mês seguinte, conforme a arrecadação própria do município.

Em Tombos, até 1995, as despesas com saúde eram incluídas no balanço municipal, uma vez que o Fundo não se encontrava operacionalizado. Em 1996, quando o município foi habilitado à gestão simplificada, o orçamento do Fundo foi instituído e sua prestação de contas realizada em separado, embora integre o orçamento municipal seguindo o princípio da unidade. Acrescente-se, ainda, que embora a Lei Orgânica do município de 1990, em seu art. 148, § 1º já teria apontado para a instituição do FMS, sua criação só ocorreu em 1991, através da Lei nº 1002/91 de 18 de junho.

A composição do Fundo em Divinópolis inclui, além do gestor e ordenador (secretário municipal de Saúde), um coordenador, que seria o responsável pela preparação de demonstrativos mensais de receita e despesa e manutenção do controle da execução orçamentária do Fundo, referente a empenhos, liquidação e pagamento das despesas e aos recebimentos das receitas do Fundo. A estrutura criada para gestão do Fundo teve como finalidade a independência da administração direta municipal. A contabilidade e a tesouraria do FMS, independentes da contabilidade da administração municipal, são de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. O setor de contabilidade envia, semanalmente, à tesouraria uma lista com os saldos orçamentários – gasto especificado por função, programa, subprograma e natureza da despesa – a fim de que o ordenador da despesa possa acompanhar a situação financeira do Fundo.

Em Patrocínio, as demonstrações e os relatórios produzidos são realizados em conjunto com a prefeitura, integrando a contabilidade geral do município. O FMS tem seu funcionamento na Secretaria de Saúde e a dotação orçamentária é voltada para os programas de saúde. Embora a Lei Municipal nº 2.581 de 24 de agosto de 1993, que cria o FMS, defina que seu gerenciamento seja subordinado ao chefe do órgão municipal de saúde, este era realizado pelo secretário da Fazenda. A partir de 1998 esta situação se alterou, passando o secretário municipal de saúde a ser o ordenador de despesas do FMS.

2.2 Gastos estaduais com saúde em Minas Gerais

Entre 1995 e 1998, Minas Gerais apresentou um gasto público com saúde decrescente, seja com relação ao volume total, seja quanto a valores *per capita* (Tabela 1).

Tabela 1

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE
SEGUNDO SISTEMAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DE MINAS GERAIS – 1995-1998
(EM R\$ 1.000,00 CONSTANTES DE DEZEMBRO DE 1998)

Sistemas	1995	1996	1997	1998	Variação Relativa
Sistema Universal	1.191.685,12	905.130,11	843.794,06	835.123,37	-29,92
Setor Saúde	1.186.921,55	899.074,39	835.590,61	817.197,91	-31,15
Outros setores	4.763,57	6.055,72	8.203,45	17.925,47	276,30
Sistema fechado	236.064,15	201.737,55	194.908,54	212.411,65	-10,02
Total	1.427.749,27	1.106.867,66	1.038.702,60	1.047.535,02	-26,63
Per Capita	86,50	66,39	61,44	61,26	-29,18

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

A variação relativa entre 1995 e 1998 representou uma queda de 27% no gasto público com saúde. Quanto aos gastos *per capita*, estes decresceram de R\$86,50 a R\$61,26 no período analisado.

O decréscimo pode ser observado também nos gastos com serviços de saúde de acesso universal e com sistemas fechados de assistência à saúde. Assim, no sistema universal, os gastos totais reduziram-se de R\$1,2 bilhão a cerca de R\$836 milhões, o que correspondia a R\$72,20 e R\$48,84 *per capita*. No sistema fechado, o gasto total decresceu de R\$236 milhões a R\$212 milhões.

A participação percentual dos gastos com serviços de acesso universal no gasto público com saúde também apresentou-se decrescente (83,5 a 79,7%). Em consequência, ampliou-se a participação do gasto com sistemas fechados (16,5 a 20,3%).

No âmbito do sistema universal, foi significativo o decréscimo dos gastos no setor saúde no período entre 1995 e 1998: uma variação negativa equivalente a -31,1%.

O percentual de participação do gasto com saúde no gasto total do estado mostrou-se decrescente em todo o período. Nos anos finais da série, quando se dispõe de uma mesma base de apuração das despesas totais do estado, este percentual chegou a representar apenas 6,9% (1997) e 5,6% (1998), segundo a Tabela 2.

Tabela 2

**INDICADORES SELECIONADOS DE GASTO PÚBLICO COM SAÚDE
MINAS GERAIS – 1997-1998**

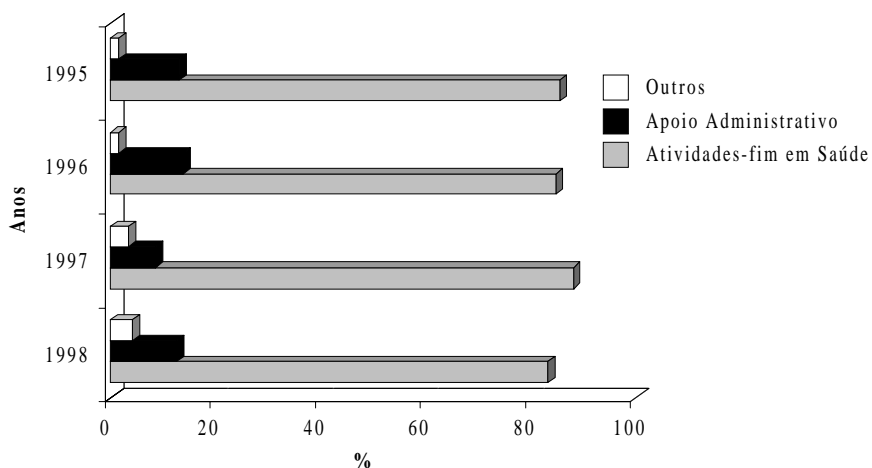
Indicadores	1997	1998
1) Percentual do gasto público com saúde do estado em relação ao gasto total do estado.	6,99	5,62
2) Percentual do gasto com saúde de Minas Gerais (fonte Tesouro) em relação a receita total disponível.	5,34	5,49
3) Percentual do gasto com saúde de Minas Gerais (fonte Tesouro) em relação a receita de impostos.	6,52	6,97

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

A análise do gasto público por subprograma mostrou que a classificação das despesas estaduais nem sempre levou em conta uma padronização da nomenclatura, o que prejudica a avaliação e o acompanhamento dos dados na série de 1995 e 1998. Tentou-se contornar esta dificuldade, usando-se do artifício de reagrupar os subprogramas de acordo com sua finalidade. O resultado mostrou que no conjunto das ‘atividades-fim em saúde’ foram alocados o maior volume de recursos durante todo o período, cerca de 80% do gasto total (Gráfico 1).

Gráfico 1

**PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS SUBPROGRAMAS
NO GASTO PÚBLICO TOTAL COM SAÚDE – MINAS GERAIS – 1995-1998**



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP), Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Considerando-se todos os anos da série, no entanto, os subprogramas de apoio também apresentaram uma redução relativa nos gastos que se aproximou de 26% (Tabela 3).

Tabela 3

PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS SUBPROGRAMAS NO GASTO PÚBLICO COM SAÚDE – MINAS GERAIS – 1995-1998

Grupos de Subprogramas	1995	1996	1997	1998	Varição (%) 1998/1995
Atividades-Fim Em Saúde	85,44	84,73	88,01	83,17	-25,39
Apoio Gerencial e Administrativo	13,07	13,66	8,56	12,63	-25,95
Pesquisa	0,15	0,27	0,40	0,41	116,45
Produção Farmacêutica e de Imunobiológicos	0,72	0,67	1,26	0,89	-4,98
Treinamento de Recursos Humanos	0,17	0,18	0,80	1,00	349,48
Controle Erradicação de Doenças Transmissíveis	0,16	0,23	-	-	-
Edificações Públicas	0,29	0,27	0,97	1,89	401,13
<i>Total</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>-23,36</i>

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Nota: Sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero.

Os demais subprogramas apresentaram uma pequena participação no gasto total, não mais do que 2%, embora tenham tido crescimento expressivo no período, com exceção da produção farmacêutica e de imunobiológicos. Foi acentuado o aumento de gastos nos subprogramas ‘treinamento’ e ‘edificações públicas’. O primeiro decorreu do aporte de recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT) que possibilitou às fundações – FUNED (ESMIG) e FHEMIG – expandir suas atividades de qualificação de pessoal. O subprograma ‘edificações públicas’ mostrou-se com gastos crescentes na SETOP e fundações vinculadas à SES, especialmente a FHEMIG, FUNED e HEMOMINAS.

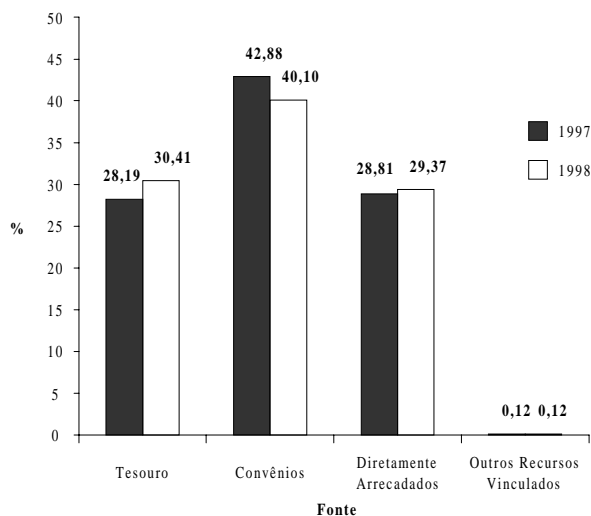
Quanto ao gasto público por categoria econômica, o destaque ficou por conta do expressivo gasto em despesas correntes, as quais absorveram quase que a totalidade dos gastos do setor saúde. Até mesmo estas despesas sofreram queda relativa no período 1995 a 1998 de 34,4. As despesas de capital não atingiram 10% do gasto em todo o período, apesar do aumento registrado de 108%. Os gastos com transferências de capital a instituições privadas, realizados no âmbito da SES e, no último ano do FES, se associam à implementação das prioridades governamentais. Entre estas, ressalta a ampliação do programa de urgências e emergências implementado com o objetivo de descentralizar as ações do Hospital do Pronto-Socorro João XXIII em Belo Horizonte, mediante transferências para hospitais da rede privada, filantrópica

e pública federal como Hospital da Baleia, São José, São Francisco dos Médicos Católicos, Santa Casa de Misericórdia e Hospital das Clínicas da UFMG, e também as entidades privadas participantes dos consórcios intermunicipais de saúde. Do mesmo modo, o gasto crescente de capital através de transferências a municípios e a instituições privadas refere-se à implementação da outra prioridade governamental – os consórcios intermunicipais de saúde. Os recursos para essa atividade resultaram num primeiro momento de convênio entre MS e SES. Nos anos finais da série, além de recursos de origem federal, foram alocados nessa atividade recursos do tesouro do estado, em resposta ao processo de audiências públicas promovido pela Assembléia Legislativa do Estado, com a participação das associações microrregionais.

A análise do gasto público segundo fontes de financiamento (Gráfico 2), feita para os anos de 1997 e 1998, possibilitou a mensuração do gasto público com saúde *do* estado, que se distingue do gasto público com saúde realizado *no* estado. O primeiro, associado às despesas com saúde atendidas com recursos próprios (fonte tesouro) do estado, apresentou relativo crescimento entre esses anos, ficando todavia a sua participação na despesa total com saúde inferior à participação da fonte de recursos vinculados (convênios).

Gráfico 2

GASTO PÚBLICO COM SAÚDE SEGUNDO FONTES DE FINANCIAMENTO
MINAS GERAIS – 1997-1998



Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Chamou a atenção a participação percentual dos gastos com saúde atendidos com recursos do tesouro e a receita disponível do estado: 5,34% (1997) e 5,49% (1998). Quando se considerou como base apenas a receita estadual de impostos nesses dois anos, resulta os percentuais 6,52 e 6,97%, respectivamente (Tabela 2). Nos dois casos, o gasto próprio encontrava-se em patamares inferiores ao estipulado nas emendas constitucionais sobre vinculação de percentuais dos orçamentos e de fontes específicas, em discussão no Congresso Nacional. Minas Gerais sequer atingiu o mínimo de 6% das receitas resultantes de impostos e transferências, como definido na última proposta em discussão.

Quanto à medida do gasto com saúde *no* estado, ficou assinalado neste trabalho a insuficiência dos dados, seja dos recursos municipais que não puderam ser levantados para a totalidade dos municípios mineiros, seja das fontes federais no estado. O tratamento dos dados a partir dos balanços do estado permitiram conhecer, além dos recursos aplicados em ações coletivas de saúde, uma parte da despesa federal com assistência à saúde em Minas Gerais: a parcela contabilizada pela SES que se refere a pagamentos realizados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores públicos e privados que integram a rede SUS. As transferências diretas aos municípios em gestão semi-plena e plena do sistema, realizada fundo a fundo, somente podem ser aferidas a partir da base de dados do DATASUS.

Para análise do gasto público com saúde *no* estado, optou-se por somar o gasto federal com assistência, cujos valores foram informados pelo DATASUS e os gastos realizados a partir das fontes tesouro e outros recursos vinculados, informados no Balanço Geral. Os gastos realizados às custas das demais fontes – convênios e recursos diretamente arrecadados – por se confundirem nesse período com gastos federais assistenciais não foram incluídos nessa totalização. Assim, obtida uma aproximação ao gasto público total com saúde *em* Minas Gerais, constatou-se elevada participação relativa dos recursos federais: 76% frente a 24% dos recursos próprios estaduais, em 1997. Em 1998, decresceu a participação dos recursos federais, ainda assim, representando 72% do gasto com saúde *no* estado.

Como os recursos federais para assistência à saúde foram orçados e contabilizados pela SES e, em 1998 através do FES, a redução do gasto federal ocorrida em 1998 teve impacto na despesa com saúde de Minas Gerais. Essa redução se relacionou à implantação do PAB, que ocorreu paralelamente à incorporação do abono de 25% que vinha sendo pago sobre os tetos estadual e municipal (municípios em semi-plena) desde 1995. A incorporação de 25% de abono incidiu apenas sobre a diferença entre o teto até então estipulado e o

novo teto estabelecido para o PAB. Por sua vez, o cálculo do teto PAB considerou além da população informada pelo IBGE, a produção ambulatorial em assistência básica informada para o ano de 1996. Assim, alguns municípios em gestão semiplena perderam em valores, tendo sido mais tarde compensados através de incentivos extratetos. O estado também perdeu pela mesma razão, além de ter sua transferência reduzida em função de não se encontrar ainda habilitado a receber os recursos do PAB de municípios não habilitados.

Para os anos de 1997 e 1998 foi feita uma análise do gasto público estadual correlacionando-se fontes de financiamento e subprogramas. Tal análise mostrou que o maior volume de gastos de todas as fontes concentrou-se nos subprogramas agrupados em 'atividades-fim em saúde'. Além disso, constatou-se uma certa especialização das fontes com relação à participação no financiamento dos subprogramas. O 'Tesouro' destinou recursos para os subprogramas: apoio gerencial e administrativo, pesquisa¹⁰, treinamentos de recursos humanos e edificações públicas. Estes são subprogramas relacionados a atividades-meio e a investimentos em pessoal e infra-estrutura. Assim, a assistência propriamente à saúde deixou de constar da pauta de financiamento próprio do estado nesse período.

Os recursos provenientes de convênios foram basicamente destinados a atividades-fim em saúde, que corresponde em volume ao dobro do gasto com a fonte tesouro, indicando a importância desses recursos, a maioria de origem federal, no financiamento das ações de saúde em Minas Gerais.

Com relação à fonte recursos diretamente arrecadados, não se pode definir com exatidão a sua especialização, embora seja a principal financiadora do subprograma 'produção farmacêutica e de imunobiológicos'. Ao que parece, esta seria a fonte 'curinga', isto é, supriria as deficiências de recursos para todos os subprogramas. Por isso, em geral, esta fonte tem sido denominada de recursos próprios ou livres, já que podem atender a gastos programados pelo próprio órgão, independente de qualquer vinculação.

Também na avaliação das fontes de financiamento dos serviços de acesso universal e do sistema fechado de assistência à saúde verificou-se especialização das fontes. Enquanto o sistema universal teve seu financiamento associado às fontes convênios e tesouro, em que a participação da primeira é duas vezes maior que a segunda, o sistema fechado foi quase que integralmente financiado com recursos diretamente arrecadados. O tesouro participou

10 Em Minas Gerais há um dispositivo constitucional, segundo o qual 1,5% do orçamento estadual deve ser destinado ao fomento à pesquisa.

do financiamento do Hospital da Polícia Militar assim como do serviço de saúde da Polícia Civil.

Quando se examinou o gasto público segundo fonte e categoria econômica também defrontou-se com uma certa especialização das fontes na participação do financiamento do gasto por natureza da despesa, nos anos de 1997 e 1998. Destinou-se a fonte tesouro basicamente às despesas de capital e, dentro destas, as transferências de capital (transferências a instituições privadas e municípios).

Os recursos de convênios foram utilizados no custeio, em especial nas chamadas transferências correntes, com predomínio da transferência a municípios. Como a maior parcela desse recurso correspondia ao gasto federal com assistência à saúde em Minas Gerais, esse resultado relaciona-se ao mecanismo de contabilização das despesas ambulatoriais e hospitalares realizadas por prestadores públicos no conjunto dos municípios mineiros.

Os recursos diretamente arrecadados em 1997, apresentaram certo equilíbrio quanto ao financiamento de despesas correntes (custeio de material de consumo) e despesas de capital (investimentos). Em 1998, foi predominante o uso desses recursos no custeio de material de consumo.

Com relação aos itens de despesas, constatou-se que as despesas de custeio tiveram seu financiamento baseado em recursos das seguintes fontes: convênios 36,6%, recursos diretamente arrecadados, 34,4% e tesouro, 28,9%.

Os recursos do tesouro destinaram-se a pagamento de pessoal e remuneração de serviços de pessoal. Os convênios às despesas com outros serviços e encargos e diversas despesas de custeio, itens onde foram apropriados os gastos federais com assistência à saúde.

Os recursos diretamente arrecadados destinaram-se às despesas com material de consumo e locação de serviços técnicos especializados. O fato de esta fonte estar financiando este tipo de despesa, em especial medicamentos e outros insumos básicos, constitui um indicativo de que o esforço empreendido pelos órgãos do setor na produção de 'produtos e serviços' tem suprido apenas a manutenção de suas necessidades básicas, deixando de serem realizados novos investimentos e expansão de serviços.

As despesas de capital foram financiadas predominantemente pelo tesouro, seguindo-se recursos de convênios e diretamente arrecadados, tendo as fontes apresentado a seguinte especialização: tesouro em transferências a instituições privadas e investimentos; convênios em transferências a instituições privadas e recursos diretamente arrecadados em investimentos.

A elevada participação do tesouro estadual nas despesas de capital, tanto em investimentos quanto em transferências, relacionou-se aos resultados do processo de Audiências Públicas Regionais, realizadas entre 1995 e 1997. Eleita a saúde como prioridade em várias regiões, incluiu-se no orçamento da Secretaria de Saúde recursos para investimentos no setor. Parte substancial desse recurso foi transferida, através de convênios, a prefeituras e a instituições privadas, como os consórcios intermunicipais de saúde.

Na avaliação do gasto público com saúde segundo órgão executor e fonte, chamou atenção a retirada progressiva da fonte tesouro do financiamento da saúde, restringindo-se cada vez mais ao custeio das atividades de apoio, principalmente pessoal. Entre as fundações vinculadas à SES, encontravam-se duas situações bem distintas: de um lado a FHEMIG que preservava a contrapartida do tesouro estadual no financiamento de 89% do gasto com pessoal; de outro a HEMOMINAS, que desde 1997 não contava mais com o financiamento do tesouro estadual, nem para o custeio de seu pessoal. A FUNED, em situação intermediária, encontrava-se no início de 1999 em vias de transferir 5% do pagamento de pessoal para a fonte recursos diretamente arrecadados. Nesse sentido, parece que somente a FHEMIG, em face da importância política dos hospitais e o acesso imediato à 'mídia' dos fatos lá gerados, principalmente de emergência, ainda constava da lista de prioridades do governo estadual. Pelo menos prioridade para não realização de cortes, num contexto de contenção de gastos em todas as esferas e setores.

O reduzido crescimento do tesouro estadual verificado entre 1997 e 1998 foi localizado, pois ocorreu nos órgãos de outros setores de governo (como o caso da SETOP), evidenciando a estratégia governamental do período de promoção de investimentos em parceria com a iniciativa privada.

2.3 Gastos municipais com saúde

Na análise dos gastos com saúde em nível municipal, a investigação dos aspectos relacionados à sua alocação e financiamento foi acompanhada da preocupação com o tratamento conferido aos registros das despesas e receitas relacionadas à saúde. Tal procedimento justifica-se na medida que a qualidade dos registros contábeis vai determinar a abrangência e profundidade da análise. No entanto, se o registro dos problemas encontrados tais como classificações incorretas e não padronizadas, despesas apropriadas em rubricas genéricas, somadas a própria ausência de informações básicas constituiu constrangimentos ao trabalho, contribuiu por outro lado para o desenvolvimento/aperfeiçoamento da metodologia utilizada.

Isto posto, cabe mencionar que o primeiro passo da análise foi identificar a etapa do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde em que o município se insere. Dependendo do tipo de gestão, os valores apurados nos balanços municipais têm abrangência diferenciada.

Durante o período definido para análise (1995-1997) existiam três modalidades de gestão do sistema de saúde: semiplena, parcial e incipiente.

Os municípios com gestão semiplena recebiam o repasse global do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e, desta forma, gerenciavam todo o sistema de saúde, responsabilizando-se pelo gasto executado pela rede própria e pelas transferências a toda rede conveniada e contratada. Nestes casos, os demonstrativos de despesas do poder público municipal contemplam todo o gasto público em serviços de saúde realizado *no* município.

A abrangência dos demonstrativos de receitas, por sua vez, não está relacionada, necessariamente, ao tipo de gestão e sim ao fato de o FMS apresentar ou não prestação de contas em separado. Quando isso acontece, encontram-se discriminadas todas as fontes de recursos para a saúde, ou seja, as transferências recebidas dos governos estadual e federal e, também, do Tesouro municipal. Ficam de fora destes registros apenas o gasto do estado com campanha direta, ou seja aquele que não resulta de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde e cujos recursos não passam pelo FMS. A partir do levantamento do gasto *no* município, que neste caso tem como gestor o poder público municipal, pode-se determinar o gasto *do* município, aqui definido como aquele efetuado com recursos disponíveis¹¹ do Tesouro municipal. Entre os municípios selecionados para este estudo, Divinópolis (desde 1995), Tombos e Patrocínio (a partir de meados de 1996) estavam habilitados na gestão semiplena, embora este último não apresente prestação de contas do FMS em separado.

Nos municípios com gestão incipiente ou parcial, os demonstrativos de despesa da prefeitura/FMS não contemplam a totalidade do gasto público federal *no* município, já que o poder público municipal não gerencia todo o gasto público com saúde *no* município, sendo a remuneração dos prestadores privados conveniados feita diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Desta forma, os valores obtidos dessas fontes têm uma abrangência diferenciada daquela relativa aos municípios em gestão semiplena, o que deve ser considerado quando da comparação destes valores em termos *per capita*, para evitar conclusões equivocadas.

11 Este trabalho considerou recursos disponíveis do município, sua receita de impostos acrescida das transferências constitucionais não-vinculadas.

A apuração do gasto total *no* município requer, nestes casos, que se considere aquela parcela do gasto federal que, embora não registrada nos demonstrativos dos municípios, pode ser obtida no DATASUS.

No que se refere às fontes de financiamento, cabe esclarecer que como os municípios com gestão incipiente e parcial contemplados por este estudo apresentam a prestação do Fundo Municipal de Saúde juntamente com a da prefeitura, as transferências de recursos para a saúde são registradas no Balanço Municipal, o que, em princípio, permitiria conhecer a participação dos governos estadual e federal. Mas o que se observou foi que nem sempre o município discrimina, no valor das transferências recebidas, a parcela da saúde. Quando isto não ocorre, a obtenção deste tipo de informação exige consulta ao contador municipal. Já o gasto *do* município, só pode ser calculado a partir da diferença entre a despesa total apurada nos balanços municipais com saúde e as transferências recebidas com esta finalidade. Os municípios de Itajubá e Janaúba (gestão parcial e incipiente) se enquadram na situação descrita, e também Patrocínio, embora este último esteja habilitado na gestão semiplena.

Ainda com relação ao período analisado buscou-se, num primeiro momento, contemplar os anos de 1995, 1996 e 1997 (este último alvo de um maior detalhamento). Diante da ausência de dados referentes à despesa com saúde para Janaúba em 1995, da inexistência de dados relativos às fontes de financiamento para alguns municípios e anos e frente à disponibilidade de informação para 1998, o período analisado sofreu certa variação de município para município.

É importante assinalar ainda que este é um período de transição no processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, o que precisa ser considerado quando do confronto entre municípios num mesmo ano, e também, para as variações entre os diferentes anos de um mesmo município.

Conforme indicado na Tabela 4, no período originalmente definido para análise (1995/1997) o gasto *per capita* com saúde cresceu em Divinópolis, Patrocínio e Tombos, o que no caso desses dois últimos, reflete a entrada na gestão semiplena em meados de 96, quando passaram a gerenciar todo o gasto federal. A elevação do gasto com saúde resultou também numa elevação de sua participação na despesa orçamentária municipal. Nos outros dois municípios, o gasto decresceu entre 1995 e 1997, sendo que a habilitação na gestão plena da atenção básica em 1998, garantiu a recuperação do valor *per capita* para Itajubá.

Tabela 4EVOLUÇÃO DO GASTO *PER CAPITA* (R\$) – 1995-1997

Municípios	1995	1996	1997	1998
Gestão Incipiente e Parcial				
Itajubá	21	23	18	23
Janaúba	...	51	33	32
Gestão Semiplena				
Divinópolis	105	106	108	...
Patrocínio	22	41	72	...
Tombos	47	71	88	92

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Neste ponto é importante registrar o comportamento diferenciado das transferências do governo federal quando se compara dois municípios em diferentes etapas do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde e que não passaram por uma transição entre 1995 e 1997. De acordo com a Tabela 5, enquanto os valores *per capita* transferidos pelo governo federal para Divinópolis (gestão semiplena) cresceram entre 1995 e 1997, o oposto ocorreu em Itajubá.

Tabela 5

VALORES PER CAPITA TRANSFERIDOS PELO GOVERNO FEDERAL PARA A SAÚDE – 1995-1997

Municípios	Tipo de Gestão	1995	1996	1997
Itajubá	Parcial	9,15	7,19	5,88
Divinópolis	Semiplena	79,98	80,56	93,47

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

As transferências do governo federal responderam pela maior parcela dos gastos com saúde em Divinópolis, Patrocínio e Tombos (participação superior a 70%). Itajubá se destacou pela participação do Tesouro municipal que foi de 67% e 60%, respectivamente em 1997 e 1998, devendo-se lembrar que neste município a prefeitura não gerencia todo o gasto federal. Em Janaúba, no ano de 1997 o governo estadual foi o principal financiador do gasto, em função das transferências para a construção do Hospital Regional. De uma maneira geral, no entanto, os recursos transferidos pelo estado foram pouco expressivos nos anos considerados para os demais municípios. Deve-se ressaltar, entretanto, que o estado realiza gastos com campanhas diretas bem como se responsabiliza pelos pagamentos de pessoal da rede municipalizada, mas que não puderam ser contabilizados neste estudo (Tabela 6).

Tabela 6

FINANCIAMENTO DAS DESPESAS COM SAÚDE (%) – 1997

Municípios	Governo Federal				Governo Estadual				Governo Municipal			
	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998	1995	1996	1997	1998
Gestão Incipiente e Parcial												
Itajubá	43	31	33	39	...	...	–	1	...	...	67	60
Janaúba	...	28	31	44	...	...	50	...	...	...	19	...
Gestão Semiplena												
Divinópolis	76	76	84	...	–	1	3	...	18	13	13	...
Patrocínio	...	78	83	...	...	–	–	–	...	22	17	...
Tombos	...	65	82	67	...	...	3	...	...	17	5	15

Fonte: Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Quanto à participação dos gastos com saúde com recursos próprios na receita disponível em 1997, que é um indicador da prioridade conferida ao setor saúde, verifica-se que ela é semelhante para todos os municípios, com exceção de Tombos – entre 6% e 8%. A respeito da participação de Tombos as indicações são de que esteja subestimada, tendo sido também de 7% nos anos de 1996 e 1998 (Tabela 7).

A participação dos pagamentos a terceiros e encargos cresceu com a habilitação na gestão semiplena. Janaúba, embora na gestão incipiente até 1997, apresentou elevada participação deste item, enquanto Itajubá caracterizou-se pela menor participação (máximo de 12%, no período analisado). Itajubá destacou-se ainda pela maior participação dos gastos com pessoal. Neste ponto, é importante mencionar que a elevada participação deste item na despesa associada à elevada participação do Tesouro municipal e a extensão da rede própria do município reflete o investimento feito nesta área em Itajubá. Mesmo nos demais municípios, este é um item importante nas despesas com saúde: Janaúba (17%), Itajubá (69%) Patrocínio (48%), Tombos (48%) e Divinópolis (37%) em 1997.

Comparando-se as despesas correntes e de capital, verificou-se que as despesas correntes foram significativamente mais importantes em todo o período analisado. Merece destaque, no entanto, a participação das despesas de capital em Janaúba (31% em 1997), em Tombos (16% e 11%, em 1995 e 1996, respectivamente) e em Itajubá (13% e 11% em 1995 e 1996, respectivamente).

Tabela 7

INDICADORES SELECIONADOS MINAS GERAIS – 1995-1996-1997-1998

Especificação	1995	1996	1997	1998
<i>1) Participação do gasto total com saúde na despesa orçamentária</i>				
Divinópolis	27,75	27,93	30,67	...
Itajubá	9,57	9,80	9,10	...
Janaúba	...	24,49	20,43	...
Patrocínio	6,80	13,52	25,83	...
Tombos	20,27	25,23	33,43	27,40
<i>2) Gasto total com saúde per capita</i>				
Divinópolis	104,77	106,28	107,93	...
Itajubá	21,21	23,08	17,85	23,00
Janaúba	...	51,31	32,81	32,00
Patrocínio	22,14	41,23	71,80	...
Tombos	47,48	71,46	88,07	92,05
<i>3) Participação do gasto total com saúde com recursos do tesouro municipal na receita disponível do município</i>				
Divinópolis	10,48	8,08	8,23	...
Itajubá	...	...	7,91	...
Janaúba	...	...	5,98	...
Patrocínio	...	4,90	7,12	...
Tombos	...	7,19	2,53	7,06
<i>4) Participação da despesa de capital no gasto total com saúde</i>				
Divinópolis	5,72	8,23	1,42	...
Itajubá	12,78	11,16	0,81	3,61
Janaúba	...	0,97	30,81	22,83
Patrocínio	3,72	1,24	0,51	...
Tombos	16,05	11,25	1,56	2,38
<i>5) Participação do gasto com pessoal no gasto total com saúde</i>				
Divinópolis	26,94	33,17	36,65	...
Itajubá	60,38	61,03	69,20	50,72
Janaúba	...	10,60	16,95	17,51
Patrocínio	74,66	63,10	48,21	...
Tombos	56,63	57,05	47,47	48,66
<i>6) Participação do gasto com serviços de terceiros e encargos no gasto total com saúde</i>				
Divinópolis	59,00	50,11	53,85	...
Itajubá	6,13	6,08	11,82	...
Janaúba	...	78,09	36,85	...
Patrocínio	6,58	18,52	44,25	...
Tombos	11,51	15,68	41,43	36,13

Fonte: Dados básicos: Balanços Municipais (Divinópolis, Itajubá, Janaúba, Patrocínio e Tombos) – 1995-1996-1997-1998.

Elaboração: Fundação João Pinheiro (FJP). Centro de Estudos Econômicos e Sociais (CEES).

Nota: (1) Sinal convencional utilizado: (...) dado numérico não disponível.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito das limitações deste estudo, que não contemplou a distribuição espacial dos dispêndios estaduais e se restringiu à análise de apenas

cinco municípios, os resultados apresentadas autorizam sugerir que o princípio de financiamento compartilhado entre as três esferas de governo, como previsto na Constituição e na legislação setorial, mostra-se comprometido. Como esse princípio é de fundamental importância para a garantia de estabilidade e de equidade no financiamento do SUS, faz-se necessária uma mudança nas políticas de financiamento da saúde. A esfera estadual deveria buscar inverter a tendência de decréscimo de participação no custeio e expansão do setor, enquanto a municipal buscaria mecanismos de controle e estabilidade de sua participação, de modo a não comprometer o gasto com outros setores sociais.

Como o aumento do gasto não significa, necessariamente, um melhor gasto, a avaliação do gasto público com saúde requer que aos resultados desse estudo, sobre ao montante despendido, sejam associados outros relativos ao modelo de assistência adotado e a qualidade dos serviços oferecidos.

Este trabalho ao identificar fontes, usos e montantes de recursos, problematizar os processos de registro orçamentário e financeiro e permitir a divulgação de metodologia adequada à discriminação do gasto público por subprogramas e categoria econômica, fornece subsídios à gestão do SUS e ao aprimoramento do processo de monitoramento do gasto público com saúde, tendo em vista a partilha de esforços na construção do SUS.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 1996**: norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 1997. Publicada no D.O.U. de 6/11/1996.
- FERNANDES, Maria Alice da Cunha et al. *Dimensionamento do gasto social federal*. Brasília: IPEA, 1998. (IPEA. Texto para Discussão, n. 547)
- GASTO estadual e municipal com saúde em Minas Gerais. Relatório final. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1999.
- LEAL, Maria Luisa Campos Machado. Espaço para discutir as prioridades regionais. *Revista do Legislativo*, Belo Horizonte, n. 15, p. 37-39, jul./set. 1996.
- VIANNA, Solon Magalhães, PIOLA, Sérgio Francisco. *Financiamento da saúde: análise das despesas de estados e municípios*. Brasília: IPEA, 1999. (Relatório da 3ª Oficina de Trabalho).