

O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL¹

**Rosa Maria Marques
Áquilas Mendes²**

Resumo: a principal contribuição do artigo é estimar - a partir do desenvolvimento de metodologia própria - o gasto total em saúde no Brasil. Para isso, na primeira parte, dedicada ao gasto público, é analisada a participação das diferentes esferas de governo no financiamento da assistência médica praticada pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e as prioridades, a estratégia de financiamento, o grau de equidade e a origem dos recursos do gasto realizado pelo Ministério da Saúde. Na segunda parte, voltada para o gasto privado, é analisado o perfil do gasto das empresas do sistema de assistência médica suplementar, a cobertura, o faturamento, a distribuição regional dos serviços privados, seu relacionamento com o SUS, o perfil das famílias usuárias e as formas indiretas de financiamento do gasto privado através de recursos públicos. Finalmente, na terceira parte, é estimado o gasto nacional (SUS e assistência médica suplementar). Os resultados apontam para a predominância do gasto público no gasto total e a crescente participação dos municípios no financiamento da saúde.

Palavras-chave: Assistência à saúde; financiamento da saúde pública; gasto público e privado com saúde; políticas públicas

JEL: H51; I18

¹ Este estudo foi elaborado originalmente para servir de texto de apoio aos participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizado em dezembro de 2000, em Brasília. A versão aqui apresentada beneficiou-se das discussões realizadas nesse fórum.

² Professora associada do Departamento de Economia da FEA/PUCSP e presidente da Sociedade Brasileira de Economia Política (SEP); professor do Departamento de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal - Cepam.

1. O Gasto Público

1.1. O nível do gasto e a participação das esferas de governo.

No período 1994/1996, o gasto público em saúde (GPS), segundo origem de recursos³, aumentou 14,5%. Essa expansão foi devida basicamente ao esforço dos municípios, cuja participação no financiamento cresceu 84,7%. Historicamente, o financiamento do GPS sempre foi largamente financiado por recursos de origem federal, seguidos, em ordem de importância, pelo aporte estadual e municipal. No período 1980/90, por exemplo, o governo federal foi responsável por 77,7% do GPS. Nos anos 1994, 1995 e 1996, essa participação foi de apenas 60,7%, 63,8% e 53,7%, respectivamente. Embora em menor proporção, também a contribuição da esfera estadual apresentou redução nesse mesmo período (de 22,1% para 18,5%). Além disso, enquanto percentual da receita disponível, o gasto estadual também registrou decréscimo (9,7%; 7,8% e 7,31)⁴. Já o concurso dos municípios aumentou significativamente, de 17,2% para 27,8% (Tabela 1 A).

No mesmo período, o gasto público per capita mais que dobrou, passando de R\$ 154,77 para R\$ 173,52. Em relação ao PIB, o esforço direcionado à saúde pública permaneceu praticamente constante, um pouco acima de 3% (Tabela 1 B).

³ O GPS com base na *origem dos recursos* contabiliza as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal, registrando-as como dispêndio da instância transferidora. Para maiores detalhes sobre essa metodologia, consultar PIOLA e BIASOTO (2000).

⁴ Para a receita disponível, utilizou-se BNDES/Banco Federativo/Termômetro Fiscal.

Tabela 1 A – Brasil - Gasto Público com Saúde, segundo origem dos recursos (1994-1996)
Em R\$ milhões de dez/1999

Anos	Federal	%	Estadual	%	Municipal	%	Total
1.994	18.349,2	60,7	6.688,8	22,1	5.204,6	17,2	30.242,5
1995	21.759,6	63,8	6.402,1	18,8	5.945,1	17,4	34.106,8
1.996	18.610,9	53,7	6.417,8	18,5	9.613,5	27,8	34.642,2

Fonte: SIAFI/SIDOR para Gasto Federal; IBGE/DECNA para Gasto Estadual e Municipal.
Elaboração: IPEA/DISOC

Tabela 1 B – Brasil - Gasto Público com Saúde, segundo origem dos recursos (1994-1996)

Anos	Federal	Estadual	Municipal	Total
	Per Capita (*)			
1.994	93,91	34,24	26,65	154,77
1.995	109,87	32,33	30,01	172,21
1.996	93,22	32,14	48,15	173,52

Anos	% PIB			
1994	2,00	0,73	0,57	3,3
1995	2,18	0,64	0,59	3,4
1996	1,71	0,59	0,88	3,2

Nota: (*) Estes valores *per capita* representam apenas uma atualização pelo IGP-DI de dez/99 dos valores *per capita* apresentados pelo IPEA/DISOC.

Fonte: SIAFI/SIDOR para Gasto Federal; IBGE/DECNA para Gasto Estadual e Municipal. Elaboração: IPEA/DISOC

1.2. O gasto federal: prioridades, estratégia de financiamento, grau de descentralização e equidade.

Nos dois últimos anos, o gasto do MS registrou queda. O nível de 1999 sequer pode ser equiparado ao de 1995 (1,3% menor), resultando em um gasto per capita de R\$ 111,00. (Tabela 2)

No período 1997/1999, quando se analisa o gasto do MS por subprograma verifica-se que a Assistência Médica e Sanitária perdeu importância relativa em relação aos demais. Em 1993, o gasto destinado a essa rubrica representava 72,1% da despesa do Ministério da Saúde (MS); em 1999, apenas 63,7%. Foram basicamente beneficiados Profiláticos e Terapêuticos (passou de 4,2% para 5,9%), Encargos e Pensionistas da União (de 7,3% para 9%) e Outros (de 11 para 14,5%) (Tabela 3). Foi no interior de Assistência Médica e Sanitária, contudo, que se observa a ocorrência de maiores alterações, que refletem a mudança de política do governo federal em relação à saúde.

Tabela 2 – MS – Gasto em Saúde

Anos	Gasto	Per capita	% do PIB
1993	12.534	83	2,11
1994	12.728	83	2,15
1995	18.196	117	2,31
1996	15.791	100	1,85
1997	18.958	119	2,14
1998	17.268	107	1,94
1999	17.960	111	2,06

Fonte: Siafi/Sidor –in Piola & Biasoto Jr., (2000).

A alteração da política foi consubstanciada nas NOB (Norma Operacional básica) 93 e 96. Os recursos federais destinados para custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial passaram, em grande parte, a ser transferidos a estados e municípios de forma

regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais.

**Tabela 3 – Ministério da Saúde – Distribuição do gasto por subprograma (1993-1999)
Em porcentagem**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Assistência Médica e Sanitária	72,13	59,4	55,9	61,8	59,5	62,8	63,7
Controle Doenças Transmissíveis	4,2	2,3	1,8	1,0	2,5	2,5	3,2
Vigilância Sanitária	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,3
Profiláticos e Terapêuticos	4,2	3,0	3,5	2,4	3,8	4,1	5,9
Alimentação e Nutrição	0,3	0,4	0,9	0,2	0,5	0,3	0,7
Saneamento	0,3	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4	1,1
Encargos e Pensionistas da União	7,3	7,1	8,8	10,3	8,4	10,0	9,0
Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2	0,8
Outros	11,0	24,4	19,7	20,4	15,9	15,5	14,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Siafi/Sidor –in Piola & Biasoto Jr.,(2000).

Os pagamentos realizados pelo MS – relativos a internações hospitalares e atendimento ambulatorial - que representavam 71,3% dos recursos federais em saúde em 1997, caíram para 45,9% em 1999. As transferências para Média e Alta Complexidade aumentaram de 28,7% para 32,8% e as transferências para a Atenção Básica passaram a absorver 21,35% dos recursos em 1999, refletindo a implantação da NOB 96 a partir do ano de 1998. Dentro das transferências para Média e Alta Complexidade, destaca-se a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (31,6%); os recursos destinados a Gestantes de risco, Câncer de colo uterino, Transplantes, Cirurgia de catarata, Cirurgia de Mama, entre outras intervenções, absorveram apenas 1,13% dos recursos federais, em

1999. Na Atenção Básica, 15,3% foi dirigido ao PAB fixo, 5,5% ao PAB Variável e 0,3% aos demais programas (Tabela 4).

A perda de participação relativa das internações hospitalares e do atendimento ambulatorial não significa que o MS tenha destinado menos recursos a esse tipo de ação, pois os pagamentos realizados pelo ministério aumentaram 22% entre 1997 e 1999. Contudo, enquanto internações hospitalares receberam 44% a mais de recursos, o atendimento ambulatorial contou com apenas mais 3%. Mesmo assim, quando se compara a evolução dos Pagamentos realizados pelo MS, das Transferências para a Média e Alta Complexidade e das Transferências destinadas à Atenção Básica, **verifica-se que houve uma clara priorização** dessas duas últimas. Média e Alta Complexidade (Assistência Hospitalar e Ambulatorial) registrou um aumento de 161% e os recursos federais destinados para a Atenção Básica passaram a representar, em apenas dois anos, 21,3% do total dos recursos gastos em saúde pelo MS.

Vale lembrar que o MS realiza o pagamento referente à internação hospitalar e atendimento ambulatorial diretamente aos diferentes prestadores, contra apresentação de fatura. Isso ocorre quando o município e/ou estado não conquistaram nenhum tipo de habilitação junto ao SUS ou quando são habilitados somente à Atenção Básica.

As Transferências para Alta e Média Complexidade são realizadas de duas formas: se o município e/ou estado forem habilitados gestão plena do sistema, o repasse é realizado Fundo a Fundo; se somente à Atenção Básica, mediante pagamento direto do MS aos prestadores, contra apresentação de fatura. Já as Transferências para Atenção Básica são realizadas da seguinte forma: através de repasse automático com base em um per capita, de R\$ 10,00 ano (PAB fixo); ou de transferências que visam incentivar determinados programas, tais como saúde da família e agentes comunitários (PAB Variável). No caso dos municípios não terem nenhum tipo de habilitação, os recursos destinados à Atenção Básica são transferidos para os Estados. O repasse em Outros é efetuado mediante a celebração de convênios.

**Tabela 4 – Recursos Federais do SUS – por tipo de despesa (1997-1999)
Em porcentagem**

Tipo de Despesa	1997	1998	1999
<i>Pagamentos Federais</i>	71,34	55,31	45,88
.. Intern.Hosp. (MS)	33,10	29,00	25,11
.. Atend.Ambul. (MS)	38,24	26,31	20,76
<i>Transferências - Alta e Média complexidade</i>	28,66	29,01	32,77
.. Ass.Hospit/Ambulat	22,97	26,70	31,64
Fator de recomposição	5,68	1,93	-
Outros	,-	0,38	1,13
<i>Transferências - Atenção Básica</i>	,-	15,68	21,35
.. PAB Fixo	,-	13,30	15,54
PAB Variável		2,38	5,52
Outros	,-	0,00	0,30
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Datasus

Por sua vez, o acompanhamento da distribuição do gasto do MS, por categoria econômica, permite se verificar **o grau de descentralização dos recursos federais**. As Transferências a Municípios, que representavam 1,7% do gasto em 1993, passaram a 24% em 1998. É interessante observar que, com exceção de 1994 e 1997, a participação relativa de Transferências a Municípios praticamente dobrou a cada ano (Tabela 5).

A leitura dessa tabela não permite se apreciar qual foi o real esforço realizado pelo governo federal no campo do investimento. Embora tenha se mantido em 0,8% o gasto do MS em investimento, o governo federal firmou um acordo de financiamento (Reforma à Reorganização do Sistema Único de Saúde - Reforsus) entre o MS, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BM) visando a recuperação física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão do sistema do SUS. Os recursos do Reforsus foram dirigidos em grande medida à rede hospitalar, embora o Programa da Saúde da Família, a Hemorrede e o Lacens também tenham sido beneficiados. Em termos de recursos,

em 1996, foram mobilizados 402 milhões de reais de dezembro de 1999, o que correspondeu a R\$ 2,58 per capita. Desses, 44,4% foram destinados a quatro estados: São Paulo (15,9%), Bahia (11,12%), Minas Gerais (10,13%) e Rio de Janeiro (7,22%). Apesar dessa concentração, o investimento per capita realizado nesses estados correspondeu a R\$ 1,91; R\$ 3,54; R\$ 2,47; R\$ 2,18. Com exceção do ocorrido na Bahia, foram abaixo da média nacional.

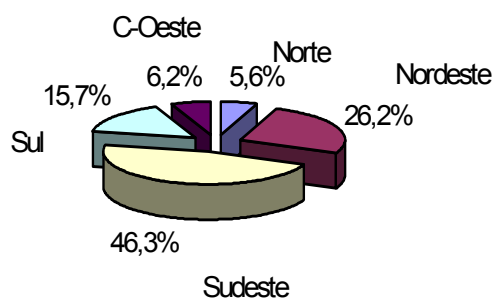
Em termos de distribuição geográfica, também o gasto com saúde realizado com recursos federais mostra uma grande concentração. A maior parte é destinada à região sudeste, seguida do nordeste e do sul do país. No período 1997 a 1999, a região nordeste teve sua participação no gasto realizado pelo MS aumentada (de 23,6% para 26,2%), com perda relativa da região sudeste (de 48,9% para 46,3%). O gráfico 1 apresenta a distribuição por região do gasto realizado com recursos federais em 1999.

Tabela 5 – Ministério da Saúde – Distribuição dos gastos por categoria econômica (1993-1998)
Em porcentagem

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Pessoal	17,9	21,8	16,5	16,5	13,2	12,8
Outras Despesas Correntes	64,5	59,7	54,7	55,4	52,3	42,3
Investimentos	0,8	1,5	1,4	0,6	0,8	0,8
Amortização, Juros e Encargos Dívida	0,5	2,8	9,0	3,4	8,5	3,2
Inativos e Pensionistas	7,3	7,4	8,8	10,3	8,3	9,9
Transferências Estados e DF	5,4	2,4	2,6	1,3	2,1	3,3
Transferências Municípios	1,7	2,3	5,3	10,6	12,8	24,0
Outros	2,0	2,1	1,7	1,8	2,0	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Siafi/Sidor – Piola & Biasoto Jr., (2000).

Gráfico 1 – Distribuição percentual do gasto do MS por região, 1999



Fonte: Datasus

1. 3 O Financiamento do gasto federal.

O financiamento do gasto em saúde realizado com recursos federais é fundamentalmente apoiado em contribuições. Em 1999, 62,9% dos recursos tinham essa origem. Essa participação já foi maior (70,7% em 1997), estando em queda nos dois últimos anos.

Em 1999, a contribuição que mais aportou recursos foi a Cofins (26,8%), que tomou o lugar assumido pela CPMF em 1997 e 1998. Isso porque os recursos da CPMF alocados em saúde apresentaram uma queda de 30,7% em relação a 1998. Em 1996, quando não havia ainda a CPMF, a fonte Cofins representava 40,5% dos recursos. No momento em que o MS passou a contar com a CPMF, menor volume de recursos da Cofins foram transferidos para a saúde (-53% em 1997). A evolução da participação dessas fontes no financiamento federal da saúde indica uma certa instabilidade, não estando claramente definido qual é sua principal base de sustentação (Tabela 6).

Além disso, não é de menor importância o fato de as contribuições terem diminuído sua presença no financiamento em quase 8 pontos percentuais. Como é sabido, parte da arrecadação da Cofins e da Contribuição sobre o Lucro tem sido crescentemente

transferida para a Previdência Social. Essa realidade torna o financiamento da saúde em nível federal ainda mais incerto e dependente das demais fontes de financiamento.

**Tabela 6 – Ministério da Saúde - Distribuição das fontes de financiamento (1996-1999)
Em porcentagem**

Fontes	1996	1997	1998	1999
Recursos Ordinários	-	0,7	9,3	14,6
C E P para Rec. De concessões/perm.	0,4	0,9	-	3,3
Títulos Tesouro	3,4	3	0,5	0
Oper. Crédito Inter. – Moeda	8,4	-	-	-
Oper. Crédito Extér. – Moeda	0,8	0,5	1,1	0,6
Dpvat	2,1	2,1	2,5	3
Contribuições Sociais	64,5	70,7	66,8	62,9
Contrib. S/Lucro Pessoa Jurídica	21,1	24,1	7,7	12,9
Cofins	40,5	15,4	23,7	26,8
CPMF – 80%	-	31,2	35,3	23,2
Contrib. Plano Seg. Social Servidor	2,9	-	0,1	-
Doações Intern. Contrap.	0,3	0,1	-	-
Fundo de Estabilização Fiscal	15,3	19,1	10,4	11,8
Receitas De Restos A Pagar	2	0,3	-	-
Rec. Darf Sem Transf. Finn	2,7	2,5	2,5	-
Recursos Diret. Arrecadados	0,1	0,1	-	-
Trtn – Refinanciamento	-	-	0,3	0,5
Trtn – Outras Aplicações	-	-	0,2	0,3
Contrapartida Nacional	-	-	0,1	0,2
Dívida amortizada pela STN	-	-	6,3	-
Rendas do FNS-SVS	-	-	-	0,1
Receitas de Restos a Pagar	-	-	-	2,7
Total de Receitas	100	100	100	100

Fonte: MS/ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/ Coord. Geral de Orçamento e Finanças

1.4 Perspectivas do financiamento com a Emenda Constitucional 29.

A Emenda Constitucional 29 define que os estados e municípios devem aplicar em saúde 12% e 15%, respectivamente, das receitas resultantes de impostos e transferências

constitucionais. Se em 2000, os estados e municípios não estiverem aplicando esses níveis de gasto, deverão alocar, pelo menos, 7% dessas receitas, sendo que o percentual crescerá anualmente até atingir, para os estados, 12% em 2004 e, para os municípios 15%. Quanto à União, fica definido: para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Não fica explícita, contudo, a origem dos recursos do aporte federal.

Segundo estudo recente do CEPAM/SP, os municípios paulistas já aplicavam, em 1997, (16,2%), percentual superior ao exigido na EC 29. Essa realidade não é restrita aos municípios paulistas. De acordo com o Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde – SIOPS, em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde junto a 1500 municípios, em 1998, o percentual destinado à saúde foi de 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Isso demonstra que, para os municípios, a vinculação de recursos não alterará o quadro do financiamento da saúde.

No caso dos estados, considerando que sua maioria vem destinando 6% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais para a saúde, de fato a EC 29 ampliou sua participação. Já em relação ao aporte do governo federal, a Emenda é omissa em relação às contribuições da Seguridade Social (Cofins e Contribuição sobre o lucro líquido – CSL), desconsiderando a atual disputa por seus recursos criada pela situação da Previdência Social⁵. Isso, tal como dito anteriormente, pode tornar o gasto em saúde realizado com recursos federais mais dependente do Tesouro Nacional e de negociações junto à esfera econômica federal.

Na hipótese da EC 29 ser estritamente aplicada, espera-se que, em 2001, o gasto público em saúde atinja R\$ 40,4 bilhões. Destes, R\$ 22,2 bilhões corresponderiam à esfera federal, R\$ 7,7 bilhões aos governos estaduais e R\$ 10,5 bilhões aos municípios⁶.

⁵ Para maiores detalhes sobre a trajetória do financiamento da saúde e seu conflito com as demais áreas do Orçamento da Seguridade Social, especialmente a previdência, ver MARQUES e MENDES (1999).

⁶ Para o gasto federal de 2000, considerou-se o orçamento empenhado em 1999 acrescido de 5%; para 2001, 4% de crescimento do PIB nominal. Para o gasto estadual de 2000, considerou-se constante a taxa de crescimento da

2. Financiamento e Gasto Privado

O mercado de serviços privados de saúde é composto por quatro segmentos: a) beneficente filantrópico – dirigido a clientela abertas e fechadas. Nele destacam-se as Santas Casas de Misericórdia, que em boa parte é vinculada ao SUS através de convênios de prestação de serviços; b) privado – contratado pelo SUS para atender uma clientela indiferenciada; constitui-se de: clínicas ambulatoriais e de exames complementares para diagnóstico, e hospitais lucrativos e filantrópicos; c) assistência médica concedida pelas empresas que, por meio de distintas modalidades, atendem clientela específicas do mercado formal de trabalho; d) assistência médica paga pelas famílias onde essas voluntariamente compram os serviços diretamente dos prestadores ou acabam estabelecendo contratos por meio de planos e seguros de saúde.

Esses dois últimos segmentos, à exceção de uma parcela da rede hospitalar, não mantêm qualquer tipo de vínculo com o SUS. Essa tendência predomina na sua fração mais expressiva, isto é, aquela representada pelo Sistema de Assistência Médica Suplementar.

Os serviços privados de saúde constituem uma forma de “assistência médica suplementar”. Estimativas de 1996, indicam que seus serviços atendem a 27% da população (42,3 milhões de beneficiários), movimentando R\$ 16,3 bilhões a preços de dezembro de 1999 (US\$ 14,8 bilhões) anuais. Dispõem de aproximadamente 358 mil leitos em 4.300 hospitais e 120 mil médicos (ABRANGE, 2000).

receita disponível e adotou-se, para o gasto em saúde, uma participação de 7%. Para 2001, o percentual adotado foi de 8%, conforme a EC 29. Já para o gasto municipal, como há evidências que essa esfera de governo contribui com 15% de sua receita disponível, adotou-se como base um dispêndio constante - 9% superior a 1996. Embora essa projeção possa ser considerada conservadora, aumenta, em termos relativos, a participação dos municípios no total do gasto público em saúde de 27,8% para 28,17%.

2.1 - Perfil do Gasto das Empresas do Sistema de Assistência Médica Suplementar

Segundo a Constituição de 1988, no artigo 199, parágrafo 1º, o sistema de assistência médica suplementar deveria ser denominado “sistema complementar”. Esse sistema concentra as principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica, sendo, basicamente: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguro saúde⁷ (Tabela 7).

Tabela 7 - Planos e Seguros Privados de Saúde - Distribuição das Empresas por Tipo e Número de Associados – Brasil – 1996.

Tipo	N.o de Empresas	N.o de Segurados/ Assoc	%
Medicina de Grupo (2)	670	17,3 milhões	40,9%
Coop. Médicas UNIMED (3)	320	10,0 milhões	23,6%
Auto Gestão	150	9,0 milhões	21,3%
Seguros de Saúde (1)	40	6,0 milhões	14,2%
Total	1.180	42,3 milhões	100,0%

Fonte: Golden Cross in: Banco Hoje, julho de 1997. (*) Estimativas dezembro/1996 (1)

⁷ *Medicina de grupo* é constituída por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, trabalhando com diferentes planos; *Cooperativas Médicas* operam segundo o sistema universal de cooperativas de autônomos, em que os médicos cooperados participam através do sistema de cotas, cabendo à cooperativa a comercialização dos planos individuais e coletivos de saúde. A Unimed é a entidade mais representativa. *Autogestão (planos próprios das empresas)* opera através de um fundo constituído pelas contribuições compulsórias dos trabalhadores e pelos recursos de cada empresa patrocinadora (privada ou estatais), trabalhando com serviços de terceiros, ressarcindo as despesas realizadas. Suas entidades são a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE e o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS. *Seguros de saúde* são financiados através de um fundo coletivo constituído pelo pagamento em parcelas mensais do valor do prêmio contratado entre as partes. Operam no sistema de reembolso de despesas. Sua entidade é a Federação das Empresas de Seguros Privados e Capitalização – FENASEG.

O setor privado utiliza as seguintes formas de financiamento: pré-pagamento, seguro saúde e contribuição compulsória. As duas primeiras implicam um valor atuarial individualmente pago, vinculado a uma série de serviços potenciais, e a última assemelha-se a um sistema de repartição simples.

A regulamentação legal desse setor é praticamente recente. A nova Lei de Planos e Seguros de Saúde - n.º 9.656/98, de 3 de junho de 1998, foi regulamentada pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar) e estabelecida pela Susep (Superintendência de Seguros Privados), introduzindo mudanças significativas nas empresas de medicina de grupo. Elas deverão dar garantia de equilíbrio econômico-financeiro, por meio de imóveis ou seguros, para poderem continuar operando. Em novembro de 1999 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja responsabilidade é regulamentar todas as questões operacionais e financeiras dos planos e seguros privados de saúde.

A partir de dezembro de 1999, para efeito da fiscalização da ANS, todas as empresas de planos e de seguros de saúde estão obrigadas a oferecer um plano de referência que contemple a cobertura ambulatorial (consultas e exames), hospitalar, obstétrica e odontológica. Os clientes antigos com coberturas menores poderão ter a possibilidade de se transferirem para outro plano mais completo, pagando a eventual diferença de preços que exista entre os produtos. Já há evidências positivas dessa Agência, uma vez que vem coibindo abusos nos aumentos de contribuições e limitações à utilização dos serviços (DAIN, 2000).

2.1.1. Dimensões dos Serviços Privados: Cobertura, Faturamento e Distribuição regional

Em 1996, o setor privado supletivo atendia aproximadamente 42,3 milhões de usuários. No período 1987/1996, apresentou um crescimento de 73,4 % no número de usuários (Ver Tabela 8). O segmento que melhor desempenho apresentou nesse período foi o Seguro de Saúde, com uma expansão de 757,1%, seguindo-se as Cooperativas Médicas (177,8%). Os desempenhos mais fracos ficaram por conta das modalidades de Autogestão e de Medicina de Grupo, mas ainda assim apresentaram evolução positiva de 80,0% e 14,6%, respectivamente.

Tabela 8 - Evolução dos Usuários da Sistema de Assistência Médica Suplementar, Brasil, 1987 a 1996 (em milhões de usuários) 1987 = 100

Mod.	1987		1989		1991		1992		1994		1996	
	U	%	U	%	U	%	U	%	U	%	U	%
MG	15,1	100	15,0	-0,7	13,5	-10,6	15,0	-0,7	16,0	6,0	17,3	14,6
CM	3,6	100	7,3	102,8	8,0	122,2	8,0	122,2	8,5	136,1	10,0	177,8
AG	5,0	100	7,9	58,0	5,7	14,0	6,5	30,0	8,0	60,0	9,0	80,0
SS	0,7	100	0,9	28,6	1,2	71,4	2,5	257,1	5,0	614,3	6,0	757,1
Total	24,4	100	31,1	27,5	28,4	16,4	32,0	31,1	37,5	53,7	42,3	73,4

Mod: Modalidade; U: Usuários;MG: Medicina em Grupo; CM: Cooperativas Médicas; AG: Autogestão; SS: Seguro Saúde

Fonte: Terrin & Crosby (1987-1994);Golden Cross in: Banco Hoje, julho de 1997, para dados de 1996.

Ainda, as tabelas 9 e 10, a seguir, apresentam o rápido crescimento do setor privado autônomo em relação ao faturamento e cobertura, principalmente no período 1987 a 1996. Observa-se que o aumento do faturamento foi muito superior ao da população coberta. Conseqüentemente, o gasto por beneficiário dos sistemas privados elevou-se significativamente, passando de R\$ 218,44 para R\$ 386,05 entre 1987 e 1996, respectivamente. Entre 1987 e 1996, o crescimento da clientela foi de 73,4% e do faturamento de 206,9%. Em 1987, 20% da população brasileira estava coberta pelos serviços privados; em 1996, 26,8%, na maioria junto à medicina de grupo, ainda que venha declinando no período.

Tabela 9 - Distribuição da Cobertura e do Faturamento Estimado do Sistema de Assistência Médica Suplementar - Brasil - 1987, 1994 e 1996

Modalidades	1987	1994	1996	D (%)
	Faturamento(R\$ bilhões Dez/99)			
Med. De Grupo	2,88	3,63	4,08	41,9
Coop.Médicas	1,01	2,39	3,86	283,6
Autogestão	1,21	2,74	5,08	320,1
Seguro Saúde	0,23	1,07	3,31	1.338,5
Total	5,33	9,83	16,33	206,9
População Coberta (milhões)				
Med. De Grupo	15,1	16,0	17,3	14,6
Coop.Médicas	3,6	8,5	10,0	177,8
Autogestão	5,0	8,0	9,0(2)	80,0
Seguro Saúde	0,7	5,0	6,0	757,1
Total	24,40	37,50	42,30	73,4
% da População Total				
Med. De Grupo	12,40	10,70	11,00	-11,3
Coop.Médicas	3,00	5,70	6,30	110,0
Autogestão	4,00	5,30	5,70	42,5
Seguro Saúde	0,60	3,30	3,80	533,3
Total	20,00	25,00	26,80	34,0

(1) População total de 157,1 milhões de Habitantes, projetada para 1996 pelo IBGE

Fonte: Almeida (1998)

Tabela 10 - Distribuição percentual da Cobertura e do Faturamento Estimado do Sistema de Assistência Médica Suplementar. Brasil: 1987, 1994 e 1996

Modalidades	Faturamento			População Coberta		
	1987	1994	1996	1987	1994	1996
Med. de Grupo	54,1	36,9	25,0	61,9	42,7	33,7
Coop.Médicas	18,9	24,4	23,6	14,8	22,7	19,5
Autogestão	22,7	27,9	31,1	20,5	21,3	17,5
Seguro Saúde	4,3	10,9	20,3	2,9	13,3	11,7
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria

O crescimento do setor privado autônomo foi diferenciado segundo suas modalidades. O maior crescimento – tanto em termos de clientela como de faturamento –, foi registrado nos planos de Seguro Saúde, seguidos das cooperativas médicas e dos planos de auto-gestão das empresas. A maior clientela, contudo, ainda se concentra nos planos das empresas de medicina de grupo (Tabelas 9 e 10). Concorreu para o crescimento significativo dos planos de seguro saúde o fato de várias empresas de medicina de grupo terem se transformado em seguro saúde. Isto porque poderiam obter cláusulas contratuais mais flexíveis e vantajosas, diante do forte crescimento de contestações judiciais de não cobertura dos planos de medicina de grupo (MARQUES, 1999).

No que diz respeito ao preço médio anual dos planos de saúde privados, pode-se afirmar que, em 1996, os mais elevados corresponderam à modalidade de auto-gestão das empresas – Abraspe (R\$ 654,00 por ano), seguindo-se os planos das seguradoras (R\$ 650,00) (Tabela 11). Os sistemas de medicina de grupo e as cooperativas médicas apresentam em média custos mais baixos (R\$ 208,00 e R\$ 280,00). Pode-se dizer, em termos gerais, no entanto, que esses custos são bem superiores àqueles do setor público.

**Tabela 11 - Sistema de Assistência Médica Suplementar. Brasil –
Dados Financeiros, por tipo de modalidade -1996***

Tipo	Receita anual	Preço médio anual	Custo médio anual
	(R\$ bilhões)	(R\$)	R(\$)
Med.de Grupo	4,5	260,00	208,00
Coop.Médicas UNIMED	3,5	350,00	280,00
Auto Gestão			
Abraspe	2,6	654,00	588,60
CIEFAS	2,5	498,00	448,20
Seguro Saúde	3,0	650,00	487,50
Total	16,1	392,0	323,90

Fonte: Golden Cross in: Banco Hoje, julho de 1997

Quanto à distribuição dos usuários do sistema de assistência médica suplementar, verifica-se que 58% é residente em Estado de São Paulo, 17% no Rio de Janeiro e 9% Rio Grande do Sul, representando 29%, 22% e 16% da população total de cada estado, respectivamente. (ALMEIDA, 1998). A população beneficiada refere-se aos trabalhadores de médias e grandes empresas.

A distribuição geográfica da modalidade medicina de grupo ocorre de acordo com o porte de suas empresas, isto é: a) somente um pequeno número das grandes empresas concentra-se nas capitais de São Paulo e Rio de Janeiro; b) as médias empresas localizam-se mais em outros estados, porém há forte concentração no interior do estado de São Paulo, tais como Campinas, Jundiaí e Ribeirão Preto; c). as empresas intermediárias (entre 10 e 50 mil usuários) encontram-se, principalmente, em municípios de médio porte do Interior, incluindo, as vezes, capitais; d) as menores empresas (menor de 10 mil) atuam no interior ou são recentes nas capitais (DAIN, 2000).

Em síntese, os dados apresentados revelam que o setor privado tem crescido nos últimos anos, talvez prenunciando um novo período de capitalização. Nessa perspectiva, destacam-se as novas

bases de financiamento do setor privado de saúde, que rompem com o padrão anterior, isto é, o da dependência do setor privado das transferências diretas do Estado, substituindo-o por um outro, mais complexo, em que a nova articulação na relação Estado/setor privado se dá através de mecanismos de renúncia fiscal.

2.1.1. Relacionamento entre os Serviços Privados e o SUS

Enquanto a rede privada está concentrada nos serviços hospitalares e especializados, a rede pública atua principalmente nas ações e serviços de atenção básica e de emergência. Calcula-se que nas regiões sul e nordeste os serviços de clínicas privadas são vinculadas ao SUS, enquanto nas regiões sudeste e centro-oeste ocorre uma relação maior dessas com o setor suplementar. Quanto aos serviços hospitalares, a maioria da rede privada possui uma relação contratual com o SUS (DAIN, 2000).

Pode-se afirmar que, da mesma forma que o SUS é importante para o financiamento da oferta de serviços privados, esses são fundamentais para a operacionalização do SUS. Essa superposição de usuários - entre o SUS e o sistema de assistência médica suplementar - resulta em maior disponibilidade de leitos para o setor privado, de um lado, e de outro, do atendimento de pacientes desse sistema pelo SUS, evidenciando, assim, a necessidade de ressarcimento dos gastos realizados pelo próprio SUS. A partir de outubro de 1999, por efeito da regulamentação da Lei de Planos e Seguros Privados de Saúde n.º 9.656/98, iniciou-se o processo de cobrança dos planos de saúde através do ressarcimento dos custos de atendimento de pacientes associados e internados em hospitais da rede SUS. Esse ressarcimento é cobrado conforme os procedimentos estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep), aprovada pela ANS, resolução n.º 17/2000.

2.1.2. Renúncia Fiscal nos Serviços Privados de Saúde

Para se ter uma visão abrangente e integrada do financiamento público da saúde deve-se analisar as formas de renúncia de arrecadação dos planos e seguros privados que, tem recebido um crescente estímulo. Sabe-se que o setor público não dispõe de um sistema de controle sobre a renúncia fiscal. Os dados da Secretaria da Receita Federal permitem somente se ter uma idéia

dos benefícios fiscais no âmbito do IRPJ ou do IRPF. Em relação ao IRPJ, as estimativas registram que a dedução com o pagamento de assistência média para seus empregados está praticamente estável, passando de R\$ 2, 4 milhões, em 1996, para, R\$ 2,2 milhões, em 1998.

Os serviços privados de saúde são tributados pelos governos municipais em ISS e pelo governo federal em Cofins, PIS/PASEP, IRPJ, CSLL, IRPF, IRRF, contribuição de empregados e empregadores ao INSS, IOF e Taxa de Saúde Suplementar. Estão isentas do IRPJ e CSLL as instituições que prestem serviços de caráter complementar ao Estado, de caráter filantrópico e as associações civis, sem fins lucrativos. Também as sociedades cooperativas que atenderem ao disposto na legislação específica não terão incidência do IRPJ e CSLL. Particularmente, no caso das cooperativas que prestam serviço de saúde (na maior parte Unimed), não incidem o ISS, Cofins, PIS/PASEP, IRPJ E CSLL. E, no caso das entidades filantrópicas de saúde têm isenção tributária do ISS, Cofins, PIS/PASEP, IRPJ e CSLL.

As empresas não são obrigadas a recolher INSS quando contratam entidades médicas. O mesmo ocorre quando contratam os serviços de um seguro saúde, pois esse alega que está apenas reembolsando as empresas, mediante as contratações do contrato/apólice, das despesas incorridas com o prestador do serviço médico. Também não recolhem as administradoras de planos de saúde da Medicina de Grupo por contratarem serviços de sociedade civis de médicos. Por fim, vale mencionar que os hospitais filantrópicos que possuam um plano de saúde privado, dada a sua natureza jurídica, são isentos da contribuição ao INSS.

- **Dedução dos Gastos com Saúde no Imposto de Renda**

O sistema brasileiro de renúncia fiscal favorece as pessoas que têm imposto a pagar e os grupos de maior renda que são subsidiados ao comprarem serviços privados de saúde. No país, deixa-se de lado a equidade horizontal, permitindo discriminar entre situações individuais para o mesmo nível de renda, em função das diferenças de gasto em saúde. A redução da base de cálculo do Imposto de Renda, através do abatimento das despesas médicas, procura amenizar a carga impositiva daqueles que têm a necessidade

de incorrer em maior dispêndio com assistência médica. No ano de 1998, as deduções com despesas médicas por faixa de alíquota foram assim constituídas: a) R\$ 327, 4 milhões junto à faixa de isentos (138.496 declarantes); b) R\$ 1,4 bilhão na faixa de 15% (962.136 declarantes); c) R\$ 6,0 bilhões na faixa de 25% (1.711.276 declarantes) (DAIN, 2000).

Como mencionado anteriormente, para o ano de 1996, o faturamento estimado do sistema de assistência médica suplementar foi de R\$ 16, 3 bilhões, a preços de dezembro de 1999 (Ver Tabela 9). Assim, diante da legislação existente, todo este montante poderia ser utilizado para abatimento do imposto de renda. A isso poderia ser acrescentado o total das despesas pagas diretamente pelos usuários – pessoas jurídicas ou físicas - aos prestadores dos serviços privados de saúde, para os quais não existem informações. Segundo dados da Secretaria da Receita Federal, 34,7 mil empresas efetuaram deduções sobre o lucro real na declaração de 1997 (ano-base 1996), perfazendo um total de R\$ 3,2 bilhões, configurando uma renúncia fiscal de R\$ 800 milhões no IRPJ (alíquota 25%). No tocante às pessoas físicas: na alíquota 15%, 2,2 milhões de contribuintes deduziram, em 1997, R\$ 1,1 bilhões, correspondendo a uma renúncia fiscal de R\$ 168 milhões no IRPF; na alíquota 25%, 1,6 milhões de contribuintes deduziram R\$ 2,9 bilhões, representando outros R\$ 726 milhões de renúncia fiscal no IRPF. Em síntese, as estimativas apontam que, na declaração do IRPJ e IRPF de 1997 (ano-base 1996), as deduções referentes às despesas com saúde totalizaram aproximadamente R\$ 7 bilhões, representando R\$ 2 bilhões de renúncia fiscal (ALMEIDA, 1998).

2.2 - Perfil do Gasto das Famílias

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE, o gasto médio mensal das famílias com assistência à saúde, em 1996, foi da ordem de 0,81 salário mínimo, sendo 99,24 salários mínimos ao ano, perfazendo um total de 11,1 mil reais de dezembro de 1999⁸. Isso significa que o gasto médio familiar com saúde cresceu 7,0% entre 1987 e 1996. As áreas de pesquisa da POF circunscrevem-se apenas a 9 regiões metropolitanas e 2 capitais, distribuídas por região do país. Dentre elas, como era de se esperar, os maiores dispêndios familiares com saúde foram em São Paulo, Curitiba e

⁸ Em 1996, o salário mínimo era de R\$ 112,00.

Brasília – DF. Em 1996, esses gastos médios mensais representaram, respectivamente, 0,98, 0,97 e 0,91 salário mínimo.

A POF indica que, entre 1988 e 1996, o cidadão brasileiro aumentou seus gastos com planos de saúde, particularmente em seguro-saúde. Em 1988 esse gasto representava 11,92% do total da despesa média mensal com saúde das famílias; em 1996, 29,02%. Ao mesmo tempo, a maioria dos outros gastos com saúde foi reduzida, tais como: tratamento e produtos dentários; remédios (ainda que concentre a maior parte do gasto familiar); profissionais de saúde; tratamento e produtos oftalmológicos, etc. (Tabela 12)

Tabela 12 - Composição % do Gasto Médio Mensal em Assistência à Saúde - Total das áreas, POF - 1987/88 e 1995/96

Tipo de Gasto	1988	1996
Tratamento e produtos dentários	20,09	16,74
Exames	4,23	1,75
Hospitalização	3,63	2,41
Material Médico	0,55	0,53
Tratamento e produtos oftalmológicos	5,45	2,74
Outros produtos farmacêuticos	-	0,10
Outros	3,33	8,37
Produtos de Puericultura	-	0,13
Profissionais de Saúde	17,00	7,98
Remédios	33,79	30,22
Seguro Saúde	11,92	29,02

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares

Entre 1988 e 1996, a composição do gasto médio mensal em assistência à saúde, apresentado por tipo de despesa, não é homogêneo por classes de recebimento mensal familiar. Por exemplo, a despesa classificada com remédios é maior na medida em que a classe de recebimento mensal é menor. Em 1996, até a classe de rendimento 2, as famílias direcionam 51,4% do gasto com assistência à saúde para a aquisições de remédios; quando a classe é “mais de 5 a 6”, essa participação cai para 50,8%; as “mais de 10 e

15” 33,9% e; as “mais de 30”, 19,1%. Isso indica a iniquidade do gasto médio familiar com saúde no país (Tabela 13).

Tabela 13 - Composição Percentual do Gasto Médio Mensal em Assistência à Saúde -Total das Classes de recebimento mensal familiar, POF - 1987/88 e 1995/96 (em porcentagem)

Tipo de despesa	Classes de recebimento mensal familiar							
	Até 2		> de 5 a 6		> 10 a 15		> de 30	
	1988	1996	1988	1996	1988	1996	1988	1996
Tratam.prod. dentários	8,5	3,8	13,2	11,1	20,5	14,5	20,7	21,0
Exames	2,4	1,3	3,0	2,3	5,2	1,3	4,5	2,0
Hospitalização	1,9	5,0	1,9	0,2	2,2	1,3	4,9	3,3
Material Médico	0,0	0,3	1,0	0,8	0,4	0,9	0,6	0,3
Tratam.prod.oftalmológicos	5,8	1,3	7,0	1,7	5,4	3,2	5,2	3,1
Out.produtos farmacêuticos	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1
Outros	0,5	8,0	0,8	7,2	2,2	9,6	2,5	6,8
Produtos de Puericultura	0,0	0,4	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0
Profissionais de Saúde	7,7	17,4	8,7	2,1	10,4	5,5	23,2	12,3
Remédios	70,7	51,4	57,9	50,8	44,3	33,9	20,7	19,1
Seguro Saúde	2,4	10,9	6,3	23,3	9,4	29,3	17,6	32,0

Fonte: POF's de 1987/88 e de 1995/96 do IBGE.

2.3 - Problemas para a consolidação do Gasto Privado

As fontes de informação disponíveis sobre o denominado gasto privado não permitem a realização de um resultado consolidado sem que se incorra em um estimativa. Isso porque, do ponto de vista do gasto familiar, a POF do IBGE apenas coleta dados de uma amostra de famílias residentes nas Regiões Metropolitanas e nas capitais de Brasília e Goiânia, dificultando uma expansão dos resultados para o restante do país. Ademais, essa pesquisa também

capta o gasto familiar com seguros de saúde, os quais integram os dados de faturamento dos planos e seguros privados de saúde apresentados, anteriormente, como gasto do sistema de assistência médica suplementar. A consolidação do gasto privado - incluindo famílias e empresas - deveria poder eliminar a dupla contagem, o que conforme indicado, torna-se difícil. Ainda, cabe mencionar que as informações disponíveis sobre o sistema de assistência médica suplementar não são homogêneas pois na maior parte das vezes são produzidas pelas próprias empresas, por suas entidades representativas ou por firmas privadas de consultoria. Sendo assim, as análises possíveis de serem elaboradas do gasto privado permitem, quando, muito algumas tendências, e não afirmações conclusivas.

3. Gasto Nacional com Saúde (Público e Privado)

Para se ter uma dimensão do gasto nacional faz-se necessário agregar os dados do setor público e do setor privado na provisão dos serviços de saúde. De acordo com os dados consolidados neste trabalho, o gasto nacional com saúde estimado, em 1996, foi da ordem de 55,4 bilhões reais de dezembro de 1999, correspondendo a um *per capita* de R\$ 352,59 e 5,1 em relação ao PIB (Tabela 14). Esse gasto conta com ampla participação do setor público (62,6), o que sozinho perfaz um gasto de 3,2 do PIB. A assistência médica suplementar participa com 29,4 do gasto sanitário total, representando 1,5 do PIB⁹.

⁹ Para se ter um parâmetro de comparação desse gasto nacional com saúde apurado, os dados apresentados pelo Conselho Nacional de Saúde para 1995, podem contribuir: nesse ano as estimativas registravam um gasto total de R\$ 31,1 bilhões, tendo uma participação do setor público de R\$ 18,8 bilhões (60,1%); do sistema de assistência médica suplementar de 10,0 bilhões (31,9%); do privado de 2,5 bilhões (8,0%) (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997).

Tabela 14 – Gasto Nacional com Saúde Estimado – 1996

Item de Gasto	Valor Em R\$ 1.000 de dez/1999	%	PIB
Público	34.642.204 (1)	62,6	3,2
Assist. Médica Suplementar	16.330.000 (2)	29,4	1,5
Privado	4.410.741(3)	8,0	0,4
Total	55.382.945	100,0	5,1

Fonte: elaboração própria. (1) Extraído da Tabela 1; (2) Extraído da Tabela 9, total do faturamento das empresas; e (3) Dados da Secretaria da Receita Federal referentes às despesas médicas declaradas para dedução do IRPF (ano-base 1996), corrigidos a preços de dezembro de 1999 (Ver Almeida, 1998).

É importante que se esclareça a metodologia de cálculo do gasto nacional com saúde aqui estimado, bem como de suas limitações. O gasto do setor público diz respeito a consolidação dos dispêndios das esferas de governo federal, estadual e municipal. Esse gasto é contabilizado com base na origem dos recursos, onde as transferências intergovernamentais e os pagamentos dos serviços pela rede própria estadual e municipal são registrados como dispêndios da instância transferidora. A metodologia adotada é a utilizada pelo Ipea para identificar e apropriar as transferências intergovernamentais, uma vez que se considera que essa alternativa seja mais adequada para medir o esforço tributário próprio de cada esfera de governo no financiamento do SUS. O gasto da “assistência médica suplementar” refere-se ao total do faturamento das modalidades medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão e seguro saúde. Como mencionado anteriormente, admite-se o caráter heterogêneo das diversas fontes. Já no caso do gasto “privado”, o procedimento foi mais complexo. O gasto foi apurado com base nas informações da Secretaria da Receita Federal que apresenta as deduções com as despesas de saúde efetuadas na declaração do Imposto de Renda de Pessoas Físicas para 1997, uma vez que não foi possível sua obtenção para 1996.. Para uma aproximação desse gasto privado, optou-se por não utilizar as despesas declaradas para a dedução de Pessoas Jurídicas e nem o gasto familiar com seguros de saúde (POF/ IBGE), pois ambos integram os dados de

faturamento do sistema de assistência médica suplementar. O cálculo utilizado tenta eliminar a possibilidade de dupla contagem.

Pelo quadro apresentado, verifica-se que as dificuldades para controle do gasto nacional com saúde devem ser eliminadas assim que seja dado ênfase a um projeto de construção de base de dados sistematizada, principalmente, no âmbito do gasto privado. De qualquer forma, pode-se dizer que o gasto com saúde em 1996 (R\$ 352,59 *per capita*) é ainda pequeno, quando comparado ao dos países centrais e América Latina¹⁰, e conta com uma participação relativamente importante do sistema de assistência médica suplementar, sendo complementar ao esquema público de financiamento.

HEALTH CARE FINANCING SYSTEM IN BRAZIL

Abstract: *the main contribution of this article is to estimate – from the development of a specific methodology – the total health expenditure in Brazil. Thus, in the first part, dedicated to public expenditure, it is analysed the participation of the different levels of government in ‘Unified Health System’ – SUS – concerning health care financing; and the priorities, the financing strategy, the level of equity and the origin of the expenditure resources made by the Ministry of Health. In the second part, concerning private expenditure, it is analysed the supplementary medical care expenditure profile, its coverage, revenues, regional allocation of private services, its relationship with SUS, out-of-pocket expenditure and the indirect forms of private expenditure through public resources. Finally, in the third part, it is estimated the national health expenditure (SUS and supplementary medical care). The results indicate the predominance of the public expenditure and the increasing participation of the municipalities in health financing system.*

¹⁰ Para consulta do gasto com saúde nos diferentes países ver (BANCO MUNDIAL/ IDS, 1993).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO (ABRANGE). www.abrange.com.br. 2000.
- ALMEIDA, C. M. O mercado privado de Serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Ipea. Texto para Discussão, nº 599, 1998
- BANCO MUNDIAL/IDS. “A saúde no Brasil: um fórum de discussão”. Encontro realizado em São Paulo, em outubro de 1993.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. “Algumas questões na implementação do novo modelo gerencial para o SUS”. Brasília. fevereiro de 1997.
- DAIN, S. Tese ao concurso para professor titular no Departamento de Planejamento e Administração em saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ, 2000
- MARQUES, R. M. “O financiamento do sistema público de saúde brasileiro” Cepal. Serie Financiamiento del desarrollo, nº 82, Santiago do Chile, agosto de 1999.
- MARQUES, R. M. e MENDES, A. . “Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira”. Trabalho apresentado no V Encontro de Economia da Saúde. Abres – Associação Brasileira de Economia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, novembro de 1999
- PIOLA, S. e BIASOTO JR, G. “Finanças e Dispêndios: Financiamento do SUS, Gasto Público e Base Tributária”, Ipea, mimeo, 2000.