

Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil

Hospital care financing in Brazil

Déa Mara Tarbes de Carvalho ¹

Abstract *This paper analyses the general characteristics of the healthcare financing in Brazil, together with major changes during the past decade in terms of the National Health System and the private supplementary component, discussing the specific characteristics of hospital care in both segments, emphasizing the former and considering aspects of their funding and regulation. This paper presents innovations in reimbursement schemes and contracts for hospital services, in addition to other factors that have prompted changes in delivery networks, ending with some brief remarks on managerial and regulatory initiatives related to the quest for sustainable healthcare financing*

Key words *Brazilian health system, Healthcare financing Hospital care financing*

Resumo *O presente artigo analisa as características gerais do financiamento do setor saúde no Brasil e as principais mudanças ocorridas na última década no âmbito do SUS e da assistência suplementar, abordando as especificidades da atenção médico-hospitalar nesses dois segmentos, com ênfase no primeiro, em relação ao financiamento e às normas que os regem. O artigo apresenta as inovações nas modalidades de remuneração/contratação dos serviços hospitalares e outros fatores que vêm induzindo mudanças no perfil da rede assistencial, e finaliza com breves considerações das iniciativas gerenciais e regulatórias relacionadas à sustentabilidade financeira do setor.*

Palavras-chave *Sistema de saúde no Brasil, Financiamento, Assistência médico-hospitalar*

¹ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Setor de Autarquias Sul, Quadra 1, Bloco N - Edifício Terra Brasília, salas 1406 a 1410. 70070-010. Brasília DF. deamara@gmail.com

Introdução

Segundo o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD, realizada pelo IBGE em 2003¹, dos 176 milhões de residentes estimados para aquele ano, **cerca de 12,3 milhões de pessoas tiveram uma ou mais internações hospitalares nos 12 meses que antecederam a entrevista, correspondendo a um coeficiente de internação hospitalar de 7,0 por 100 habitantes [...]. Considerando a última internação no ano, 67,6% foram financiadas pelo SUS** (Sistema Único de Saúde) **e 24,3% tiveram participação integral ou parcial do plano de saúde no seu financiamento**. Não foi levantado o quantitativo de hospitalizações pagas diretamente (do bolso) pelo usuário ou seus familiares, sendo possível supor que estejam contempladas nos 8,1% restantes. Sem dúvida, as informações aportadas pela PNAD traçam um cenário fidedigno e bastante atual da composição do financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil, na perspectiva da utilização desses serviços. É inquestionável a importância do financiamento público dos serviços de saúde no Brasil, onde mais de 30% da população vive em estado de pobreza (renda familiar mensal *per capita* de até meio salário mínimo), e os gastos das famílias com habitação, alimentação e transportes têm, em média, uma participação superior a 82% no total das suas despesas, não incluídos aí os gastos com saúde, equivalentes a 5,35% do total².

Assim é que os últimos vinte anos foram marcados pela luta dos profissionais da área, e de vários grupos políticos ligados ao setor, por mais recursos governamentais para a saúde. Piola & Biasoto³ destacaram três importantes iniciativas ocorridas no período, voltadas a garantir quantitativos razoáveis e fontes estáveis de financiamento. A primeira foi a inclusão em 1988, no Ato das Disposições Transitórias (ADCT) da Constituição Federal, no seu Artigo 55, de que 30% no mínimo do Orçamento da Seguridade Social seriam destinados ao setor saúde, até que as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO – do ano seguinte e subsequentes) estabelecessem a partilha mais adequada. Em 1993, com a cessação das transferências, originadas das contribuições sobre folha de salários, realizadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), em virtude do aumento da despesa previdenciária, a saúde voltou a disputar maiores percentuais de participação de outras fontes com as demais áreas de governo. A segunda foi a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), como

fonte vinculada ao setor, em 1996 (Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996). Dois anos depois, ela perdeu a sua exclusividade para a saúde, embora tenha sido prorrogada “após intensos debates legislativos”. Finalmente, a terceira foi a aprovação, em agosto de 2000, da Emenda Constitucional 29, que vinculou percentuais mínimos da receita das três esferas de governo às despesas setoriais, como será comentado adiante.

Ao longo dessa história, a atenção médico-hospitalar esteve sempre em evidência, simultaneamente como vilã, uma vez que é tida por muitos como maior responsável pelo aumento dos custos, e como vítima, na medida em que os valores de remuneração de serviços ficam geralmente aquém dos custos reais estimados pelos próprios prestadores. Por sua vez, florescendo à sombra dessas dificuldades, o sistema privado de planos e seguros de saúde se expandiu, **alimentado pela migração dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, subvencionados pelos empregadores**⁴. Neste artigo, serão abordados aspectos relativos a esses dois segmentos preponderantes no país, com ênfase no primeiro, no que se refere ao seu financiamento, às normas que os regem e à sua sustentabilidade, na perspectiva de gestores e de prestadores de serviços.

Financiamento global da saúde no Brasil

Dados da Organização Mundial da Saúde⁵ indicam que o Brasil vem se colocando, nos últimos cinco anos, entre os dez países do continente americano com maiores gastos com saúde em valores absolutos, calculados, para 2003, em US\$ 37,5 bilhões pela taxa média de câmbio ou US\$ 105,6 bilhões internacionais (convertidos em PPP - *purchasing power parity* ou “paridade de poder de compra”, unidade monetária hipotética que tem o mesmo poder aquisitivo que o equivalente em dólares americanos nos Estados Unidos, para uma mesma referência temporal). Aproximadamente 45% do gasto total seriam provenientes de fontes públicas e os 55% restantes de fontes privadas. Destes, quase dois terços (64,5%) teriam sido despendidos diretamente do bolso pelos usuários para pagamento de bens – aí incluídos medicamentos - e serviços de saúde. Gastos públicos, por sua vez, são aqueles realizados com receitas próprias das três esferas de governo, para o provimento gratuito destes bens e serviços de saúde à população. O Quadro 1 mostra a evolução destes gastos, tal como registrados no país, nos últimos dez anos.

Quadro 1. Despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo (1994 – 1996 e 2000 – 2003)
– Em R\$ nominais.

Anos	1994	1995	1996	2000	2001	2002	2003	2004	
Federal	Despesa (R\$ milhões)	21.479,0	25.472,0	21.485,0	20.351,0	22.474,0	24.737,0	27.181,0	32.703,5
	Despesa por hab (R\$)	139,72	163,47	136,79	119,86	130,37	141,65	153,67	182,60
	% do Total	60,7	63,8	53,4	59,7	56,2	52,9	50,7	50,1
	% do PIB	2,0	2,2	1,7	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9
Estadual	Despesa (R\$ milhões)	7.830,0	7.494,0	7.512,0	6.313,0	8.270,0	10.309,0	12.224,0	16.544,8
	Despesa por hab (R\$)	50,93	48,09	47,83	37,18	47,97	59,03	69,11	92,37
	% do Total	22,1	18,8	18,7	18,5	20,7	22,0	22,8	25,3
	% do PIB	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9
Municipal	Despesa (R\$ milhões)	6.092,0	6.959,0	11.253,0	7.404,0	9.269,0	11.759,0	14.219,0	16.055,0
	Despesa por hab (R\$)	39,63	44,66	71,64	44,14	54,43	68,17	81,39	89,64
	% do Total	17,2	17,4	28,0	21,7	23,2	25,1	26,5	24,6
	% do PIB	0,6	0,6	0,9	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9
Total	Despesa (R\$ milhões)	35.401,0	39.925,0	40.250,0	34.069,0	40.013,0	46.805,0	53.624,0	65.555,6
	Despesa por hab (R\$)	230,29	256,22	256,25	200,64	232,11	268,02	303,17	364,61
	% do Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	% do PIB	3,3	3,4	3,2	3,1	3,3	3,5	3,5	3,7

Fontes: 1994 a 1996 – IPEA / DISOC¹⁷. 2000 a 2003 – Departamento de Economia da Saúde/SCTIE / MS. 2004 – Dados estaduais – NT 49 de Ago 2006.

É importante atentar para o fato de que, além das metodologias, os conceitos utilizados para levantamento dessas informações nos três primeiros anos considerados (1994 – 1996) diferem bastante dos cinco últimos. Para o cálculo das despesas realizadas a partir do ano 2000, o Ministério da Saúde adotou o conceito de “ações e serviços públicos de saúde” expresso na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, de 08 de maio de 2003, que exclui desse universo todos os gastos relativos a pagamento de aposentadorias e pensões; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada); merenda escolar; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo); preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio

ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais; e ações de saneamento básico e de assistência social não motivadas diretamente por questões relativas à saúde.

Sem qualquer implicação legal, a Resolução CNS 322/2003 teve como finalidade uniformizar o entendimento sobre a matéria para efeito de aferimento do cumprimento da Emenda Constitucional 29 (EC 29) pelas três esferas de governo, até que fosse aprovada a Lei Complementar regulamentadora, ainda em tramitação no Congresso Nacional. Por força da EC 29, o mínimo a ser aplicado pelos estados em ações e serviços públicos de saúde é de 12% das suas receitas próprias e pelos municípios 15% das receitas próprias, com tolerância para o alcance progressivo des-

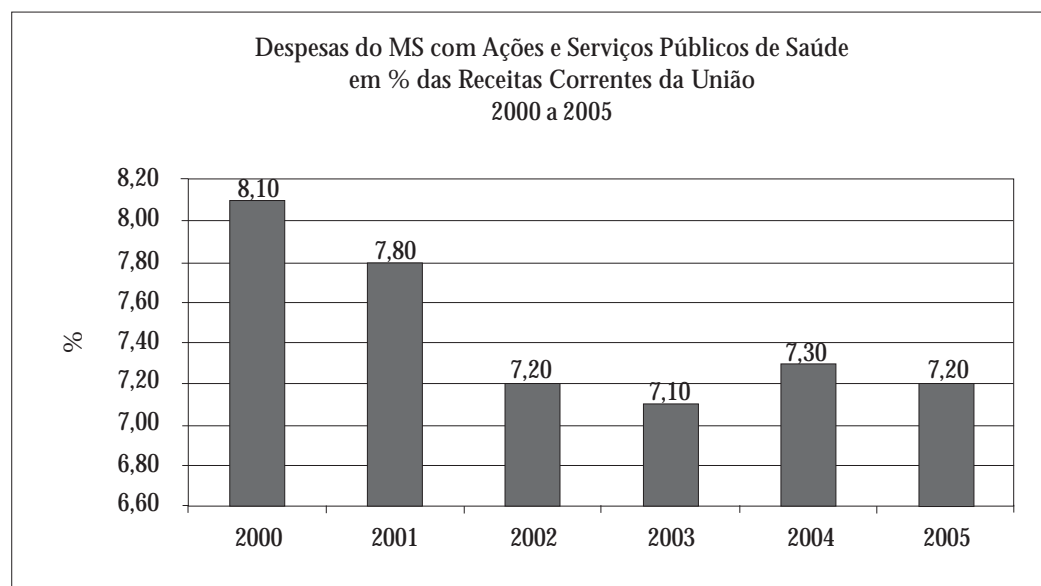
ses patamares do ano 2000 até o ano de 2004. Para a União, o limite mínimo de gastos foi estabelecido como o valor empenhado em 1999 acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, da variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB⁶. Como mostra o Gráfico 1, houve aumento do quantitativo total de recursos destinados ao setor, de 2000 a 2004, como consequência, principalmente, do incremento de inversões por parte de estados e municípios. Embora tenha sido observado certo crescimento em valores nominais também nos aportes federais, houve redução substancial da participação percentual da saúde nas receitas correntes da União (Gráfico 1).

Os recursos destinados às despesas do Ministério da Saúde com essas ações derivam majoritariamente de receitas de contribuições sociais, principalmente da Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e da Contribuição para o Financiamento Seguridade Social (COFINS). A execução orçamentária do MS, em 2004, mostrou uma participação relativa destas fontes de, respectivamente, 32,3%, 29,4% e 25,2%.

O Quadro 2 mostra a evolução das despesas do MS, nos últimos dez anos, com grandes categorias de gastos, merecendo destaque o incremento de 479% para medicamentos de dispensação em caráter excepcional, em valores corrigidos pelo IPCA de dezembro de 2004, tendo aumentado sua participação no gasto total com medicamentos (excepcionais, estratégicos e farmácia básica) de 14% em 1995 para 34% em 2004. As despesas com pessoal ativo sofreram uma redução bastante expressiva no período, de 19,4%, tendo sua participação no total reduzida de 20% para 11,6%, reduções essas previsíveis como consequência do processo de descentralização.

A atenção básica foi o segmento assistencial que teve maior aumento (134,5%), tendo sido de 33,7% o da atenção de média e alta complexidade, responsável pelo financiamento da maior parte da assistência hospitalar (as exceções são alguns hospitais federais com orçamento próprio, como o Sarah Kubtscheck e o Grupo Hospitalar Conceição). Enquanto o primeiro teve sua participação relativa no total de gastos incrementada de 10,8% para 18,3%, o segundo teve a sua reduzida de 50% para 48%, refletindo a determinação dos gestores no sentido da mudança de modelo.

Gráfico 1. Despesas do Ministério da Saúde em percentual das Receitas Correntes da União.



Fonte: Departamento de Economia da Saúde/SCTIE/MS.

Quadro 2. Evolução das Despesas do Ministério da Saúde, 1995 a 2004 – R\$ Milhões de Dezembro de 2004 - IPCA.

Tipo de Gasto	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1) Média e alta complexidade - MAC	11.819	11.797	13.685	12.501	13.568	14.447	15.017	14.358	14.817	15.807
Serviços produzidos (AIH/SIA)	10.583	9.159	9.509	6.901	8.271	6.304	5.631	6.104	5.870	1.290
Fundo a fundo	1.236	2.638	4.178	5.598	5.296	8.142	9.386	8.254	8.947	14.517
Gestão plena (ou semiplena)	1.093	2.515	3.892	5.329	5.011	7.632	8.792	7.714	8.392	13.691
Medicamentos excepcionais (1)	143	123	286	271	285	512	596	539	555	826
2) Atenção Básica	2.557	2.277	3.035	3.662	3.943	4.382	4.894	4.972	5.122	5.997
PAB Fixo	2.152	2.017	2.358	2.833	2.683	2.460	2.369	2.192	2.036	2.094
PAB Variável	405	260	677	829	1.259	1.922	2.525	2.780	3.086	3.903
Epidemiologia e controle de doenças	-	-	202	204	281	482	708	649	662	641
Farmácia básica	-	-	-	74	187	234	222	195	190	186
Ações básicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vigilância Sanitária	6	9	35	82	91	56	87	88	93	83
PACS/PSF	152	195	269	372	489	935	1.282	1.550	1.747	2.163
Bolsa Família, alimentação e comb. carências nutricionais	249	56	171	97	211	217	225	299	394	830
3) Medicamentos estratégicos (2)	875	407	953	864	1.262	1.178	1.136	1.349	1.275	1.418
4) Saneamento básico	125	60	152	235	304	227	1.587	670	109	471
5) Emendas parlamentares	0	123	341	408	535	546	823	516	548	753
6) Demais ações OCK	3.530	3.011	3.602	3.710	4.327	4.473	2.808	3.728	3.790	4.447
7) Pessoal ativo	4.726	4.160	4.092	3.702	3.777	3.749	3.478	3.498	3.590	3.810
Ações e Serviços de Saúde - Total	23.632	21.835	25.861	25.082	27.715	29.001	29.743	29.091	29.249	32.703

Fonte: Departamento de Economia da Saúde/SCTIE/MS, cálculo de deflação pelo - IPCA realizado pelo IPEA.

(1) Inclui os relacionados a procedimentos de alta complexidade/custo, como transplantes e câncer, p.ex.; (2) inclui os relacionados à hanseníase, TB e AIDS, entre outros.

Financiamento público da assistência médico-hospitalar

O perfil de gastos dentro da grande categoria da “atenção de média e alta complexidade” – MAC, que inclui despesas com assistência hospitalar e a média e alta complexidade ambulatorial, também sofreu alterações nos últimos dez anos. Em 1995, a assistência hos-

pitalar respondia por 65,42% destes gastos; em 2005 este percentual caiu para 43,83%. Em grande parte, isso pode ser atribuído às políticas implementadas - amparadas pela evolução de tecnologias e processos de trabalho - de substituição da hospitalização pela atenção ambulatorial, embora profissionais de algumas áreas façam referência aos suces-

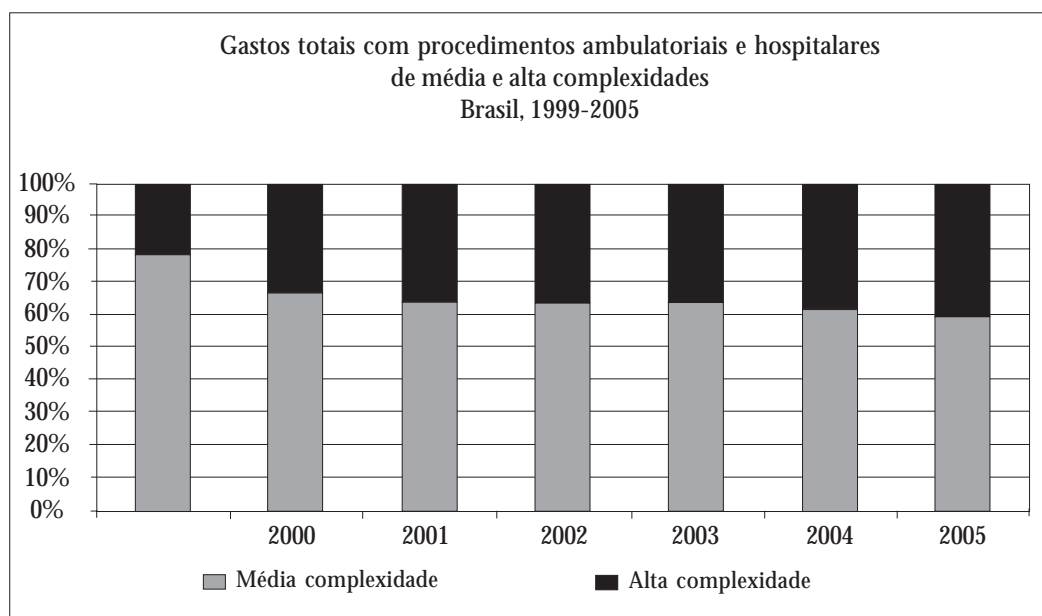
tos alcançados na redução de danos, resultantes da priorização e aumento de cobertura da atenção básica e de procedimentos preventivos.

Outra alteração digna de nota é a que diz respeito à distribuição desses recursos entre os procedimentos de média e de alta complexidade (Gráfico 2). Embora restrições próprias ao sistema de informações ambulatoriais só permitam a construção da série a partir de 1999, é fácil observar o aumento da participação daqueles de alta complexidade em relação aos demais (de 21,5% do total em 1999 para 41% em 2005). No que se refere aos gastos exclusivamente hospitalares, este crescimento foi de 13% para 22,4%. São muitas as possíveis explicações para este fato, podendo ser listadas entre elas a pressão da classe média brasileira pela oferta de serviços não cobertos por seus planos de saúde; os lobbies de empresas - fabricantes ou importadoras de equipamentos e insumos - e associações de especialistas que levam a aumentos diferenciados nos valores das tabelas; e a incorporação em ritmo crescente de novas (e caras) tecnologias. Nas palavras do Conselheiro Evilázio Teubner Ferreira, do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, “há

algumas décadas, os gastos com transplantes, hemodiálises, tratamento com prematuros e outros de grande complexidade não faziam parte da rotina da vida de pacientes nem das planilhas de gastos do setor como se vê hoje”⁷.

Contribui também para essa situação, a ausência de caracterização clara e de parametrização da atenção de média complexidade, definida pelos gestores como “tudo o que não está incluído na atenção básica e na alta complexidade”, como reflexo da pouca importância que lhe é dada. Os longos períodos de congelamento dos valores atribuídos a tais procedimentos nas tabelas de referência nacional e os reajustes insuficientes, quando ocorrem, têm levado ao seu subfinanciamento, demonstrado, por exemplo, em estudo realizado pela PLANISA, comparando os valores estabelecidos nas Tabelas de Procedimentos do SUS e seu custo real (*sic*), como no Quadro 3⁸. O resultado é o estrangulamento das ações aí compreendidas, com insuficiência de oferta em muitos municípios e estados da federação, que se vêem compelidos a complementar os valores de remuneração aos prestadores com recursos próprios.

Gráfico 2. Gastos com procedimentos assistenciais de média e alta complexidades.



Fonte: SIA e SIH SUS – DATASUS/MS. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

Quadro 3. Comparação entre custos dos procedimentos hospitalares e valores de remuneração da tabela do SIH/SUS (em R\$ 1,00) - 2002.

Procedimento	Custo	Tabela SIH/SUS	% Tabela/Custo
Transplante de fígado	15.609,21	51.899,46	332,49
Transplante renal - Receptor (Doador vivo)	5.533,75	14.828,17	267,96
Transplante de coração	11.842,43	22.242,48	187,82
Correção cirúrgica da cardiopatia congênita	3.751,19	4.813,35	128,32
Tratamento da AIDS	2.537,53	1.407,39	55,46
Apendicectomia	968,84	302,83	31,26
Colecistectomia	1.948,67	455,04	23,35
Crise hipertensiva	662,52	120,05	18,12

Fonte: Extraído de estudo da PLANISA (2002).

Vale lembrar que a Tabela de Procedimentos, utilizada como referência para a remuneração de serviços hospitalares prestados ao SUS, foi implantada no início da década de 80, como integrante do então denominado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS, que se caracterizava, segundo Levcovitz e Pereira⁹, **como um sistema de remuneração fixa por procedimento, baseado no conceito de valores médios globais atribuídos [...] aos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede de assistência hospitalar.** O valor financeiro estabelecido para cada procedimento foi calculado, na época, a partir de análise das contas apresentadas pelos hospitais durante seis meses, enquanto a tabela de procedimentos teve como base a Classificação Internacional de Procedimentos da Organização Mundial da Saúde. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o SAMHPS foi renomeado SIH – Sistema de Informações Hospitalares (em 1991) e continua até os dias de hoje sendo utilizado como base para o pagamento de hospitais, embora os valores atualmente constantes da tabela guardem pouca ou nenhuma relação com os custos.

Na verdade, o fortalecimento dos processos de estruturação e regulação do sistema público de saúde no Brasil, no contexto da descentralização da gestão para os municípios, teve como principal instrumento a indução através da criação e alteração dos mecanismos de transferência de recursos financeiros. Assim, o SIH passou a ser

utilizado como um destes mecanismos, sendo fortemente afetado pelas políticas implantadas. Como exemplos destas políticas, podem ser citadas as limitações estipuladas em relação ao número de internações passíveis de apresentação pelos estados e municípios, para pagamento com recursos federais, pelo SIH (equivalente a 9% da população residente ao ano) e em relação ao valor a ser com elas despendido, definido pelo teto financeiro atribuído por portarias do Ministério da Saúde. Outro exemplo é a indução à redução da proporção de partos cesáreos ocorridos no país, operada por meio da Portaria GM/MS nº 2.816 de 1998, que limitou o número de partos cesáreos a serem remunerados, a partir de sua proporção no total de cada hospital, registrado pelo sistema. Vale observar que, na mesma lógica, antes e depois desta, outras portarias reduziram o diferencial do valor de remuneração do parto cesáreo em relação ao parto normal. Como consequência dessas políticas, as secretarias estaduais e municipais de saúde passaram a arcar com uma porção cada vez mais expressiva de internações realizadas em hospitais públicos ou mesmo por prestadores privados (situados em territórios em gestão semiplena e depois plena de sistema, segundo as NOB 93 e 96), que nunca foram registradas pelo SIH nem tiveram seus quantitativos estimados.

Um dos principais resultados da desvinculação entre custos e valores de pagamento foi a penalização dos prestadores privados de servi-

ços, que não contavam com aportes suplementares de recursos governamentais como os hospitais públicos. Dirigentes de instituições filantrópicas estimavam que, em 2005, no mínimo 60% (sessenta por cento) da assistência prestada por seus hospitais era dirigida a usuários do sistema público de saúde, sendo que os valores repassados pelo SUS a título de ressarcimento representavam em torno de 30% (trinta por cento) de sua receita bruta¹⁰. Apesar disso, outras formas de subvenção estatal (renúncia de encargos e impostos) e a diversificação – inclusive criação de planos de saúde próprios – possibilitou-os contornar a situação, e mesmo crescer proporcionalmente de forma significativa, como demonstra o Quadro 4. Menos bem aquinhoados, muitos hospitais privados lucrativos deixaram de firmar contratos com o SUS e outros tantos fecharam as portas. Uma pesquisa realizada pela Federação Brasileira de Hospitais – FBH em 2000, em uma amostra de 206 estabelecimentos privados lucrativos, apontou um endividamento global equivalente a aproximadamente seis vezes o seu faturamento mensal, composto principalmente por encargos trabalhistas e impostos em atraso (41,2%) e dívidas com bancos e fornecedores (29,5%)¹¹.

No Quadro 4, é possível observar o encolhimento do setor privado lucrativo e aumento expressivo da participação dos hospitais filantrópicos, particularmente no que se refere à disponibilização de leitos e captação de recursos, em conformidade com a diretriz constitucional que determina a priorização dos segundos para participação na rede pública de serviços. Cabe destacar que, neste período de 1995 a 2005, houve uma redução de aproximadamente 13% no quantitativo total de leitos e de 10% no número de internações pagas pelo SUS, embora a população brasileira tenha tido um crescimento de 18%. Ainda, no processo de adaptação às políticas mencionadas, muitos estabelecimentos passaram a privilegiar procedimentos de maior complexidade, comportamento este em boa parte responsável pelo aumento do “valor médio” da internação.

Em 2004, em resposta à crise crônica dos hospitais de ensino, pertencentes às três categorias (pública, filantrópica e privada lucrativa), os Ministérios da Saúde e da Educação fizeram publicar uma série de portarias (Portarias Interministeriais nº 1.000, 1.005, 1.006 e 1.007 de 2004) que alteraram a forma de certificação e de financiamento desses estabelecimentos, reintroduzindo a modalidade de orçamentação global. O denominado Programa de Reestruturação dos

Hospitais de Ensino previa a “contratualização” das unidades assistenciais – celebração de contrato em que são incluídas cláusulas relacionadas a metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços, bem como a definição clara de sua inserção na rede –, definindo como base de cálculo para o repasse fixo mensal a série histórica de serviços produzidos, acrescida dos valores do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde), de novos incentivos e do impacto dos reajustes futuros dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, entre outros (Portaria Interministerial 1.006 de maio de 2004, art. 4º).

Essa medida teve o mérito de agradar tanto prestadores de serviços quanto os gestores. Os primeiros, porque ela proporcionou um volume adicional de recursos, além de viabilizar melhor planejamento de gastos. Os segundos, porque passaram a ter mais possibilidades de regulação de tais estabelecimentos, através das condições e metas acordadas. Assim, no final de 2005, foi proposto o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, nos mesmos moldes, tendo como maior fator de atração o aporte extraordinário de recursos a título de Incentivo de Adesão à Contratualização/IAC. Considerando que em junho de 2004 os hospitais de pequeno porte já haviam sido submetidos a processo semelhante (Portaria GM/MS nº 1.044, de 1º de junho de 2004) e que os hospitais psiquiátricos são objeto de políticas adequadas às suas especificidades, apenas os estabelecimentos privados lucrativos, não contemplados em outras categorias, continuam a ser remunerados por produção de serviços, sem quaisquer recursos adicionais. Apesar disso, é possível que também estes venham a ser eventualmente enquadrados por iniciativa dos gestores municipais e estaduais, a julgar pelas novas normas emitidas pelo Ministério da Saúde, notadamente através da Portaria GM/MS nº 358/2006, que institui “Diretrizes para Contratação de Serviços Assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”, e da Portaria GM/MS nº 399/2006, que estabelece a contratualização como uma das diretrizes do “Pacto pela Saúde” (comentado adiante, no item “Considerações finais”).

Embora essas alterações na modalidade de pagamento sejam ainda muito recentes para serem avaliadas, é possível que, na perspectiva dos hospitais, passado o primeiro momento de “expansão”, as dificuldades retornem, relacionadas como estão à disponibilidade financeira dos gestores das três esferas de governo. Neste contexto,

Quadro 4. Perfil da rede de assistência hospitalar do SUS.

	Hospitais por natureza	1995	2000	2005
Participação na composição da rede – Quantitativo de leitos (%) (* Último dado é de 2003)	Públicos	30,56	32,40	34,52*
	Privados sem fins lucrativos	25,46	33,46	35,90*
	Demais privados	43,99	34,14	29,59*
Participação nos gastos do SUS com internação (%)	Públicos	37,29	36,83	39,10
	Privados sem fins lucrativos	25,49	37,97	43,39
	Demais privados	37,22	25,20	17,51
Participação no quantitativo de internações (%)	Públicos	31,12	37,12	42,80
	Privados sem fins lucrativos	30,62	37,64	39,75
	Demais privados	38,26	25,24	17,45
Valor médio da internação (R\$ 1,00)	Públicos	302,51	406,20	556,05
	Privados sem fins lucrativos	210,09	412,93	664,45
	Demais privados	245,62	408,74	610,77
	Geral	252,44	409,37	608,68

Fonte: SIH / SUS – DATASUS/MS. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

considerando que a pressão pelo aumento de recursos para a assistência médico-hospitalar tenderá a se concentrar sobre os gestores estaduais e municipais, as diferentes capacidades de gasto dos diversos estados da federação poderão determinar o aumento das desigualdades regionais, já tão evidentes. Ainda, no que se refere aos gestores, o sucesso da iniciativa está fortemente relacionado à capacidade de avaliação, controle e capacidade de intervenção oportuna sobre esses estabelecimentos.

Assistência suplementar

O sistema privado de planos e seguros de saúde cresceu e experimentou grande diversificação nas modalidades empresariais que o compõem entre os anos de 1987 e 1998, *sem que estivessem submetidas à regulação pública. Apenas em 1998 foi aprovada legislação regulatória* (Lei 9.656, de agosto de 1998), *que estabeleceu regras para os contratos e coberturas, e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS* (Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000), *responsável pelo controle dessa área*¹.

Apesar de diversos autores correlacionarem as dificuldades enfrentadas pelo SUS com a expansão da assistência suplementar, sugerindo um processo de compensação ou de substituição, os dados disponíveis sugerem uma correlação mai-

or da cobertura por planos e seguros privados com a concentração de renda e de oferta de serviços. Assim, a região sudeste apresenta maior cobertura de planos privados de saúde e é a mais expressiva na produção de serviços para o SUS, enquanto a região norte figura como a mais desprovida em relação aos dois setores (Quadro 5).

O Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD, realizada pelo IBGE em 2003, já mencionado, aponta também *uma forte associação positiva entre cobertura de plano de saúde e rendimento familiar; isto é, quanto maior o rendimento, maior a cobertura por plano de saúde. Na classe de rendimento familiar inferior a 1 salário mínimo, a cobertura era de 2,9%, enquanto na classe de 20 salários mínimos ou mais atingia 83,8% das pessoas*¹. Ainda segundo este Suplemento, a cobertura era expressivamente maior nas populações urbanas do que nas rurais, um pouco maior entre as mulheres (25,9%) do que entre os homens (23,1%) e aumentava de forma proporcional à idade. Este cenário parece ser estável, sendo bastante similar ao apresentado no Suplemento de Saúde da PNAD de 1998 e aos dados da ANS.

Tanto a PNAD quanto os dados disponibilizados pela ANS situam a cobertura global dos planos assistenciais privados entre 18% e 20% da população nos últimos sete anos. De acordo com a ANS, dos cobertos, 90% são vinculados a 30% das operadoras registradas (399), principalmente

de medicina de grupo e cooperativas médicas, e aproximadamente 70% possuem planos de saúde que cobrem hospitalizações¹².

Ainda pelas informações disponibilizadas pela PNAD, para aproximadamente metade dos beneficiários, o pagamento da mensalidade dos planos privados de saúde era efetuado pelo empregador do titular, sendo que destes, mais da metade previa alguma forma de participação do segurado. Para os empregadores, algumas das vantagens em oferecer tais benefícios são de natureza contábil e de subsídio fiscal às empresas, uma vez que podem lançar essa despesa como gasto operacional e, assim, abatê-la do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica. ***As informações disponíveis estimam que os gastos das empresas com planos e seguros saúde correspondem a proporções que variam entre 3,5% e 6% da folha salarial. Também as pessoas físicas podem deduzir integralmente o gasto com planos e seguros de saúde em seu imposto de renda***⁴. De acordo com as informações da ANS, relativas a março de 2006, 68% do total de beneficiários são vinculados a planos coletivos, não havendo disponibilidade de dados que permitam calcular quanto isso representa da receita total.

Entre as diferentes modalidades de operadoras médico-hospitalares, as cooperativas médicas e medicina de grupo respondem por aproximadamente 70% da receita e 70% da despesa assistencial do setor. Consideradas todas as modalidades, tais despesas representam 80% do total das receitas, sendo os restantes 20% atribuídos a despesas administrativas. Existe, no entanto, uma notável variação entre elas, de 25% de despesas administrativas das filantrópicas à 13% das empresas de autogestão. Embora existam poucos

dados individualizados disponíveis sobre as internações cobertas por essas empresas, suas despesas assistenciais totais por beneficiário equivalem aproximadamente ao dobro do gasto *per capita* realizado pelo SUS, aí considerados os das três esferas de governo (Quadro 6). Quando consideradas somente as despesas do Ministério da Saúde com a assistência ambulatorial e hospitalar, no entanto, a diferença aumenta, sendo a despesa das operadoras aproximadamente seis vezes maior que a do MS. Uma vez que esses números não incluem as despesas do MS com os hospitais federais de orçamento próprio nem os gastos de estados e municípios com essas ações, é lícito deduzir que o dispêndio assistencial total, *per capita*, do SUS se situa entre esses extremos.

Dados melhores para a análise comparativa são os de utilização e de valores médios dos serviços assistenciais prestados, embora com as restrições já mencionadas. No que se refere às internações hospitalares, as realizadas por planos individuais ou coletivos sem patrocinador apresentam maior taxa de utilização e menor valor médio do que as realizadas por planos coletivos com patrocinador (Quadro 7). No geral, as taxas de utilização e valores médios observados para os planos de saúde são aproximadamente três vezes maiores do que os apurados para o SUS (hospitalizações registradas pelo SIH/SUS). A indisponibilidade de dados da ANS desagregados inviabiliza a análise das variações regionais.

A partir de 1999, as hospitalizações de beneficiários de planos e seguros privados realizadas pela rede hospitalar do SUS passaram a ser objeto de ressarcimento, das operadoras aos cofres do governo, entre outros motivos, como forma

Quadro 5. Indicadores regionais selecionados - 2005.

Regiões	Internações - SUS			Gastos com internações - SUS			Beneficiários de planos de saúde (assist. médica)		
	Quantidade	%	p/ 1000 hab.	Gasto total R\$	%	p/ hab.	Total	%	Cobertura (%)
Norte	965.328	8,45	65,67	403.059.213,47	5,79	27,42	1.041.625	2,88	7,09
Nordeste	3.280.250	28,70	64,29	1.657.141.863,56	23,82	32,48	4.394.792	12,14	8,61
Sudeste	4.401.087	38,51	56,08	3.106.644.320,98	44,66	39,59	24.443.552	67,53	31,15
Sul	1.834.243	16,05	68,00	1.278.855.033,33	18,38	47,41	4.652.196	12,85	17,25
Centro-Oeste	948.225	8,30	72,82	511.064.152,95	7,35	39,25	1.656.315	4,58	12,72
Brasil	11.429.133	100,00	62,05	6.956.764.584,29	100,00	37,77	36.194.278	100,00	19,65

Fonte: SIH / SUS – DATASUS/MS. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>; e ANS 2006.

de coibir a prática da transferência, ao sistema público de saúde, dos tratamentos mais complexos e custosos. Com a construção de melhores sistemas de informações e metodologias voltadas a essa finalidade, o volume de procedimentos identificados como passíveis de ressarcimento e efetivamente pagos aumenta a cada ano: de 0,3% do total realizado pelo SUS em 1999 a 1,6% em 2004, resultando no recolhimento de R\$ 10 milhões ou 0,15% dos gastos públicos com internações registrado naquele ano¹³. Procedimentos obstétricos – parto normal, cesáreo e curetagem pós-aborto – foram os mais frequentes nos seis anos considerados, correspondendo a aproximadamente 19% do total.

Considerações finais

Sem dúvida o caminho para a sustentabilidade da assistência médico-hospitalar pública passa pela busca e adoção de diretrizes, metodologias e instrumentos voltados ao aumento da receita e à redução dos custos. O Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Dr. Helvécio Magalhães, estimou em 10% o aumento anual do custo com saúde, acima dos *índices inflacionários gerais*⁷. Embora não comprovada por instituições de pesquisa, essa percepção comum a todos os gestores tem motivado a busca constante por mais recursos para o setor. O aumento da participação dos estados e municípios no financiamento

Quadro 6. Despesa assistencial das operadoras privadas, despesa das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde e despesas ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde (Total) - Valor *per capita* anual – 2000 a 2005.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Operadoras médico-hospitalares (R\$1,00/beneficiário/ano)	nd	476,82	543,27	597,32	638,48	687,49
Estado (total das três esferas de governo) (R\$1,00/habitante/ano)	200,64	232,11	268,02	303,17	366,03	nd
Despesas ambulatoriais e hospitalares do Ministério da Saúde (Total) (1) (R\$1,00/habitante/ano)	80,45	79,97	87,89	98,14	114,15	118,73

Fonte: ANS 2006; Departamento de Economia da Saúde/ SCTIE/MS; e DATASUS/MS. [acessado 2006 Jun].

Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

(1) Inclui os valores do PAB (Piso da Atenção Básica) fixo e do PAB variável, frações relacionadas ao financiamento da atenção ambulatorial básica.

Quadro 7. Utilização de serviços hospitalares e valores médios de internação – SIH/SUS e Operadoras de Planos Privados de Saúde – 2002 a 2004 em R\$ nominais.

	2002		2003		2004	
	(Intern. p/hab/ano)	(Valor médio - R\$)	(Intern. p/hab/ano)	(Valor médio - R\$)	(Intern. p/hab/ano)	(Valor médio - R\$)
SUS	0,07	461,54	0,07	503,66	0,06	572,63
Planos de Saúde						
Individual ou familiar	0,16	1.142,71	0,19	1.330,85	0,19	1.502,79
Coletivo com patrocinador	0,17	1.431,79	0,15	1.509,70	0,15	1.761,83
Coletivo sem patrocinador	0,16	1.177,55	0,16	1.361,42	0,19	1.468,16

Fonte: ANS 2006; e DATASUS/MS. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

tem sido um ganho inquestionável, apesar da retração observada em relação à União. Segundo Barros⁴, ***a participação das esferas subnacionais [...] não permite a superação das desigualdades no financiamento, dadas as diferentes capacidades de arrecadação, associadas à desigual distribuição inter-regional da atividade econômica.*** Neste contexto, assume relevância especial a aprovação do Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional 29, em trâmite no Congresso Nacional, que vincula um percentual da receita federal a gastos com o setor.

É pouco provável, no entanto, que a suficiência de recursos seja alcançada enquanto não houver uma estimativa mais concreta do quantitativo global pretendido. Tentativas vêm sendo feitas pelo MS no sentido de parametrizar linhas de cuidado que venham a conformar “redes de serviços”, entendidas como os conjuntos de estabelecimentos de saúde que, de forma articulada, devem prover o desenvolvimento de ações em saúde com vistas a garantir a integralidade da atenção (SE 2006). Além da Portaria 1.101 de 12 de junho de 2002, que fixou parâmetros assistenciais gerais, portarias mais recentes relacionadas a áreas tidas como de alta complexidade (cardiologia, nefrologia, oncologia, etc.) têm em comum o estabelecimento de critérios para cadastramento de unidades, vinculado-as ainda a quantitativos populacionais e de procedimentos a serem por elas realizados. Apesar disso, o potencial de utilização desses números, para o cálculo do montante necessário, se perde na ausência de centros de apuração de custos, preferencialmente regionalizados, que pudessem informar a segunda parte da equação. Na perspectiva dos prestadores de serviços hospitalares ao Sistema Único de Saúde, em particular, qualquer “incentivo” criado não passará de medida paliativa, enquanto os valores de sua remuneração permanecerem desvinculados das suas despesas reais.

Na vertente da redução de custos, algumas iniciativas podem ser também detectadas. No decorrer de 2004 e 2005, a ANS promoveu encontros regionais entre representantes do Ministério da Saúde, dos Governos Estaduais e Municipais, do Ministério Público, dos Conselhos de Saúde e do Setor de Saúde Suplementar, voltados à ***construção de uma agenda comum de modo a aperfeiçoar o sistema de saúde nacional***³. Entre outros acordos, houve consenso sobre a necessidade urgente da construção de uma política de incorporação tecnológica e da regulação da oferta e da demanda por serviços de saúde. Em relação ao primeiro, o ***diagnóstico comum [...] é que o país***

tem uma incorporação acrítica de tecnologias. Isto tem concorrido para o aumento crescente nos gastos com assistência médica e é um desperdício de recursos ainda não totalmente dimensionado³. Na verdade, uma política nacional de gestão de tecnologias, contemplando este problema, já se encontra em elaboração, coordenada pelo Ministério da Saúde. Quanto ao segundo, foi apontada pelos dois segmentos, o público e o privado, a importância do planejamento e da implantação de centrais de internação, de consultas e de exames, com a utilização de protocolos e diretrizes clínicas balizadas por evidências científicas, de forma a evitar procedimentos desnecessários, equivocados ou duplicados, além de viabilizar a melhoria do acesso da população aos serviços. Neste caso, diretrizes relativas à regulação de acesso foram já pactuadas pelas três esferas de governo e incluídas no “Pacto pela Saúde” (Portaria GM/MS nº 399 de 2006). Antes mesmo disso, diversas Secretarias Estaduais e Municipais instalaram suas “centrais de regulação”, a maioria voltada à organização da atenção hospitalar.

Uma vez mencionados os aspectos relativos ao aumento de receitas e à redução das despesas, cabe ainda abordar os relacionados à eficiência na utilização dos recursos. As mudanças recentes na forma de remuneração dos hospitais têm sido vistas com ceticismo por alguns gestores e profissionais do setor, mas abrigam também grandes oportunidades. As preocupações dos primeiros se referem à possibilidade de que os estabelecimentos “contratualizados”, tendo a sua receita mensal/anual assegurada pela via da orçamentação global, passem a enxergar os pacientes como itens de despesa e venham a priorizar aqueles a serem submetidos a procedimentos menos custosos ou complexos, além de reduzir sua produção global. Embora estes sejam perigos reais, passíveis de acontecer naqueles locais mais carentes de mecanismos de avaliação, controle e intervenção sobre os prestadores de serviços, cenários mais otimistas podem ser também delineados. Se determinadas a partir de um planejamento cuidadoso da rede assistencial, além de acompanhadas de perto e cobradas pelos gestores, as cláusulas e condições dos novos contratos podem vir a se configurar como instrumentos de qualificação e racionalização do sistema público de saúde.

Vale destacar que a responsabilização do gestor (e gerentes), pelo planejamento, regulação, controle e avaliação de ações e serviços, não está acontecendo somente para a área hospitalar. Em 2004, houve um consenso entre os gestores das

três esferas de governo de que a antiga fórmula das “normas operacionais” para a indução de mudanças estava esgotada e era o momento de inovar. Foi assim concebido um “pacto” entre as instâncias, em que fossem respeitadas as diferenças regionais e a avaliação e cobrança se desse com base em resultados. O novo “Pacto pela Saúde”, publicado em 22 de fevereiro de 2006 pela Portaria GM/MS nº 399, constitui-se como a somatória de três outros, quais sejam, o “Pacto pela Vida”, o “Pacto pelo SUS” e o “Pacto de Gestão”.

O primeiro define as principais políticas e metas pactuadas pelas três esferas de governo para o território nacional, cabendo a cada Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a sua adaptação às condições locais, visando a reforçar o movimento da gestão pública por resultados. O segundo é a reafirmação do SUS como uma política de Estado e do compromisso de todos com o seu financiamento. O terceiro pode ser visto como o mais próximo das antigas normas por tratar dos mesmos temas, embora incorporando mudanças expressivas, entre as quais podem ser citadas: (i) o desaparecimento da figura da “habilitação” de municípios e estados a alguma condição de gestão; (ii) o deslocamento do estabelecimento de critérios e regras do nível federal para as CIB em cada estado; e, (iii) as transferências de recursos federais passaram a ser necessariamente automáticas, condicionadas somente à homologação da CIB de cada estado, e ordenadas em cinco grandes blocos – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância à saúde, assistência farmacêutica e gestão. Espera-se assim que, após a sua regulamentação e implementação efetiva, aconteça o redirecionamento de gastos, de forma a possibilitar que as ações de saúde se mostrem quantitativa e qualitativamente mais adequadas a cada realidade.

É inquestionável que ainda há muito a ser feito em relação à eficiência, apesar dessa busca já se manifestar há muitos anos, em praticamente todos os instrumentos normativos com vistas à estruturação sistêmica do setor. Na Constituição de 88, os dispositivos relacionados à descentralização de ações e serviços de saúde com direção única em cada esfera de governo e controle social objetivavam a racionalização da rede e, conseqüentemente, otimização dos gastos. Embora sempre motivadas pelo ideal maior de garantir acesso universal, integral e equânime como direito de cidadania, também as leis (8.080 de 1990 e 8.192 de 1991) e normas operacionais, que vieram a seguir, traziam em suas determinações o mesmo potencial, tais como exigência de criação de fundos, planos, programações e ações de controle, avaliação e auditoria. A decisão de investir recursos e esforços na vigilância à saúde e na atenção básica¹⁷ tem o mérito de perseguir a redução de riscos e preservação da saúde, mas tem também, a mais longo prazo, o efeito de evitar gastos maiores com a recuperação e reabilitação de pacientes.

Tendo em vista que a política de saúde no Brasil tem como diretriz maior a inclusão social universal, é certo afirmar que as necessidades de recursos financeiros do setor tendem a ser sempre crescentes, ainda mais se considerarmos, a isso associados, o aumento e envelhecimento da população, as características próprias do nosso processo de transição epidemiológica e a rapidez do desenvolvimento e incorporação de tecnologias, fatores estes amplamente conhecidos. Mas é certo também que a situação poderia ser incomparavelmente pior, não fossem as medidas propostas e implementadas pelos gestores do sistema nas três esferas de governo.

Referências

1. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 2005. *Acesso e Utilização de Serviços de Saúde/ Pesquisa Domiciliar por Amostra de Domicílios – PNAD / 2003*. Rio de Janeiro.
2. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 2004. Divulgação para a imprensa. Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF/2003. Rio de Janeiro. [Mimeo].
3. Piola SF, Biasoto Junior G. Financiamento do SUS nos Anos 90. In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Editora UNICAMP; 2001.
4. Barros E. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: Organização Pan-Americana da Saúde. *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 4*. Brasília; 2003. p.17-70.
5. World Health Organization . The World Health Report 2006 - working together for health. [acessado 2006 Jul]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
6. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. *Rev C S Col* 2003; 8(2): 379-391.
7. A difícil arte de equacionar o financiamento da saúde no Brasil. *Medicina Geraes: Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais* 2005 Nov. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://jornal.crmmg.org.br/nov05/index.php>
8. PLANISA: Planejamento e Organização de Instituições de Saúde. Apuração dos Custos de Procedimentos Hospitalares: Alta e Média Complexidade. [CD-ROM]. Projeto Reforsus; 2002.
9. Levcovitz E, Pereira TRC. *SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991*. Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 57. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993.
10. Ronsini MJ. Santas Casas de Misericórdia... Você precisa saber mais sobre elas. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://www.cmb.org.br/informativos.htm>
11. Federação Brasileira de Hospitais – FBH. Pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais do Brasil. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://www.fbh.com.br>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Beneficiários, Operadoras e Planos/Junho de 2006. Rio de Janeiro: MS/ANS; 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação de Resarcimento e Integração com o SUS / 2005. Rio de Janeiro: MS/ANS; 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos – IDB - Brasil – 2004. [acessado 2006 Jun]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. QUALISUS: Projeto de investimentos para a qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2006. [Mimeo].
16. Levcovitz E, Lima L, Machado C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Rev C S Col* 2001; 6 (2):269-291.
17. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. *Rev C S Col* 2003; 8 (2):403-415.
18. Nishijima M, Biasoto Junior G. O Padrão de Financiamento da Saúde nos Países da América. Campinas: 2004. [Mimeo].
19. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e Alocação de Recursos no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev C S Col* 2003; 8 (2):417-437.

Artigo apresentado em 05/10/2006

Aprovado em 23/10/2006

Versão final apresentada em 05/02/2007