

ADILSON SOARES

**Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil:
*Soluções ou Problemas***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Wilza Vieira Villela

**São Paulo
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor

Soares, Adilson

Empréstimos externos para o setor saúde no Brasil:
soluções ou problemas / Adilson Soares – São Paulo, 2007.

Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública

Orientadora: Wilza Vieira Villela

1. Saúde pública 2. Política de saúde 3. Economia da
saúde 4. Financiamento da saúde 5. Recursos financeiros
em saúde 6. Gastos em saúde

SES/CCD/CD-154/07

"Em nosso teatro, diante da natureza e diante da sociedade, que atitude produtiva podemos tomar para o prazer de todos nós, filhos de uma época científica? Essa atitude é uma atitude crítica.

Diante de um rio, consiste em regularizar seu curso; tratando-se de uma árvore frutífera, enxertá-la; tratando-se do problema dos transportes, construir veículos terrestres, marítimos e aéreos; tratando-se da sociedade, fazer a revolução.

Nossas representações da vida comum dos homens destinam-se aos que dominam os rios e as árvores , aos construtores de veículos e aos revolucionários; a todos esses convidamos para virem ao nosso teatro, pedindo-lhes que, quando aqui estiverem, não esqueçam seus alegres prazeres, pois queremos entregar o mundo a seus cérebros e a seus corações, para que o transformem a seu critério."

Bertolt Brecht

Dedicatória

*Ao velho sábio "Carreiro" (in memorian) e Dona Antônia, meus pais,
meu amor e minha gratidão eterna.*

*Aos meus irmãos,
o prazer do nosso convívio nos fez (e faz) crescer.*

*Ao meu filho Guilherme,
a sua presença me faz feliz.*

*A família Costa Cabral pela amizade incondicional,
olha o suuuuuco!*

*A todos os meus amigos na figura da Isabel, Osvaldo e Toninho,
talvez não conheçam o tamanho dos seus corações.
Coragem coleguinhas, coragem!*

Gostaria de prestar meu reconhecimento àqueles que, de diversas maneiras, contribuíram com este trabalho.

Primeiramente à minha orientadora. Incentivadora incansável, que me fez chegar ao final desta dissertação, e com quem discuti e aprendi muito. Obrigado Wilza.

Ao Bernard Couttolenc, que mesmo informalmente co-orientou este trabalho, aceitando de pronto o nosso convite. As suas sugestões Professor, foram importantíssimas para correção de rumo quando por vezes me perdia.

A minha Banca de Qualificação, Profa. Ana Aratangy , Prof. Ângelo, Prof. Lauro e Prof. Bernard, pelas preciosas sugestões. Ainda ouço, foco, foco, foco...

Ao nosso agitador cultural de plantão, Prof. Elias Jorge, pela indicação de fontes de pesquisa.

Aos colegas dos Ministérios da Saúde e da Fazenda, Maria Ferreira, Priscila de Castro e Inácio Massaru que me atenderam prontamente e franquearam dados imprescindíveis para conclusão deste trabalho. O barco estava afundando.

À Paula Opromolla, pela diagramação e inestimável ajuda na reta final desta dissertação.

RESUMO

No presente, estudo discute-se o alinhamento das políticas do governo brasileiro, a política acordada com as agências multilaterais de financiamento Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, a partir da análise do pagamento da dívida externa dos empréstimos contraídos pelo governo federal para o setor saúde, dentro do orçamento do Ministério da Saúde. O estudo está circunscrito ao período de 1995 a 2004 e foi desenvolvido por meio de um estudo exploratório, utilizando os recursos da pesquisa documental.

Apresenta-se a conformação do sistema de saúde brasileiro e a produção do conhecimento no campo da economia da saúde no âmbito do Banco Mundial, BID, Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização Pan-americana da Saúde - OPS, e no Brasil, com o propósito de estabelecer os marcos e as idéias orientadoras da política adotada pelo Brasil, no período estudado.

Descreve-se os gastos em saúde do Ministério da Saúde no período de 1995 a 2004, apontando para a instabilidade e a dificuldades de evolução do orçamento, os gastos em saúde em países selecionados e grupos de países, e o comportamento do pagamento da dívida externa total do governo federal, da saúde e dos projetos do Banco Mundial e do BID.

Por fim, conclui-se que o percentual de recursos públicos gastos em saúde no Brasil, em relação ao total gasto, está abaixo da média, quando comparado com os gastos públicos do grupo de países de renda alta, de renda média e de renda baixa. Conclui-se ainda, que a política econômica dos governos FHC e Lula seguiram as orientações de política econômica indicadas pelas agências de crédito – entre elas o compromisso com o pagamento da dívida - consubstanciadas nos documentos dos acordos de empréstimos condicionados, e quando verificado o comportamento dos pagamentos da dívida externa dos empréstimos contraídos pelo governo federal para investimentos no setor saúde.

ABSTRACT

In the present study the relationship, the alignment and the connection of the Brazilian government's politics, for the health sector, to the politics of the agreements with the multilateral financing agencies of the World Bank and the Inter-American Development Bank - IDB are discussed, starting from the analysis of the foreign debt payment of the loans contracted by the federal government for the health sector, which were included in the Ministry of Health budget. This study refers to the period from 1995 to 2004 and it was developed through an exploratory study, using primordially documental research.

We demonstrate the state of resignation of the Brazilian health system and the knowledge in the field of health economy regarding the World Bank, the IDB, the WHO (World Health Organization), the PHO, (Pan-American Health Organization) and regarding Brazil, with the purpose of establishing the landmarks and the guidelines of the politics adopted by Brazil in the period which was studied.

The health expenditures of the Ministry of Health in the period that goes from 1995 to 2004 are described, bringing into focus the instability and the difficulties of budget evolution, the health expenditures in certain selected countries and in groups of countries, and the federal government's payment behavior regarding the total foreign debt, the health sector debts and the World Bank and of IDB projects debts.

Finally, we come to the conclusion that the percentile of public expenditures in the health sector in Brazil, as far as the total expenditures, is below the average when compared to public health expenditures in a group of countries of high, medium and low income. We also come to the conclusion that the politics of the FHC and Lula government for the health sector followed the suitable orientations for economical politics given by multilateral agencies of financing – including the promise of debt payment - based on the documents of the agreements of conditioned loans, and verified

when the payment behavior of the foreign debt of the contracted loans by the federal government for investments in the health sector was observed.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCB	Banco Central do Brasil
BGU	Balanço Geral da União
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAS	Country Assistance Strategy
CGOF	Coordenação Geral de Orçamento e Finanças
CIADI	Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DELP	Documento de Estratégia de Luta contra Pobreza
DEPEC	Departamento Econômico do Banco Central
DIBAP	Divisão de Balanço de Pagamentos do Banco Central
EAESP	Escola de Administração de Empresas de São Paulo
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FMI	Fundo Monetário Internacional
FOE	Fundo de Operações Especiais
FUMIN	Fundo Multilateral de Investimentos
GPPO	Gerência de Planejamento e Programação Orçamentária
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	International Development Association
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado

Lista de abreviaturas e siglas

IFC	International Financing Corporation
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada
MF	Ministério da Fazenda
MIGA	Agência Multilateral de Garantia de Investimento
MPOG	Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual de Investimentos
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SCN	Sistema de Contas Nacionais
SEAIN	Secretaria de Assuntos Internacionais
SIBI/USP	Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo
SIOPS	Sistema de Orçamento Público em Saúde
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

GLOSSÁRIO

- Acordo de cooperação técnica – Acordos bilaterais e multilaterais com a finalidade de transferência de conhecimento, tecnologia e experiências.
- Acordos Multilaterais – Acordos firmados entre os países com as Agencias de cooperação financeira e técnica.
- Acordo ou contrato de empréstimo - Instrumento jurídico que estabelece a operação de financiamento externo do projeto e obriga o mutuário e as agencias de fomento a implementarem o projeto nos termos descritos no contrato e seus anexos.
- Agências multilaterais de financiamento – Agencias criadas com a responsabilidade de conceder empréstimos e estimular o desenvolvimento dos seus países membros.
- Balanço de Pagamentos (BP) - Consiste no registro de todas as transações realizadas entre os residentes de um país e os residentes de outros países durante determinado período de tempo. O BP pode ser preliminarmente dividido em duas grandes contas: Transações Correntes (que inclui a Balança Comercial e o Balanço de Serviços) e a conta de Capital.
- Commodities - Termo usado em transações comerciais internacionais para designar um tipo de mercadoria em estado bruto ou com um grau muito pequeno de industrialização. As principais commodities são produtos agrícolas (como café, soja e açúcar) ou minérios (cobre, aço e ouro, entre outros).
- Debêntures - Título de crédito representativo de empréstimo que uma companhia faz junto a terceiros e que assegura a seus detentores direito contra a emissora, nas condições constantes da escritura de emissão.

- Dívida externa – Débitos contratuais efetivamente desembolsados, e ainda não quitados, de residentes com não residentes, onde haja necessidade de pagamento de principal e/ou juros.
- Economia da saúde – Campo de conhecimento voltado para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia na análise, formulação e implementação das políticas de saúde.
- Escola neoclássica – Economia científica muito ligada a política que defende a não intervenção do Estado na economia.
- Gasto público com saúde – Soma de todas as despesas realizadas com saúde nas três esferas de governo.
- Gasto privado com saúde – Soma de todas as despesas realizadas com saúde no setor privado lucrativo, sem fins lucrativos e das famílias.
- Gasto público com saúde do MS - Soma de todas as despesas realizadas pelo governo federal específicas do órgão MS.
- Orçamento executado – Termo empregado para designar as despesas, classificadas nos orçamentos, públicos efetivamente empenhadas, liquidadas e pagas.
- País prestatário – País titular de um empréstimo, que assume todas as obrigações e adquire todos os direitos do contrato que firma com a entidade financeira que realizou o empréstimo.
- Petrodólares – Divisas em dólares gerados pela exportação de petróleo.
- PIB – Exprime o valor da produção realizada dentro das fronteiras geográficas de um país, num determinado período, independentemente da nacionalidade das unidades produtoras.
- II PND – Plano econômico concebido para realização de um forte investimento principalmente em infra-estrutura no Brasil, no período de 1974 a 1979.
- Serviço da dívida - Pagamento de amortização, juros e encargos da dívida contratada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: BIRD - Capital Social e poder de voto – países principais.	44
Figura 2: BID - Capital Social e poder de voto - países principais	47
Figura 3: Recursos médios anuais por período.....	67
Figura 4: Variações do Orçamento 1995-2004	71
Figura 5: Gasto público Ministério da Saúde em relação ao PIB, 1995-2004.	74
Figura 6: Gasto público Ministério da Saúde e PIB - Variações por período.	75
Figura 7: Pagamentos da Dívida do MS em relação ao Orçamento do MS.	80
Figura 8: Dívida e orçamento do Ministério da Saúde – Média anual por período.....	81
Figura 9: Dívida e Orçamento do Ministério da Saúde - Proporção	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Base de Dados para pesquisa	26
Quadro 2: BIRD - Capital Social e poder de voto – países principais	43
Quadro 3: Votos Básicos Banco Mundial.....	45
Quadro 4: BID - Capital Social e poder de voto - países principais.....	46
Quadro 5: Projetos aprovados	65
Quadro 6: Recursos médios anuais por período.....	67
Quadro 7: Empréstimos contraídos pelo setor saúde no Brasil até 2004.	69
Quadro 8: Gasto público com saúde no Brasil em relação ao PIB.....	75
Quadro 9: Gasto público com saúde na América Latina - Países selecionados – 1990	76
Quadro 10: - Gasto total com saúde – Países selecionados - 1997	77
Quadro 11: Gasto com saúde por grupo de países em relação ao PIB - 1997	78
Quadro 12: Distribuição do gasto com saúde por fonte – Brasil 1998	78
Quadro 13: Gasto com saúde por grupo de países - 1997	77
Quadro 14: Pagamento do serviço da dívida e execução orçamentária do Ministério da Saúde 1990 a 2004.....	86

Quadro 15: Orçamento do Ministério da Saúde por Unidade Orçamentária - 1995 a 2004	107
Quadro 16: Dívida e execução orçamentária do Ministério da Saúde 1995 A 2004.....	113
Quadro 17: Pagamentos da dívida externa do Ministério da Saúde – Projetos BIRD e BID	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variações do Orçamento do Ministério da Saúde 1995 – 2004	71
Tabela 2: Variações do Orçamento do MS Per Capita 1995-2004	72
Tabela 3: Orçamento do Ministério da Saúde e PIB 1995-2004	73
Tabela 4: Pagamentos da dívida do MS em relação ao orçamento do MS	79
Tabela 5: Pagamentos da dívida total do Governo Federal	81
Tabela 6: Pagamento da dívida externa do Governo Federal	82
Tabela 7: Pagamento da dívida externa do Ministério da Saúde - Projetos BIRD e BID	82
Tabela 8: Dívida e orçamento do Ministério da Saúde	84
Tabela 9: BIRD – Subscrição de Capital Social e Poder de Voto - Países do Grupo I e Total do Grupo II	103
Tabela 10: Recursos anuais aprovados por Agência	105
Tabela 11: BIRD - Recursos anuais aprovados	106
Tabela 12: BID - Recursos anuais aprovados.	111
Tabela 13: Produto Interno Bruto - PIB 1995-2004.	115

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
GLOSSÁRIO	11
LISTA DE FIGURAS.....	13
LISTA DE QUADROS	14
LISTA DE TABELAS	16
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. OBJETIVOS	22
3. MATERIAL E MÉTODO	23
3.1. Fontes documentais	23
3.2. Coleta de dados	24
3.2.1 – Bibliográficos	25
3.2.2. Documental	26
3.3. Organização e análise dos dados	27
3.3.1. Sistema de saúde, as agências de financiamento e o campo de estudo da economia da saúde.....	28
3.3.2. Gasto público do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 1995 a 2004.....	28
3.3.3. Empréstimos contraídos pelo setor saúde no Brasil.....	28
3.3.4. Pagamentos da dívida externa, decorrentes dos empréstimos contraídos para o setor saúde.	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1. Conformação e reformas do sistema de saúde no Brasil	33

4.2. As agências de financiamento e de políticas Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento.	38
4.2.1. Surgimento	38
4.2.2 O papel das Agências.....	40
4.3. A produção do conhecimento e a configuração do campo de estudo da economia da saúde, no contexto das políticas de saúde.	52
4.3.1. No âmbito das agências de financiamento Banco Mundial e BID.....	52
4.3.2. No âmbito da OMS	55
4.3.3. No âmbito da OPS.....	57
4.3.4. No Brasil	59
4.4. Os projetos aprovados.....	62
4.4.1. No mundo e no Brasil	62
4.4.2. Para o setor saúde no Brasil	68
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	93
ANEXO 1. E-MAIL RESPOSTA DO BANCO CENTRAL A SOLICITAÇÃO DE DADOS SOBRE A DÍVIDA EXTERNA.	101
APÊNDICES ESTATÍSTICOS.....	102

1. INTRODUÇÃO

O Governo brasileiro tem sérias dificuldades para prover os bens e serviços de saúde à população e, desta forma, cumprir com o preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (Brasil, 1988). Uma das principais dificuldades diz respeito à (in)capacidade do setor público, dada a defasagem entre a responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária, em destinar recursos suficientes e regulares para suportar um sistema universal e integral, concebido em um contexto de redemocratização política e de crise do Estado. Barros (2003 p.154) analisando o Sistema Único de Saúde - SUS, pós-constituição de 1988, afirma:

“A primeira metade da década de 1990 foi marcada pelo desfinanciamento setorial, com grandes oscilações no volume dos recursos destinados ao setor e com intensa irregularidade no fluxo financeiro durante a execução do orçamento anual. O ápice da crise ocorreu em 1993 (...) As conseqüências foram gravíssimas. O congelamento das tabelas e a sub-remuneração dos serviços, no quadro de elevada inflação que marcava o período, bem como a ausência de investimentos requeridos para a expansão da rede pública, de modo a torná-la capaz de promover a ampliação da oferta necessária ao cumprimento dos dispositivos constitucionais, foram os mais graves efeitos.”

Os dados das tabelas 1 e 2 confirmaram essas afirmações de Barros.

As razões das dificuldades apontadas são históricas, e devem ser examinadas na conjuntura e nas decisões políticas e econômicas realizadas principalmente nas décadas de 1970 e 1980.

O modelo de desenvolvimento econômico brasileiro foi alicerçado na captação de recursos externos abundantes nos bancos internacionais no início da década de 1970, face ao excesso de moeda vinda dos petrodólares, a taxas de juros baixas e flutuantes. A opção pela continuidade

do crescimento econômico feita pelo país na década de 1970 - o Brasil cresceu a uma taxa média de 6,6% a.a. no período de 1973 a 1980 enquanto os EUA cresceram 2,6% a.a. - quando todos os indicadores apontavam para a desaceleração da economia mundial (Silva, 1987), trouxe como contrapartida o aumento brutal da dívida externa principalmente com os investimentos propostos e realizados pelo segundo Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND.

Essa opção deixou o país vulnerável a crises externas, e esta veio na década de 1980 com reflexos nas décadas seguintes (Fiori, 2000). A crise foi ocasionada, dentre outros determinantes, pelo choque externo, devido à explosão dos preços do petróleo nos anos 1970 e do aumento da taxa de juros internacionais no início dos anos 1980. A crise dos anos 1980, se evidenciou quando nada menos que 34 países, entre eles o Brasil, encontraram dificuldades em saldar as suas dívidas na forma contratada (Resende, 1984).

O preço do petróleo, expresso em dólares de 2003, que esteve em torno de 11 dólares o barril por cerca de 20 anos (1950 – 1970), saltou para 42 dólares em 1973 e para 80 dólares em 1979, reflexo de tensões políticas internacionais (Vargas & Alvin, 2005).

A recessão esperada e que se abateu sobre a economia mundial no início dos anos 1980, fez com que os EUA elevassem a sua taxa de juros, que estava situada em torno de 5,7% a.a. em 1974, para 18,9% a.a. em 1981.

A escassez de recursos internacionais neste período, devido à recessão, somada ao choque externo que elevou a dívida externa brasileira, que estava em US\$ 12,5 bilhões em 1974, para US\$ 46,9 bilhões em 1979 e para US\$ 61,4 bilhões em 1981, marca o esgotamento da estratégia de crescimento econômico baseado na captação intensiva de recursos externos (Braga, 1985).

Outros dois fatores importantes concorreram para a desestabilização da economia brasileira na década de 1980 e o aumento do endividamento

externo. O primeiro foi a queda dos preços das *commodities* que propiciou a deterioração das relações de troca – no período de 1973/1982 o preço do petróleo subiu 1.323%, os produtos manufaturados subiram 138% e os produtos primários subiram 100% - e contribuiu para aumentar a pressão sobre o balanço de pagamentos, o déficit em conta corrente aumentou 7,4 vezes passando de 2,2 bilhões de dólares em 1973 para 16,3 bilhões de dólares em 1982 (Assis, 1984). O segundo foi a moratória do México que provocou a elevação do risco e incertezas com relação aos empréstimos, com conseqüente desaparecimento do financiamento “voluntário” do sistema financeiro. Em 1990, o estoque da dívida externa brasileira alcançou a cifra de US\$ 123 bilhões.

A crise da dívida e a dificuldade de acesso ao financiamento externo trouxeram sérias dificuldades econômicas internas - recessão, inflação, endividamento interno e desequilíbrio nas contas públicas. Esse quadro levou o Brasil, no início da década de 1980, a recorrer ao Fundo Monetário Internacional - FMI e ao Banco Mundial - BM a fim de buscar empréstimos para saldar suas dívidas com os seus credores.

Num contexto de hegemonia da corrente de pensamento econômico da escola neoclássica nos países centrais, principalmente nos EUA e na Inglaterra, as agências de crédito FMI e BM impõem aos países prestatários, como condição para assinatura dos acordos e concessão dos empréstimos, a realização de um ajuste estrutural e setorial. Nesses acordos foram utilizadas as referências e recomendações de política econômica produzidas por expoentes vinculados à escola neoclássica, tendo, como orientações principais para a reforma do setor público, a redução dos custos dos programas sociais, o reordenamento dos gastos públicos, a redefinição do papel do setor público, o desestímulo aos gastos improdutivos e o estímulo à iniciativa e à participação privada.

Os efeitos da crise da dívida e das propostas de ajuste estrutural e setorial, acordadas com as agências multilaterais de financiamento, foram sentidos - nos anos que se seguiram à década de 1980 e permanecem até

hoje - nas contas nacionais e na alocação de recursos do orçamento do governo federal para a área social e para o setor saúde em particular. A crise atinge o setor saúde num momento em que as conquistas do movimento sanitário foram consubstanciadas na Constituição de 1988 e no arcabouço legal que se seguiu.

Neste quadro de crise, conquistas e hegemonia de pensamento, a preocupação dos investigadores sobre o tema economia da saúde no Brasil, expressa nos trabalhos publicados, foi centrada na divulgação dos números do setor, por meio da realização de análises descritivas sem entrar no mérito dos seus condicionantes. A partir da década de 1990, o Banco Mundial se apresenta e é reconhecido como a agência de referência na formulação, divulgação e oferta de idéias, propostas e políticas de saúde. Essa hegemonia adquirida pelo Banco, orientou e presidiu o caminho das análises realizadas sobre o setor saúde.

A maioria dos trabalhos produzidos no Brasil trata a questão da dívida externa num contexto de política macroeconômica, sem apresentar análise e números específicos ao setor saúde. Apontam as dificuldades enfrentadas pelo poder público para realização de investimentos em saúde no Brasil e as relacionam com a crise financeira vivida pelo país nas décadas de 1980 e 1990 e à opção de política econômica adotada, com foco na necessidade de realização de um forte ajuste fiscal, e na estabilização monetária, com ênfase no combate à inflação utilizando taxas de juros elevadas que induziram a desaceleração do crescimento econômico e o desequilíbrio das contas públicas, (Barros, 2003).

Deste modo, na agenda de discussões sobre os fatores que compõem, e que devem ser levados em conta nas decisões técnicas e políticas de alocação de recursos para o setor saúde no Brasil, a questão da dívida externa dos empréstimos contraídos para este setor não aparece como preocupação.

2. OBJETIVOS

O objeto desta pesquisa são as políticas das agências multilaterais de financiamento para o setor saúde BM e Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, a conformação do sistema de saúde no Brasil, a produção do conhecimento em economia da saúde e a contratação de empréstimos externos pelo governo federal.

O objetivo central da dissertação é analisar a execução do orçamento do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 1995 a 2004, com foco nas despesas efetuadas para pagamento dos encargos da dívida externa dos empréstimos contraídos pelo governo federal para o setor saúde, junto às agências de financiamento BM e BID e identificar na execução do orçamento, o cumprimento dos acordos de empréstimos e o alinhamento às políticas externas, a partir da discussão do papel das agências na produção do conhecimento, oferta de políticas e configuração do campo de estudo da economia da saúde.

Objetivos específicos

1. Descrever e analisar os pagamentos dos serviços da dívida externa dos empréstimos contraídos pelo governo federal brasileiro para o setor saúde, nos períodos de 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2004, dentro do orçamento do Ministério da Saúde;

2. Analisar a aplicação de recursos em saúde no Brasil, comparativamente a países selecionados da América Latina e a grupos de países organizados por renda;

3. Descrever a produção do conhecimento no campo da economia da saúde, como forma de verificar as alternativas e as políticas de saúde adotadas.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório desenvolvido fundamentalmente por meio de pesquisa documental.

Levando em consideração a carência de referências e estudos anteriores sobre o assunto escolhido, o trabalho foi iniciado com a delimitação do tema de estudo, identificação das fontes de informação e a definição de onde obter, como coletar e forma de analisar e apresentar os dados. O passo seguinte - após a definição dos descritores da pesquisa: gastos em saúde, financiamento da saúde, economia da saúde, acordos de empréstimos, empréstimos externos e dívida externa – foi a identificação dos documentos nas bases de dados e a revisão da literatura.

A partir daí as fases seguintes foram de leitura, organização do material, interpretação e análise, estabelecendo relação entre o conhecimento adquirido com as questões do estudo.

3.1. Fontes documentais

As fontes de dados para o estudo foram os documentos colhidos junto à Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda -STN/MF, na Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde - SPO/MS e dados secundários colhidos em bibliotecas, sítios de agências financiadoras e Ministério da Saúde.

3.2. Coleta de dados

Foram muitas as dificuldades para coleta dos dados por não estarem organizados, sistematizados ou disponíveis.

O Brasil não dispõe de um sistema de contas nacionais para o setor saúde. Esse sistema começa a ser discutido só agora com a publicação de Portaria Interministerial (Brasil, 2006), que possibilitará a discussão entre os órgãos responsáveis, Ministério da Fazenda, do Planejamento, da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, sobre que tipo de informação apurar e qual o método a ser utilizado.

As informações divulgadas sobre o setor saúde, são trabalhos produzidos por pesquisadores isolados, por núcleos de estudos situados na academia ou nos serviços a partir de dados que são coletados das mais diferentes formas e lugares, de instituições governamentais, não governamentais e organismos internacionais. Não obstante a relevância desta produção e acúmulo de conhecimento, ela carece de sistematização, organização e alinhamento de metodologia para que se possa estabelecer séries históricas e realizar comparativos.

Apesar de ter sido criado em 1993, foi somente em outubro de 2000 que foi instituído no âmbito do Ministério da Saúde, por meio de portaria, o Sistema de Orçamento Público em Saúde – SIOPS, (Brasil, 2000) que permite a apuração e divulgação, de forma institucional, dos gastos em saúde, com todas as dificuldades de implantação e adesão.

No caso da dívida externa, os dados produzidos pelas instituições oficiais responsáveis pelo seu acompanhamento, principalmente o Banco Central do Brasil - BCB, Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento - SEAIN e Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda - STN, e divulgados por meio do Sistema de Contas Nacionais - SCN do IBGE, não foram suficientes para a realização de análise do setor saúde devido ao seu nível de agregação. A obtenção de dados adicionais só foi possível pela via informal e pela triangulação de amizade.

Dados relativos ao orçamento do governo federal foram obtidos por meio de uma combinação de fontes dos órgãos: MS, BGU, STN, CNS e CONASS. Os dados sobre os gastos em saúde, anteriores ao período estudado, foram coletados combinando trabalhos de pesquisa divulgados. Os dados sobre os contratos de empréstimos foram obtidos combinando as fontes: MS, BIRD, BID, trabalhos publicados e arquivo pessoal.

Exemplo da dificuldade para obtenção de dados pode ser visto no caso da solicitação de dados sobre a dívida externa, encaminhada à Divisão de Balanço de Pagamentos – DIBAP do Departamento Econômico – DEPEC do Banco Central que, em resposta a nossa solicitação, informou a impossibilidade de franqueá-los, alegando não dispor dos dados desagregados no formato solicitado e por razões de confidencialidade (Anexo 1).

3.2.1 – Bibliográficos

Haja vista a inexistência de um Sistema de Contas Nacionais para o setor saúde no Brasil, na realização dessa pesquisa buscou-se a produção de trabalhos publicados sobre os temas:

- a) Reformas do sistema de saúde no Brasil, com ênfase na questão do financiamento, com o objetivo de compreender os seus movimentos e a sua conformação no período do estudo, e as possibilidades dadas pelo arcabouço normativo/legal para participação das agências na composição do capital financeiro para o setor saúde no Brasil;
- b) Gastos, financiamento e economia da saúde, com o objetivo de verificar os trabalhos e os autores e atores que são referência neste campo de estudo;
- c) Dívida externa do setor saúde, para que fosse possível dialogar com as informações localizadas no orçamento do Ministério da Saúde.

A partir dos temas selecionados realizou-se ampla pesquisa nas fontes de informação, conforme Quadro 1, no qual foram encontrados 2.841 títulos, dos quais 325 foram de interesse e pesquisados.

Quadro 1: Base de dados para pesquisa

Fonte de informação	Tema	Período	Títulos encontrados	Títulos interesse e pesquisados
Saes, 2000	Economia da Saúde	1989 a 1998	408	80
Andrade et al, 2004	Economia da Saúde	1999 a 2004	376	47
SIBI/USP	Economia da Saúde e Dívida Externa	1990 a 2006	171	40
SIBI/USP	Série “Textos para discussão” - World Bank	Todos	197	1
SIBI/USP	Série “Informes Técnicos” – OPS	Até 1994	30	6
Biblioteca EAESP/FGV	Série “Textos para discussão” IPEA	Todos	1.000	99
A Bibliography of WHO Literature	Série “Task Force on Health Economics”	A partir 1985	246	17
Sítio do BIRD	Saúde Brasil	Todos	38	7
Sítio do BIRD	Saúde	1990 a 2004	332	5
Sítio do BID	Saúde Brasil	Todos	11	3
Sítio do BID	Saúde	1990 a 2004	62	20
TOTAL			2.871	325

3.2.2. Documental

A base para o levantamento de dados foram os relativos aos seguintes temas:

- a) Gastos em saúde;

Os gastos públicos em saúde tiveram como fonte Médici (1994), Médici (1995), Piola & Biasoto (2001) e WHO (2006).

Os dados do orçamento do Ministério da Saúde foram coletados no Balanço Geral da União, na Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde e na Secretaria do Tesouro Nacional.

- b) Acordos de Empréstimos, para financiamento de projetos para o setor saúde no Brasil.

Os dados dos Acordos de Empréstimos foram colhidos no sítio do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e do Banco Mundial, na Gerência de Planejamento e Programação Orçamentária da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda e na Coordenação de Programação Financeira da Coordenação Geral de Orçamento e Finanças da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde.

- c) Remessa de recursos ao exterior, a título de pagamento da dívida externa do setor saúde;

A fonte de coleta dos dados da dívida externa foi a Gerência de Planejamento e Programação Orçamentária da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda e a Coordenação de Programação Financeira da Coordenação Geral de Orçamento e Finanças da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde.

- d) Produto Interno Bruto – PIB

Os dados do PIB foram colhidos no sítio do Banco Central tendo como fonte o IBGE.

3.3. Organização e análise dos dados

Os dados foram apresentados por meio da construção de uma série histórica, para os anos de 1995 a 2004, e organizados em três períodos 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2004. Na análise dos dados, buscou-se estabelecer comparativos em valores absolutos e percentuais entre os pagamentos dos serviços da dívida, o orçamento do Ministério da Saúde e o

Produto Interno Bruto. O resultado da análise desses dados - comparados com o montante e condições dos empréstimos contraídos, e com o papel das agências na definição dos marcos que orientaram a política adotada pelo Brasil - permitiram estabelecer as conclusões do trabalho.

3.3.1. Sistema de saúde, as agências de financiamento e o campo de estudo da economia da saúde.

Da bibliografia extraída das bases de dados procuramos identificar, a partir da construção de fichas bibliográficas, como se deu a formação do sistema de saúde no Brasil, com foco na questão do financiamento. A pesquisa nas bases de dados permitiu a identificação do papel das agências de financiamento e a análise do campo de estudo da economia da saúde no contexto das políticas de saúde.

3.3.2. Gasto público do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 1995 a 2004.

A análise dos dados foi realizada a partir do orçamento do Ministério da Saúde, utilizando o conceito de despesas efetivamente liquidadas e pagas (orçamento executado) convertido a preços reais de 2004. O Índice Geral de Preços Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas – IGP/DI, foi a base para construção do deflator implícito.

3.3.3. Empréstimos contraídos pelo setor saúde no Brasil

A identificação de todos os projetos que foram objeto de acordo de empréstimos pelo governo brasileiro, como descrição do projeto, data de aprovação, fonte de recursos, agência de financiamento e valores, levantados no sítio do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e do

Banco Mundial, na Gerência de Planejamento e Programação Orçamentária da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda e na Coordenação de Programação Financeira da Coordenação Geral de Orçamento e Finanças da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, foi necessária para que fosse possível identificar, entre todos os desembolsos realizados a título de pagamento da dívida externa, quais pertenciam ao setor saúde e assim para realização da análise específica do setor.

Os empréstimos externos a serem considerados são aqueles realizados pelo governo brasileiro junto ao BIRD e ao BID, por tratarem de empréstimos para investimentos em programas e projetos do setor saúde no Brasil, que geram a obrigação futura de desembolso de recursos do Tesouro Nacional para pagamento dos serviços da dívida.

Não foram considerados os Acordos de Projetos, os de Doações e os de Créditos, por envolverem respectivamente execução indireta do projeto, doações diretas de outros governos ou entidades internacionais e empréstimos sem juros e outros serviços, aos países mais pobres, como é o caso da International Development Assistance – IDA do Banco Mundial e do Fondo Operaciones Especiales (FOE) do BID.

Também não foram considerados os Acordos de Cooperação Técnica bilaterais como os firmados com o Japão, Alemanha, Reino Unido, França, Canadá, Estados Unidos e Itália, e nem os Acordos de Cooperação Técnica multilaterais, como os firmados com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura -UNESCO, Organização Pan-Americana da Saúde -OPS, Organização Mundial da Saúde - OMS, Banco Mundial, por meio da International Finance Corporation - IFC e Multilateral Investment Guarantee Agency - MIGA, e o BID, por meio de seus fundos de investimentos, por terem características de transferência de conhecimento, tecnologias e experiências, e constituírem custos compartilhados tendo como a maior parcela o orçamento da própria instituição nacional executora.

Incluem-se no quadro de projetos financiados, os acordos de empréstimos do governo central e das unidades da federação, contudo, estes últimos foram excluídos da análise.

3.3.4. Pagamentos da dívida externa, decorrentes dos empréstimos contraídos para o setor saúde.

Em relação à dívida externa, a análise foi realizada procurando, a partir da transformação de todos os valores para uma mesma base monetária e utilizando o recurso do deflator implícito, apurado por meio do IGP-DI/FGV, verificar em valores absolutos e percentuais a participação dos serviços da dívida no Orçamento do Ministério da Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o fito de atingir os objetivos propostos pelo trabalho é preciso compreender os elementos básicos que configuram a formação do sistema de saúde no Brasil do ponto de vista do financiamento, entender o contexto em que emergem e o papel das agências multilaterais de financiamento, conhecer os projetos aprovados pelas agências, revelar o campo de estudo e a produção do conhecimento em economia da saúde, e identificar os contratos de empréstimos e pagamento da dívida externa dentro do orçamento do Ministério da Saúde.

No entendimento dessas questões está a chave para compreensão das políticas adotadas para o setor saúde, no período estudado, que envolveu três períodos de governo e dois programas políticos.

A decisão de realizar a análise, partindo dos empréstimos e sua correlação com a dívida externa e o gasto público em saúde no Brasil, se deu não só pela importância da discussão de questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS, como elemento fundamental para sua consolidação, mas, sobretudo, pela necessidade e carência de estudos sobre o assunto.

São quatro as questões que serão apresentadas nas páginas seguintes:

- 1º. Os custos dos empréstimos das agências multilaterais de concessão de crédito BIRD e BID, considerando as condições dos contratos, apresentam vantagens para o país?
- 2º. O montante de recursos emprestados pelos Bancos é significativo, quando comparado aos gastos públicos federais do setor saúde?
- 3º. Qual é o papel das agências de financiamento na produção do conhecimento e configuração do campo de estudo de economia da saúde?

4º. Qual o comportamento da dívida externa gerada pelos empréstimos para investimento no setor saúde, em relação ao orçamento do Ministério da Saúde?

Inicia-se a exposição do trabalho pela descrição da conformação do sistema de saúde no Brasil, do ponto de vista do seu financiamento, com a finalidade de revelar a formação de capital no setor saúde, e como a área de saúde vai se apresentar, em meados da década de 1990, como um importante setor de atividade econômica no Brasil, oferecendo possibilidades de investimentos externos.

Em seguida trata-se de situar quais, e quem são as agências de financiamento e de políticas, que realizaram empréstimos e “ofereceram” projetos políticos e econômicos para o país. Discute-se, neste capítulo, a formação das agências, sua trajetória, seus interesses e a influência dos países centrais, principalmente os EUA, nas decisões técnicas e políticas das agências, e os interesses de investimentos em projetos de todos os continentes, na América Latina e no Brasil.

O terceiro capítulo apresenta a configuração do campo de estudo da economia da saúde no âmbito do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento, da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e no Brasil, apontando a posição dessas instituições e de seus autores, sobre temas como política e financiamento do setor saúde, que tem monopolizado as discussões no campo da economia da saúde. A intenção deste capítulo foi estabelecer os marcos e idéias orientadoras da política adotada pelo Brasil, no período estudado.

Discute-se, no quarto capítulo, a participação do Brasil na carteira de projetos do Banco Mundial e do BID, apresentando todos os projetos aprovados por continente e para o Brasil. A descrição dos projetos para o setor saúde, permitiu a identificação dos projetos de interesse na carteira de pagamentos da dívida externa, e a realização da análise do comportamento financeiro de cada Contrato de Empréstimo ao longo da sua vigência, para

que fosse possível observar, ano a ano, sua participação no orçamento do Ministério da Saúde, no período de estudo.

Os números do setor saúde no Brasil são apresentados no quinto capítulo, através da descrição e análise dos dados sobre o orçamento Ministério da Saúde, gastos em saúde, contratos de empréstimos e pagamento da dívida externa. Neste capítulo a opção de agregar os dados por períodos, para a realização da análise, permitiu uma visão de três gestões e dois projetos de governo. As nossas considerações finais concluem o trabalho.

4.1. Conformação e reformas do sistema de saúde no Brasil

A formação do sistema de saúde brasileiro, no que se refere ao financiamento das ações e serviços, foi marcada pelas reformas ocorridas nos sistemas de saúde dos países da Europa Ocidental, como Alemanha, Inglaterra, França, Espanha entre outros. Destacam-se três marcos importantes para sua formação.

O primeiro, entre as décadas de 1920 e 1960, apresentou aspectos e características que se assemelharam, no que se refere ao financiamento a base de contribuição, aos sistemas de saúde com conteúdo e orientação Bismarkiana¹. Este sistema foi estruturado através de uma base contributória de afiliação profissional obrigatória, e do financiamento por meio de cotização de empregados e empregadores. É deste período, décadas de 1920 a 1960, a formação no Brasil da previdência social com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP e, posteriormente, os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP.

¹ Sistema alemão estruturado no final do século XIX por Otto Von Bismarck, que teve suas raízes no conceito de polícia médica. Dentro deste conceito, por razões de Estado ou razões paternalistas, havia o interesse de que os cidadãos fossem saudáveis, o que poderia ser conseguido através da organização da seguridade social e da saúde pública. Bismarck então não só estruturou o sistema de saúde, como implantou um sistema detalhado de seguridade social, através de reformas administrativas, (Rosen, 1979)

O principal marco de mudanças deste período em relação ao anterior, quando se iniciou a saúde pública no Brasil, foi o surgimento da previdência social (Andrade, 2001).

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas pela transformação desse sistema e pelo início da presença do Estado, de forma mais articulada, na prestação direta de serviços, e na contratação de serviços prestados pelo setor privado. A industrialização acelerada, verificada a partir da década de 1960 até o final da década de 1970, criou uma massa operária nos centros urbanos que necessitavam de serviços de saúde. O capitalismo tardio² brasileiro imputa ao Estado, neste momento, a presença neste setor tão vital para o seu desenvolvimento capitalista e que exige grandes inversões financeiras para a criação de um complexo médico-industrial³.

O arcabouço legal para a estruturação e consolidação deste importante setor da economia foi dado pela combinação dos pressupostos das Constituições de 1967 e 1969, pela lei 6229/75 que organizou o Sistema Nacional de Saúde, e pela lei 6439/77 que criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. Foi nas décadas de 70 e 80, do século XX, que ocorreu a reestruturação do sistema de previdência e assistência social e da assistência médica. É desse período a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS (1976); do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas – SNCPC (1977); e do Sistema de Atendimento Médico e Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS (1983).

O marco desse período foi a normatização e a rápida criação do complexo médico-industrial. Esse modelo, centrado na assistência médica, propiciou, segundo afirmam Braga & Silva (2001), a criação do período da

² Capitalismo Tardio – Estágio contemporâneo do capitalismo. O termo surge após a crise de 1929 e ressurgiu após o esgotamento da expansão do pós-guerra com características entre outras de uma forte intervenção do Estado.

³ Complexo médico industrial – Setor de atividade econômica.

capitalização da medicina⁴. As principais características desse modelo, para Oliveira e Teixeira (1989) apud Andrade (2001, p. 21), são as seguintes:

- a) Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para quase a totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento da produção privada desses serviços”.

A promulgação da Constituição da República, no final da década de 1980, introduz no seio da sociedade a noção de direito à saúde de forma universal e integral com a criação do Sistema Único de Saúde.

A estrutura do sistema de saúde no Brasil, neste período, segue a orientação Beveridgiana⁵ marcada pela noção de direito a assistência à saúde, pela cobertura universal, pelo financiamento através de tributos, prestação mista dos serviços e pelo controle e regulação do sistema pelo Estado.

Após um período de baixa cobertura e demandas sociais crescentes por serviços de saúde (Médici, 1995), a implantação do SUS, com as características descritas, trouxe rápida e elevada expansão na oferta de serviços. O volume de internações hospitalares do sistema público, segundo dados do DATASUS, cresceu 46% (7.874.353/11.492.883) no período de 1985 a 2004, enquanto a população, segundo dados do IBGE, cresceu 33%

⁴ Período de capitalização da medicina – Etapa particular do desenvolvimento capitalista da área médica, no qual as práticas privadas e capitalistas tornaram-se hegemônicas.

⁵ Modelo de organização da seguridade social e especialmente dos sistemas de saúde, concebido pelo economista William Beveridge. A contribuição deste modelo para a

nesse período. As consultas médicas do sistema público, segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, cresceram 105% no período de 1989 a 2002 (287.965.550/590.009.780), para um crescimento populacional no mesmo período de 20%.

Essa elevação na oferta de serviços se deu em função da melhor estruturação do sistema saúde, em decorrência das políticas propostas e implementadas nesse período, a saber:

- 1º) Processos de estadualização e municipalização implementados pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, (Brasil, 1987).
- 2º) Pelo processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, delegando aos estados e aos municípios as responsabilidades de gestão dos sistemas loco-regionais com a implantação das Normas Operacionais Básicas - NOB 01/91, (Brasil, 1991), 01/93 e fortalecido pela NOB 01/96 (Brasil, 1993).
- 3º) Pelo processo de regionalização, que busca promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, trazido pela Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS 01/2001, que apesar da sua revogação no ano seguinte criou um movimento de discussão positivo (Brasil, 2001).
- 4º) Pelo processo de regulação do sistema com a publicação da NOAS 01/02 (Brasil, 2002).

Outro fator que pode ter contribuído para a elevação da cobertura foi a pressão da demanda, em função da abertura democrática e do crescimento dos movimentos de direitos do consumidor.

As bases para a estruturação do SUS, dadas na Constituição de 1988 e nas Leis 8080 (Brasil, 1990a) e 8142 (Brasil, 1990b), encontram, a partir de 1993, uma estratégia para descentralização com a definição de competências das três esferas de governo trazidas pela NOB 01/93 e se

construção das bases da seguridade social em vários países, consubstanciado no que se

consolidam a partir de 1995, com o avanço do processo de descentralização.

A presença do Estado, a noção de direito à saúde e o estabelecimento de princípios e diretrizes para o setor saúde são os marcos deste período. Segundo Médici (1990) apud Abres (1994),

“Em países como Argentina, Brasil e Chile, o modelo de atenção médica nasceu nos marcos do previdencialismo alemão, tentou chegar ao universalismo inglês, mas a realidade da crise faz com que ele seja cada vez mais parecido como o sistema americano.”

A implantação do SUS, apesar de ter propiciado aumento na oferta e melhoria no acesso aos serviços de saúde, foi acompanhada por uma crise de recursos financeiros, conforme demonstramos na Tabela 1.

Segundo Musgrove (1996), em 1990 o mundo todo movimentou 1,7 trilhões de dólares com assistência à saúde, correspondendo aproximadamente 8% do PIB mundial. No Brasil, em meados da década de 1990, o sistema de saúde, formado a partir dos marcos discutidos, apresenta-se como importante setor de atividade econômica, com gastos representando 6,5% do PIB (Quadro 10).

O Brasil, no início da década de 1990, viveu uma situação dual. Por um lado um quadro de crise econômica, causada principalmente pelo choque externo, com importantes reflexos na atividade econômica, trazendo recessão, inflação, endividamento interno e desequilíbrio nas contas públicas e, por outro, tendo que responder às exigências constitucionais para o setor saúde, com expansão da oferta de serviços e, conseqüentemente, tendo necessidade de ampliação de recursos para o financiamento do sistema.

A partir deste período, aproveitando a oferta de recursos por parte das agências multilaterais de financiamento Banco Mundial e BID, que neste momento assumem posição hegemônica no debate de questões e oferta de políticas e financiamento para projetos no setor social, o Brasil passa a estabelecer, de forma mais acentuada, acordos de empréstimos para financiamento de suas políticas também no setor saúde.

4.2. As agências de financiamento e de políticas Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento.

4.2.1. Surgimento

Dispostos a criar condições para minimizar as crises políticas e econômicas, que culminaram nas duas guerras mundiais, os EUA e a Grã-Bretanha, duas grandes potências da época, assinaram uma carta de intenções, em agosto de 1941 (carta de Atlanta) e nomearam representantes dos dois países, Harry Dexter White, americano, e Jonh Maynard Keynes, britânico, que propuseram um conjunto de regras para planificação da economia internacional e geração de nova ordem econômica do pós-guerra. Essas discussões culminaram na Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, conhecida como “Conferência de Bretton Woods” em 22 de julho de 1944. Os pontos centrais das discussões foi o livre comércio, a necessidade do desenvolvimento econômico mais equilibrado das nações e a multilateralidade nas relações econômicas internacionais.

Dentre as propostas defendidas pelos representantes, a questão da submissão da política às regras de ajuste, defendidas por White, prevaleceu à proposta defendida por Keynes. A proposta americana definiu que somente os países deficitários, que recorrem ao Fundo Monetário Internacional - FMI para sanar sua balança de pagamentos, estariam submetidos às regras dos ajustes econômicos depressivos, em vez de

mecanismos corretores globais para todos os países membros, segundo (Rizzotto, 2000 p. 60).

“Entre as propostas e mecanismos apresentados na Conferência de Bretton Woods, estava prevista a criação de instituições que viabilizassem o novo processo de relações internacionais. Do ponto de vista americano, estas instituições deveriam garantir o livre comércio sem discriminação para seus produtos, um clima favorável para a iniciativa privada investir no exterior, e o acesso sem barreiras às matérias primas que necessitassem.”

Em 1945 foi criado o FMI, com a missão de promover a proteção e estabilização da moeda, e fazer respeitar as normas financeiras internacionais, por meio de convênio, assinado por representantes de 29 países. Em 25 de junho de 1946 foi criado o BIRD, com a responsabilidade de conceder empréstimo e estimular o desenvolvimento dos países membros; e, em 1960, a Associação Internacional de Desenvolvimento – AID, com objetivo de dar assistência aos países mais pobres, aos quais proporciona empréstimos sem juros e outros serviços. O BIRD e a AID reunidos constitui o Banco Mundial⁶.

O Brasil, por meio do Decreto Nº. 21.177 de 27 de maio de 1946, promulga a Convenção sobre o Fundo Monetário Internacional e a Convenção sobre o Banco Internacional para Reconstrução e

⁶ O Grupo Mundial é composto pela afiliação ao Banco Mundial da Agência Multilateral de Garantia de Investimentos – AMGI criada em 1988 com o objetivo de garantir os riscos de investimentos diretos em países em desenvolvimento, garantindo ao investidor o seguro para riscos não comerciais e assistência técnica para ajudar os países a divulgarem informações sobre oportunidades de investimento, pela Corporação Financeira Internacional – IFC, criada em 1956 para promoção do desenvolvimento econômico do setor privado de países em desenvolvimento e a prestação de assistência técnica e de assessoramento aos governos e empresas. Em parceria com investidores privados, a IFC proporciona tanto empréstimos quanto participação acionária em negócios nos países em desenvolvimento, e pelo Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos - CIADI que proporciona instalações para a resolução, mediante conciliação ou arbitragem, de disputas referentes a investimentos entre investidores estrangeiros e os seus países anfitriões.

Desenvolvimento, e afirma que as Convenções serão executadas e cumpridas inteiramente.

O BID foi fundado em 1959, por iniciativa de 19 países da América Latina e os Estados Unidos, com a finalidade de financiar projetos de desenvolvimento econômico e social. É o mais antigo e maior banco regional de desenvolvimento e atualmente é propriedade de 47 países membros. Para se afiliar ao BID, entre outros requisitos, o país deve ser membro do FMI.

Segundo dados de 2006, somente 4% do capital ordinário do BID, em torno de 101 bilhões de dólares, foram integralizados pelos países membros, o restante (96%) é capital subscrito e serve como lastro para captação de recursos no mercado financeiro internacional, por meio da emissão de debêntures.

Cerca de 90% dos desembolsos relativos aos empréstimos concedidos pelo banco advêm da emissão de debêntures, atualmente em torno de US\$ 5 bilhões ao ano. Além dos recursos integralizados e dos recursos captados no mercado, o banco conta ainda com as receitas de juros dos empréstimos, que, em 2005, fecharam em torno de US\$ 1 bilhão. O BID atua em projetos de co-financiamento com instituições como o BIRD. A taxa base estipulada pelas agências, para pagamento dos juros dos empréstimos contraídos pelos países prestatários, é a LIBOR⁷.

4.2.2 O papel das Agências

Nas primeiras décadas do pós-guerra, as agências multilaterais de financiamento, principalmente o Banco Mundial, não desempenharam o papel de promotoras do desenvolvimento, para o qual elas foram criadas.

⁷ London Interbank Offer Rate - taxa de referencia dos empréstimos do BID que é dada na moeda em que se realiza o empréstimo, mais uma margem de custos médios do BID, mais a taxa média de crédito cobrada pelo Banco. A taxa LIBOR é determinada a cada três meses e o período de amortização varia entre 15 e 25 anos, incluindo um período de carência equivalente ao período de desembolso programado originalmente mais seis meses.

Nesse período, os EUA assumiram o papel de liderança, estabelecendo acordos bilaterais para promover a recuperação dos países aliados, por meio de doação de recursos para realização de grandes investimentos, não passando pelos empréstimos do Banco Mundial. A nova geografia política e a defesa do capitalismo contra o avanço comunista justificaram essa atitude. Os recursos foram investidos tanto nos países centrais como nos periféricos, com o objetivo de consolidar o capitalismo e expandir e garantir o mercado de produtos primários (Rizzotto, 2000).

A mudança de conjuntura política, com a estabilização da guerra fria, somada à conjugação de fatores, como a elevação do número de países subdesenvolvidos membros do Banco Mundial, a situação deficitária na balança de pagamentos dos EUA e a decisão americana de deslocar o seu foco de investimentos bilaterais para a questão da segurança nacional, fizeram com que, no final da década de 50, o Banco Mundial assumisse o papel de liderança como agência de financiamento dos países em desenvolvimento (Lichtensztein & Baer, 1987, apud Rizzotto, 2000).

A legitimidade dos acordos e das relações multilaterais, dada pela ratificação da convenção de Bretton Woods pelos países membros, e a aceitação das condicionalidades impostas por instituições de caráter internacional, passaram a ser reconhecidas como menos constrangedoras do que as imposições das relações bilaterais.

Apesar do caráter internacional das agências Banco Mundial – BM e BID, a influência norte americana esteve sempre presente. O aporte de recursos alocados pelo EUA ao Banco Mundial, desde a sua criação, (Quadro 2 e Figura 1) permitiu a esse país o estabelecimento de regras para financiamento, análise e aprovação de projetos. Os EUA subscreveram um montante de recursos na criação do BM que lhe permitiu ter um poder de voto de 37%, esse percentual vem diminuindo ao longo dos anos chegando a 19% em 1987, 17% em 1993 e 16% em 2003. Em 2003 o grupo I, que representa os países desenvolvidos, possuía 55% do poder de voto, enquanto o grupo II, representado pelos países em desenvolvimento,

possuía 45%. O Brasil, que participa desse último grupo, possui algo em torno de 1,8% desse poder.

Em função de acordo estabelecido na Conferência Bretton Woods, foram determinadas que a presidência do Banco fosse exercida por um cidadão americano e que o cargo de Diretor Gerente do FMI fosse exercido por um europeu. O significado emblemático da agência Banco Mundial para a sociedade norte americana fez com que essa constituísse um grupo denominado “Comitê Bretton Woods”, que congrega pessoas e entidades influentes da sociedade norte americana. Esses formuladores e fazedores de opinião sempre influenciaram as decisões políticas e a formação de agendas de atuação do governo americano. Isso ocorreu, por exemplo, em 1985, com o chamado Plano Baker, que propunha a criação de um fundo a ser administrado pelo Banco Mundial, cujos recursos seriam destinados aos países mais endividados, em troca, estes países deveriam aderir às políticas de ajuste, realizando as reformas estruturais propostas pelo FMI e pelo Banco Mundial.

Quadro 2: BIRD - Capital Social e poder de voto – países principais

PAISES	Subscrição de capital – US\$ milhões				Percentual do Total de Votos			
	1946	1987	1993	2003	1946	1987	1993	2003
Grupo I	5.978,0	54.309,7	99.223,0	106.674,6	72,46	61,65	58,70	55,23
Total de Países	11	23	23	23	11	23	23	23
E.U.A	3.175	17.403	29.327	31.964	37,12	19,42	17,18	16,40
Japão	-	4.925	11.312	15.320	-	5,52	6,64	7,87
Alemanha	-	4.901	8.734	8.733	-	5,49	5,13	4,49
Reino Unido	1.300	4.698	8.372	8.371	15,37	5,27	4,92	4,31
França	450	4.698	8.372	8.371	5,51	5,27	4,92	4,33
Grupo II	1.692,0	30.920,3	66.366,0	82.892,4	27,54	38,35	41,30	44,77
Total de Países	27	128	153	161	27	128	153	161
Índia	400	2.875	5.404	5.404	4,93	3,24	3,13	3,20
Arábia Saudita	-	2.700	5.404	5.404	-	3,04	3,41	3,55
Brasil	105	1.429	3.009	4.016	1,51	1,63	1,64	1,76
Argentina	-	1.137	1.213	2.161	-	1,30	0,95	0,98
Espanha	-	1.242	2.857	3.377	-	1,42	1,34	0,62
Total Geral	7.670,0	85.230,0	165.589	189.567,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaboração própria, a partir do Acordo de Constituição do BIRD (IBRD Articles of Agreement 1945), Quotas and Voice – Further Considerations (FMI, 2005), The World Bank Annual Report (1946, 1987, 1993 e 2003).

Nota: A Espanha em 2003 passa a fazer parte do Grupo I.

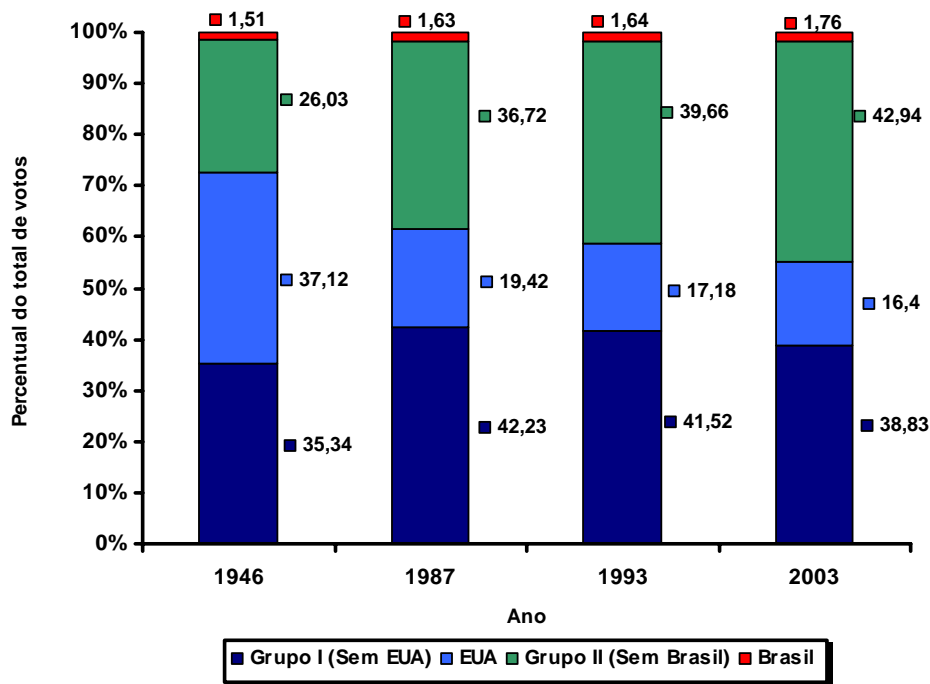


Figura 1: BIRD - Capital Social e poder de voto – países principais.

Nota: A composição do poder de voto é dada pelo capital subscrito + os votos básicos, no montante de 250 votos por país, determinados no Estatuto de constituição do Banco. O capital do Banco foi dividido em ações de US\$ 100.000 cada Ação.

Diferentemente da ONU, em que cada país representa um voto, no Banco Mundial o poder de voto é representado por um sistema de subscrição de quotas-partes do capital da instituição, tendo instituído, como fator moderador, a introdução de um número de votos básicos iguais para cada país num total de 250 votos (Quadro 3). Como pode ser visto, o poder moderador instituído no Estatuto de criação do Banco, como forma de dar peso aos votos dos países-membro mais pobres, ao longo dos anos, reduziu-se sensivelmente, de 11% do total de votos em 1946 para 3,7% do total de votos em 2003.

Quadro 3: Votos Básicos Banco Mundial

Anos	Nº. Membros	Total de Votos	Votos Básicos	
			Número	% do Total
1946	38	86.200	9.500	11,0
1987	151	583.478	37.750	8,3
1993	176	771.470	44.000	5,7
2003	184	1.234.580	46000	3,7

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Report Annual World Bank 1946, 1987, 1993, 2003.

No caso do BID, a participação americana é mais significativa do que no caso do Banco Mundial, com participação de 41,2% do poder de voto e do capital ordinário, no momento da constituição do Banco em 1959, passando a 34,6% em 1987 e 30,0% em 2005. Enquanto os países membros regionais decrescem a sua participação em recursos e poder de voto como os EUA e o Brasil, que reduziu a sua participação de 12,1% em 1959 para 10,8% em 2005, os países não-regionais aumentaram cada vez mais a sua participação no BID em recursos e poder de voto, de 0% em 1959 a 16% em 2005, com destaque para o Japão com 5% (Quadro 4 e Figura 2).

Quadro 4: BID - Capital Social e poder de voto - países principais

PAISES	Ações (US\$ 10.000 cada uma)			% do Total de Votos		
	1959	1987	2005 (*)	1959	1987	2005
Argentina	10.314	328.361	900.154	12,13	11,62	10,75
Brasil	10.314	328.361	900.154	12,13	11,62	10,75
México	6.630	211.075	578.632	7,80	7,47	6,91
Venezuela	5.526	175.922	482.267	6,50	6,23	5,76
Subtotal Países membros mutuários	50.000	1.523.143	4.184.669	58,82	53,91	50,02
Canadá	0	124.025	334.887	0	4,39	4,00
Estados Unidos	35.000	976.634	2.512.529	41,18	34,57	30,01
Subtotal Países regionais não mutuários	35.000	1.100.659	2.847.416	41,18	38,96	34,01
Japão	0	30.454	418.642	0	1,08	5,00
Subtotal Países não regionais não mutuários	0	201.472	1.335.179	0	7,13	15,98
Total Geral	85.000	2.825.274	8.367.264	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do BID e do Convênio Constitutivo do Banco.

Nota - (*) 16 de março de 2005.

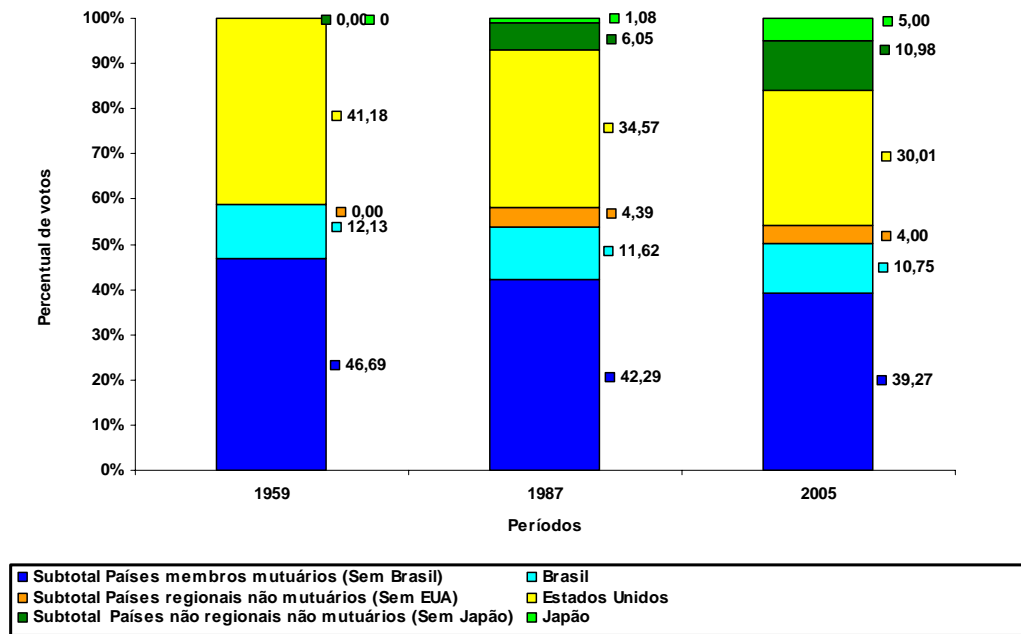


Figura 2: BID - Capital Social e poder de voto - países principais

O papel do Banco Mundial, como principal agência de financiamento, pode ser dividido em períodos. O primeiro vai até a década de 1970, quando o diálogo político, o debate e a cooperação técnica entre os diversos países foram sua marca. A contribuição do Banco se dava pelas sugestões de políticas setoriais para conseguir adesão dos governos às propostas. Destaca-se, neste momento, a idéia do desenvolvimento econômico com a oferta de investimentos principalmente em infra-estrutura.

O segundo momento, oposto ao primeiro, se deu na década de 1980, num período de crise econômica, principalmente nos países em desenvolvimento. Nesse momento, a questão do ajuste estrutural das economias endividadas passa a ser o centro das discussões e de propostas de políticas a esses países, concebidas num âmbito mais restrito do Banco e de governo dos países centrais. São oferecidas, agora, sugestões de políticas utilizando a estrutura técnica e financeira do Banco como mecanismo de indução e a realização de empréstimos condicionados à adoção de determinada política econômica.

O quadro de crise mundial desse período trouxe, no plano econômico, uma crise financeira internacional sem precedentes e, no plano político, o assentamento do pensamento neoliberal e de governos conservadores em países importantes como EUA e Grã-Bretanha. Como pode ser visto, esses dois países detêm grande parcela do poder financeiro e de voto no Banco e, por acordo, o controle político e administrativo do Banco Mundial é dos EUA, e o controle do FMI é de um país europeu.

Nesse contexto, a agência multilateral Banco Mundial entra em cena e assume papel de intermediador entre os países devedores e os credores internacionais. A crença nas propostas de política econômica indicadas pela escola neoclássica, com forte crítica à intervenção do Estado em quase todos os países da América Latina, fez com que o Banco indicasse como condição para renegociação e pagamento da dívida externa desses países a adoção de suas propostas de ajuste estrutural e projetos para setores específicos.

O diagnóstico do Banco foi de ineficiência na alocação dos fatores de produção nos países da América Latina, causada pelo protecionismo ao desenvolvimento no período de substituição de importações com a conseqüente perda da competitividade internacional dos seus produtos industrializados. Dessa forma, os empréstimos setoriais e de ajuste estrutural levariam no curto prazo, a amenizar pressões sobre o balanço de pagamentos, para atingir, no médio prazo, um reordenamento da estrutura produtiva desses países (Gonzalez, 1990 apud Rizzotto, 2000, p. 69).

Esse período marca o início da intervenção do Banco na agenda de políticas internas, quando deixa de apenas aprovar os projetos, para passar a acompanhar a sua execução e metas. A partir daí, os recursos destinados a consultorias e administração, como um dos componentes dos projetos aprovados, elevam-se, revelando o claro objetivo de acompanhar e manter o controle de informações sobre o projeto e a implementação de políticas pelo país tomador dos recursos. Os recursos para esta categoria que representavam 8% do total desembolsados pelo Banco em 1987, passam

para 12% em 1993 e chegam a 18% em 2003 (The World Bank Annual Report , 1987, 1993 e 2003).

Com a constatação do fracasso das políticas de estabilização do FMI e dos programas de ajuste do Banco Mundial, reconhecido no seu Relatório de Desenvolvimento Mundial de 1990, e pelo economista-chefe do Banco para a América Latina, Sebastian Edwards, em 1995, o Banco Mundial retoma o discurso e a política de combate à pobreza, (Rizzotto, 2000).

A introdução da política de contenção de gastos públicos por parte dos países desenvolvidos, desloca a discussão para o combate à pobreza argüindo, nesse momento, razões de ordem humanitária e razões de ameaça ao desenvolvimento e à ordem internacional. A temática do combate à pobreza é reforçada com a decisão dos países membros da ONU, durante a Cúpula do Milênio⁸ realizada em 2000, de assinar a Declaração do Milênio, estabelecendo oito Objetivos Gerais até 2015 para combate a pobreza, com destaque para metas no setor saúde.

O diálogo entre as agências de financiamento e entre as agências e governos dos países tomadores de empréstimos, característico do Banco Mundial no seu primeiro período de relação multilateral, é retomado, mas a utilização das condicionalidades, como forma de obter a adesão às sugestões já elaboradas e indução de políticas, se mantém (Mattos, 2001).

Neste período as idéias são mais importantes que os recursos, e podem ser vistas em uma passagem do documento do Banco de 1997, descrita por Mattos (2001 p.382):

“Uma avaliação do impacto das atividades do Banco mostra que a maior parte da ajuda externa ao setor saúde, nutrição e população simplesmente substitui gastos governamentais. A origem real da eficácia no

⁸ Cúpula do Milênio - Realizada em setembro de 2000, na sede da ONU em Nova York, onde líderes de 189 países assinaram a Declaração do Milênio. Esse documento oficializou o pacto para priorizar a eliminação da fome e da extrema pobreza no planeta até 2015. Para isso, foram estabelecidos os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com 18 metas socioeconômicas em áreas como renda, educação, saúde infantil e materna, combate a doenças, saneamento, habitação, meio ambiente, igualdade de gêneros e parcerias pela sustentabilidade.

setor é, portanto, as reformas resultantes do aconselhamento político que acompanha os empréstimos, e não dos empréstimos em si (World Bank, 1997).”

A dependência financeira externa dos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, acentuada a partir da década de 1980, propiciou, nesses países, maior participação externa na formulação de políticas públicas internas, e permitiu que organismos supranacionais, como Banco Mundial e FMI, atuassem como formuladores de políticas econômicas e sociais para países em desenvolvimento. Para Silva & Horta (1984), ao aceitar os critérios definidos na primeira rodada de negociação com o FMI em 1982/1983, o Brasil abriu mão do poder de fazer política econômica e, em casos, perdeu inclusive o controle sobre ela.

Para Rizzotto (2000), muitas diretrizes e conceitos “patenteados” pelo Banco Mundial foram extraídos de movimentos políticos e sociais, correntes ideológicas e processos administrativos, desenvolvidos em muitos países e por muitas décadas. Coube ao Banco por intermédio de seus consultores espalhados por todo o mundo, a reconceituação e a readequação metodológica e ideológica aos novos tempos de rearticulação capitalista:

“A “intervenção” externa, que se verifica atualmente nos mais diversos setores e níveis da ação estatal brasileira, possibilitada pelo *aceite negociado* e como parte integrante das condicionalidades para obtenção de empréstimos externos mostraram o grau de dependência do país em relação ao capital internacional...”

“Nos anos 80, em função da crise da dívida externa sofrida pelos países periféricos, o foco de ação do Banco Mundial foi dirigido para programas de ajuste estrutural e setorial. Finalmente, na década de 90, retoma-se com grande ênfase o discurso do combate à pobreza e da necessidade de promover não só o

crescimento econômico dos países “em desenvolvimento”, mas também o desenvolvimento social, que se daria mediante a integração de todos os países ao mundo globalizado.” (Rizzoto, 2000, p. 44/45/48).

São claras as pretensões de atuação do Banco Mundial, consubstanciada em seus documentos de análise de conjuntura, relatórios e projetos nos países periféricos.

Um documento importante do Banco é o chamado “Country Assistance Strategy” – CAS, que orienta o programa de investimentos nos países membros. O documento realiza uma análise de conjuntura econômica, política e social e estabelece a atuação do Grupo Banco Mundial para os próximos anos. Embora a CAS seja elaborada pelo Banco utilizando-se da consulta às instituições internas do país e de referências nacionais em cada setor, trata-se de documento sigiloso do Banco, e sua divulgação pode ser autorizada por ele, a pedido do país, como é o caso do Brasil. A razão da confidencialidade, segundo o Banco, é a necessidade de facilitar e salvaguardar o intercâmbio livre e franco de idéias entre o Banco e os seus países membros.

A atual CAS para o Brasil, divulgada no final do primeiro ano de gestão do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, dezembro de 2003, orienta a atuação do Banco para o período 2004-2007. Orientada pelo diagnóstico de que o governo brasileiro está comprometido com uma política de austeridade fiscal, com metas de inflação e com o pagamento dos serviços da dívida, a CAS foi elaborada observando-se as prioridades do país definidas no Plano Plurianual de Investimentos – PPA e nas metas definidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015, da Organização das Nações Unidas, e prevê um investimento de US\$ 7,5 bilhões em financiamentos do BIRD para o Brasil neste período, (World Bank, 2006).

4.3. A produção do conhecimento e a configuração do campo de estudo da economia da saúde, no contexto das políticas de saúde.

Pesquisados 325 documentos (Quadro I), a análise e a discussão da produção do conhecimento no campo da economia da saúde se deu, a partir da seleção dos trabalhos que representam importante contribuição para configuração desse campo de estudo, situando-os em quatro grupos. Esta providência foi necessária no sentido de estabelecer os marcos e as idéias orientadoras da política adotada pelo Brasil no período estudado.

4.3.1. No âmbito das agências de financiamento Banco Mundial e BID.

A contribuição mais efetiva dos Bancos ao debate, participação política e produção do conhecimento no campo da economia da saúde, se dá a partir de meados da década de 1980, após liderança da OMS, da UNICEF e da OPS, que ganharam destaque e tiveram suas proposituras reconhecidas e debatidas em momentos e documentos importantes, por exemplo, na Declaração de Alma Ata⁹. O BID tem uma contribuição importante na produção do conhecimento, por meio da divulgação de trabalhos produzidos por técnicos da sua Divisão de Desenvolvimento Social e da publicação da Série “Nota técnica para discussão”, mas foi o Banco Mundial, com sua capacidade de produzir documentos e de aglutinar pesquisadores, que liderou esse processo a partir da publicação, em 1987, do documento “Financiamento dos serviços de saúde em países em desenvolvimento – Uma agenda para reforma”¹⁰, (World Bank, 1987).

⁹ Alma Ata - Conferência Internacional da OMS realizada em Alma Ata, Cazaquistão, URSS em 1978, que teve como tema central a atenção primária em saúde e lançou como meta a “saúde para todos em 2000”.

¹⁰ Financing Health Services in Development Countries: An Agenda for Reform.

Esse documento que trouxe no seu bojo o princípio da não exclusividade como eixo estruturante dos argumentos utilizados pelos formuladores, e a noção de bens públicos e bens privados faz um diagnóstico arguindo incompetência dos governos dos países em desenvolvimento e recomenda a transferência, tanto do financiamento como da responsabilidade pela atenção à saúde para setores não governamentais, restando ao setor público ações de cuidados preventivos e ao setor privado as ações de caráter curativo (Misoczky, 1995; Pessoto, 2001).

O Banco encaminhou os debates para o campo em que ele tem maior expertise, a economia da saúde, e com a sua capacidade de divulgar pesquisas, dar visibilidade aos seus trabalhos e chamar o foco de discussão, assumiu a hegemonia na produção do conhecimento no campo da economia e políticas de saúde (Mattos, 2001).

O documento do Banco de 1993, intitulado “Investindo em Saúde”, (World Bank, 1993), ratifica, em grande parte, o de 1987, com correção em pontos muito criticados, principalmente pela OMS, OPS e UNICEF, e traz como questão central a proposta de realização de um pacote mínimo de serviços e a concentração da ação do Estado em serviços com uma boa relação custo-benefício, esse documento trouxe grande contribuição ao debate (Misoczky, 1995).

Em outro documento importante do Banco de 1996, “O Papel do Público e do Privado na Saúde, Teoria e Modelo de Financiamento”, Philip Musgrove, economista principal do Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, que compôs a equipe que elaborou o documento de 1993, discute questões teóricas e de financiamento, reconhecendo a complexidade dos sistemas de saúde, e apresenta as razões pelas quais o Estado deve atuar e regular o mercado da saúde:

- 1º) Por razões próprias de um mercado de concorrência imperfeita e pela falta de condições desse mercado se auto-regular, trazendo ineficiência e iniquidades;

- 2º) Por necessidade de promoção da equidade, por fatores ligados a pobreza;
- 3º) Para assegurar a provisão e o consumo de serviços de saúde, tanto público quanto privado. Estabelece relações entre mortalidade e gastos em saúde; expectativa de vida e gasto em saúde; porcentagem de gasto do PIB em saúde e sua distribuição entre público e privado, (Musgrove, 1996).

A utilização de mecanismos de indução, como a condição técnica e financeira para estabelecer parcerias e co-financiamento com outras instituições bi e multilaterais para financiar projetos de seu interesse, a capacidade de atrair os mais expressivos pesquisadores e instituições para participarem em seus eventos, e o financiamento de projetos a países em desenvolvimento, realizados por meio de acordos negociados utilizando as suas regras e modelos para elaboração, execução, prestação de contas e acompanhamento dos projetos foram decisivos para consolidar a posição do Banco.

“O Banco é uma das poucas instituições capazes de pressionar firmemente por maior financiamento para assistência à saúde. Isso está sendo feito rigorosamente, por meio de reuniões rotineiras, conferências especiais sobre o tema e interação com outras agências de empréstimo, em países específicos” (World Bank, 1987)¹¹.

Vários estudos que redundaram em propostas políticas para o setor saúde foram elaborados e/ou patrocinados pelos Bancos. Segundo Martins (2005 p.5/6):

“O Banco Mundial se apresenta como ‘um dos maiores produtores de conhecimento e de experiências sobre

¹¹ Tradução livre de: “The Bank is one of the few institutions able to press strongly for greater attention to health financing. It is doing so aggressively through routine meetings, through special conferences on the subject, and through interaction with other lending agencies with respect to specific countries.” (World Bank, 1987, p.50).

questões de desenvolvimento humano e redução da pobreza'. Sua atuação compreende a popularização de paradigmas e a disseminação de idéias e valores que tanto influenciam as demais agências internacionais, as corporações multinacionais, as organizações governamentais e não-governamentais, os círculos acadêmicos, os setores privados e os meios de comunicação como também dependem dos vínculos estabelecidos com eles. Profissionais dos mais diferentes matizes ideológicos elaboram a partir de seus conceitos, reproduzem suas análises, utilizam suas fontes de dados. As eventuais mudanças de terminologia não alteram substancialmente, o núcleo do pensamento do Banco Mundial: o fundamentalismo do mercado. Este seria o principal agente "estruturador" não apenas da economia, mas também das relações sociais e políticas".

4.3.2. No âmbito da OMS

A OMS criou em 1993 a "Força Tarefa de Economia da Saúde" que iniciou suas atividades com a encomenda de identificar e catalogar todos os trabalhos realizados pela e para a OMS a partir de 1985 e especificamente no caso dos artigos a partir de 1987, e em 2000 criou a "Comissão Sobre Macroeconomia e Saúde".

Apesar do debate e da produção de documentos a partir dessas duas iniciativas, a OMS só recuperou seu papel como agência de aconselhamento de políticas de saúde internacional, com a publicação do "Relatório da Saúde Mundial de 2000", que trouxe uma escala de indicadores de desempenho de diversos países, e recolocou a OMS e a questão dos indicadores no centro do debate. Não por acaso esse esforço contou com a participação de C. Murray e Philip Musgrove que participaram da elaboração do relatório do Banco Mundial de 1993, "Investindo em Saúde" (Mattos, 2001).

No ano seguinte, a OMS reafirma o seu papel como agência de formulação de políticas no âmbito da saúde, com a divulgação do relatório de 2001 da sua Comissão de Macroeconomia e Saúde, capitaneada pelo professor Jeffrey Sachs, intitulado “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development” (WHO, 2001), que propõe estratégias e intervenções importantes de médio prazo, como a criação nos países pobres e em desenvolvimento de Comissão Nacional de Macroeconomia e Saúde, elaboração de um Documento de Estratégia de Luta Contra a Pobreza (DELP); investimento em AIDS; maior financiamento da comunidade internacional; proposta de revisão do marco econômico imposto pelo Banco Mundial e pelo FMI para que os países possam investir em ampliação da cobertura sanitária e outros programas de redução da pobreza, direito de fabricação de genéricos que necessitam de licença obrigatória e desenvolvimento de remédios e vacinas, entre outras propostas. Em 2003, a Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS publicou resumo das conclusões dos seis grupos de trabalho constituídos para estudar os temas ligados à macroeconomia e à saúde, intitulado “Invertir en Salud Resumen de las Conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud” (WHO, 2003). Foi destaque as conclusões do grupo de trabalho 1, que abordou as questões ligadas à interface entre os temas da saúde, do crescimento econômico e da pobreza, apontando que a situação de pobreza dificulta o desenvolvimento econômico e social. Discute no relatório as perdas econômicas decorrentes de horas de trabalho, absenteísmo, conhecimento perdido pelas mortes nas enfermidades como a AIDS na África. Aspectos de uma boa saúde, como nutrição e educação, também são discutidos, como fundamentais para o crescimento econômico.

Nesses três documentos, a questão do combate à pobreza está presente e a recomendação, com foco nos países pobres e em desenvolvimento, é a priorização da atuação do estado e o oferecimento de políticas públicas aos mais necessitados. Nestes termos, existe alinhamento das propostas e estratégias da OMS, com as propostas de políticas para o

setor saúde das agências de financiamento, focadas em programas, ações e grupos vulneráveis. Segundo Rizzotto (2000), essas propostas são estratégias que explicitam uma contra-reforma nos princípios definidos constitucionalmente para a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

4.3.3. No âmbito da OPS

Várias discussões foram estabelecidas no âmbito da OPS por intermédio de sua equipe técnica e de sua publicação seriada “Informes Técnicos” do Programa de Desenvolvimento de Políticas de Saúde. Dentre os documentos consultados, três chamaram a nossa atenção. O primeiro intitulado “Debt for Health Conversion: An option for additional funding Health Policies Development Program”, (PAHO, 1992a), publicado nos Informes Técnicos nº. 5, discute propostas de conversão da dívida externa em saúde a partir dos trabalhos de Antonio Campino et al; Chantal Labelle; Albert Fishlow e Jeffrey Sachs. As discussões culminaram na Resolução XVIII, “Debt Conversion”, da XXXV Reunião do Conselho diretor da OPS de 27/09/1991. Essas propostas não obtiveram a adesão das agências de financiamento até o momento, para discussão da dívida externa e da situação de saúde no Brasil.

O segundo intitulado “Fondos e programas de compensación social: Experiências en América Latina y el Caribe” (PAHO, 1992b) expõe a experiência de alguns países da América Latina (Bolívia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Jamaica, Nicarágua e Peru) com os fundos sociais de emergência. Os vários autores que trabalharam nos capítulos afirmam que a criação desses fundos é conseqüência da crise econômica que se abateu sobre a região, acentuadamente a partir do início dos anos de 1980.

Carlos Valencia, consultor do BID, participante do seminário sobre fundos sociais de emergência e fundos de inversão social na América Latina e Caribe, organizado e realizado em 1991 pelo Programa de

Desenvolvimento de Políticas de Saúde da OPS, faz uma crítica às condições impostas pelo BID para concessão de empréstimos:

“...desafortunadamente, el BID há contribuido a una cierta forma de entrega de servicios sociales que es extremadamente intensiva em capital, de ahí que todos hablamos de los “brick and mural projects” (Proyectos de muros y ladrillos). Por que la única forma de hacer um préstamo grande de parte del Banco Mundial en el pasado, o de parte del BID, es cuando hay muchos equipos o muchas construcciones. Por supuesto, tenemos también otros intereses creados en el país que hacen que los proyectos sean grandes para que tengan construcción y que tengan bastante venta de equipos.” (PAHO, 1992c p.283).

Em 1992, o Programa de Desenvolvimento de Políticas de Saúde da OPS produziu um relatório, publicado na série Informes Técnicos nº.11, intitulado “Mesa Redonda sobre Capacitación en Economía y Financiamiento del Sector Salud en America Latina y el Caribe”, com o objetivo de traçar estratégias para formação e capacitação de profissionais em economia da saúde nesses países. A OPS entende que há necessidade de formação de profissionais em economia da saúde e a construção de programa de treinamento, capacitação e estabelecimento de acordos e áreas de interesse dos organismos de cooperação externa. Em algumas passagens do relatório produzido, como no texto “garantir uma maior equidade nas condições de vida e saúde nos habitantes da região e no acesso destes aos serviços básicos de saúde” (PAHO, 1992) sugere um alinhamento com política do Banco Mundial no que se refere ao direcionamento e à prioridade da ação do estado aos serviços básicos de saúde e na oferta de um “pacote mínimo de serviços”.

4.3.4. No Brasil

Os debates e a produção do conhecimento no campo de estudo sobre a economia da saúde no Brasil se deram no contexto da agenda de reformas propostas pelo Banco Mundial. Os documentos de 1987 e 1993 do Banco, já citados, foram referências para o debate.

De um lado havia a preocupação de natureza política, com o debate centrado na preocupação com a desconstrução das conquistas propostas pelo movimento sanitário brasileiro, e consolidadas na constituição de 1988, pelo alinhamento as políticas propostas pelo Banco Mundial para o setor saúde (Santos, 1990). A agilidade e a capacidade do Banco de produção de conhecimento, divulgação e transformação de suas teses em políticas públicas, aliadas à facilidade de aglutinação de especialistas, representavam parte dessa preocupação como pode ser visto na construção do Report nº 12655-BR “The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90s” (World Bank, 1994), que foi elaborado pela especialista em economia da saúde e economista principal do Banco Mundial para América Latina e Caribe, Maureen Lewis, documento baseado na missão feita pelo Banco no Brasil em 1991, que contou com a contribuição de Philip Musgrove entre outros. O documento utilizou como base os estudos mais aprofundados preparados para o Banco por especialistas brasileiros¹².

Outra preocupação de natureza política foi a crise financeira enfrentada pelo setor saúde, no Brasil, nos anos 1990, e o embate estabelecido entre a área econômica do governo e o Ministério da Saúde em 1994. De um lado o Ministério da Saúde solicitando a ampliação dos recursos para a saúde, principalmente a correção da tabela de procedimentos do SUS, e de outro a área econômica apontando

¹² André Médici (IESP), Denise Cavallini Cyrilo (USP) Lynn Silver (FIOCRUZ), Sérgio Piola (IPEA), Solon Vianna (IPEA), Eduardo Levcovitz (UERJ), Roberto Iunes (USP), Bernard Couttolenc (Johns Hopkins University), Kaizô Beltrão (IBGE), Juljan Czapzki (FENAESS). A revisão técnica realizada em janeiro de 1993 teve a contribuição de Maria Alicia Ugá (FIOCRUZ), Edmur Pastorello (ENSP), Eugenio Pacceli Ribeiro (SEAIN) e de Afonso José de Matos (PLANISA).

desperdícios e fraudes. O diagnóstico do Banco de que o estado é ineficiente e deve priorizar os serviços básicos estavam presentes e permearam a discussão, na visão da equipe econômica. Esta discussão culminou na criação do Sistema Nacional de Auditoria determinada pelo Presidente da República, à época (Ribeiro, 1994), apesar da competência já estabelecida no artigo 16 da lei 8080 de 1990.

De outro lado estavam as preocupações com o estudo dessa nova disciplina. No Brasil, o campo de estudo da economia da saúde é muito recente, como afirma Saes (2000). As publicações acadêmicas, de profissionais dos serviços e das instituições que se interessam pelo tema, buscam compreender e divulgar o campo da economia da saúde. Neste contexto, a maioria dos trabalhos produzidos procura identificar os números da saúde no Brasil e situá-los frente a outros países no que se refere, principalmente, ao gasto público.

Alguns núcleos de estudo surgiram no Brasil a partir da década de 1990. Capiteados por alguns pesquisadores, destacam-se os núcleos de estudo da economia da saúde do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, do Instituto Brasileiro de Economia da Saúde – IBrES, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP e do Banco Interamericano de Desenvolvimento. Segundo levantamento bibliométrico realizado por Saes (2000), um dos pesquisadores que mais produziu no campo da economia da saúde no Brasil, André Médici, pertence aos quadros do BID.

Uma das dificuldades na construção e divulgação de dados do setor saúde no Brasil, advém da inexistência de um sistema de contas específico do setor ou integrado ao sistema de contas públicas nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O debate sobre a construção de um sistema que conjugasse estatísticas sociais, demográficas e econômicas começou a ocorrer fortemente a partir da década de 1960. Este debate foi assumido e orquestrado pelo escritório de Estatística das Nações Unidas e culminou na publicação em 1975, do documento “Towards a System of

Social and demographic Statistics”, de autoria de Richard Stone (Zaeyen et al, 1995).

No Brasil o IBGE, órgão oficial de estatística, responsável pela divulgação das contas anuais, embora desenvolva diversas pesquisas e inquéritos na área demográfica e social, além de pesquisas econômicas, não possui um sistema de estatísticas sociais e demográficas integrado, completo e estruturado (Considera e Silva, 1991). Apesar disso, há um esforço dos pesquisadores em dimensionar o macrossetor saúde. Vários trabalhos foram produzidos, tendo que a questão do financiamento monopolizado o tema.

No período de 1989 a 1998, 58% das publicações no campo da economia da saúde no Brasil continha o tema financiamento, oferta e demanda de serviços de saúde, conforme Saes (2000).

Estudo atualizado, apresentando a análise de dados para o período de janeiro de 1999 a julho de 2004, realizado por Andrade et al (2004) demonstra que o tema gestão, financiamento, alocação e equidade na distribuição dos recursos representam 48% do total da produção científica sobre as publicações de economia da saúde, que no período somaram 376 títulos (Quadro 1).

A preocupação e a concentração dos estudos na questão do financiamento justificam-se por ser este um problema do sistema de saúde brasileiro, que vem desde a sua formação no início do século XX, e que persiste até hoje. Segundo Braga & Paula (1986), as restrições financeiras do estado é um dos principais motivos da limitação dos programas de saúde a partir da década de 1920.

Uma das referências importantes para o debate e a produção do conhecimento, no campo da política e da economia, é a série “Textos para discussão” do IPEA. Dos 1.000 títulos publicados em toda a série até 2004 (Quadro 1), 99 foram selecionados como de interesse para a pesquisa, sendo que 28 destes trouxeram referencia e discutiram questões específicas

do setor saúde e 71 trataram de temas relacionados a macroeconomia e dívida externa.

Apesar da amplitude da pesquisa, não foram encontrados trabalhos que discutissem a questão da dívida externa específica do setor saúde no Brasil, com o enfoque nos números do setor. Apenas um trabalho se aproxima do tema, quando faz referência e propõe, entre várias outras medidas, a realização de auditoria histórica nas dívidas interna e externa do país, assim como na montagem e execução do Orçamento da Seguridade Social – OSS, o que não ocorreu até os dias de hoje¹³.

4.4. Os projetos aprovados

4.4.1. No mundo e no Brasil

A capacidade das agências multilaterais de financiamento em prestar assistência aos países pobres e aos países em desenvolvimento, pode ser verificada no Quadro 5. O BIRD financiou de 1946, quando realizou o primeiro acordo de empréstimo, até 2003 um montante expressivo de recursos, 382,7 bilhões de dólares e a International Development Association¹⁴ – IDA financiou 142,4 bilhões de dólares para países pobres. Juntas as duas agências que compõem o Banco Mundial financiaram 8.310 projetos neste período, em países de todos os continentes. O Brasil participou com 8,7% dos recursos totais emprestados até 2003, com 286 projetos. O BID, maior banco regional de desenvolvimento, financiou 11.323 projetos num total de 116,1 bilhões de dólares, dos quais 16,4 bilhões de

¹³ Oficina realizada em Maceió em maio de 1995 sobre o financiamento do SUS, promovida pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, MS, OPAS/OMS, Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABRES e Instituto de Direito Sanitário Aplicado - IDISA.

¹⁴ IDA - Criada em 24/09/1960, oferece recursos através de Acordo de Crédito. Somente 6 países na América Latina e Caribe recebem recursos da IDA: Santa Lúcia, São Vicente de Granada, Granada, Dominica, Bolívia, Guiana, Honduras e Nicarágua. O primeiro projeto de crédito foi assinado com o governo de Honduras em 1961 para investimento em auto-estrada no valor de 9 milhões de dólares.

dólares foram aplicados através do seu Fundo de Operações Especiais¹⁵ – FOE, destinados a financiamento de projetos em países pobres. O Brasil foi o país que mais buscou financiamento junto ao BID com participação de 22,2% dos recursos de capital ordinário destinados aos projetos, seguido pela Argentina em torno de 16% e México com 13%. O Brasil teve uma participação de 9,5% dos recursos não reembolsáveis do FOE.

No período em que as agências passam a ter um papel hegemônico na produção do conhecimento e oferta de recursos, condicionado à adoção de políticas econômicas e sociais, nota-se crescimento expressivo do montante de recursos destinados ao financiamento de projetos. O exercício de 1993 apresentou crescimento de 48,2% em relação a 1987. No exercício de 2003, em relação a 1993, verifica-se queda expressiva de 33,4% dos recursos do BIRD, acompanhando a política de contenção de gastos dos países centrais, que detêm em torno de 60% dos recursos e do poder de voto no Banco Mundial. O aumento dos recursos da International Development Association - IDA, em torno de 8%, não compensou a redução dos recursos do BIRD. Se por um lado o Banco Mundial adota uma política de retração nos seus investimentos, o BID mantém uma trajetória de crescimento acentuado com crescimento de 31% em suas operações de empréstimos, compensando, em parte, a redução da oferta de crédito dessas duas agências que, no período, ficou em torno de 12%. Vale ressaltar que os acionistas majoritários são os mesmos, tanto no BIRD como no BID.

Na América Latina e Caribe o nível de investimentos do BIRD de 2003 em relação a 1993, se mantém praticamente inalterado, apresentando ligeira queda no volume de recursos, em torno de 3%, mas com aumento do

¹⁵ FOE - Os recursos do BID são divididos em capital ordinário e Fundo de Operações Especiais. Os recursos do FOE são integralizados diretamente pelos países-membros do

número de projetos. O Brasil registra neste período crescimento de 51% no montante de recursos para investimentos em projetos, sinalizando o interesse político da atuação do Banco Mundial na região e no país.

BID enquanto que a maioria dos recursos do BID, em torno de 95%, é captada no mercado financeiro.

Quadro 5: Projetos aprovados

US\$ milhões

Agência	1987		1993		2003		Acumulado até 30/06/2003	
	Projetos	Montante	Projetos	Montante	Projetos	Montante	Projetos	Montante
BIRD	127	14.188,2	122	16.944,50	99	11.230,7	4.723	382.702,5
África	23	2.241,3	12	1.110,0	9	399,2	907	41.449,1
Ásia	41	5.287,4	43	6.120,3	18	2.943,5	1.465	156.709,0
Europa	11	1.529,4	19	3.169,0	23	1.748,8	631	49.542,5
Oceania	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	697,4
Oriente Médio	5	133,5	6	693,4	5	471,5	153	6.778,4
América Latina e Caribe	47	4.994,6	41	5.851,8	44	5.667,80	1.542	127.526,1
Brasil	13	1.261,5	5	818,5	9	1.237,2	286	33.182,8
IDA	108	3.485,8	123	6.751,4	141	7.282,5	3.587	142.356,2
África	68	1.231,9	74	2.847,8	61	3.745,2	1.892	57.856,5
Ásia	24	2.041,4	34	3.496,2	49	2.855,5	1.162	73.318,4
Europa	0	0	4	44,4	19	351,7	165	3.317,3
Oceania	0	0	0	0	0	0	11	70,5
Oriente Médio	5	55,1	2	46,3	3	177,4	146	2.305,9
América Latina e Caribe	11	157,4	9	316,7	9	152,7	211	5.487,6
Brasil	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL Banco Mundial	235	17.674,0	245	23.695,9	240	18.513,2	8.310	525.058,7
BID	-	1.529,0	-	4.752,0	-	6.192,1	-	99.746,5

Fonte: Elaboração própria a partir de dados dos relatórios anuais do BIRD e do BID

Nota: (1) Não inclui os recursos aprovados para elaboração de pré-projetos do BID, chamados de Facilidades de Preparação de Projetos – FPP

Analisando-se a média anual por período do portfólio de projetos aprovados pelas agências, excluindo-se os recursos alocados pela IDA e pelo FOE considerados aqui como recursos de acordo de crédito, verifica-se retração dos recursos totais do BIRD, como a principal agência de financiamento, do terceiro em relação ao segundo período e do quarto em relação ao terceiro período (Quadro 6).

Depois de um crescimento de 8% do segundo para o primeiro período – primeira gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso em relação ao período anterior representado pelas gestões de Fernando Collor de Melo e Itamar Franco – observa-se uma queda de 18% do terceiro em relação ao segundo e de 19% do quarto em relação ao terceiro período.

Apesar dessa tendência de queda nos últimos anos, o volume de projetos aprovados pelo BIRD, que passou a fazer parte do portfólio do Banco, representou 36,7% do total de projetos aprovados desde 1946.

Analisando o portfólio de projetos para o Brasil, vê-se que, além do crescimento nos períodos estudados, 48% do terceiro em relação ao segundo e praticamente inalterado (-2%) do quarto em relação ao terceiro, aumentou o volume de recursos nos últimos dez anos, passando a representar 38,4% do total de projetos BIRD para Brasil, e de 9,3% do total de projetos mundiais. Neste período o volume de recursos emprestados pelos Bancos para investimentos no continente América Latina e Caribe cresceu, com destaque para o Brasil, enquanto os demais continentes, na sua maioria, apresentaram queda (Quadro 6 e Figura 3).

Quadro 6: Recursos médios anuais por período

US\$ milhões

Agência	Média Anual - Períodos				Total acumulado
	1990-1994	1995-1998	1999-2002	2003-2004	1946-2004
BIRD	15.583,3	16.779,9	13.760,0	11.138,1	393.748,0
América Latina e Caribe	5.267,4	4.969,9	5.006,6	5.324,7	132.507,7
Brasil	1.131,5	1.044,3	1.553,8	1.518,9	35.003,4
Leste da Ásia e Pacífico	3.990,7	5.441,6	3.342,2	1.716,3	-
África	544,6	48,5	36,1	7,5	-
Sul da Ásia	1.246,5	1.172,7	1.153,1	637,8	-
Europa e Ásia Central	3.086,4	4.223,8	3.533,0	2.551,1	-
Oriente Médio e Norte África	1.447,7	923,5	689,1	900,8	-
BID	5.350,0	5.970,9	5.982,4	5.752,0	105.058,4
Brasil	760,2	1.435,2	1.949,7	1.440,5	24.646,4
Total Geral	20.933,3	22.750,8	19.742,4	16.890,1	498.806,4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Annual Report World Bank 1995 a 2004 e sítio do BID.

Nota: Excluídos os projetos IDA e FOE

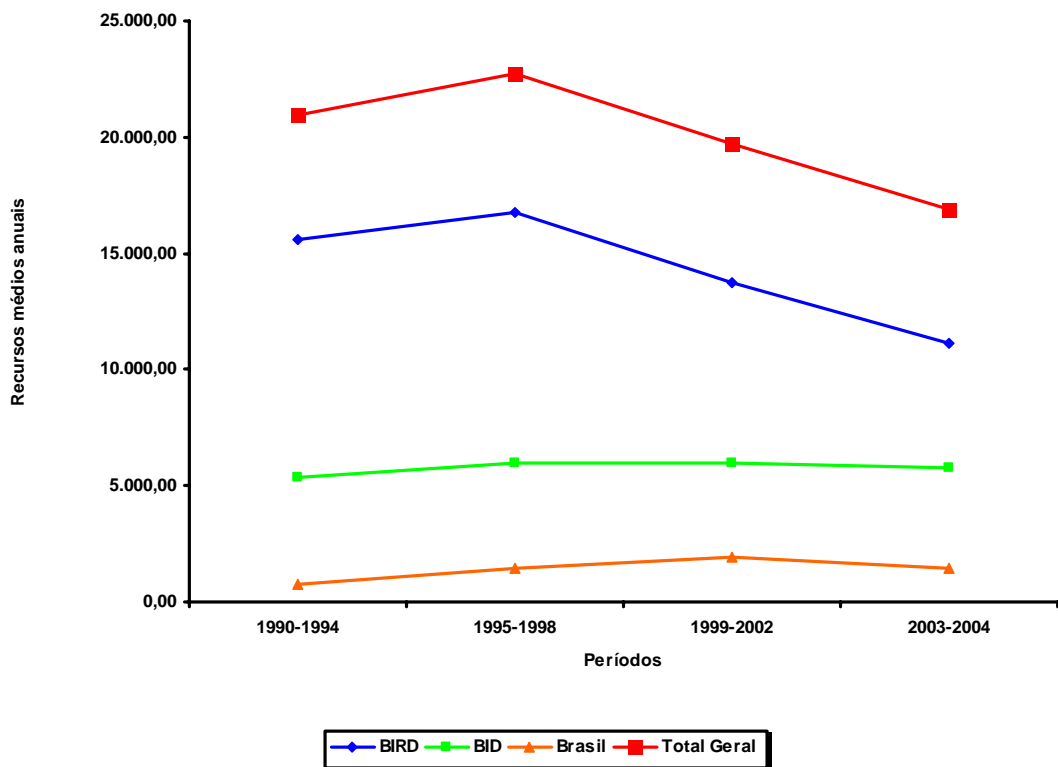


Figura 3: Recursos médios anuais por período.

4.4.2. Para o setor saúde no Brasil

O primeiro projeto aprovado pelo BID para o setor saúde foi assinado em 1973 para desenvolvimento do Instituto Nacional de Saúde do Peru, enquanto o primeiro projeto aprovado para o setor saúde no Brasil foi assinado em co-financiamento com o BIRD somente em 1996, intitulado pelos Bancos financiadores, Reforma do Sistema Único de Saúde – REFORSUS, (Quadro 7). Até 2001 o BID aprovou apenas 56 projetos para o setor saúde, no montante de 2,4 bilhões de dólares (BID, 2002), dos quais os dois maiores projetos foram os empréstimos para o REFORSUS e para o Projeto de Formação de Auxiliares de Enfermagem - PROFAE no Brasil. O BID financiou até 2004, 12 projetos para área de saúde no Brasil, sendo 10 pequenos projetos não reembolsáveis com recursos dos Fundos, e os dois projetos a título de empréstimos citados acima.

O Banco Mundial tem atuado no Brasil desde 1949, quando foi firmado o primeiro empréstimo do BIRD ao país (US\$ 75 milhões para a área de energia e telecomunicações). Até o final da década de 70 a concentração dos projetos se deu nos setores de infra-estrutura como energia, transportes e telecomunicações. De 1949 até 2004 o Banco participou no financiamento de 274 projetos de empréstimos. O primeiro projeto para a área de saúde no Brasil foi aprovado em 1981, intitulado - Projeto de Desenvolvimento do Nordeste – 1º Fase Projeto de Saúde (2061-BR). Este projeto apesar de ter se constituído como um acordo de empréstimo, fez parte de um projeto integrado do governo federal, denominado POLONOROESTE, com um custo estimado de 1,55 bilhões de dólares que teve como objetivo o desenvolvimento da região noroeste por meio do asfaltamento da rodovia Cuiabá - Porto Velho (BR-364) e de um conjunto de investimentos entre eles o projeto para a saúde (Margulis, 1991).

Quadro 7: Empréstimos contraídos pelo setor saúde no Brasil até 2004.

Projeto	Nº. Projeto	Ano aprovação	Valor em US\$ milhões			
			BIRD	BID	Contrapartida	Total
1. Sistema. Nacional Vigilância Saúde – VIGISUS II	7227 – BR	2004	100,00	-	100,00	200,00
2. Programa Nacional DST/AIDS – AIDS III	4713 - BR	2003	100,00	-	100,00	200,00
3. Projeto Saúde Bahia	71820 – BR	2003	30,00	-	20,00	50,00
4. Projeto extensão do Programa S. Família - PROESF.	7105 - BR	2002	68,00	-	68,00	136,00
5. Plano de Regulação do Setor Privado Saúde	FUMIN (*)	2000	-	1,55	1,55	3,10
6. Profissionalização Auxiliar Enfermagem - PROFAE	1215/OC	1999	-	185,00	185,00	370,00
7. Programa Nacional DST/AIDS – AIDS II	4392-BR	1998	165,00	-	135,00	300,00
8. Sistema Nacional Vigilância Saúde – VIGISUS	4394-BR	1998	100,00	-	100,00	200,00
9. Reforço a Reorganização do SUS – REFORSUS	4047-BR	1996	300,00	350,00	100,00	750,00
10. Controle de DST/AIDS – AIDS I	3659-BR	1993	160,00	-	90,00	250,00
11. Inovações no Ensino Básico – IEB/SP	P 006364	1991	21,00	-	-	21,00
12. Nordeste II – Serviços Básicos Saúde	3135-BR	1989	267,00	-	-	267,00
13. Controle da Malária na Bacia Amazônica	3072-BR	1989	99,00	-	-	99,00
14. Projeto Controle de Endemias Nordeste - PCDEN	2931-BR	1988	109,00	-	-	109,00
15. Nordeste I – Serviços Básicos Saúde	2699-BR	1986	59,50	-	-	59,50
16. Estudo de Políticas Nacionais Saúde	2448-BR	1985	2,00	-	-	2,00
17. Saúde 2 – Cuidados Sanitários Básicos/SP	2447-BR	1984	57,50	-	-	57,50
18. Desenvolvimento Nordeste – 1 fase Projeto Saúde	2061-BR	1981	13,00	-	-	13,00
TOTAL			1.651,00	536,55	899,55	3.087,1

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial, BID, MF/STN, MS/SPO.

(*) – Fundo Multilateral de Investimento - FUMIN é um fundo independente criado em 1993, administrado pelo BID, que promove o crescimento do setor privado.

Estes acordos de empréstimos passam a compor o orçamento do Ministério da Saúde a partir do início de sua execução (Quadro 15).

Analisando-se a execução do orçamento do Ministério da Saúde, (Tabela 1 e Figura 4) a primeira constatação é de que o orçamento, a preços reais, oscilou bastante, com variações acentuadamente positivas (+22% em 1997) e negativas (-15% em 2002). Chama a atenção também o fato de que a execução do exercício de 2004 terminou menor do que dez anos antes, exercício de 1995, com queda de 6,9%. Analisando a execução média anual do orçamento, nos períodos de 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2004, verifica-se tendência de redução chegando a 11,9% do terceiro para o primeiro período. No primeiro período houve um aporte considerável de recursos para pagamento dos serviços da dívida do Ministério da Saúde, o que justifica em parte a queda do orçamento no segundo e terceiro período.

Transformando o orçamento do Ministério da Saúde em valores per capita (Tabela 2) verificamos oscilações negativas mais significativas (-19 % em 2004 em relação a 1995) e uma queda de 21,5% do terceiro período em relação ao primeiro. As variações no orçamento do Ministério da Saúde podem ser explicadas, segundo Couttolenc (2002, p. 278:79) pela:

“vulnerabilidade dos gastos sociais às flutuações econômicas e aos programas de estabilização macroeconômica, observada em muitos países em desenvolvimento, justifica as críticas feitas pelo UNICEF e outros aos programas de ajuste econômico patrocinados pelo FMI e o Banco Mundial: se não houver mecanismos específicos de proteção dos gastos sociais – e os de saúde em particular – estes tendem a sofrer cortes importantes em época de dificuldades econômicas.”

Tabela 1: Variações do Orçamento do Ministério da Saúde 1995 – 2004
R\$ mil a.p. 2004

Períodos	Valores	
	Orçamento	Var. %
1995	39.178.793,00	-
1996	34.623.038,00	(11,6)
1997	42.245.600,00	22,0
1998	42.551.641,00	0,7
1999	37.140.036,00	(12,7)
2000	37.358.933,00	0,6
2001	40.951.417,00	9,6
2002	34.672.055,00	(15,3)
2003	33.405.081,00	(3,7)
2004	36.487.515,00	9,2
2004/1995	-	(6,9)
1° - 1995-1998	39.649.768,00	-
2° - 1999-2002	37.530.610,25	(5,3)
3° - 2003-2004	34.946.298,00	(6,9)
3°/1° Período	-	(11,9)

Fonte: Elaboração própria

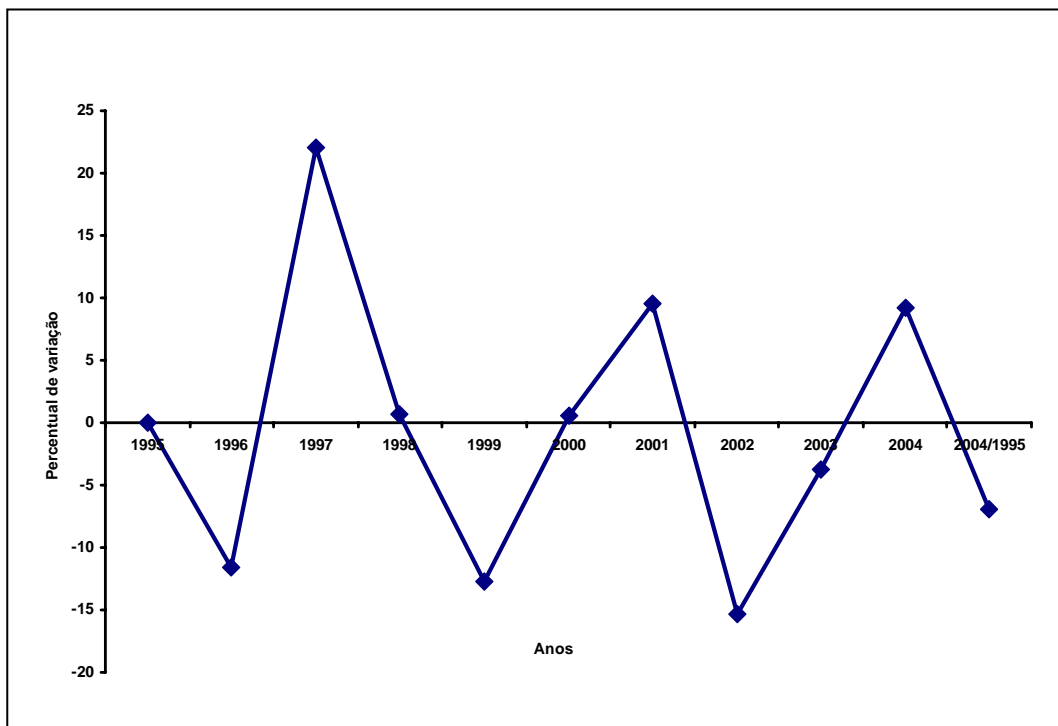


Figura 4: Variações do Orçamento 1995-2004

Tabela 2: Variações do Orçamento do MS Per Capita 1995-2004

R\$ mil a.p. 2004

Períodos	Valores	
	Orçamento Per Capita	Var. %
1995	251,43	
1996	220,43	(12,3)
1997	264,64	20,1
1998	263,01	(0,6)
1999	226,54	(13,9)
2000	220,02	(2,9)
2001	237,56	8,0
2002	198,54	(16,4)
2003	188,86	(4,9)
2004	203,72	7,9
2004/1995	-	(19,0)
1° - 1995-1998	250,03	
2° - 1999-2002	220,52	(11,8)
3° - 2003-2004	196,34	(11,0)
3°/1° Período	-	(21,5)

Fonte: Elaboração própria

O gasto em saúde com recursos do Ministério da Saúde, nos dez anos estudados, situou-se em 2,07% do Produto Interno Bruto - PIB, em média. No primeiro período a média foi de 2,08%, 2,12% no segundo e 1,99 no terceiro período (Tabela 2).

Tabela 3: Orçamento do Ministério da Saúde e PIB 1995-2004

R\$ mil a.p. correntes

Períodos	Valores Anuais				
	Orçamento	Variação %	PIB	Variação %	% PIB
1995	14.766.134	-	646.191.517	-	2,29
1996	14.267.898	-3,37	778.886.727	20,53	1,83
1997	18.711.305	31,14	870.743.034	11,79	2,15
1998	19.167.251	2,44	914.187.877	4,99	2,10
1999	20.072.191	4,72	973.845.966	6,53	2,06
2000	22.171.171	10,46	1.101.255.078	13,08	2,01
2001	26.830.710	21,02	1.198.736.188	8,85	2,24
2002	28.716.034	7,03	1.346.027.553	12,29	2,13
2003	29.788.729	3,74	1.556.182.114	15,61	1,91
2004	36.487.515	22,49	1.766.621.034	13,52	2,07
Média 1995-1998	16.728.147	-	802.502.289	-	2,08
Média 1999-2002	24.447.527	46,15	1.154.966.196	43,92	2,12
Média 2003-2004	33.138.122	35,55	1.661.401.574	43,85	1,99
Média 1995-2004	23.097.894	-	1.115.267.709	-	2,07
2004/1995	-	147,1	-	173,40	-
3º/1º Período	-	98,10	-	107,03	-

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS e IBGE.

A Figura 5 demonstra as flutuações anuais da relação Orçamento/PIB, em torno de uma media de 2,07% no período, o que demonstra a vulnerabilidade dos gastos sociais às flutuações econômicas.

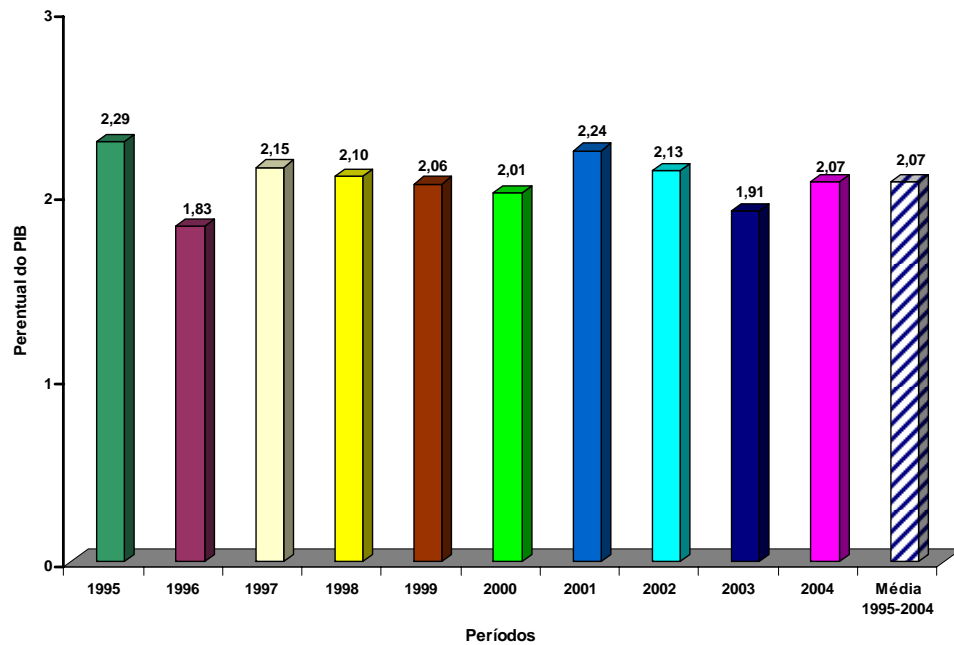


Figura 5: Gasto público Ministério da Saúde em relação ao PIB, 1995-2004.

Verifica-se, na Figura 6, que os gastos públicos do Ministério da Saúde, no período estudado, não observaram o mesmo comportamento do PIB, enquanto o gasto com saúde cresceu 147% de 2004 em relação a 1995 o PIB cresceu 173%, o que demonstra que o país segue o programa de estabilização econômica proposto pelo FMI e pelo Banco Mundial.

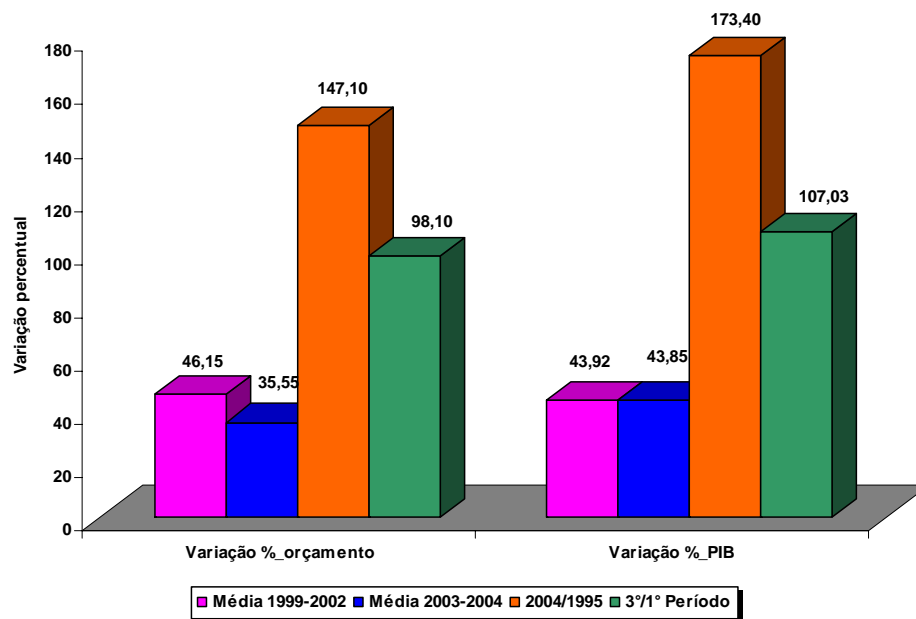


Figura 6: Gasto público Ministério da Saúde e PIB - Variações por período.

Comparado à média de 1991-1994 que foi de 1,81%, segundo dados de Médici (1994) e Piola & Biasoto (2001), (Quadro 8), observa-se crescimento de 15,1% no período 1995-1998, 17,3% no período 1999-2002 e 10,1% no período 2003-2004.

Quadro 8: Gasto público com saúde no Brasil em relação ao PIB

Período	% Produto Interno Bruto – PIB			
	União	Estados	Municípios	Total
1990	2,09	0,38	0,34	2,81
1991	1,82	0,32	0,25	2,39
1992	1,54	0,32	-	-
1993	1,85	-	-	-
1994	2,02	0,73	0,57	3,32

Fonte: Elaboração própria a partir de Médici (1994), Médici (1995), Piola & Biasoto (2001).

Apesar da dificuldade na comparação de dados, em função de diferenças metodológicas no levantamento e no registro dos dados pelos governos, apontada por Piola & Biasoto (2001), se for comparado o gasto público em saúde no Brasil em 2003, representado como uma porcentagem do Produto Interno Bruto – PIB, com o gasto em saúde de países selecionados da América Latina (Quadro 9), observa-se que o Brasil está abaixo do padrão apresentado por alguns desses países.

Quadro 9: Gasto público com saúde na América Latina - Países selecionados – 2003

Países	Gasto Público com Saúde % PIB
Argentina	4,32
Brasil	3,44
Chile	2,98
Costa Rica	5,75
México	2,88
Panamá	5,05
Uruguai	2,67
Venezuela	1,99

Fonte: Elaboração própria a partir WHO (2006)

Os dados dos gastos totais em saúde para esses países (Quadro 10) e por grupo de países (Quadro 11), demonstram outra situação para o Brasil. Isso se deve à participação do gasto em saúde do setor privado, que representou nesse período 54,7% dos gastos totais, (WHO, 2006).

Quadro 10: - Gasto total com saúde – Países selecionados - 2003

País	Gasto Total com Saúde % PIB
Argentina	8,9
Brasil	7,6
Chile	6,1
Costa Rica	7,3
México	6,2
Panamá	7,6
Uruguai	9,8
Venezuela	4,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de WHO (2006).

Quadro 11: - Gasto com saúde por grupo de países em relação ao PIB - 1997

País	Gasto Total com Saúde % PIB
Renda Alta	10,0
Renda Média	5,3
Renda Baixa	3,3
Brasil	6,5

Fonte: Elaboração própria a partir de World Bank (1999) e WHO (2000),
apud Couttolenc (2002).

A opção de política econômica adotada pelo país a partir da década de 1980, em função da crise da dívida, não permitiu a estabilidade e elevação dos recursos públicos aplicados no setor saúde (Tabela 1), e trouxe conseqüentes reflexos na oferta e na qualidade dos serviços. Desta forma, o crescimento do setor privado e o deslocamento da demanda para esses serviços foram conseqüências. Para Acuña (2001 p. 20):

“Como consecuencia de la reducción del gasto público en salud, se produjo una auto-exclusión del sistema tanto de usuarios como de proveedores, quienes migraron al sector privado. De este modo, el sistema público terminó atendiendo a la población pobre cuyos recursos no alcanzan para financiar un plan de seguro privado. Naturalmente, esto indujo a un crecimiento del sector privado – tanto aseguradoras como prestadores – para satisfacer el aumento de la demanda”.

Se for analisada a participação dos provedores de serviços de saúde, do ponto de vista dos gastos por fonte de recursos, verifica-se, para o ano de 1998, a participação majoritária do setor privado neste setor (Quadro 12).

Quadro 12: Distribuição do gasto com saúde por fonte - Brasil 1998

Fonte	Valor (Bilhões US\$)	Valor Per Capita (US\$)	% do PIB	% do Total
Gasto Público	24,0	145	3,2	44,7
Federal	15,1	92	2,1	28,1
Estadual	4,7	28	0,6	8,8
Municipal	4,2	25	0,5	7,8
Gasto Privado	29,7	180	3,9	55,3
Planos e Seg. de Saúde	15,4	93	2,0	28,7
Gasto Direto Familiar	14,3	87	1,9	26,6
Gasto Total em Saúde	53,7	325	7,1	100,0

Fonte: Couttolenc (2002), baseadas em dados do IPEA/DIPOS, do IBGE (POF 1996) e da Abramge.

Os países de renda alta apresentam participação do gasto público em saúde de 71,1% em relação ao gasto total (Quadro 13), enquanto o Brasil apresentou um gasto público em saúde para o ano de 1998 de 44,7% do total (Quadro 12).

Quadro 13: Gasto com saúde por grupo de países - 1997

Países	Gasto público saúde (US\$ per capita)	Gasto total em saúde (US\$ per capita)	% gasto público sobre Total
Países menos adiantados	6	11	54,5
Outros países de baixa renda	13	23	56,5
Países em desenvolvimento de média baixa	51	93	54,8
Países em desenvolvimento de média alta	125	241	51,9
Países de renda alta	1.356	1.907	71,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da WHO (2003)

Num contexto de crise econômica afetando os gastos sociais e comprometendo o orçamento do Ministério da Saúde, que teve um crescimento em valores correntes de 147% contra uma inflação medida pelo IGP/DI de 165% e um crescimento de 173% do PIB, nos dez anos estudados, observa-se um esforço em gerar superávit para pagamento da dívida, como pode ser visto na Tabela 3. Os dados revelam o compromisso assumido pelo governo federal com os programas de ajuste econômico proposto pelas agências internacionais de financiamento, Banco Mundial e FMI, principalmente no primeiro período de gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998). A redução da dívida pública, uma das propostas do programa de ajuste, pode ser verificada no volume de recursos transferidos do orçamento do Ministério da Saúde para pagamento da dívida. A média do período foi de 8,9% do orçamento total, tendo os pagamentos realizados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT, a título de dívida interna, representado grande ônus para o orçamento do MS no período (Carvalho, 2002).

Tabela 4: Pagamentos da dívida do MS em relação ao orçamento do MS

R\$ mil a.p. 2004

Item	PERIODOS		
	1995-1998	1999-2002	2003-2004
Dívida Total	14.071.368	1.352.068	957.908
Dívida Interna	13.373.554	7.374	5.825
Dívida Externa	697.814	1.344.694	952.083
Orçamento	158.599.072	150.122.441	69.892.596
% Dívida/Orçamento	8,87	0,901	1,37
% Dívida Interna/Orçamento	8,43	0,005	0,01
% Dívida Externa/Orçamento	0,44	0,896	1,36

Fonte: Elaboração própria

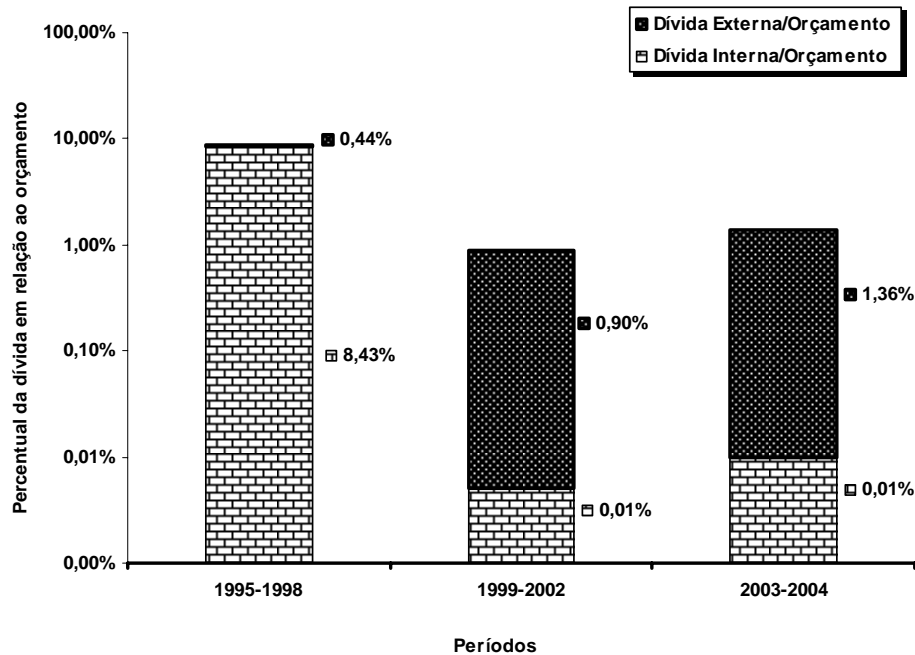


Figura 7: Pagamentos da Dívida do MS em relação ao Orçamento do MS

Enquanto os pagamentos da dívida total do Ministério da Saúde caem acentuadamente, a partir do segundo período FHC e nos dois primeiros anos da gestão do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2004), representando em média 0,9% e 1,4% respectivamente, do total do orçamento do MS, os pagamentos da dívida total do Governo Federal ao longo do período mantém tendência de crescimento. A média anual do período 1999-2002 cresceu 75% em relação à média anual do quadriênio anterior, e a média anual do período 2003-2004 cresceu 5% em relação ao período 1999-2002 (Tabela 4 e Figura 8).

Tabela 5: Pagamentos da dívida total do Governo Federal

R\$ mil a.p. 2004

Item	PERIODOS		
	1995-1998	1999-2002	2003-2004
Dívida Total	334.931.629	587.615.445	308.867.744
Média Anual	83.732.907	146.903.861	154.433.872
Varição % - Períodos	-	75,4	5,1

Fonte: Elaboração Própria

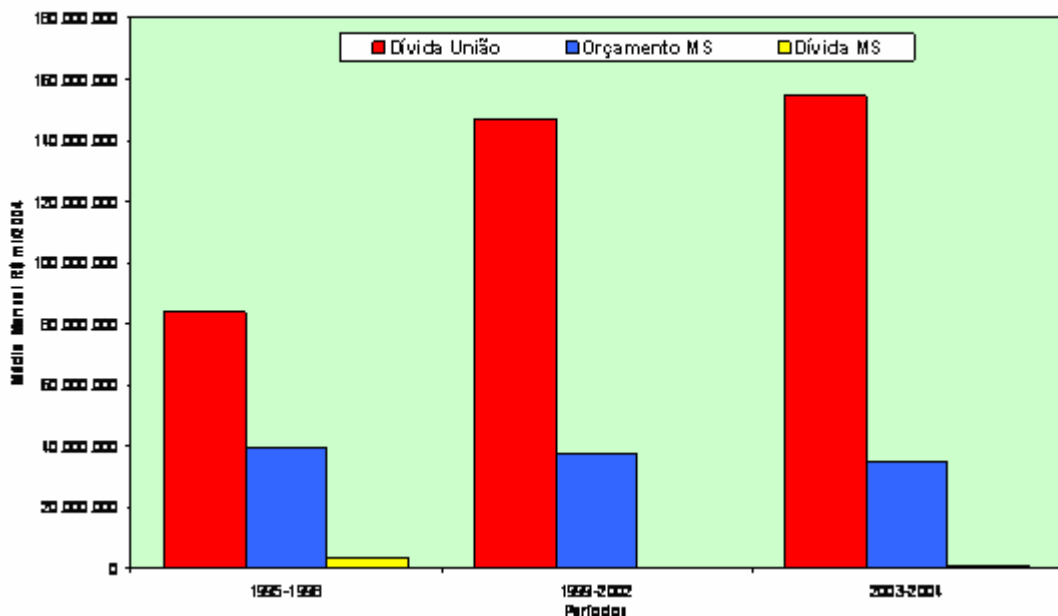


Figura 8: Dívida e orçamento do Ministério da Saúde – Média anual por período

Especificamente em relação à dívida externa esta cresceu 49,4% do período 1999-2002 em relação ao período 1995-1998 e caiu 15% do período 2003-2004 em relação ao período 1999-2002 (Tabela 5).

Tabela 6: Pagamento da dívida externa do Governo Federal

R\$ mil a.p. 2004

Item	PERIODOS		
	1995-1998	1999-2002	2003-2004
Pagamentos Dívida Externa	89.895.713	134.284.238	56.856.257
Média Anual	22.473.928	33.571.060	28.428.129
Variação % - Períodos	-	49,4	(15,3)

Fonte: Elaboração própria

Apesar do crescimento menor dos pagamentos da dívida externa em relação à dívida total, o Brasil vem saldando todos os compromissos assumidos com os serviços da dívida acordados com o BIRD e o BID para o financiamento dos projetos no setor saúde. Esses pagamentos cresceram 52% no período 1999-2002 em relação ao quadriênio anterior e 70% na média anual do período 2003-2004 em relação à média anual do período anterior (Tabela 6).

Tabela 7: Pagamento da dívida externa do Ministério da Saúde - Projetos BIRD e BID

R\$ mil a.p. 2004

Item	PERIODOS		
	1995-1998	1999-2002	2003-2004
Pagamentos Dívida Externa	644.207	978.119	830.275
Média Anual	161.052	244.530	415.138
Variação % - Períodos	-	51,8	69,8

Fonte: Elaboração Própria

Os pagamentos da dívida do Ministério da Saúde no primeiro período representaram 4,2% dos pagamentos da dívida total da União, montante expressivo se comparado aos dois períodos 0,23% e 0,31% respectivamente. Já os pagamentos relativos à dívida externa dos empréstimos do BIRD e do BID que representavam 4,6% da dívida total do

Ministério da Saúde no primeiro período passaram a representar 72,3% no segundo e 86,7% no terceiro (Tabela 7). Esses dados comparados revelam que, no primeiro período da gestão FHC, uma das condicionalidades para operar com as agências de financiamento foi cumprida, o compromisso com a redução e o pagamento da dívida pública. O montante de recursos destinados ao pagamento do principal da dívida interna do MS, neste período, sugere um abatimento expressivo do estoque desta dívida, refletindo na redução da rubrica de juros e encargos da dívida interna, nos próximos períodos. Se for observado o pagamento da dívida específica dos empréstimos BIRD e BID nota-se que esta não pressionou o orçamento do Ministério da Saúde, representou no primeiro período 0,41% do orçamento do MS, passando para 0,65% e depois para 1,19%, no segundo e terceiro período respectivamente.

Pela tendência de crescimento desta rubrica – observou-se um crescimento de 52% no segundo período e 158% no terceiro período em relação ao primeiro - esta deve ser acompanhada, haja vista que o volume maior de pagamentos se dá a partir do segundo período com o início do pagamento dos serviços da dívida dos maiores empréstimos, e ainda porque o Banco está colocando a disposição do Brasil para o período de 2004 a 2007, mais 7,5 bilhões de dólares em empréstimos.

Tabela 8: Dívida e orçamento do Ministério da Saúde

R\$ mil a.p. 2004

Item	PERIODOS		
	1995-1998	1999-2002	2003-2004
1- Média Anual Dívida União	83.732.907	146.903.861	154.433.872
2- Média Anual Dívida MS	3.517.842	338.017	478.954
3- Média anual Dívida BIRD e BID	161.052	244.530	415.138
4- Média Anual do Orçamento MS	39.649.768	37.530.610	34.946.298
Proporção % - (2/1)	4,20	0,23	0,31
Proporção % - (2/4)	8,87	0,90	1,37
Proporção %- (3/2)	4,58	72,34	86,68
Proporção % - (3/4)	0,41	0,65	1,19
Proporção % - (4/1)	47,35	25,55	22,63
5- Variação % - (4/4 – Períodos)	-	(5,34)	(6,89)

Fonte: Elaboração própria

A Figura 9 demonstra que enquanto o orçamento do MS mantém uma tendência de queda nos três períodos, em relação aos pagamentos da dívida total da União, representando 47,3%, 25,6% e 22,6% respectivamente, a participação dos pagamentos dos serviços da dívida dos projetos BIRD e BID, nos pagamentos da dívida total do MS, crescem substancialmente, representando 4,6%, 72,3% e 86,7% nos períodos estudados. Os pagamentos dos serviços da dívida dos projetos BIRD e BID, em relação ao orçamento do MS, também apresentam uma forte tendência de crescimento representando 0,4% no primeiro período, subindo para 0,6%, chegando a 1,2% no terceiro período. O Quadro 14 demonstra a serie histórica do período estudado.

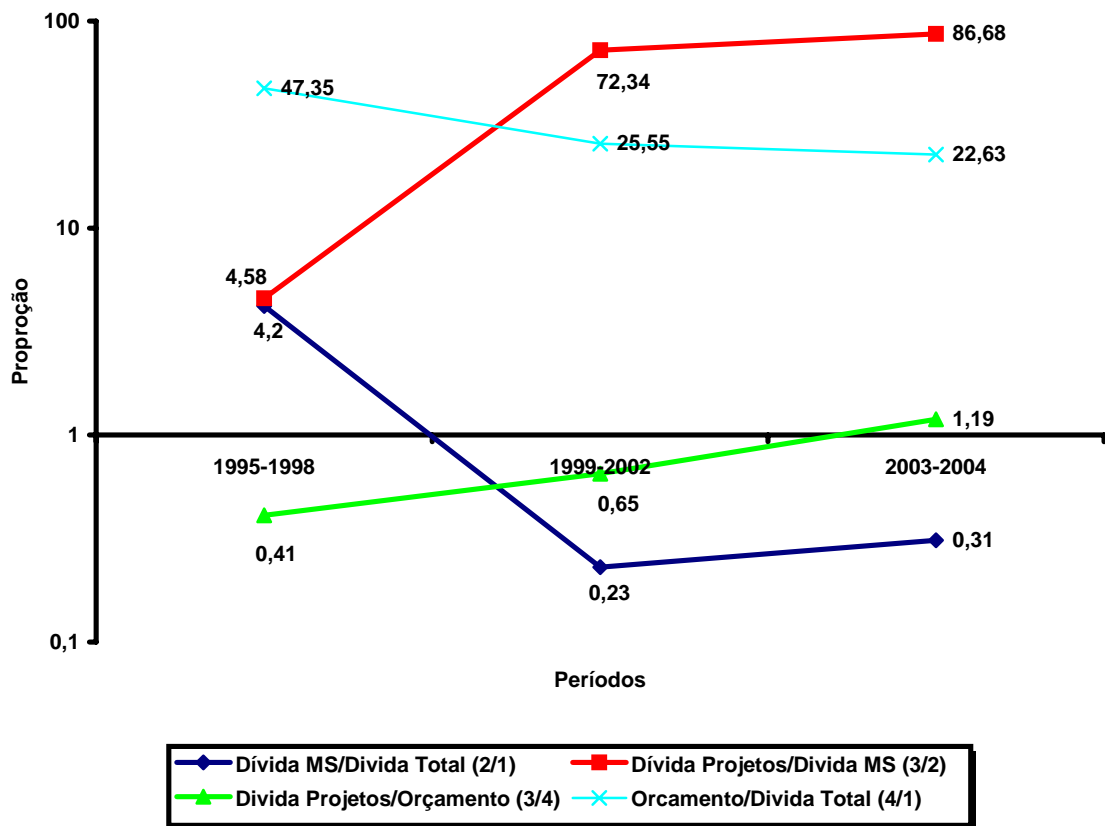


Figura 9: Dívida e Orçamento do Ministério da Saúde - Proporção

Quadro 14: Pagamento dos serviços da dívida e execução orçamentária do Ministério da Saúde 1995 a 2004

R\$ mil a.p. 2004

ITENS DE DESPESA	EXERCÍCIOS									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1 DÍVIDA TOTAL DA UNIÃO	68.443.929	66.450.439	77.440.594	122.596.667	134.215.927	139.409.549	164.003.007	149.986.962	162.892.043	145.975.701
Amortização da dívida da União	23.958.481	19.150.397	29.952.659	54.192.364	50.293.483	73.971.933	83.389.874	83.264.606	89.208.399	71.602.314
Juros e encargos da dívida da União	44.485.448	47.300.043	47.487.934	68.404.302	83.922.443	65.437.615	80.613.133	66.722.357	73.683.644	74.373.387
2 DÍVIDA TOTAL DO MS	3.633.586	1.213.269	4.043.143	5.181.369	287.192	258.102	359.504	447.269	472.084	485.824
Amortização da dívida do MS	3.386.701	960.376	3.670.850	4.978.430	186.385	166.902	240.531	301.786	318.917	357.718
Juros e encargos da dívida do MS	246.886	252.892	372.293	202.939	100.807	91.200	118.973	145.482	153.166	128.106
3 DÍVIDA EXTERNA TOTAL DA UNIÃO	21.656.986	20.782.180	22.957.976	24.498.571	32.161.480	33.752.382	39.077.087	29.293.389	27.936.319	28.919.938
Amortização da dívida externa da União	9.076.033	9.140.441	11.426.585	12.555.545	16.735.650	16.471.037	16.838.771	-	-	-
Juros e encargos da dívida externa da União	12.580.953	11.641.740	11.531.391	11.943.026	15.425.830	17.281.345	22.238.316	-	-	-
4 DÍVIDA EXTERNA TOTAL MINIST. SAÚDE	186.213	164.973	168.250	178.378	285.392	258.102	357.951	443.249	468.176	483.907
Amortização da dívida externa do MS	132.919	110.349	102.857	103.633	185.012	166.902	239.479	298.954	316.094	356.281
Juros e encargos da dívida externa do MS	53.294	54.624	65.394	74.746	100.380	91.200	118.472	144.295	152.082	127.626
5 DÍVIDA EXTERNA PROJETOS BIRD/BID	170.118	150.141	158.111	165.838	267.070	228.075	349.366	400.679	410.091	420.182
Amortização projetos BIRD e BID – MS	122.038	100.752	95.523	97.323	168.825	138.723	235.734	270.659	278.429	313.933
Juros + Encargos projetos BIRD e BID – MS	48.080	49.389	62.587	68.514	98.245	89.352	113.632	130.020	131.662	106.249
Juros da Dívida Externa	46.074	48.293	58.349	60.118	89.013	79.103	102.013	125.291	129.005	105.347
Encargos da Dívida Externa	2.006	1.097	4.238	8.396	9.231	10.248	11.620	4.729	2.658	902
6 PESSOAL ATIVO	6.502.081	5.737.485	5.524.219	4.994.292	4.627.288	4.432.883	4.011.817	3.916.146	3.740.606	3.810.040
7 PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA	3.477.876	3.566.621	3.498.683	3.873.172	3.385.223	3.697.930	3.464.030	3.010.026	2.942.720	3.019.357
8 FUNDO NACIONAL DE SAÚDE – FNS	23.341.666	22.107.067	26.468.094	25.973.318	26.127.305	27.081.580	27.636.107	24.171.430	24.758.282	27.307.309
9 FUNASA	1.922.009	1.564.226	2.168.428	2.192.627	2.423.342	1.924.342	3.581.668	2.208.884	1.510.897	1.401.265
10 ANVISA	-	-	-	-	134.187	214.714	195.029	159.428	163.607	184.673
11 FIOCRUZ	350.881	258.335	279.580	257.538	236.567	229.869	210.086	195.537	233.247	255.651
12 ANSS	-	-	-	-	-	36.956	58.820	52.956	67.016	61.064
13 GHC	404.417	440.282	473.804	426.623	410.217	372.390	373.909	325.397	7.289	12.833
14 FUNDO COMBATE ERRAD. POBREZA	-	-	-	-	-	-	1.765.512	836.847	-	329.341
15 MS - TOTAL GERAL (2; 6-14)	39.632.517	34.887.284	42.455.952	42.898.940	37.631.321	38.248.765	41.656.482	35.323.918	33.895.746	36.867.357
16 Projetos com empréstimos. Internacionais (3)	453.724	264.246	210.352	347.298	491.285	889.833	705.065	651.863	490.665	379.842
17 MS – TOTAL GERAL (2+ 6 a 14) - (15)	39.178.792	34.623.038	42.245.599	42.551.642	37.140.036	37.358.932	40.951.417	34.672.055	33.405.081	36.487.515

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/SPO; MS/SE; MF/STN; MPOG.

Notas:

1. Não inclui os valores referentes ao Refinanciamento da Dívida Pública
2. Utilizado o IGP-DI para conversão dos valores a preços de 2004.
3. Valores inclusos na conta da execução da amortização da dívida total o Ministério da Saúde item 2, e aparecem aqui deduzidos para não constar dupla contagem. Consideramos para ajuste dos valores, com base no Quadro 7, e nos projetos que tiveram alocação orçamentária em cada ano considerado no estudo, uma proporção média de 73,7% para os recursos de fonte externa e 26,3% para a fonte Tesouro da União, portanto já inclusos nas Unidades Orçamentárias do Orçamento do Ministério da Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo é mais uma contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil, desenvolvido com o propósito de trazer reflexões sobre questões consideradas importantes na conformação de um sistema que vem se estruturando desde as primeiras décadas do século XX.

Ao tecer as nossas considerações finais podemos anotar algumas conclusões importantes, referenciadas nos nossos objetivos e de acordo com os resultados obtidos na pesquisa e discussões estabelecidas ao longo dos capítulos.

1) O poder de sedução e o pragmatismo do Banco Mundial e do BID na produção do conhecimento no campo da economia da saúde, dado pela sua capacidade técnica e financeira, não encontrou grandes resistências e foi decisivo para conformação do campo de estudo no Brasil. As preocupações com o estudo dessa nova disciplina, a partir da agenda de políticas de saúde, modelos e métodos de estudo oferecidos pelos bancos, tiveram grande aceitação pelos serviços, pela academia e pelo governo.

No período em que as agências de financiamento assumem posição hegemônica na produção do conhecimento, observa-se crescimento expressivo do montante de recursos destinados ao financiamento de projetos e na “oferta” de recursos condicionada à adoção de políticas econômicas e sociais “acordadas”. O crescimento foi de 48% de 1993 em relação a 1987 e no exercício de 2003, em relação a 1993, verifica-se uma queda acentuada de 33,4% dos recursos do BIRD (Quadros 5), acompanhando a política de contenção de gastos dos países centrais, que detêm em torno de 60% dos recursos e do poder de voto no Banco Mundial (Figura 1).

2) A decisão de agrupamento dos dados do estudo em períodos concordantes com a alternância do poder político na gestão do governo federal brasileiro, com o propósito de analisar do ponto de vista dos acordos

de empréstimos as relações estabelecidas pelos governos com as agências, demonstrou o vigor, a continuidade e alinhamento das políticas nos três últimos governos (Quadro 6).

3) Os pagamentos dos serviços da dívida externa, relativos aos empréstimos realizados para o setor saúde no Brasil, representaram na média dos dez anos estudados 0,72% (Tabela 7) dos recursos executados do orçamento do Ministério da Saúde, o que nos permite afirmar que os pagamentos da dívida não pressionaram o Orçamento do Ministério da Saúde. Mas é a partir da análise do comportamento da dívida desses empréstimos que apontamos duas preocupações:

a) A tendência de alta verificada nos períodos estudados, associada à continuidade da política de investimentos no setor saúde por meio da contratação de empréstimos externos, poderá levar a um comprometimento dos recursos do Ministério da Saúde, tão necessários para a execução da política de saúde no sentido de consolidação do SUS bem como para manutenção da prestação continuada de serviços nas três esferas de governo.

b) A vinculação cada vez maior da política interna no setor saúde aos interesses e a política do Banco Mundial e do BID, que em última análise representam os interesses dos países centrais que definem a política e administração dos bancos, dado pelo poder de voto e pelo capital investido. O poder indutor de políticas e projetos dos acordos de empréstimos, através de mecanismos como a exigência de contrapartida financeira dos entes da federação e do setor privado para concessão do crédito, leva num segundo momento que os projetos se tornem uma atividade, e uma despesa corrente com recursos próprios do país tomador.

4) O gasto do Ministério da Saúde, que representou no primeiro período do governo FHC 1995-1998 47,3% do dispêndio efetivo total do governo federal com o pagamento da dívida, representou 25,5% no segundo

período e 22,6% no período Lula (Tabela 7). Esses dados corroboram a afirmação de Braga & Silva (2001), de que a importância do setor saúde no gasto efetivo do governo federal, nos anos 1990, foi dada pelo nível de gastos realizados e a prioridade na alocação dos recursos.

5) A instabilidade e dificuldade de evolução do orçamento do Ministério da Saúde, que apresentou crescimento real negativo em torno de 7% de 2004 em relação a 1995 (Tabela 1), comparadas à evolução dos pagamentos da dívida externa brasileira que neste período cresceu 113,3%, saindo de 4,7% para 8,3% do PIB, demonstram a dimensão de como a política econômica dos governos FHC e Lula seguiram as orientações de política econômica indicadas pelas agências de crédito – entre elas o compromisso com o pagamento da dívida - consubstanciadas nos documentos dos acordos de empréstimos condicionados.

6) Os dados apresentados sobre o comportamento do gasto público em saúde, são suficientes para afirmarmos que para a consolidação de um sistema embasado na universalidade do atendimento e na integralidade das ações com a participação complementar do setor privado - que representou 3,9% do PIB dos recursos do sistema contra 3,2% do PIB de recursos públicos (44,7% do total), Quadro 12, sendo 2,1% de gasto federal em relação ao PIB no período estudado (Tabela 2) - os recursos públicos gastos em saúde necessitam de crescimento. Quando comparado com a os gastos públicos de países de renda alta que apresentaram um gasto de 71,1%, e de todos os outros grupos de países (Quadro 13), o gasto público no Brasil se apresenta abaixo da média.

Por fim apresentam-se três outras questões não suficientemente exploradas neste trabalho, pelo recorte do objeto, mas que ficam como sinalização de nossa preocupação:

a) A busca de recursos externos para realização de novos investimentos para ampliação da capacidade instalada, quando existe capacidade ociosa de leitos para internação no SUS e não há aumento dos recursos classificados como despesas correntes para prestação continuada de serviços - pagamento de internações, serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico - dados de Soares (2007) demonstram essa afirmação.

b) A necessidade de aprofundar a discussão sobre os custos financeiros dos empréstimos realizados e à serem realizados junto as agencias multilaterais de concessão de crédito.

Estudo apresentado por Soares (1996) avaliando três projetos do Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural do Nordeste, financiado pelo BIRD, constata que os juros pagos pelo Brasil ao Banco são elevados – quando levado em consideração aspectos como a taxa de juros contratada, velocidade de desembolso e o sistema de amortização – e não representam a melhor alternativa para o país.

Outro estudo realizado por Soares (1999) avaliando a execução de 33 projetos com financiamento do BIRD apontou um dado surpreendente. Para uma taxa média de juros inicialmente prevista para esses projetos de 9,93%, ao final da execução chegou-se a uma taxa média efetiva de 17,96%, sendo responsável por este aumento os atrasos na execução do projeto com 3,72 pontos percentuais e a variação da cesta de moedas com 4,31 pontos percentuais. O primeiro projeto financiado pelo BIRD para o setor saúde no Brasil (Quadro 7), foi avaliado e apresentou uma taxa efetiva ao final do projeto de 19,46% contra uma taxa contratada de 12,76%, sendo responsável por esta variação 3,15 pontos percentuais o atraso na execução do projeto e 3,55 pontos percentuais a variação na cesta de moedas. A conclusão deste estudo é que os empréstimos não foram vantajosos do ponto de vista financeiro para o Brasil.

c) A dificuldade na execução dos recursos financiados para os projetos, aumentando os Encargos Financeiros da União, está relacionada,

em parte, com a imposição de regras administrativas determinadas nos contratos de empréstimos - que obrigam o país tomador, inclusive previsto na legislação brasileira (Lei de Licitações 8666/93 Art. 42º § 5º), a adotar as regras do Banco Mundial para aquisição de bens e serviços de consultoria de acordo com os seus manuais (Guidelines Green e Red) - e a cultura de aquisições de bens públicos estabelecida no Brasil.

Apesar da imposição de alguns acordos de empréstimos na utilização de consultoria externa para o desenvolvimento de funções administrativas - no documento do acordo de empréstimo do projeto REFORSUS, a título de exemplo, constou quantos técnicos externos seriam contratados para o desenvolvimento das atividades de administração do projeto - esta providencia não evitou que o Brasil pagasse taxas de compromisso pelo atraso na execução do projeto. O relatório de avaliação da execução orçamentária do Ministério da Saúde, realizada pela Comissão de Finanças do Conselho Nacional de Saúde COFIN/CNS, relativa ao mês de outubro de 2001 afirma:

“Embora o REFORSUS tenha empenhado 97,46% da dotação inicial (R\$ 190 milhões), liquidou apenas 70,01%. Considerando que os recursos do REFORSUS são constituídos de empréstimos internacionais (BID), a não execução, além do custo social inerente, implica pagamento de juros e, portanto, do EFU.”

Ao desenvolver a pesquisa constatou-se a carência de trabalhos científicos que tratem do tema da dívida externa intrínseca ao setor saúde, e a discussão desse tema é importante para toda a sociedade, na medida em que as decisões de contrair empréstimos e pagar dívidas refletem nas contas nacionais, na economia e na vida das pessoas.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABrES. Anais do 1 Encontro Nacional de Economia da Saúde. [Organização: André César Médici, Sérgio Francisco Piola, Sólton Magalhães Vianna]. São Paulo, 1994.

Acuña, Cecilia. Evolución y Reforma de los Sistemas de Protección de la Salud En los países del Mercosur y Chile. Serie PROSUR. Santiago de Chile, 2001.

Andrade, Eli Lola G; Acurcio, Francisco A; Cherchiglia, Mariangela L; Belisario, Soraya A; Guerra Junior, Augusto A; Szuster, Daniela A; et al. Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil: Perspectivas para a estruturação de um Centro Nacional de Informações. Belo Horizonte, COOPMED, 2004. 168p.

Andrade, Luiz Odorico M. SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.

Assis, Milton P. A crise do setor externo e o ajustamento requerido pelas opções de política econômica. Textos para discussão n. 62. Rio de Janeiro, IPEA, 1984.

Barros, Elizabeth. As idas e vindas do financiamento da política de saúde. Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2003. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/conteudo/publicacoes/livros>. Acesso em 01/06/2005.

BID. El sector salud en los proyectos del BID: Una evaluación preliminar. Nota técnica de discusión de salud N°. 01/2002. Washington, D.C, 2002.

Braga, José Carlos S. & Paula, Sérgio G. Saúde e Previdência: Estudos de política de saúde. São Paulo, Hucitec; 1986. 224 p. Tab.

Braga, José Carlos S. & Silva, Pedro Luiz B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil.op.cit. Brasil: Radiografia de saúde. Barjas Negri e Geraldo di Giovanni (Org.). Instituto de Economia/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/ Brasília, D.F. Ministério da Saúde, 2001.

Braga, Nelson C. A restrição externa a retomada do crescimento: avaliação e recomendações de política. Textos para discussão n. 79. Rio de Janeiro, IPEA, 1985.

Brasil. Decreto nº. 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de desenvolvimento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p. 11503, seção I, 21/ jul/1987.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. São Paulo, Revista dos Tribunais, 1989.

Brasil. Leis etc. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. D.O.U. 31/12/1990, p. 25694. Brasília, 1990.

Brasil. Leis etc. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes a da outras providências. D.O.U. 20/09/1990, p. 18055. Brasília, 1990.

Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social Resolução INAMPS n.º. 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS n.º. 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.641, seção I, 10/jan./1991.

Brasil. Portaria GM/MS nº. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB-SUS 01/96. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.22932, seção 1, 06/jul./1991.

Brasil. Portaria GM/MS nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.6961, seção I, 24/maio./1993

Brasil. Portaria Conjunta nº 1.163 de 11 de outubro de 2000. Estabelece diretriz para a implementação do SIOPS no âmbito do Ministério da Saúde, incluindo a criação da Câmara Técnica e dos Núcleos Estaduais de Apoio ao SIOPS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, n. 203 p. 27-28, seção I, 20/outubro/2000.

Brasil. Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.15, seção I, 29/ set./ 2001.

Brasil. Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p.52, seção I, 28/ fev./ 2002.

Brasil. Portaria Interministerial nº 437, de 1º de março de 2006. Institui um Comitê Gestor e um Grupo Executivo com o objetivo de viabilizar a realização das atividades de implementação e manutenção das contas da saúde no Brasil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, p. 21, seção I, 02/março/2006.

Carvalho, Gilson de Cássia M. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1998-2001. Tese de doutorado, FSP, São Paulo, 2002.

Couttolenc, Bernard F. A Dimensão Econômica da Saúde. op.cit. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. Cianciarrullo, Tâmara Iwanow; Corneta, Vitória Kedy (Org.). Editora ícone, São Paulo, 2002, p. 271-303.

Fiori, José L. Cosmopolitismo de Cócoras. São Paulo: Revista de Estudos Avançados, 14 (39): 21-32, maio/agosto, 2000.

FMI. Quotas and Voice – Further Considerations. FMI 2005, Disponível em www.imf.org, Consultado em 10/08/2006.

Martins, Monica D. O Banco Mundial e as Políticas Públicas na América Latina. In: XXV Congresso da Associação Latino Americana de Sociologia, 2005, Porto Alegre. Disponível em: <http://www.nacionalidades.ufc.br/textos>. Consultado em 10/06/2006.

Mattos, Ruben A. As agencias internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 6: 377-389, 2001.

Médici, André C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: Balanço e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994.

Médici, André C. Necessidade de Financiamento do Setor Saúde no Brasil em 1995. Saúde em debate n.48. São Paulo, set.1995, p.69-76.

Mergulis, Sérgio. O desempenho do governo brasileiro, dos órgãos contratantes, e do Banco Mundial em relação à questão ambiental do programa Polonoeste. Textos para discussão n. 227. Rio de Janeiro, IPEA, 1991.

Misoczky, Maria C. Araújo. A agenda de reformas do Banco Mundial e a política de saúde: Algumas notas para reflexão. 1995

Musgrove, Philip. Public and private roles in health. Theory and financing patterns. World Bank, discussion papers; 339. Washington, D.C.,1996.

PAHO. Debt for Health Conversion: An option for additional funding. Technical Report Series nº. 5. Health Policies Development Program. Washington D.C, 1992a.

PAHO. Fondos e programas de compensación social: Experiencias en América Latina y el Caribe. Washington, DC, 1992b.

PAHO. Mesa Redonda sobre Capacitación en Economía y Financiamiento del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Série Informes Técnicos nº. 11. Programa de Desarrollo de Política de Salud. Washington, DC. 1992c.

Pessotto, Umberto C. 2001. As políticas de saúde para América Latina e Caribe da Organização Panamericana de Saúde e do Banco Mundial: Uma análise dos documentos e seus discursos. São Paulo, 2001.

Piola, Sérgio F. & Biasoto Junior, Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. op.cit. Brasil: Radiografia de saúde. Barjas Negri e Geraldo di Giovanni (Org.). Instituto de Economia/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/ Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2001.

Resende, Marcelo de M. Lara. Comentários sobre o livro de William R. Cline, "International debt and the stability of the World Economy". Textos para discussão n. 68. Rio de Janeiro, IPEA, 1984.

Ribeiro, José M. Política de saúde no Brasil na década de 90: Pontos para uma reflexão conjuntural. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1994.

Rizzotto, Maria L. Frizon. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: Um processo de desmonte do SUS. Campinas, SP: [s.n.], 2000.

Rosen, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica, tradução de Ângela Loureiro de Souza. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Saes, Sueli G. Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde no Brasil, 1989 – 1998. Tese mestrado; FSP/USP, 2000.

Santos, Nelson R. O dilema estatística II de como é forjado o espaço das políticas públicas com exemplos da área de saúde. Acervo de periódicos. Saúde em debate; (28): 5-11, mar 1990.

Silva, Fernando A . Rezende. A política social e a crise econômica. Textos para discussão n. 111. Rio de Janeiro, IPEA, 1987.

Silva, José Cláudio F. & Horta, Maria Helena T.T. As negociações financeiras internacionais do Brasil pós-FMI. Textos para discussão n. 64. Rio de Janeiro, IPEA, 1984.

Soares, Adilson. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: Uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. São Paulo, Cadernos de Saúde Pública, 2007.

Soares, Ricardo P. O financiamento do Banco Mundial ao Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural do Nordeste (PAPP). Textos para discussão n. 435. Brasília, IPEA, 1996.

Soares, Ricardo P. Dívida pública externa: Empréstimos do BIRD ao Brasil. Textos para discussão n. 642. Brasília, IPEA, 1999.

WHO. Invertir en Salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y salud. Ginebra, 2003.

WHO. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Ginebra, 2001.

WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra, 2006.

World Bank. Financing Health Services in Developing Countries: An agenda for reform, Washington D.C, 1987.

World Bank. Investing in Health. World Development Report. Washington D.C, 1993.

World Bank. The organization, delivery and financing of health care in Brazil: agenda for the 90s. Report nº 12655-BR. Washington, D.C, 1994.

World Bank. Annual Report 1946. Washington, D.C. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

World Bank. Annual Report 1987. Washington, D.C. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

World Bank. Annual Report 1993. Washington, D.C. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

World Bank. Annual Report 1995. Washington, D.C. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

World Bank. Annual Report 2003. Washington, D.C. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

World Bank. Annual Report 2004. Washington, D.C. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

World Bank. IBRD Articles of Agreement 1945. Disponível em www.worldbank.org. Consultado em 10/08/2006.

Vargas, J. I., Alvin, C. F. Preços de petróleo: O terceiro Choque?. Economia e Energia nº. 47, dezembro 2004 – janeiro 2005.

Zaeyen, Adriana et al. Economia política da saúde: Uma perspectiva quantitativa. Textos para discussão nº 370, IPEA, 1995.

ANEXO 1. E-MAIL RESPOSTA DO BANCO CENTRAL A SOLICITAÇÃO DE DADOS SOBRE A DÍVIDA EXTERNA.

“...Relativamente à nova solicitação de estatísticas, conforme e-mail abaixo, informo que a Divisão de Balanço de Pagamentos do Departamento Econômico (Depec/Dibap) do Banco Central do Brasil, responsável pela divulgação periódica da dívida externa do país, não dispõe de dados desagregados no formato solicitado. Embora nos seja possível consultar, de maneira individualizada, cada Registro de Operações Financeiras (ROF) que compõe o estoque da dívida externa, nosso banco de dados agrega as informações por credor no exterior (no caso organismos internacionais e, especificamente, BID e BIRD, sem detalhar cada tranche de cada projeto) ou pelo devedor no país (no caso, o Governo Federal, sem individualizar os Ministérios gestores de cada projeto). Realizamos acompanhamento mais detalhado/ individualizado para alguns casos mais significativos, com, por exemplo, o Programa de Assistência Financeira, e, dentro dele, os desembolsos, amortizações e juros pagos ao FMI....”As informações financeiras constantes dos ROF (desembolso total, esquema de amortização, taxa de juros, garantias, etc), utilizadas para as publicações acima mencionadas, não são passíveis, portanto de agregação na forma solicitada. Por fim, esclarecemos que a prestação de informações pelo Banco Central, obtidas a partir de seus bancos de dados, deve respeitar o sigilo de operações de instituições financeiras, tal qual estabelecido no art. 2º, da Lei Complementar 105, de 10.01.2001 (<http://www.bcb.gov.br?LEISCOMP>) estando, em caso de não observância, os funcionários sujeitos às penalidades previstas no art.132, IX da Lei 8.112, de 11-12-1990. Essas disposições legais impedem, na grande maioria dos casos, a prestação de informações individualizadas.”

Banco Central do Brasil – 30/03/2005

Depec – Departamento Econômico

Dibap – Divisão de Balanço de Pagamentos

APÊNDICES ESTATÍSTICOS

Tabela 9: BIRD – Subscrição de Capital Social e Poder de Voto - Países do Grupo I e Total do Grupo II

PAISES	Subscrição de capital – US\$ 1,00				Número Total Votos				% do Total Votos			
	1946	1987	1993	2003	1946	1987	1993	2003	1946	1987	1993	2003
Países Grupo I	11	23	23	23	11	23	23	23	11	23	23	23
Austrália	0,00	1.634.800.000	2.607.000.000	2.951.200.000	0,00	16.598	26.320	29.762	0,00	1,87	1,55	1,53
Áustria	0,00	749.000.000	1.335.000.000	1.334.600.000	0,00	7.740	13.600	13.596	0,00	0,87	0,80	0,70
Bélgica	225.000.000	1.962.200.000	3.496.000.000	3.496.400.000	2.500	19.872	35.210	35.214	2,91	2,23	2,07	1,81
Canadá	325.000.000	2.866.000.000	5.404.000.000	5.403.800.000	3.500	28.910	54.290	54.288	4,07	3,25	3,19	2,80
Dinamarca	68.000.000	694.000.000	1.237.000.000	1.622.700.000	930	7.190	12.620	16.477	1,08	0,81	0,74	0,85
Finlândia	0,00	579.500.000	1.033.000.000	1.032.600.000	-	6.045	10.580	10.576	0,00	0,68	0,62	0,54
França	450.000.000	4.698.400.000	8.372.000.000	8.371.700.000	4.750	47.234	83.970	83.967	5,53	5,31	4,94	4,32
Alemanha	0,00	4.901.600.000	8.734.000.000	8.733.900.000	0,00	49.266	87.590	87.589	0,00	5,54	5,15	4,51
Iceland	0,00	82.000.000	152.000.000	151.800.000	0,00	1.070	1.770	1.768	0,00	0,12	0,10	0,09
Irlanda	0,00	356.800.000	636.000.000	635.900.000	0,00	3.818	6.610	6.609	0,00	0,43	0,39	0,34
Itália	0,00	2.393.600.000	5.404.000.000	5.403.800.000	0,00	24.186	54.290	54.288	0,00	2,72	3,19	2,80
Japão	0,00	4.925.500.000	11.312.000.000	15.320.600.000	0,00	49.505	113.370	153.456	0,00	5,56	6,67	7,90
Kuwait	0,00	899.100.000	1.602.000.000	1.602.000.000	0,00	9.241	16.270	16.270	0,00	1,04	0,96	0,84
Luxemburgo	10.000.000	111.800.000	199.000.000	199.300.000	350	1.368	2.240	2.243	0,41	0,15	0,13	0,12
Holanda	275.000.000	2.096.700.000	4.283.000.000	4.282.900.000	3.000	21.217	43.080	43.079	3,49	2,38	2,53	2,22
Nova Zelândia	0,00	470.800.000	796.000.000	872.900.000	-	4.958	8.210	8.979	0,00	0,56	0,48	0,46
Noruega	50.000.000	645.600.000	1.204.000.000	1.204.200.000	750	6.706	12.290	12.292	0,87	0,75	0,72	0,63
África do Sul	0,00	838.900.000	1.624.000.000	1.624.000.000	-	8.639	16.490	16.490	0,00	0,97	0,97	0,85
Suécia	100.000.000	1.013.800.000	1.806.000.000	1.806.400.000	1.250	10.388	18.310	18.314	1,45	1,17	1,08	0,94
Emir. Árabes Unidos	0,00	287.700.000	288.000.000	287.700.000	0,00	3.127	3.130	3.127	0,00	0,35	0,18	0,16
Reino Unido	1.300.000.000	4.698.400.000	8.372.000.000	8.371.700.000	13.250	47.234	83.970	83.967	15,41	5,31	4,94	4,32
Estados Unidos	3.175.000.000	17.403.500.000	29.327.000.000	31.964.500.000	32.000	174.285	293.520	319.895	37,23	19,59	17,27	16,48
Total Grupo I	5.978.000.000	54.309.700.000	99.223.000.000	106.674.600.000	62.291	548.620	997.753	1.072.269	72,46	61,65	58,70	55,23
Países Grupo II	27	128	153	161	27	128	153	161	27	128	153	161
Total Grupo II	1.692.000.000	30.920.300.000	66.366.000.000	82.892.400.000	23.670	341.203	701.910	869.174	27,54	38,35	41,30	44,77
Total Geral	7.670.000.000	85.230.000.000	165.589.000.000	189.567.000.000	85.961	889.823	1.699.663	1.941.443	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir do Acordo de Constituição do BIRD (IBRD Articles of Agreement 1945), Quotas and Voice – Further Considerations (FMI, 2005), The World Bank Annual Report (1946, 1987, 1993 e 2003).

Nota: A Espanha em 2003 passa a fazer parte do Grupo I

Fórmula: $NV=CS/AÇ+AB$

$$NV/SV=\%PV$$

onde:

- NV = Número de Votos
- CS = Capital Social
- AÇ = Ação (US\$ 100.000)
- AB = Ação Básica (250 votos)
- SV = Somatório de Votos
- PV = Poder de Voto

Tabela 10: Recursos anuais aprovados por Agência

US\$ Milhões

Agencia	Anos										Total acumulado 1946-2004	
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Total Período
BIRD	11.137,3	10.608,7	10.087,5	15.406,7	15.049,1	7.020,6	5.680,3	7.263,7	5.562,9	6.063,9	93.880,7	393.748,0
América Latina e Caribe	5.715,2	4.047,2	4.437,5	5.679,5	7.133,3	3.898,1	4.806,7	4.188,1	5.667,8	4.981,6	50.555,0	132.507,7
Brasil	464,1	1.041,0	1.700,6	971,5	1.479,5	1.773,3	1.480,7	1.481,7	1.217,1	1.820,6	13.430,1	35.003,4
Leste da Ásia e Pacífico	4.592,6	4.252,2	4.074,4	8.847,0	8.754,8	2.495,3	1.136,1	982,4	.767,1	1.665,5	38.567,4	-
África	80,7	-	56,0	57,4	5,0	97,7	-	41,8	15,0	-	353,6	-
Sul da Ásia	1.584,8	1.161,6	626,5	1.318,0	750,0	934,3	2.035,0	893,0	836,0	439,5	10.578,7	-
Europa e Ásia Central	3.953,8	3.918,2	4.560,9	4.462,3	4.350,3	2.733,1	2.154,0	4.894,7	2.089,2	3.012,9	36.129,4	-
Oriente Médio e Norte África	925,4	1.276,7	769,7	722,0	1.189,0	760,2	355,2	451,8	855,6	946,0	8.251,6	-
BID	6.076,8	5.474,5	4.571,6	7.741,4	8.233,1	4.622,1	7.401,7	3.672,6	6.192,1	5.311,9	59.297,8	105.058,4
Brasil	1.562,6	1.556,4	1.209,1	1.412,7	4.604,0	536,5	1.997,9	660,4	339,3	2.541,7	16.420,6	24.646,4
Total Geral	17.214,1	16.083,2	14.659,1	23.148,1	23.282,2	11.642,7	13.082,0	10.936,3	11.755,0	11.375,8	153.178,5	498.806,4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Annual Report World Bank 1995 a 2004 e sítio do BID

Nota: Excluído os projetos IDA e FOE

Tabela 11: BIRD - Recursos anuais aprovados

US\$ Milhões

Agência	Anos										Acumulado 1995-2004	Acumulado 1946-2004
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		
BIRD	16.852,5	4.655,9	14.525,0	21.086,2	22.182,4	10.918,7	10.487,0	11.451,8	11.230,7	11.045,5	144.435,7	393.748,00
América. Latina e Caribe	5.715,2	4.047,2	4.437,5	5.679,5	7.133,3	3.898,1	4.806,7	4.188,1	5.667,8	4.981,6	50.555,0	132.507,7
Brasil	464,1	1.041,0	1.700,6	971,5	1.479,5	1.773,3	1.480,7	1.481,7	1.217,1	1.820,6	13.430,1	35.003,4
Leste Ásia e Pacífico	4.592,6	4.252,2	4.074,4	8.847,0	8.754,8	2.495,3	1.136,1	982,4	1.767,1	1.665,5	38.567,4	
África	80,7	-	56,0	57,4	5,0	97,7	-	41,8	15,0	-	353,6	
Sul da Ásia	1.584,8	1.161,6	626,5	1.318,0	750,0	934,3	2.035,0	893,0	836,0	439,5	10.578,7	
Europa e Ásia Central	3.953,8	3.918,2	4.560,9	4.462,3	4.350,3	2.733,1	2.154,0	4.894,7	2.089,2	3.012,9	36.129,4	
Oriente. Médio e Norte África	925,4	1.276,7	769,7	722,0	1.189,0	760,2	355,2	451,8	855,6	946,0	8.251,6	
Carteira Total de Projetos BIRD												393.748,00
Carteira acumulada projetos BIRD 1995-2004												144.435,7
% Carteira BID nos últimos 10 anos sobre Carteira Total												36,7
Carteira Total de Projetos Brasil												35.003,4
Carteira acumulada projetos Brasil 1995-2004												13.430,1
% Carteira Brasil nos últimos 10 anos sobre Carteira Total												38,4
% Carteira Brasil sobre Carteira Total												8,9
% Carteira Brasil nos últimos 10 anos sobre Carteira últimos 10 anos												9,3

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados do World Bank Annual Report 1995 a 2004.

Quadro 15: Orçamento do Ministério da Saúde por Unidade Orçamentária - 1995 a 2004.

R\$ mil a.p. nominais

Unidades Orçamentárias Projetos e Atividades	Orçamento Executado									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1 ITENS GLOBAIS	5.130.821	4.334.132	5.787.177	6.328.251	4.485.544	4.978.517	5.133.596	5.837.320	6.380.783	7.315.222
2 TOTAL PES. ENC. SOCIAIS	3.761.355	3.834.152	3.996.399	3.994.321	4.330.331	4.825.342	4.898.055	5.466.884	5.959.806	6.829.398
3 Pessoal – Ativo	2.450.576	2.364.375	2.446.772	2.249.663	2.500.800	2.630.755	2.628.478	2.973.925	3.335.658	3.810.040
4 Pessoal – Inativo	1.310.780	1.469.778	1.549.627	1.744.658	1.829.531	2.194.587	2.269.577	2.492.959	2.624.148	3.019.358
5 Amortização da Dívida	1.369.466	499.979	1.790.778	2.333.931	155.212	153.175	235.541	370.436	420.977	485.824
6 FNS	8.797.264	9.110.159	11.723.176	11.699.598	14.120.403	16.071.935	18.106.733	20.019.223	22.078.011	27.307.309
7 Combate às Car. Nutricionais	128.774	31.612	101.686	58.970	139.825	151.788	169.603	253.746	366.154	830.240
8 Manutenção Administrativa	39.491	52.654	52.643	56.998	68.103	67.345	96.533	127.376	137.390	127.117
9 Manut. Unidades Operacionais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22.642
10 Hospitais Próprios	248.062	258.870	277.215	256.130	257.887	179.501	175.557	197.704	206.921	261.604
11 Instituto Nac. Câncer/INCA	41.643	49.021	59.627	59.435	65.505	72.751	75.959	83.455	83.396	152.912
12 Pioneiras Sociais	115.248	162.578	162.786	165.600	182.143	216.966	221.000	245.000	245.000	324.000
13 Comunicação Social	12.689	30.316	43.995	41.052	19.800	30.658	31.076	88.421	70.672	77.100
14 Serv. Proc. Dados/DATASUS	0	0	0	5.055	10.511	13.613	15.360	24.719	24.527	33.971
15 Prog.Sangue Hemoderivados	11.174	0	680	15.824	34.717	41.793	24.201	26.319	2.913	23.499
16 Aedes Aegypti/Contr. Endemias	0	0	121.187	124.317	186.240	338.144	534.633	551.589	614.998	640.514
17 Sist. Nac. Vigil. Saúde/VIGISUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11.054
18 Vacinas e Vacinação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	501.528
19 Prev. Câncer Cérvico-Uterino	0	0	28.542	37.622	46.485	46.397	64.159	76.762	71.265	0
20 Outros Programas	26.219	23.746	38.750	43.493	101.646	98.334	101.483	128.925	89.747	184.778
21 Qualificação Profissional SUS	0	0	0	0	0	0	0	0	23.177	125.209
22 Fomento Pesq. Ciên.Tecnologia	0	0	0	0	0	0	0	0	19.015	73.217
23 Implantação do Cartão do SUS	0	0	0	0	0	11.287	38.903	64.885	41.169	68.729
24 Prog. Estrut. S. Família/PROESF	0	0	0	0	0	0	0	0	13.629	80.548
25 Prog. Form. Aux.Enf./PROFAE	0	0	0	0	0	53.383	67.459	164.899	221.819	154.871
26 Projeto Nordeste I & II	88.635	52.288	23.588	900	0	0	0	0	0	0
27 AIDS	61.429	74.746	67.900	52.210	106.500	142.935	128.111	183.236	137.999	245.058

28	KFW - Ceara e Piauí	0	0	0	0	0	3.750	5.237	8.013	6.700	12.000
29	AIH / SIA / SUS	6.056.138	6.633.888	8.012.802	7.433.755	8.790.201	9.779.670	10.897.795	11.749.219	13.253.642	14.981.028
30	Piso Assistencial Básico/PAB	1.115.697	1.145.748	1.410.120	1.722.000	1.777.240	1.726.459	1.790.000	1.864.310	1.891.503	2.089.718
31	Pr. Ag. Com. Saúde-PACS/PSF	78.658	111.467	161.480	225.614	323.999	655.659	968.541	1.318.013	1.624.145	2.161.898
32	Impl. Ações Inter. trab. Saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	41.818	19.270
33	Coordenação Materno Infantil	0	0	0	1.864	3.873	2.645	1.774	4.196	5.485	21.453
34	Vigilância Sanitária	2.981	4.684	20.727	50.185	59.909	38.832	66.458	75.101	86.164	82.837
35	Farmácia Básica	0	0	0	45.000	124.210	164.200	168.290	165.589	176.644	185.956
36	Atenção à Saúde Bucal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Farmácias Populares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12.856
38	Ações Vigil. Epidemiológica	0	0	0	0	0	0	0	0	9.882	154.884
39	Aquis. Distrib. de Medicamentos	452.530	217.120	420.012	305.766	349.211	270.885	342.786	535.333	633.975	853.670
40	Aquisição Medic. para DST/AIDS	1.380	13.639	149.660	218.947	486.881	556.405	515.500	611.870	551.000	563.950
41	Medicamentos Excepcionais	74.174	69.803	170.652	164.802	189.478	358.592	449.536	458.283	516.000	825.630
42	Partic. Organismos Internacionais	14.628	12.909	12.417	12.891	27.079	27.126	27.659	26.772	35.175	45.805
43	Reaparelhamento Unid. SUS/MS	119.475	16.622	57.168	148.795	174.634	127.779	133.013	120.222	97.948	505.619
44	Reapar. Unid. SUS/REFORSUS	0	0	34.928	159.155	229.214	431.285	360.747	309.597	153.498	0
45	Auxílios ao Servidor	108.238	102.611	88.987	82.890	80.208	75.374	85.315	89.609	97.063	118.770
46	Assistência Médica a Servidores	0	0	70.585	73.268	95.460	97.155	96.135	105.865	107.132	125.885
44	Sentença Judicial (Custeio)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.908
45	Emendas Parlamentares	0	45.836	135.038	137.061	189.441	291.223	453.909	360.195	420.445	605.583
46	ANVS	0	0	0	0	72.521	127.425	127.780	132.042	145.896	184.673
47	Manutenção Administrativa	0	0	0	0	0	10.070	35.902	33.539	55.333	67.060
48	Manut./Planej. Coord. do SVS	0	0	0	0	72.500	116.704	82.224	89.056	80.899	96.455
49	Progr. Sangue e Hemoderivados	0	0	0	0	0	0	6.559	6.479	6.389	17.242
50	Auxílios ao Servidor	0	0	0	0	21	648	2.015	2.244	2.433	2.868
51	Assistência Médica a Servidores	0	0	0	0	0	4	1.081	724	841	1.048
52	FUNASA	724.388	644.606	960.434	987.662	1.309.686	1.142.027	2.346.651	1.829.438	1.347.331	1.401.265
53	Manutenção Unidades Próprias	84.732	75.787	75.433	44.565	32.122	16.522	16.554	19.535	18.746	0
54	Manutenção Unidades Indígenas	5.630	4.957	12.387	17.608	23.969	58.003	98.901	124.227	136.889	197.986
55	Manutenção Administrativa	94.727	152.499	79.694	67.091	55.384	68.498	70.871	69.643	67.929	71.168

56	Infra-Estrutura de Unidades	0	0	1.626	1.478	6.449	0	0	0	0	0
57	Vacinas e Vacinação	86.431	118.499	163.049	172.810	263.049	263.957	329.389	489.747	409.603	0
58	Erradicação do Aedes Aegypti	0	0	127.324	76.615	117.657	62.834	70.872	0	0	0
59	PCMAN / PCDEN / VIGISUS	81.964	20.719	0	0	24.548	85.178	65.240	66.799	60.040	11.860
60	Controle de Endemias	145.714	89.146	156.478	165.955	239.589	180.721	174.100	241.553	295.061	360.000
61	Saneamento Básico	64.741	33.799	90.689	142.634	200.770	158.508	126.912	129.405	100.786	470.761
62	Projeto Alvorada	0	0	0	0	0	0	1.072.301	441.092	0	0
63	Outros Programas	99.540	45.824	81.913	79.808	67.937	41.802	46.426	45.108	47.675	4.148
64	Auxílios ao Servidor	60.909	78.900	68.000	71.155	57.348	59.369	59.077	65.004	67.320	78.321
65	Assistência Médica a Servidores	0	0	34.720	38.258	47.271	47.763	48.263	58.008	55.440	60.900
66	Sentença Judicial (Custeio)	0	0	0	0	10.475	7.168	9	16	153	51
67	Emendas Parlamentares	0	24.474	69.121	109.685	163.118	91.705	167.736	79.301	87.690	146.070
68	FIOCRUZ	132.244	106.458	123.831	116.007	127.852	136.419	137.645	161.947	207.997	255.651
69	Manutenção Administrativa	41.804	44.656	47.780	40.125	38.315	29.709	33.151	31.304	38.983	49.968
70	Manuten. Unidades Operacionais	1.129	7.985	7.652	8.097	9.485	10.357	14.133	15.502	19.828	22.966
71	Reaparelhamento de Unidades	23.158	5.638	15.926	12.798	11.420	12.848	11.712	15.381	14.204	31.500
72	Adequação da Planta de Vacinas	0	0	0	0	9.077	9.116	8.280	11.000	20.000	31.841
73	Produção de Vacinas	25.464	14.217	16.194	17.128	11.205	21.280	14.729	19.450	28.571	9.592
74	Estudos e Pesquisas	0	0	0	0	21.498	34.376	38.197	48.957	59.933	73.400
75	Outros Programas	35.444	29.210	27.670	26.935	16.269	8.111	8.014	9.898	12.812	18.444
76	Farmácias Populares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
77	Auxílios ao Servidor	5.246	4.752	5.409	5.242	5.579	5.348	5.194	5.938	7.453	9.300
78	Assistência Médica a Servidores	0	0	3.201	4.145	3.949	3.871	4.236	4.519	5.712	7.400
79	Sentença Judicial (Custeio)	0	0	0	0	0	1.401	0	0	0	0
80	Emendas Parlamentares	0	0	0	1.538	1.055	0	0	0	500	1.240
81	ANSS	0	0	0	0	0	21.932	38.538	43.860	59.762	61.064
82	Manutenção Administrativa	0	0	0	0	0	12.118	20.342	18.087	26.729	33.683
83	Planos e Seguros Privados	0	0	0	0	0	9.707	17.168	23.790	30.601	24.028
84	Outros Programas	0	0	0	0	0	72	824	1.347	1.828	1.314
85	Auxílios ao Servidor	0	0	0	0	0	34	203	636	524	1.098
86	Assistência Médica a Servidores	0	0	0	0	0	0	0	0	81	942

87 GRUPO HOSP. CONCEIÇÃO/GHC	152.421	181.437	209.856	192.171	221.700	221.000	244.979	269.500	6.501	12.833
88 Hospitais Próprios	152.421	181.437	209.856	192.171	221.700	221.000	244.979	269.500	6.501	12.833
89 Auxílios ao Servidor		0	0	0	0	0	0	0	0	0
90 Sentença Judicial (Custeio)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0								
AÇÕES E SERV.SAÚDE/PESSOAL ATIVO	2.450.576	2.364.375	2.446.772	2.249.663	2.500.800	2.630.755	2.628.478	2.973.925	3.335.658	3.810.040
AÇÕES E SERV. SAÚDE - EMENDAS	0	70.309	204.159	248.283	353.614	382.927	621.645	439.496	508.635	752.894
AÇÕES E SERV. SAÚDE-OCC NORMAL	9.806.317	9.972.351	12.813.138	12.747.155	15.498.547	17.337.810	19.223.947	21.323.422	23.336.862	28.140.561
AÇÕES E SERV. SAÚDE – TOTAL	12.256.892	12.407.035	15.464.069	15.245.102	18.352.962	20.351.492	22.474.070	24.736.843	27.181.155	32.703.495
FUNDO DE ERRADICAÇÃO DA POBREZA	0	0	0	0	0	0	1.156.735	693.092	0	329.342
OCC – TOTAL	9.806.317	10.042.660	13.017.297	12.995.439	15.852.161	17.720.737	21.002.327	22.456.010	23.845.497	29.222.797
MS - TOTAL EXECUTADO (1)	14.937.138	14.376.792	18.804.474	19.323.690	20.337.705	22.699.254	26.135.923	28.293.331	30.226.280	36.538.019

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde/CGOF

Nota: Incluso Pessoal inativo, Amortização da dívida e o Fundo de Erradicação da Pobreza.

Tabela 12: BID - Recursos anuais aprovados.

US\$ Milhões

Agencia	Anos										Acumulado 1995-2004	Acumulado 1959-2004
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		
BID – Total	6.076,8	5.474,5	4.571,6	7.741,4	8.233,1	4.622,1	7.401,7	3.672,6	6.187,2	5.285,1	59.266,1	105.058,4
Brasil	1.562,6	1.556,4	1.209,1	1.412,7	4.604,0	536,5	1.997,9	660,4	339,3	2.541,7	16.420,6	24.646,4
Argentina	1.549,20	930,4	1.040,60	3.561,00	410,4	820,1	1.645,70	0	1.986,00	527,8	12.471,2	
Bahamas	0	57,3	0,8	10,6	23,5	21,8	43,4	0	0	3,5	160,9	
Barbados	35	0	0	98,0	0	0	8,8	17,0	0	0	158,8	
Belice	0	0	3,5	15,8	20,5	40,4	7,0	0	0	0	87,2	
Bolívia	0	0	0	6,1	0	0	0	105,0	0	31,0	142,1	
Chile	0	0	0	0	200,1	467,5	59,9	15,2	143,1	23,1	908,9	
Colômbia	428,6	97,4	182,8	304,6	921,1	293	798,5	52,8	1.814,00	737,3	5.630,1	
Costa Rica	10,6	-	39,4	16,5	0	65	52,4	14,4	4,4	9,2	211,9	
Equador	44,1	64,4	196,3	96	0,5	157,3	58,3	73,7	230,9	17,4	938,9	
El Salvador	166,2	36	103,7	206,3	36,8	0	289,7	0	100,0	0	938,7	
Guatemala	188,6	79	149,8	194,8	226,5	0	41,3	247,4	87,5	100,1	1.315,0	
Guyana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Haiti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Honduras	9,7	0	0	0	0	0	0	13,7	0	0	23,4	
Jamaica	26,4	61,3	17,3	0	35,1	196,9	101,9	25,1	25,1	30,0	519,1	
México	1.560,20	953,2	102,8	291,6	888,7	1.390,50	1.100,00	1.000,00	510	410,4	8.207,4	
Nicarágua	0	0	0	10,8	0	0	0	0	0	0	10,8	
Panamá	30,2	146,6	150,6	261,8	50,7	23,4	65,7	67,6	53,3	0	849,9	
Paraguai	70,4	167,2	53,3	65,7	67,1	165,8	22,2	29,4	55,3	0	696,4	
Peru	115	609,5	208,2	400,5	270,9	308,5	342,2	418,1	524,6	351,1	3.548,6	
Regional	0	20	640	41,5	0	0	75,7	0	0	50	827,2	
Rep. Dominicana	104	0	93,2	171,9	213,7	72,6	275	135	30,7	337	1.433,1	
Suriname	0	0	0	30,3	0,7	10,3	14,7	4,2	12,5	10	82,7	
Trinidad e Tobago	57,8	254	0	0	105,0	0	0	32,0	10,0	0	458,8	
Uruguai	53,5	378,7	333,2	194	57,8	32,4	303,9	733,6	260	99,5	2.446,6	
Venezuela	64,7	63,1	47	350,9	100	20,1	97,5	28	0,5	6	777,8	

Carteira Total de Projetos BID	105.058,4
Carteira acumulada projetos BID 1995-2004	59.266,1
% Carteira BID nos últimos 10 anos sobre Carteira Total	56,4
Carteira Total de Projetos Brasil	24.624,4
Carteira acumulada projetos Brasil 1995-2004	16.420,6
% Carteira Brasil nos últimos 10 anos sobre Carteira Total	66,7
% Carteira Brasil sobre Carteira Total	23,4
% Carteira Brasil nos últimos 10 anos sobre Carteira últimos 10 anos	27,7

Fonte: Elaboração Própria a partir dos dados do BID.

Quadro 16 Dívida e Execução Orçamentária do Ministério da Saúde 1995 A 2004

R\$ mil a.p. correntes

ITENS DE DESPESA	EXERCÍCIOS									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1. DÍVIDA TOTAL DA UNIÃO	25.795.901	27.383.735	34.299.776	55.223.276	72.536.485	82.734.508	107.452.132	124.221.961	145.257.752	145.975.701
Amortização da dívida da União	9.029.736	7.891.737	13.266.550	24.410.777	27.180.921	43.899.658	54.635.704	68.961.278	79.550.918	71.602.314
Juros e encargos da dívida da União	16.766.165	19.491.998	21.033.226	30.812.499	45.355.564	38.834.850	52.816.428	55.260.683	65.706.834	74.373.387
2. DÍVIDA TOTAL DO MS	1.369.466	499.979	1.790.778	2.333.931	155.212	153.174	235.541	370.436	420.977	485.824
Amortização da dívida do MS	1.276.417	395.764	1.625.883	2.242.518	100.731	99.050	157.592	249.945	284.392	357.718
Juros e encargos da dívida do MS	93.049	104.215	164.895	91.413	54.481	54.124	77.949	120.491	136.585	128.106
3. DÍVIDA EXTERNA TOTAL DA UNIÃO	8.162.323	8.564.183	10.168.484	11.035.303	17.381.549	20.030.814	25.602.679	24.261.324	24.912.002	28.919.938
Amortização da dívida externa da União	3.420.675	3.766.708	5.061.032	5.655.605	9.044.718	9.774.963	11.032.492	-	-	-
Juros e encargos da dívida externa da União	4.741.648	4.797.475	5.107.452	5.379.698	8.336.831	10.255.851	14.570.187	-	-	-
4. DÍVIDA EXTERNA TOTAL DO MS	70.180	67.984	74.521	80.350	154.239	153.174	234.524	367.107	417.492	483.907
Amortização da dívida externa do MS	50.094	45.474	45.557	46.681	99.989	99.050	156.903	247.599	281.874	356.281
Juros e encargos da dívida externa do MS	20.086	22.510	28.964	33.669	54.250	54.124	77.621	119.508	135.618	127.626
5. DÍVIDA EXTERNA PROJETOS BIRD E BID	64.116	61.871	70.029	74.701	144.336	135.354	228.898	331.850	365.697	420.183
Amortização projetos BIRD e BID - MS	45.995	41.519	42.309	43.839	91.241	82.327	154.449	224.165	248.287	313.933
Juros + Encargos projetos BIRD e BID - MS	18.121	20.353	27.721	30.862	53.096	53.027	74.450	107.685	117.409	106.249
Juros da Dívida Externa	17.365	19.901	25.844	27.080	48.107	46.945	66.837	103.768	115.039	105.347
Encargos da Dívida Externa	756	452	1.877	3.782	4.989	6.082	7.613	3.917	2.370	902
6. PESSOAL ATIVO	2.450.576	2.364.375	2.446.772	2.249.663	2.500.800	2.630.755	2.628.478	3.243.424	3.335.657	3.810.040
7. PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA	1.310.780	1.469.778	1.549.627	1.744.658	1.829.531	2.194.587	2.269.577	2.492.959	2.624.148	3.019.357
8. FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS	8.797.264	9.110.159	11.723.176	11.699.598	14.120.402	16.071.935	18.106.733	20.019.223	22.078.011	27.307.309
9. FUNASA	724.388	644.606	960.434	987.662	1.309.686	1.142.027	2.346.651	1.829.438	1.347.331	1.401.265
10. ANVISA	-	-	-	-	72.521	127.425	127.780	132.041	145.895	184.673
11. FIOCRUZ	132.244	106.458	123.831	116.007	127.852	136.419	137.645	161.947	207.996	255.651
12. ANSS	-	-	-	-	-	21.932	38.538	43.859	59.761	61.064
13. GHC	152.421	181.437	209.856	192.171	221.700	221.000	244.979	269.500	6.500	12.833
14. FUNDO COMBATE ERRAD. POBREZA	-	-	-	-	-	-	1.156.735	693.092	-	329.341
15. MS - TOTAL GERAL (2; 6-14) (a)	14.937.139	14.376.792	18.804.474	19.323.690	20.337.704	22.699.254	27.292.657	29.255.919	30.226.276	36.867.357
16. Projetos com empréstimos Internacionais (b)	171.005	108.894	93.169	156.439	265.513	528.083	461.947	539.885	437.547	379.842
17. MS - TOTAL GERAL (2+ 6 a 14) - (15)	14.766.134	14.267.898	18.711.305	19.167.251	20.072.191	22.171.171	26.830.710	28.716.034	29.788.729	36.487.515

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/SPO; MS/SE; MF/STN; MPOG

Nota:

(a) - Não inclui os valores referentes ao Refinanciamento da Dívida Pública

(b)- Valores inclusos no item 2, amortização dívida total o MS, e aparecem aqui ajustados para não constar dupla contagem. Os valores foram ajustados, com base no quadro e nos projetos que tiveram alocação orçamentária em cada ano considerado no estudo. A proporção média foi de 73,7% para os recursos de fonte externa e 26,3% para a fonte Tesouro da União, portanto já inclusos nas Unidades Orçamentárias do Orçamento do MS.

Tabela 13: Produto Interno Bruto - PIB 1995-2004.

R\$ mil a.p. 2004

Períodos	Valores Anuais			
	PIB Nominal	Deflator implícito	PIB Corrigido	% PIB
1995	646.191.517	2,247203	1.452.123.516	-
1996	778.886.727	1,913980	1.490.773.618	2,66
1997	870.743.034	1,768110	1.539.569.466	3,27
1998	914.187.877	1,686323	1.541.616.043	0,13
1999	973.845.966	1,595387	1.553.661.194	0,78
2000	1.101.255.078	1,472302	1.621.380.054	4,36
2001	1.198.736.188	1,370348	1.642.685.738	1,31
2002	1.346.027.553	1,243962	1.674.407.127	1,93
2003	1.556.182.114	1,081800	1.683.477.811	0,54
2004	1.766.621.034	1,000000	1.766.621.034	4,94
Média 1995-1998	802.502.289		1.506.020.661	
Média 1999-2002	1.154.966.196		1.623.033.528	7,77
Média 2003-2004	1.661.401.574		1.725.049.422	6,29
3º/1º Período	107,0			14,5
% 2004/1995	173,4			21,7

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE

Nota: Utilizado para correção do PIB o índice - Deflator Implícito do PIB da FGV

Quadro 17: Pagamentos da dívida e do Ministério da Saúde – Projetos BIRD e BID

US\$ Milhões

Projeto	Componente	PAGAMENTOS										
		1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
2448	Amortização	-	90,9	183,2	169,0	175,1	135,5	149,7	147,1	157,3	169,0	160,2
	Juros	9,3	30,8	43,7	57,2	91,5	89,0	75,2	73,7	61,5	57,5	26,3
	Taxa Comprom.	6,8	12,5	9,9	7,0	1,0	-	-	-	-	-	-
2699	Amortização	-	-	-	-	5.244,3	5.187,8	5.149,6	5.291,9	5.149,6	5.563,0	5.114,8
	Juros	-	-	258,7	404,5	696,1	879,0	858,7	836,9	979,0	1.455,5	1.175,8
	Taxa Comprom.	-	316,2	419,8	405,9	131,9	108,8	94,0	81,2	63,1	39,4	19,2
2931	Amortização	-	-	-	-	-	3.641,6	7.745,9	8.081,9	7.861,7	7.146,2	6.744,2
	Juros	-	-	-	573,6	445,6	1.665,9	2.000,2	1.582,1	2.024,4	3.272,4	2.789,4
	Taxa Comprom.	-	-	-	866,6	249,3	169,3	146,0	140,6	110,9	48,8	12,6
3072	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	4.663,7	8.251,5	7.681,8
	Juros	-	-	-	-	980,4	2.244,6	2.905,7	3.436,8	3.907,2	4.087,0	3.596,1
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	250,5	131,7	118,2	97,9	88,3	41,8	5,3
3135	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.470,2	22.268,1
	Juros	-	-	-	-	-	1.281,8	2.027,8	2.590,9	4.072,0	6.775,3	6.929,0
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	966,3	613,3	584,4	537,6	374,6	229,4
3659	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	607,4	3.404,0	5.770,2
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	181,1	288,4	190,2
4047	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
951	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4394	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4392	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1215	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7105	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4713	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7227	Amortização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Taxa Comprom.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	Amortização	-	90,9	183,2	169,0	5.419,4	8.964,9	13.045,2	13.520,9	17.832,3	47.599,9	41.969,1
	Juros	9,3	30,8	302,4	1.035,3	2.213,6	6.160,3	7.867,6	8.520,4	11.651,5	19.051,7	20.286,8
	Taxa Comprom.	6,8	328,7	429,7	1.279,5	632,7	1.376,1	971,5	904,1	981,0	793,0	456,7
	TOTAL	16,1	450,4	915,3	2.483,8	8.265,7	16.501,3	21.884,3	22.945,4	30.464,8	67.444,6	62.712,6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados SPO/MS e STN/MF

Nota: Os valores dos Projetos BIRD e BID estão expressos em US\$ americanos da data de liquidação do compromisso.

Continuação Quadro 17.

US\$ Milhões

Projeto	PAGAMENTOS										TOTAL
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
	145,1	139,7	42,3	-	-	-	-	-	-	-	1.864,1
2448	16,4	7,6	1,3	-	-	-	-	-	-	-	641,0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37,2
	4.832,6	4.272,2	4.525,7	4.493,8	4.124,4	36,9	-	-	-	-	58.986,6
2699	1.305,2	1.025,9	755,3	424,6	151,5	0,9	-	-	-	-	11.207,6
	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.679,8
	6.052,5	5.843,0	6.276,0	5.972,5	5.531,2	5.625,6	2.983,2	-	-	-	79.505,5
2931	2.323,9	1.927,5	1.633,8	1.048,2	610,1	361,1	73,1	-	-	-	22.331,3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.744,1
	7.178,2	6.625,3	7.009,1	7.154,9	6.288,1	6.628,2	6.994,7	3.826,0	-	-	72.301,5
3072	3.187,7	2.461,9	2.117,6	1.046,4	999,2	767,0	419,4	91,3	-	-	32.248,3
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	733,7
	20.161,1	20.108,6	20.233,8	19.722,3	18.880,5	18.517,2	20.228,7	21.720,4	-	-	208.310,9
3135	8.248,8	7.705,5	5.939,8	4.935,3	3.477,2	2.601,7	1.532,8	726,1	-	-	58.844,0
	74,9	7,5	-	-	-	-	-	-	-	-	3.388,0
	-	-	15.031,6	14.741,8	14.089,4	13.683,3	14.669,9	15.880,7	8.227,2	-	96.323,9
3659	7.273,0	8.494,6	9.001,3	6.923,5	5.364,0	4.725,3	4.018,1	3.243,2	1.323,3	-	60.147,9
	94,8	21,1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	776,2
	-	-	-	-	14.415,2	28.639,1	31.096,8	27.098,3	13.407,4	-	114.656,8
4047	1.162,0	2.423,3	4.609,2	5.270,6	6.501,2	8.448,1	8.699,9	7.851,3	3.505,2	-	48.470,8
	656,7	648,1	555,6	502,3	395,4	256,1	177,1	29,3	-	-	3.220,6
	-	-	-	-	-	-	6.465,6	14.975,2	14.791,5	-	36.232,3
951	-	401,7	1.397,7	2.482,9	5.548,7	9.216,3	12.487,8	12.305,2	11.492,1	-	55.332,4
	891,8	2.581,3	1.643,4	2.331,7	1.938,6	753,9	311,2	63,8	-	-	10.515,7
	-	-	-	-	-	-	-	7.222,4	3.913,3	-	11.135,7
4394	-	-	111,7	506,7	739,3	1.834,1	2.063,5	2.616,4	1.222,3	-	9.094,0
	-	-	177,2	225,9	209,8	159,0	98,1	27,8	-	-	897,8
	-	-	-	-	-	-	-	18.865,0	9.176,8	-	28.041,8
4392	-	-	833,1	2.328,0	3.790,7	6.153,3	7.528,0	7.511,5	3.329,4	-	31.474,0
	-	-	264,8	300,2	196,4	94,5	22,4	-	-	-	878,3
	-	-	-	-	-	-	-	-	5.861,6	-	5.861,6
1215	-	-	-	-	200,5	1.399,3	3.263,4	4.843,5	5.247,8	-	14.954,5
	-	-	-	-	1.134,8	629,9	438,5	150,8	108,3	-	2.462,3
	-	-	-	-	-	-	6,9	118,7	390,2	-	515,8
7105	-	-	-	-	-	-	149,9	210,4	179,2	-	539,5
	-	-	-	-	-	-	-	70,1	118,7	-	188,8
4713	-	-	-	-	-	-	-	190,8	112,5	-	303,3
	-	-	-	-	-	-	-	-	9,1	-	9,1
7227	-	-	-	-	-	-	-	-	184,2	-	184,2
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	38.369,5	36.988,8	53.118,5	52.085,3	63.328,8	73.130,3	82.438,9	109.588,0	55.377,8	713.220,7	
	23.517,0	24.448,0	26.400,8	24.966,2	27.382,4	35.507,1	40.092,9	39.377,3	26.638,1	345.459,5	
	1.718,5	3.258,0	2.641,6	3.360,1	3.875,0	1.893,4	1.197,2	672,9	584,2	27.360,7	
	63.605,0	64.694,8	82.160,9	80.411,6	94.586,2	110.530,8	123.729,0	149.638,2	82.600,1	1.086.040,9	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados SPO/MS e STN/MF

Nota: Os valores dos Projetos BIRD e BID estão expressos em US\$ americanos da data de liquidação do compromisso.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)