

FÓRUM: BRASIL, 1995

AS NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS
Financiamento e Gestão:
Os Desafios do Sistema Único de Saúde

Rio de Janeiro
Novembro de 1994

FÓRUM: BRASIL, 1995

AS NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS Financiamento e Gestão: Os Desafios do Sistema Único de Saúde

Fórum Brasil, 1995 : as novas
políticas sociais : financiam



30837

IPEA - BSB

Rio de Janeiro
Novembro de 1994

Sumário

**Financiamento e descentralização da saúde:
Breves provocações**

José Roberto R. Afonso

**Sistema Único de Saúde:
Propósitos e processo social de construção**

**Armando Raggio
Carlos Homero Giacomini**

Perspectivas para a superação da crise atual

André Cesar Medici

FÓRUM: BRASIL, 1995

AS NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS
Financiamento e Gestão:
Os Desafios do Sistema Único de Saúde

Financiamento e Descentralização da Saúde: Breves Provocações
José Roberto R. Afonso

Rio de Janeiro
Novembro de 1994

**FINANCIAMENTO & DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE:
BREVES PROVOCAÇÕES**

JOSÉ ROBERTO R. AFONSO *
novembro de 1994 (Versão preliminar)

1. Uma Questão Ampla e Complexa

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos temas mais interessantes e importantes nas discussões em torno da reforma fiscal no Brasil.

Antes de tudo, não deve ser visto como um item exclusivo da agenda da reforma sanitária ou, quando máximo, dos debates sobre os rumos da seguridade social. Esta é uma questão muito mais complexa e que passa por um horizonte mais amplo de mudanças na administração pública brasileira. O equacionamento da crise financeira da saúde abrange também proposições para questões diretamente relativas ao sistema tributário, aos orçamentos e à divisão de competências entre os membros federados, dentre outras matérias de menor importância.

As perspectivas para o financiamento do SUS, neste contexto, estão intimamente ligadas ao encaminhamento de projetos que visam a simplificação tributária e a descentralização de encargos, objetivos considerados praticamente consensuais entre autoridades, políticos e formadores de opinião. O consenso em torno dos princípios, porém, dá lugar a profundas divergências sobre as medidas, os meios para se atingir as metas idealizadas.

A Assembléia Constituinte teve uma vocação nitidamente descentralizadora, que foi clara e efetiva pelo lado da divisão das receitas tributárias entre os três níveis de governo, mas sinalizada e potencial pelo lado do gasto social. Especialmente na saúde, o sistema único foi concebido com sua execução descentralizada mas, sobre seu financiamento, as mudanças constitucionais mais relevantes deram-se no âmbito da União. A saúde foi incluída no conceito da seguridade social e a esta foram vinculadas a receita tradicional advinda da tributação da folha salarial, como também de contribuições sobre faturamento (redirecionadas de outras áreas - FINSOCIAL) e sobre lucros (novo tributo).

2. As Mudanças no Pós-Constituinte

Passados seis anos de sua promulgação e mesmo após uma fracassada tentativa de Revisão, atualmente resultados e mesmo princípios da Constituição estão sendo questionados.

Na versão dominante, a questão federativa é resumida a idéia de que só foram descentralizados recursos e não encargos. A questão da seguridade, a crítica de que gastos sociais foram ampliados sem a devida contrapartida financeira e, agora, caberia reduzi-los (previdência) ou descentralizá-los (saúde e assistência). Pelo lado do financiamento do gasto

* Economista do BNDES e membro do Centro de Estudos de Políticas Públicas - CEPP.

Subsídios para exposição no Fórum do IPEA "As Novas Políticas Sociais - Financiamento e Gestão: Os Desafios do Sistema Único de Saúde", em 18/11/94. Como de praxe, as opiniões são exclusivas do autor e não refletem posições das instituições acima mencionadas.

social a ser descentralizado, a tese pressupõe implicitamente que a solução é simples: a reforma tributária já teria redistribuído recursos para os Estados e os Municípios e, agora, bastaria transferir para estes governos a responsabilidade por muitos gastos sociais. Somada à defesa da reforma previdenciária (que diminuísse as despesas com benefícios), o resultado dos projetos mais populares apontam para a diminuição ou mesmo extinção da maior parte das contribuições sociais.

As análises predominantes, porém, não encontram respaldo nas estatísticas fiscais - por mais precárias e defasadas que sejam. Os dados das contas nacionais indicam que, ao longo dos anos oitenta e no início dos noventa, em termos absolutos e relativos: aumentaram tanto as receitas como também as despesas dos governos estaduais e municipais; e, no caso particular da União, cresceram os gastos com a seguridade social, mas também a arrecadação vinculada a tais ações.

Pelo lado da receita, uma rápida observação da evolução e composição da carga tributária global indica que: o nível de tributação cresceu no período pós-Constituinte e se encontra num patamar superior aos padrões históricos e de outros países em desenvolvimento; é expressiva a participação dos governos subnacionais, inclusive em termos da arrecadação direta (por causa do ICMS); e o governo federal tornou-se muito dependente das contribuições sociais.

	Níveis de Governo	1980	1988	199
3				
RECEITA TRIBUTÁRIA: EM % DO PIB		24.5%	22.4%	26.4%
Estrutura da Arrecadação Direta:				
	União	75%	71%	68%
28%	Impostos		38%	36%
38%	Contrib. Seguridade		28%	29%
27%	Estados		22%	26%
	Municípios	3%	3%	5%
Estrutura da Receita Disponível:				
	União	69%	62%	58%
37%	Contrib. Seguridade		28%	29%
21%	Fiscal		41%	33%
26%	Estados		22%	27%
	Municípios	9%	11%	16%

Elaborado a partir de dados do DECNA/IBGE e IBRE/FGV.

O financiamento do gasto social está intimamente ligado às contribuições sociais. Estas abrangem bases de cálculo diversificadas e não dependem apenas da taxação dos salários como nos sistemas de "welfare state" da maioria dos outros países - embora 70% da receita global ainda decorra daquela base. A dependência da União é eloqüente: em 1993, respondiam por dois terços de sua receita tributária disponível.

Contribuições Sociais	% do	% Rec.Trib.	Dis
ponível	PIB		
TOTAL GERAL	10.52%		40%
FEDERAIS		10.18%	
67%			
Seguridade em geral:	7.36%	48%	
Folha salarial (INSS)	5.21%	34%	
Faturamento (COFINS)	1.34%	9%	
Lucro líquido (CSLL)	0.77%	5%	
Loterias		0.04%	0%
Específicas:		2.82%	19%
Fundo de Garantia / FGTS		1.25%	8%
Seguro-desemprego / PIS-PASEP	1.14%	7%	
Entidades Sindicais	0.24%	2%	
Salário-Educação	0.13%	1%	
Plano Segur. Servidores	0.06%	0%	
Outros Govs. - Seg.Servidores (1992)			
Estaduais	0.29%	4%	
Municipais	0.05%	1%	

Elaborado a partir de DECNA/IBGE e IBRE/FGV.

Em 1994, à parte IPMF, a dependência da União das contribuições sociais deve aumentar ainda mais porque o seu desempenho relativo supera o dos impostos tradicionais. Aliás, o COFINS, após implantado o Real, superou o IPI, tornou-se a segunda fonte de recolhimento da Secretaria da Receita Federal e sozinha rende para a União por cerca de 85% do que esta dispõe do agregado IR e IPI, após deduzidos fundos de participação constitucionais.

Pelo lado da despesa pública, a exemplo do que ocorreu com as receitas tributárias, nos últimos anos também aumentou muito a despesa pública e ao mesmo tempo cresceu a participação relativa dos Estados e dos Municípios, sobretudo no caso daquelas que impactam diretamente a geração de renda e demanda. Destaca-se que, em 1993, a folha salarial estadual e municipal superou em 70% a federal e os investimentos fixos, mesmo tomando apenas os municipais, foram mais que o dobro dos federais. O governo federal consome pouco e investe menos ainda: responde por apenas um terço do total das aquisições de bens e serviços pelos governos brasileiros. A União manteve uma posição majoritária apenas no caso das chamadas transferências correntes - ou melhor, das despesas relativas à assistência e previdência social (três quartos do gasto público nacional) e do pagamento dos juros e encargos da dívida pública (95% da despesa global).

Composição dos Gastos 3	1980	1988	199
CONSUMO CORRENTE: % DO PIB	9.1%	13.5%	16.5%
União	44%	46%	36%
Estados		39%	36%
38%			
Municípios	17%	18%	26%
FORMAÇÃO CAPITAL FIXO: % DO PIB %	2,4%	3.4%	3.2
União	44%	46%	18%
Estados		39%	36%
41%			
Municípios	17%	18%	41%
TRANSF. ASSIST. PREVID: % DO PIB 7%	7,7%	7.6%	10.
União	89%	78%	85%
Estados		10%	19%
11%			
Municípios	1%	3%	4%

Elaborado a partir de DECNA/IBGE e IBRE/FGV.

Consumo Corrente = pessoal e encargos sociais + aquisição de outros bens e serviços para custeio.

Disponíveis e consideradas as estatísticas fiscais, as discussões poderiam escapar das questões simplórias. Um caso típico é o da descentralização fiscal - em que se discute se houve ou não a redivisão dos encargos, quando o debate deveria girar sobre como esta ocorreu e seus resultados (um processo errático, sem prévio planejamento e qualquer coordenação). Já no financiamento dos gastos sociais, não foi a devida atenção para avaliar os efetivos ganhos com a diversificação das bases das contribuições, as mudanças na estrutura da despesa federal e as discrepâncias entre o orçado e o executado, sem contar o desconhecimento do que passa nos governos subnacionais.

3. Vinculações e Políticas Sociais Federais

A vinculação de receita sempre constituiu a alternativa mais atraente (ou fácil) para se tentar assegurar um fluxo de recursos regular e mínimo. É interessante avaliar com mais atenção como as políticas sociais se valeram de tal expediente nos últimos anos, seja para o financiamento geral do setor, seja para custear a descentralização de suas ações.

Como já foi dito, no governo federal os gastos sociais, em geral, são financiados basicamente pela vinculação, seja de proporção da receita de impostos (ensino), seja de tributos específicos (contribuições sociais). Especialmente para viabilizar a descentralização de ações, no período pós-Constituinte não foram montados esquemas eficientes que combinassem, de um lado, vinculação de tributos (ainda que parciais) e, de outro, redistribuição de recursos para os governos inferiores com critérios de rateio objetivos, repasses regulares e transparência nas transações.

No tocante ao financiamento em geral dos gastos sociais, vale acrescentar que nem sempre a existência de vinculação, constitucional ou legal, permitiu a consecução das intenções. Além do comportamento natural da arrecadação do tributo que constitui a base da vinculação, outro determinante para o desempenho setorial respeitava a sistemática orçamentária.

A vulnerabilidade financeira aumentou à medida que: se dependeu da fixação de dotações no processo orçamentário normal; se a arrecadação passou pelos cofres do Tesouro Nacional e - o principal - não existia uma expressa e objetiva regulamentação em lei (que disponha sobre a prévia divisão dos recursos, os prazos para repasse dos recursos e as penalidades em casos de infrações); e não se podia acumular as disponibilidades de caixa à parte da conta única do Tesouro. Deste modo, não bastou prever no texto constitucional uma vinculação de tributos para uma determinada política social. Sem legislação adequada e vontade política, muitas ações sociais ficaram "expostos" à política fiscal conjuntural. E, desde o final dos anos oitenta, a pretexto de controlar o déficit público, a União privilegiou a administração financeira vis-a-vis a orçamentária, o controle "na boca do caixa" vis-a-vis o planejamento prévio e para maior prazo.

Para se ter uma idéia da atual dimensão e da natureza do gasto social pelo regime de caixa, a seguir são destacados os resultados (preliminares) encontrados para os principais programas do governo federal, por levantamento² especial que converteu a despesa federal em dólares no momento de sua efetiva liquidação em 1993:

² A pesquisa especial foi realizada pela assessoria técnica do Gabinete do Senador Eduardo Matarazzo Suplicy junto ao sistema de administração financeira do Tesouro Nacional (SIAFI), tomando por base o valor "liquidado" de cada despesa lançada nos exercícios de 1990 a 1993.

Principais Programas Invest.	US\$ milhões	Em % Total Pago:	
		Pessoal	Custeio
Previdência 0%	27.812	28%	72%
Saúde 4%	7.361	19%	77%
Ensino Superior 4%	2.334	72%	19%
Proteção ao Trabalhador 0%	1.818	1%	99%
Assistência 7%	1.470	1%	92%
Ensino Fundamental 28%	1.250	1%	70%
Saneamento 98%	484	0%	1%
Transporte Urbano 19%	479	63%	11%
Ensino Médio 22%	382	69%	9%
Habitação 64%	73	-	24%

Fonte: Gabinete Sen. Eduardo Suplicy, a partir do SIAFI/STN.

Custeio = outras despesas correntes, exceto pessoal e encargos da dívida.

Previdência = incluído em Pessoal os pagamentos de aposentadorias, pensões e PASEP dos servidores públicos federais; em Custeio, os benefícios dos segurados da previdência social (INSS).

As vinculações de recursos federais, por razões diversas, tem se revelado mais eficazes no caso da previdência social e do amparo ao trabalhador e praticamente inúteis para a saúde e, em menor extensão, para o ensino e a assistência social.

Embora tenha sido uma decisão eminentemente de governo, a previdência social valeu-se do fato de arrecadar diretamente a contribuição sobre a folha salarial (via INSS) para impor, na prática (e não de direito), a retenção integral daquela receita. Com isso, "expulsou" da saúde de participar daquela que foi historicamente sua mais importante fonte de recursos.

A saúde, por sua vez, insistiu na tentativa de fixar uma vinculação (30%) sobre o total de receitas do orçamento da seguridade social, primeiro, como uma disposição constitucional transitória, depois, através das leis de diretrizes orçamentárias. Na prática, as medidas foram inócuas porque esbarraram na dificuldade para comprimir as despesas com benefícios previdenciários e não foram complementadas por regras claras e objetivas, que vinculasse, por exemplo, proporções do COFINS ou da CSLL. Além disso, exposta à política financeira do Tesouro, a saúde, em particular, sofreu mais os efeitos negativos dos contingenciamentos de dotações e dos atrasos de pagamento porque na sua estrutura de gasto

predominam as outras despesas de custeio e de investimentos. Em contraponto, os gastos com ensino (concentrados no superior e médio), embora não dispendo de fundo ou caixa autônomo e sem regras de repasses regulares (como as aplicadas às universidades estaduais paulistas), são relativamente menos vulneráveis ao controle de caixa porque no conjunto predominam as despesas com pessoal e encargos.

Outro é o caso do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT. Também uma vinculação que pode ser considerada bem sucedida mas, neste caso, porque as definições constitucionais foram reguladas e complementadas por lei que criou aquele fundo e obrigou o Tesouro Nacional a lhe repassar integralmente a arrecadação do PIS/PASEP na mesma ocasião (a cada dez dias) e segundo critérios semelhantes aos aplicados nos repasses dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios, também definidos em lei complementar.

As vinculações de receitas no governo federal também provocam uma curiosa polêmica. De um lado, os analistas e as autoridades das áreas sociais reclamam da falta de recursos, e alegam, dentre outros motivos, que as vinculações revelaram-se insuficientes (como supridores de recursos), inócuas (como proteção à política de caixa do Tesouro) ou ineficientes (seriam descumpridas pelos executores). De outro lado, a área econômica considera demasiado excessiva a vinculação de receitas federais, chegando a formulação do vigente Plano Real a identificar nesse aspecto uma das raízes da crise fiscal, o que levou a criação do Fundo Social de Emergência (FSE).

É óbvio que a maior parte da receita tributária disponível da União está vinculada, basicamente às áreas sociais, mas esse é um quadro compatível com as obrigações constitucionais e legais impostas ao governo federal. Se as mudanças promovidas pela Constituição de 1988 na Ordem Social pressionaram (e fortemente) seus gastos, por outro lado, houve uma preocupação em ampliar e diversificar suas fontes de financiamento. Para a seguridade em geral, foi prevista uma nova contribuição, sobre o lucro (CSLL), e realocadas outras duas que financiavam gastos sociais genéricos, sobre o faturamento (antigo FINSOCIAL) e loterias. Também a contribuição sobre as receitas (PIS/PASEP) deixou de constituir uma poupança compulsória e individual dos trabalhadores e passou a custear programas governamentais voltados para a coletividade dos trabalhadores (do seguro-desemprego e do abono salarial), ou seja, deixou de ser um patrimônio privado para integrar os ativos da União.

Na verdade, o problema não é a rigidez de receita e sim a da despesa. A estrutura de fontes de recursos apenas reproduz o padrão de gasto. Além disso, grande parte das vinculações são genéricas pois, não há um conceito preciso e delimitado do que seja seguridade ou desenvolvimento do ensino. Interpretações as mais criativas permitem incluir no orçamento e computar na contabilidade gastos os mais variados no âmbito de cada vinculação.

O caso mais importante respeita à inclusão dos encargos previdenciários da União (ou seja, os proventos dos servidores

em inatividade) no orçamento da seguridade pois, não há dúvida que este é um gasto com previdência. A questão é que tais encargos cresceram muito nos últimos anos (seus pagamentos montaram à US\$ 7,6 bilhões em 1993 ou 42% da folha salarial da União) e o seu custeio, que até meados da década de oitenta, dependia basicamente de recursos ordinários do Tesouro Nacional, ao início dos anos oitenta dependia basicamente da COFINS e/ou da CSLL. Enquanto reclamavam do excesso de vinculações, as autoridades econômicas aumentavam as contribuições da seguridade social, redirecionavam boa parte de sua arrecadação para financiar parte crescente das despesas federais com pessoal e encargos e, deste modo, na prática, atenuavam a rigidez de receita.

A lei de custeio da seguridade social estabeleceu um teto decrescente para uso de tais fontes no financiamento dos encargos previdenciários, até o máximo de 10% que seria aplicado a partir de 1995. No entanto, através do FSE será possível indiretamente contornar tal restrição e continuar aportando recursos das contribuições sociais para custear a previdência dos servidores.

Por último, vale uma rápida menção as relações fiscais intergovernamentais. O traço marcante é que o financiamento pelos governos subnacionais de políticas sociais descentralizadas se dá num quadro de ampla autonomia fiscal.

Exatamente ao inverso da situação de outros países, no Brasil existe ampla flexibilidade para aqueles governos assumirem ou rejeitarem competências na área social. Mesmo no caso dos repasses do SUS para os governos subnacionais, é bom lembrar que a maior parte constitui, de fato, uma mera contrapartida pelos serviços prestados de internações hospitalares e consultas ambulatoriais - do mesmo modo que são pagos iguais serviços prestados pela rede particular. Embora descentralizar a execução do sistema único seja um preceito constitucional, a responsabilidade formal pela contratação e pelo pagamento daqueles serviços continua sendo do Ministério da Saúde. Por outro lado, a tentativa de fixar em lei federal uma porcentagem mínima de destinação das receitas estaduais e municipais para programas de saúde esbarra na vedação, constitucional ou conceitual, para que se vincule impostos e transferências tributárias ou taxas e outras receitas "carimbadas" por pressuposto.

Enfim, o raio de manobra do governo central é pequeno e se estreita cada vez mais que este diminui e/ou não adota uma política descentralizadora clara, coordenada e eficaz para decidir sobre a concessão de transferências negociadas, empréstimos dos bancos oficiais e repasses de recursos externos.

4. A Dificuldade para Mudar as Contribuições

Antes de examinar projetos de financiamento de programas sociais é preciso tratar do financiamento do governo como um todo. Afinal, quase todos os projetos de reforma tributária que circulam atualmente, com maior ou menor intensidade,

ameaçam a capacidade do poder público de extrair recursos através de tributos e, em particular, tendem a afetar a seguridade social.

A reserva da base salários para o financiamento da previdência social (que de proposta virou uma prática, a qual dificilmente será revertida) tornou ainda mais delicada a situação dos programas de saúde, assistência, saneamento e tudo mais que se enquadre no conceito subjetivo de seguridade, financiados pelas outras contribuições sociais. É exatamente nestes setores, sobretudo no de saúde, onde a União ainda tem relevância para o financiamento e para a decisão do gasto dos governos subnacionais.

Em termos da configuração constitucional, é inegável que uma das maiores distorções que persiste no sistema tributário vigente diz respeito aos tributos cumulativos sobre as vendas em geral (isto sem contar a polêmica sobre taxação dos salários e as propostas para sua redução como pilar de políticas de emprego). O ideal seria encontrar tributos alternativos que, ao mesmo tempo, causassem menos distorções para economia e mantivessem o nível da arrecadação e do gasto público. Porém, é uma missão muito difícil.

Na revisão constitucional, a maior parte das propostas defendia a substituição das atuais contribuições por uma que incidisse permanentemente sobre transações financeiras, o que ampliaria ainda mais os efeitos "em cascata", provocaria desintermediação financeira e, numa economia estabilizada, provavelmente renderia muito pouco. Por outro lado, alternativas de criação de uma nova e ampla contribuição sobre o valor adicionado ou sobre as receitas, deduzidas as despesas com folha salarial e/ou operacionais, esbarram, dentre outros aspectos, nas resistências dos Estados em dividirem a base do ICMS, no provável aumento da incidência sobre a indústria (que adiciona mais valor que o comércio ou serviços) e, mais uma vez, na difícil compensação financeira.

Hoje, numa economia sem inflação e com crescimento econômico, ou seja, no Brasil dos primeiros meses do Real, as contribuições sociais baseadas nas vendas e nos lucros arrecadam como nunca. Em setembro de 1994, por exemplo, só a COFINS rendeu perto de R\$ 1,2 bilhões; acrescida do PIS-PASEP e da CSLL (R\$ 0,5 bilhões cada), estas três contribuições arrecadaram (R\$ 2,2 bilhões) 5,3 vezes o que rendeu o IPMF. Ou seja, para a substituir as contribuições sociais por um imposto sobre transações financeiras, seria necessário cobrar uma alíquota de 1.3% sobre cada débito (quase a taxa de inflação mensal) e, ainda, esperar que permanecesse constantes as operações financeiras. No caso de substituir por contribuição sobre o valor adicionado, no mesmo mês, a receita agregada da COFINS, PIS-PASEP e CSLL equivaleu a cerca de 70% da arrecadação nacional de ICMS, que, por sua vez, já adota alíquotas nominais bastante elevadas (a média é de 22%).

Outro aspecto importante com respeito a tributação ignorado por muitos é que nem toda incidência das contribuições sobre vendas produz o chamado efeito "em cascata" pois, parte da produção de cada setor é destinada a

demanda final. Um exercício preliminar cruzando a arrecadação setorial dos últimos doze meses com a destinação da demanda de cada atividade econômica (informada pela matriz de insumo-produto) revela que apenas 53% do COFINS estava sujeita ao efeito em cascata e 48% no caso do PIS-PASEP. Excluídas dessas parcelas os recolhimentos do comércio atacadista e das instituições financeiras, apenas 37% do COFINS e 30% do PIS-PASEP proviriam de vendas destinadas ao consumo intermediário. Na verdade, o efeito cascata não é tão elevado pela presença marcante na estrutura setorial dos recolhimentos efetuados pelo setor comércio (17% do PIS-PASEP e 33% do COFINS) e, no caso PIS-PASEP, também das administrações públicas e entidades financeiras (25% e 10% do total arrecadado).

5. Crítica à Opção pela Vinculação Orçamentária

A medida que cresceram as críticas ao atual sistema tributário, e a dificuldade para encontrar no âmbito do próprio sistema alternativas simples e melhores, as atenções foram desviadas para o processo orçamentário. Ou melhor, para a fixação de vinculações das receitas em geral, tanto de impostos quanto correntes (o que evitava a "incômoda" discussão sobre a qualidade da incidência tributária).

Tomando como paradigma a única vinculação constitucional, de impostos para o ensino, tem sido cada vez mais disseminada a proposta de vinculação para a saúde (embora também para outros programas sociais como meio ambiente, assistência social, saneamento, com menor influência política). Isto sem contar, a idéia quase consensual no governo federal de vincular as contribuições de empregados e empregadores sobre salários exclusivamente à previdência social.

Não é preciso mencionar as vantagens de uma vinculação constitucional de receita, sobretudo na atual conjuntura de grave crise fiscal e econômica e num contexto em que vieses imediatistas do controle de caixa impedem até mesmo um fluxo regular mínimo para a manutenção das atividades do setor. Contudo, a opção pela vinculação, além de constituir importante restrição para a formulação e execução da política fiscal, abre espaço para a sua generalização - inclusive para a defesa da vinculação de receitas para investimentos em infra-estrutura econômica (vide rodovias, hidrelétricas, telecomunicações, etc.), cujo "lobby" costuma ser mais eficiente que o da área social.

De imediato, a opção pela vinculação de receita significa o abandono da defesa, já enfraquecida, da necessidade de serem cobradas contribuições sociais e até mesmo outros tributos. Num cenário em que praticamente todos os projetos de reforma tributária eliminam tais contribuições, a probabilidade de extinção destas cresce a medida que seus próprios "clientes" a rejeitam. Sem contar que quanto mais genérica a base de cálculo da vinculação, menor a preocupação ou o compromisso dos beneficiados pelos recursos em defender as receitas que lhe dão origem (comparativamente a uma situação em que a vinculação decorre especificamente de um ou três tributos).

Mesmo aceitando-se a idéia da vinculação, a sua definição e, principalmente, sua aplicação levanta outra série de questões. A principal é a calibragem da base de cálculo e da porcentagem a ser vinculada. Na questão da base, dever-se-ia considerar o mesmo critério atualmente aplicado para o ensino (impostos mais ou menos repartição constitucional destes), caso contrário a medida resultará em distorções e na sua inexequibilidade. Aplicar a vinculação sobre uma base maior que aquela, sobre as receitas correntes ou incluindo as rendas de aplicações financeiras, significa incorrer na impropriedade de vincular receitas já vinculadas: ou diretamente, se a porcentagem incidir sobre taxas, contribuições e outros recursos carimbados por sua própria natureza; ou indiretamente, pois parte dos rendimentos financeiros decorre de disponibilidades acumuladas no caixa de receitas originalmente vinculadas, inclusive no caso de operações de crédito.

A definição da porcentagem a ser aplicada também envolve um elevado grau de subjetividade (e até arbitrariedade) quando não estão disponíveis estatísticas e análises adequadas e atualizadas sobre o financiamento e o gasto, em programas e subprogramas específicos, e para o universo de entidades do setor público. Não bastasse isso, é difícil aplicar uma norma linear para níveis e para unidades de governos com dimensões e condicionantes tão diferentes num país continental e marcado por profundas desigualdades regionais. Seria impossível fixar uma única taxa que mantivesse e, ainda, elevasse a despesa com uma função ou programa, em todas esferas e instâncias de governo, dado os seus padrões diferenciados de gastos.

A título de ilustração, menciona-se que tomando os balanços de 1992 dos dois maiores governos estaduais e municipais do País foi possível identificar padrões completamente distintos de comprometimento de recursos próprios com os programas de saúde. Em comparação com a arrecadação de impostos mais transferências constitucionais, o gasto com saúde, no caso dos Municípios das Capitais, foi de 30% em São Paulo (US\$ 462 milhões) e apenas 18% no Rio de Janeiro (US\$ 148 milhões); no caso dos governos estaduais, foi de 18% em São Paulo (US\$ 1,4 bilhão) e 10% no Rio de Janeiro (US\$ 240 milhões).

Na aplicação das vinculações, se as regras não forem bem elaboradas, tenderão a ser escamoteadas na prática, graças à inflação e à "criatividade" dos planejadores e contadores (como já ocorre com ensino), ou simplesmente ignoradas (caso das disposições transitórias, que destinam metade da vinculação ao ensino para o ensino fundamental e o combate ao analfabetismo e a "interiorização" das universidades federais, bem como da lei orgânica da saúde que fixava em 10% das receitas próprias estaduais e municipais os respectivos gastos com saúde). Lembremos, aliás que a burocracia dos governos subnacionais acumularam um amplo "know-how" para flexibilizar receitas vinculadas durante os governos militares, os quais chegaram a condicionar todas as transferências federais, inclusive a dos fundos de participação.

Por último, não é demais ressaltar que vinculações rígidas e lineares, no próprio texto constitucional, podem constituir um grave entrave para o avanço ou aprimoramento da

descentralização fiscal. Se as vinculações não forem transitórias, mudando a porcentagem ao longo do tempo (decrecente no caso da União), a medida servirá apenas para se eternizar uma situação, um nível de gasto, e impedirá que avance o processo de descentralização, tanto pelo lado da execução da despesa, como da alavancagem da receita.

6. Por Mudanças Graduais e dos Mecanismos

Num contexto de grave crise fiscal, especialmente para a União e dada sua dependência das contribuições sociais, o bom senso recomenda extrema cautela em alterações nesse campo tributário. Nesse sentido, uma opção menos arriscada para o financiamento do gasto social seria a preservação das contribuições no texto constitucional e o aperfeiçoamento de sua incidência através de mudanças na legislação complementar. Tais medidas podem, por exemplo, produzir uma desoneração parcial da agricultura e das exportações (medida recentemente adotada pelo governo), bem como dos bens de capital, sem contar uma eventual aplicação de alíquotas diferenciadas por setor de atividade (o ideal é que fossem decrescentes na proporção da produção destinada para demanda intermediária).

Uma alternativa para evitar as distorções de uma vinculação simplista e linear no texto constitucional seria seu estabelecimento na legislação infraconstitucional. Poderia ser uma lei complementar federal, desde que fizesse a devida diferenciação por esfera de governo, regiões e tamanho da unidade e tomasse por base estudos acurados sobre os padrões de gasto. Outra alternativa seria a fixação nas respectivas legislações ordinárias, idealmente no plano plurianual de governo que, se preserva a autonomia fiscal e facilita a definição de regras que ponderem as peculiaridades regionais e locais, impede vieses e ações no âmbito nacional.

É verdade que a vinculação de receitas pode tornar-se um valioso instrumento para o financiamento da descentralização, desde que tenha flexibilidade e transitoriedade. Para tanto, não cabe uma simples e conclusiva norma no texto constitucional. Preservadas as contribuições sociais como fonte básica de recursos para União, e para financiamento dos gastos sociais, poder-se-ia adaptar as experiências do salário-educação e do FPE/FPM. Através de lei complementar ou do plano plurianual, poder-se-ia vincular, em parte ou no todo, receita de contribuição social para formar um fundo que redistribuiria recursos para governos estaduais e/ou municipais, vinculados a programas, específicos ou genéricos, segundo regras previamente estabelecidas em lei (critérios de rateio, prazos para crédito, publicidade dos atos, etc.)

Para avançar a descentralização também das fontes de financiamento da saúde e, eventualmente, de programas de desenvolvimento urbano (hoje financiados pelo FGTS), poder-se-ia romper a tradição tributária brasileira de fixar competências exclusivas e, ainda, delegar apenas à União poder para criação de contribuições.

Nas regiões mais desenvolvidas, Estados e, principalmente, Municípios poderiam assumir, de forma crescente, a cobrança de uma ou mais contribuições sociais e reter os recursos para as aplicações pré-fixadas. Em particular, daquelas cuja base de cálculo é semelhante a dos impostos subnacionais. A curto prazo, a Receita Federal poderia celebrar convênios em que delegasse aos governos locais a cobrança de contribuições sociais sobre as vendas das empresas de serviços (mesma base do ISS), sem contar outras bases econômicas eminentemente locais.

Na mesma linha, e exigindo uma mudança mais profunda de competências tributárias, poder-se-ia instituir uma contribuição social cobrada pelos Estados e/ou Municípios sobre vendas à varejo e com alíquota bastante reduzida. Isto atenderia o princípio moderno de se privilegiar a tributação do consumo e, se efetivamente cobrada, alargaria as bases tributárias subnacionais contribuindo para o acompanhamento e controle dos atuais impostos.

Procurando ampliar um encontro de contas interno ao setor público e "internalizar" os tributos devidos pelos governos subnacionais, poder-se-ia também examinar uma ampliação da sistemática aplicada atualmente ao imposto de renda retido na fonte pelas próprias administrações públicas. Neste caso, haveria a retenção e aplicação vinculada às respectivas áreas sociais das contribuições hoje devidas à União pela administração estadual e municipal, podendo incluir até as empresas que controlam. Regra semelhante poderia ser aplicada ao pagamento das dívidas acumuladas com as mesmas obrigações sociais não pagas no passado.

Em ambas as hipóteses levantadas anteriormente, haveria uma contrapartida em reduzir atuais obrigações da União. Em especial os valores retidos nos governos subnacionais deveriam ser deduzidos dos devidos à luz dos fundos de transferências setoriais. Seria mais complexo o rearranjo institucional no caso de recursos do FGTS, exigindo que a retenção local fosse considerada uma espécie de contratação automática de crédito.

7. Conclusões

Diagnóstico e perspectivas para a saúde não diferem muito das políticas sociais em geral.

A curto prazo, não há como mudar, sem risco de perdas de receita, a estrutura de financiamento concebida em linhas gerais na Constituição de 1988: baseada nas contribuições sociais. Ainda mais numa conjuntura favorável, de estabilidade dos preços com retomada do crescimento, a arrecadação dessas contribuições atinge patamares inéditos. É praticamente impossível substituir as contribuições sociais vigentes pelas propostas conhecidas sem que se perca muita arrecadação.

Se as contribuições sociais arrecadam hoje mais de 10% do PIB e respondem por dois terços da receita tributária disponível da União, é paradoxal que este esquema seja duramente criticado, tanto pelas áreas sociais - que reclamam

do aporte de recursos efetivamente recebidos -, como pela área econômica - que alega a excessiva vinculação de receitas federais. As críticas atuais revelam, antes de mais nada, uma tendência a se abandonar não apenas mecanismos mas também os princípios básicos que nortearam a Assembléia Constituinte. No caso das contribuições sociais, há uma preocupação cada vez menor com o financiamento do governo e cada vez mais as atenções são concentradas apenas nos efeitos de suas incidências para os contribuintes. Não se quer aqui negar a pesada incidência sobre a folha salarial, os efeitos em cascata de tributos genéricos sobre vendas, dentre outros aspectos, mas também não se pode ignorar a extrema dependência do governo federal (no aspecto amplo) e das áreas sociais (no particular) das receitas provenientes de contribuições.

A despeito das peculiaridades do processo constituinte e das distorções que resultaram, não se pode negar que a Constituição de 1988 esboçou uma tentativa de financiar a pressão de gasto que provocava - especialmente no caso da seguridade. A questão não era tanto a definição de fontes e usos e sim o descompasso e a rigidez que resultou da fixação já no próprio texto constitucional dos novos e adicionais encargos públicos, enquanto a criação e o aumento dos tributos ficou dependendo de alterações na legislação complementar e da aprovação destas pela Justiça.

Uma adequada revisão constitucional deve enfrentar simultânea e consistentemente a questão da receita e da despesa pública. Para o equilíbrio fiscal, imediato ou duradouro, o que importa é compatibilizar esses fluxos. O Fundo Social de Emergência tentou enfrentar esta questão apenas por um lado e, de fato, pouco conseguiu diminuir a rigidez da receita porque, como de resto toda Revisão Constitucional, passou ao largo das questões fundamentais para o ajuste fiscal - a discussão da despesa e sua compatibilidade com a capacidade de arrecadação.

Espera-se que com o Real seja possível quebrar esse "círculo vicioso" e criar um novo "círculo virtuoso" - de estabilidade de preços com crescimento econômico, que certamente provocará o efetivo aumento da carga tributária e permitirá a recomposição ordenada do gasto público, preparando o caminho para as reformas verdadeiramente estruturais do Estado brasileiro.

FÓRUM: BRASIL, 1995

AS NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS

**Financiamento e Gestão:
Os Desafios do Sistema Único de Saúde**

**Sistema Único de Saúde:
Propósitos e Processo Social de Construção**

***Armando Raggio**

****Carlos Homero Giacomini**

Rio de Janeiro
Novembro de 1994

*** Secretário Municipal da Saúde de Curitiba e Presidente do CONASEMS**

**** Assessor da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba**

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil projeta uma imagem-objetivo de inclusão e equidade num país de história excludente iníqua. Esta é, ao mesmo tempo, sua força e sua fraqueza.

A força decorre não só da ousadia de sonhar com grandeza num país que precisa sonhar, mas também da existência de um projeto, em franco processo de desenvolvimento, que guarda o potencial de concretizar o sonho. E que já desponta como germe de uma das mais importantes formulações no terreno das reformas necessárias ao estado brasileiro.

A fraqueza advém da escassa governabilidade necessária ao controle de variáveis (políticas, administrativas e técnicas) imprescindíveis à sustentação do processo de concretização de um projeto nacional de saúde ambicioso e transformador; que confronta interesses privilegiadamente abrigados no estado e na sociedade, em seus propósitos de legitimar e fazer crescer o modelo ainda hegemônico, embora questionado em várias partes do mundo.

É neste terreno de contradição que o SUS deve reafirmar cotidianamente sua competência, como braço fundamental de estruturação de NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL.

Para isso, é necessário manter uma contínua reflexão, que se amplie sempre mais pelos diversos segmentos sociais e que leve em conta quatro eixos fundamentais: a proposta e o sentido de sua existência; a governabilidade imprescindível para a manutenção do processo social de construção da proposta; os métodos de trabalho coerentes com os propósitos e desenvolvimento de capacidades operacionais, e a conformação organizacional do estado para novas políticas sociais.

I - O Sentido da Existência do SUS.

O desafio que o final do século coloca para os sistemas de saúde no mundo em geral e no Brasil em particular é o de ser, ao mesmo tempo, útil e dispensável. Ou seja, adequar todo o aparato médico-hospitalar - farmacêutico ao quadro nosológico predominante entre nós e encetar políticas que produzam saúde. É a nossa esfinge atender a situação de fato e mudar de prática. Ela nos devorará?

Dentre os modelos que historicamente orientaram as práticas de saúde entre nós, o biológico representou a mais acabada produção do positivismo aplicada ao setor saúde. Comte era biólogo. Neste caudal, construiu-se a ilusão de que o aprofundamento e o domínio do biológico criaria as condições necessárias para trazer à sociedade a plenitude da saúde e seu conseqüente quinhão de felicidade. O que redundou na transformação da questão saúde num mercado de consumo crescente, no qual a oferta é sempre insatisfatória frente a uma demanda que cresce exponencialmente.

A vertente ecológica, que ressurgiu da crítica ao paroxismo do modelo positivista, não transcendeu a ponto de vencer o desafio de superar, em novas base, a questão das relações em sociedade. De certo modo, reificou o biológico, apenas inserindo o homem e seu meio como variáveis da equação do processo saúde-doença. Recuperou assim, o paradigma hipocrático de “Águas, Ares e Lugares”, embora permaneça como avanço, enquanto crítica ao modelo biológico.

O desafio que agora se coloca é a articulação dos conhecimentos biológico e ecológico, com o conhecimento das relações humanas. Desde as relações pessoa a pessoa, que constituem a ação cotidiana e intensa do setor saúde, até as relações de grupos, classes sociais e grandes setores da sociedade. Neste sentido, vem-se forjando um discurso batizado com o nome de Vigilância à Saúde. E, em algumas prefeituras, foram criados departamentos encarregados de levá-la a efeito, num nítido reducionismo. O desafio que está de fato colocado é o de transformar-se, como administração pública, em catalizadores de um processo de saudecidade. Talvez a palavra já existente para designar tal idéia seja sanidade, mas que na prática apenas traduz o higienismo como conhecimento biológico aplicado aos grupos e populações de um determinado território. Saudecidade, para além disso, coloca-se na perspectiva da união do paradigma da saúde com o paradigma do estado provedor de políticas que atendam, includentemente, a todos os cidadãos. Isto aponta na direção da renovação e da reconstrução de um estado em prol da saúde. A mesma sociedade que produz tanta doença, como se presencia no Brasil, e a objetiva nas condições ambientais desfavoráveis e em relações sociais perversas, é capaz de produzir saúde. É este o eixo da radicalidade apontada por um modelo que busque transcender a ótica da separação bio-ecológica no sentido da produção do bem-estar.

Ao refletir-se sobre o novo - o Sistema Único de Saúde - faz-se referência ao seu modo de proceder como a um modelo assistencial. Não se trata de modelo e, muito menos, de um que seja assistencial. A questão não se restringe o treinar pessoal em novos modelos, que mantenham a essência do historicamente hegemônico e rapidamente se exauram nos tributos que lhe prestam. Mais do que isso, trata-se de habilitar prestadores, gestores e usuários para que se tornem sujeitos de um processo de construção. Porque o determinante do futuro imediato é o modo como os atores se relacionam no presente, que persiste em reproduzir a visão do modelo hegemônico. À questão dos modelos deve-se contrapor a visão de processo, que negue o setor saúde como máscara sanitária de uma sociedade mórbida, produtora de doença. Necessário é estabelecer um processo de relações inéditas numa sociedade como a nossa, de sujeito a sujeito, na perspectiva da produção da saúde. Não é possível internar todas as crianças desnutridas num país que, paradoxalmente, é capaz de produzir mais alimentos do que todas as suas bocas juntas podem consumir. Muito embora situações de fato no campo da doença devam ser atendidas.

O estado brasileiro vem protelando a cidadania há pelo menos cem anos. Este estado que nos subordina, tem que ser transformado num estado que nos sirva. Um aparelho burocrático estatal que seja capaz de gerir os interesses da sociedade. Nesse sentido, união, unidades federadas e municípios devem crescer. Não aumentando a burocracia, mas enquanto agentes de transformação, assumindo as responsabilidades do estado, ainda no limiar deste século, como função improrrogável da administração pública no país. Só com o crescimento dirigido para a gestão de tais interesses é que o estado se legitimará. Isto inclui o crescimento de fato, por exemplo no caso de desenvolvimento de competência em políticas estratégicas como a de medicamentos, do controle de incorporação e do desenvolvimento de tecnologias, da formação de quadros para o desenvolvimento das políticas sociais e, em especial, para a política de saúde. É a transformação, em todos os níveis, no sentido de assumir e desenvolver as competências próprias de cada um. Tais competências, administrativas e técnicas, precisam romper com a hegemonia de um saber que historicamente nos coloniza, predominantemente sediado nos Estados Unidos, onde treinam luminares da nossa medicina, amiúde cogitados para autoridades do setor. Mas a transformação inclui também muito mais do que o crescimento da máquina estatal, o desenvolvimento e a consolidação de um mix estatal privado a serviço do público e por ele regulado.

II - SUS e Governabilidade Necessária

A concretização do paradigma delineado, requer um processo de desenvolvimento de competência nas relações políticas, administrativas e técnicas, para que o projeto social da saúde acumule governabilidade.

Na organização de serviços de saúde tem-se cometido o grave erro de ignorar a variabilidade dos fatores acima referidos. No máximo, intuitivamente, e por inércia das práticas institucionais herdadas, procede-se a um determinado controle das variáveis políticas. Na maioria das vezes o que se tem como resultado deste esforço é a contenção política da insatisfação e não o domínio das suas razões com a conseqüente construção da ação política capaz de contribuir para a renovação. Para controlar as variáveis políticas busca-se reofertar o velho, reproduzindo-o continuamente. Assim, muito do que se tem no setor, conjunturalmente, são novidades velhas a serviço de uma modernização retrógrada. A superação disso passa pela compreensão do controle das variáveis políticas como o reconhecimento da sociedade em seu estágio atual, na diversidade com que ela se conforma e com a necessária acolhida e preservação de tal diversidade. Os distintos atores não são meros antagonistas isolados num campo de batalha e sim atores comprometidos em transitar até o fim da cena, quem sabe como partícipes da promessa de produzir o novo.

Quando partidária, setorial ou corporativamente, trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e administração se articulam para a defesa de seus interesses, as razões que os mobilizam são diferentes. Mas para todos está dado o desafio de encontrar a equação que equilibre estas razões em uma razão só, capaz de contemplar uma resultante que seja a satisfação da sociedade e a mudança de um estado de doença para um estado de saúde.

As variáveis administrativas e técnicas são desdobramentos das variáveis políticas. As administrativas estão longe de serem dominadas numa perspectiva de mudanças. E as técnicas guardam a prerrogativa de estabelecer uma verdadeira ditadura. Faz-se um grande esforço político e administrativo para aplicar à realidade técnicas criadas historicamente por um modelo conformado no complexo médico-hospitalar-farmacêutico, ancorado exatamente no ponto nevrálgico da relação da instituição saúde com a sociedade, que é o seu trabalhador; formado sob a hegemonia dos paradigmas biologicistas, raramente ecológicos e, jamais, na perspectiva da Vigilância à Saúde ou da saudecidade.

O sistema externa sua fragilidade ao encetar uma reflexão que ao buscar a compreensividade do real é pouco atenta a questão destes atores. Fica-se mais atento aos grupos sociais organizados e a sociedade que consome na mídia a informação disponível, via de regra detratadora dos esforços do setor, e deixa-se solto na ponta, ao prazer do processo invasivo de colonização, os principais agentes do sistema de saúde. É preciso avançar e rapidamente no equacionamento desta questão. Quem afirma que evitar câncer ginecológico é uma produção restrita a aplicação de exames cérvico-uterinos preventivos e à palpação das mamas? O que fazemos para saber o que é melhor além de acatar a educação sanitária que herdamos? Outros exemplos podem ser encontrados nos inúmeros problemas que estão abandonados por não estarem envolvidos com o biológico. Um deles é a epidemiologia do afogamento nas cavas do Rio Iguaçu em Curitiba. Situação que perdurava intocada ao longo dos anos e que foi zerada numa articulação dos órgãos ambientais, de segurança e saúde, possível a partir do momento em que se superou a cegueira técnica que impedia a percepção do problema. O que levou muito tempo, provavelmente por tratar-se de um problema que não tem nenhum envolvimento com bactérias, vacinas, gases e esparadrapos.

Estas questões tem menos a ver com leis e com transformações da Constituição. Mesmo assim é necessário considerar a reforma eleitoral na perspectiva do resgate da territorialidade com o fundamental a todos os setores da atividade humana e social. No campo específico da saúde, os diplomas legais desde a Constituição vigente até o recente decreto 1232/94, são bastante satisfatórios. Sua aplicação é que só esparsamente se verifica. Resta assim mesmo a questão do financiamento do setor e o debate necessário a respeito das políticas de provisão de recursos para o mesmo. O sistema previdenciário tem sustentado a reparação da doença no Brasil. Recentemente, por problemas de caixa, decidiu-se por não cumprir a lei no âmbito da previdência. Isto acabou gerando um sobressalto no governo federal, na medida em que o SUS apareceu como setor a ser diversamente financiado. Também questões relacionadas ao COFINS desembocaram na mesma resultante. Ocorre que a permanecer a união federal como a principal arrecadadora para o custeio do sistema, deve permanecer, igualmente, sua condição de principal repassadora de recursos para este fim. Todos os níveis de governo tem um papel a desempenhar. As unidades federais tem se apresentado como o nível mais omissa a partir da descentralização dos recursos da previdência para o custeio da saúde, à qual correspondeu a retratação de seus gastos próprios e a adoção da mesma índole e espírito centralista da união.

Embora o fundamental seja a determinação política, no bojo de uma reforma tributária é necessário pensar em repasses regulares ou, mais do que isso, na destinação imediata para os Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, das frações correspondentes ao setor e nestas instâncias arrecadadas. Arrecadação nas unidades federadas e municípios com repasses para a união, a fim de que cumpra seu papel redistributivo.

É preciso, por outro lado, confrontar o desejo de ampliação da base de financiamento do setor (10% do orçamento fiscal em cada nível de governo) com a adoção de novos paradigmas para a reconstrução do modelo. A resposta ao para que gastar deve anteceder a fixação do quanto gastar. Há notícias de municípios que vem gastando a quarta parte de seus orçamentos fiscais com o setor saúde. Para educação, criança, alimentação e habitação, as verbas são outras. Tal procedimento traz implícito o enfoque da doença, a reprodução, no território do município, do aparato médico-hospitalar-farmacêutico. Neste caso, a descentralização é conservadora e reifica o sistema hegemônico. Isto é extremamente comprometedor. Os orçamentos dos municípios somados não vão além de vinte bilhões de reais, os dos estados quarenta bilhões de reais e o da união, no máximo cem bilhões de reais. Os americanos já gastam 900 bilhões de dólares por ano, cinco vezes mais que a arrecadação brasileira. Nossos gastos não podem ser aleatórios. Tampouco o processo descentralizatório pode ser democratista, sob pena de não garantir o verdadeiramente essencial, ou seja, a democratização do estado e a eficácia de suas políticas.

III - O SUS e as Capacidades Imprescindíveis à Construção do Novo Paradigma

Estados e Municípios não podem continuar na posição de árbitros da inclusão ou não da saúde entre suas políticas. Eles tem a obrigação constitucional, mas acima de tudo ética e política, com a saúde da população. Os eleitos a cada gestão, devem ser responsabilizados pela continuidade do processo de provimento e desenvolvimento de um sistema capaz de acudir as necessidades da sociedade. A saúde surge como desafio das sociedades na medida em que se organiza nas cidades, na polis. Por isso, ela é uma política e não uma opção do árbitro recém eleito para o período administrativo. Esta é uma capacidade que está a exigir desenvolvimento em muitos estados e municípios brasileiros.

No campo específico do setor saúde cabe superar o grande desvio que consiste em supor que o financiamento possa se dar pela fatura de serviços prestados contra a união. A tradição centralista transferiu a estados e municípios a credencial de prestadores de serviços mediante produtividade. Que, nestes casos, contabilizam, predominantemente, aquelas ações com pior remuneração no sistema, como reflexo da lógica hospitalocêntrica que orientou sua fundação e que persiste até hoje. Sem uma profunda crítica a este estado de coisas, sem a territorialização dos serviços e sem descentralização efetiva, eficiente e eficaz, a rede de serviços ambulatoriais (bastante expandida), predominantemente municipal, não passará de um dissipador de recursos escassos, sem resolutividade. A mudança disso implica na necessidade da instância municipal assumir a sua condição de governo, de gestor local autônomo.

Ao administrador municipal, a primeira questão que se coloca é a de como dar conta de todo o aparato médico-hospitalar-farmacêutico herdado. A exclusiva atenção a este aspecto tem sido um grave equívoco e tem sustado o processo de autonomização municipal. Confunde-se aí a transferência do cartório gestor com índole centralista, comprador de procedimentos e ações baseadas no conceito de saúde alcançável por reparação biológica de sintomas, afecções e quadros mórbidos estabelecidos na vida em sociedade, com saúde. Municipalizar a saúde não é isso, mas resgatar, ou construir pela primeira vez, o estado local, apto a promover a saúde como a resultante do sinergismo que se estabelece pela integração das ações locais.

É necessário aproveitar o melhor da cultura médica, “senso-lato”, sem no entanto considerá-la um fim. Não se municipalizar a saúde para multiplicar a medicina, mas para ser mais produtores de saúde do que separadores da doença. Neste sentido, mesmo os municípios que não detêm quaisquer equipamentos de reparo à doença poderiam municipalizar a saúde. Adotando o princípio da democracia substantiva que é o principal instrumento de construção de uma política local e territorializada de saúde. Nesta relação não se terá ainda a garantia da construção do novo, mas de um elemento que é fundamental para o mesmo.

O novo exige muito mais esforço para nascer do que a reprodução do velho. É por isso que às portas de um processo de repasse automático de recursos serão outra vez distinguidos aqueles que acumularam maior aparato separador. Passarão de cem reais “per capita”, no repasse, somente aqueles que foram caudatários da acumulação de todos os profissionais e aparelhos que o modelo produziu. Isso porém, não os privilegia, mas apenas atende a uma situação de fato. É necessário desenvolver a capacidade de gerar alguma poupança e redirecioná-la para a produção da saúde. Se há alguma possibilidade nesse sentido, os atores regionais e locais, na prática da democracia substantiva, serão os mais aptos a corrigir os desvios.

Os estados devem assumir seu necessário papel de instância regional. Seguindo os princípios da territorialização devem interagir no sentido de garantir a capilaridade não só das agências de prestação de serviços mas, sobretudo, das ações necessárias à produção da saúde.

O aparato médico-hospitalar-farmacêutico deve ser otimizado. Adotando-se a noção de pertinência da população a um território, embora suplantando-se a visão cartorial que está na origem da criação de muitos municípios, deve-se buscar o ótimo na organização dos serviços. A territorialização com agregação regional dos municípios é indispensável para uma municipalização bem sucedida. Isto adquire importância particular na execução da política ambiental, por exemplo.

IV - SUS e Diferenciação Organizacional Coerente

Para conquistar autonomia, cada instância de governo deve reconhecer a autonomia das demais. Não existem autonomies isoladas. O princípio contido na Carta Magna de 88, que pela primeira vez reconhece a autonomia das distintas esferas, inclusive o município, só se legitimará na prática da democracia substantiva. Ou seja, na adoção de práticas político-administrativas capazes de prover condições para que o cidadão seja autônomo e não dependente. O que os municípios herdaram da administração e da técnica esteve sempre a serviço de uma construção no sentido contrário, ou seja, da subordinação. Este é o maior desafio à administração municipal: o respeito a alteridade. Na medida em que se reconhecer o sujeito diferente, o outro, é que se fará a agregação e não o temido isolamento. Agregação para construção de uma solidariedade entre sujeitos civis e sujeitos institucionais. Os municípios vem construindo uma prática nesta direção através de consórcios, congregação regional de secretários, CONASEMS, e outros. Igualmente os estados, com o cuidado de que o que é construído na perspectiva do novo também pode servir para preservar o velho. É o que as vezes tem acontecido com o aparelhamento destas articulações. De qualquer forma, as organizações, em todos os níveis, devem buscar a diferenciação mais por objetivos e base territorial, e menos por departamentalização tecnicamente orientada. Na construção de uma tal diferenciação adquirem importância vital a constituição de colegiados que articulem os atores para dentro e para fora das instituições e que as articulem entre si nos três níveis de governo. Sempre na perspectiva de sujeito a sujeito, numa relação de igual para igual e não de subordinação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfoque que se deu a reflexão das questões neste texto tem, sem dúvida, uma intencionalidade. Tomados de um espírito obreiro e tangidos à formulação de respostas sempre em tempos politicamente determinados, os municípios tem exaurido seus esforços na reflexão das questões operacionais mais imediatas. Nunca será demais, portanto, reforçar, mesmo que tibiamente, o registro de questões que constituem parte do núcleo essencial para o SUS.

Há municípios, entre os quais Curitiba, que tem buscado exercer ao máximo sua capacidade de autonomia, embora reconhecendo que ninguém logrará soluções absolutamente originais. Nessa perspectiva, cada qual deve criar soluções próprias para seus territórios, mas que podem ser compartilhadas.

O principal que se verifica em Curitiba, pela acumulação histórica de uma tradição de planejamento orientado ao que a cidade quer ser, é o sinergismo de suas políticas sociais. Quanto as soluções dadas ao das AIHs e da área ambulatorial, não são mais que obrigatoriações indispensáveis da prática cotidiana, para que não se dissipem recursos que são públicos.

Curitiba, como qualquer outro município, encontra-se sob o mesmo grau de ameaça de ser mais reprodutora da dominação do complexo médico-hospitalar-farmacêutico, do que geradora de uma nova prática. Nesse sentido, não cabe detalhar prescritivamente suas práticas administrativas, mas apenas abrir-se a um processo de troca que é o que, aliás, tem garantido conquistas importantes.

Para uma aproximação ao detalhamento das práticas, neste breve texto intencionalmente evitado, Curitiba convida a todos a participarem do seu **IV Encontro de Saúde Coletiva**, a realizar-se nos dias 8, 9 e 10 de dezembro próximo. Nestes eventos as equipes das unidades de produção de serviços produzem textos onde relatam experiências de trabalho ao longo do ano e as sustentam perante seus pares, na perspectiva de confirmar, renovar, multiplicar ou corrigir as condutas e atitudes operacionais. Esta é uma prática prolongada postergada da qual não se pode mais descuidar: a prática de desenvolvimento do corpo da saúde, para além do corporativismo sectário das profissões, na perspectiva da construção da autonomia dos sujeitos.

FÓRUM: BRASIL, 1995

AS NOVAS POLÍTICAS SOCIAIS
Financiamento e Gestão:
Os Desafios do Sistema Único de Saúde

Perspectivas para a Superação da Crise Atual

André Cezar Medici

Rio de Janeiro
Novembro de 1994

FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL: PERSPECTIVAS PARA A SUPERAÇÃO DA CRISE ATUAL¹

André Cezar Medici²

1 - Introdução

1.1 A Constituição de 1988, ao definir o conceito de seguridade social como sendo a integração das ações no campo da previdência, assistência social, saúde e proteção ao trabalhador, criou como instrumento básico de financiamento dessas políticas, ao nível do Governo Federal, o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Excluindo-se os programas de proteção ao trabalhador, custeados com recursos vinculados ao PIS/PASEP, as demais ações acima enumeradas seriam financiadas por três fontes: a contribuição sobre folha de salários incidentes sobre empresas e trabalhadores; a contribuição sobre o lucro líquido das empresas e a contribuição sobre o faturamento das empresas (FINSOCIAL/COFINS). O OSS, sempre que necessário, deveria ser complementado por aportes de recursos oriundos do Orçamento Fiscal da União.

1.2 Embora não houvesse a intenção de vincular recursos específicos para cada uma destas três áreas, seja em termos de fontes, seja em termos de percentuais, o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias definiu que enquanto não fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, não menos de 30% dos recursos do OSS (excluído o seguro desemprego) deveria ser destinado ao setor saúde.

1.3 Os dois anos que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988 garantiram ao setor saúde recursos suficientes para manter a estratégia de

¹ - Resumo Executivo da Apresentação a ser feita no Fórum "As Novas Políticas Sociais - Financiamento e Gestão: Os Desafios do Sistema Único de Saúde", a ser realizado no dia 18/11/1994 no Rio de Janeiro.

² - Coordenador da Área de Financiamento das Políticas Sociais da FUNDAP/IESP e Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde.

descentralização preconizada pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, desde o início dos anos noventa, três fatores tem impedido com que o OSS seja uma fonte adequada, em termos de quantidade e regularidade de recursos, para o financiamento das ações do Governo Federal, no campo da saúde: a) a crise econômica e seus impactos na redução das receitas que compõe o OSS; b) os intentos do Ministério da Previdência Social em cumprir os dispositivos constitucionais quanto ao plano de benefícios dos segurados da Previdência Social; c) o esforço recente do governo federal em reduzir o deficit público como um dos instrumentos essenciais do processo de estabilização da economia.

1.4 Como corolário, pode-se dizer que o setor saúde tem tido fortes turbulências em seu processo de financiamento. Além da redução de recursos federais, que entre 1989 e 1992 tiveram uma queda acumulada de 42%, a Contribuição sobre Folha de Salários deixou de ser a principal fonte de recursos para o setor, passando o mesmo a depender de uma série de fontes não convencionais, como o é o caso dos constantes empréstimos concedidos pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

1.5 Em 1993, os gastos federais com saúde voltaram a crescer, atingindo um patamar 26% mais elevado do que o de 1992¹. Acredita-se que em 1994 tenha havido novamente crescimento, ainda que em menor proporção. No entanto, autoridades federais e loco-regionais ligadas ao setor continuam a dizer que os recursos são insuficientes para fazer frente ao crescimento das despesas. Nesse particular, vale a pena destacar que o crescimento dos gastos com saúde não é um fenômeno isolado no Brasil, mas tem acontecido em vários países desenvolvidos, os quais vem estudando estratégias de contenção de custos que não penalizem demasiadamente os usuários.

1.6 Dados estes antecedentes, o objetivo deste artigo é avaliar as perspectivas do financiamento do setor saúde, respondendo basicamente à quatro questões: a) O Orçamento da Seguridade Social é adequado como mecanismo de financiamento das três áreas que o compõe? b) Quais as alternativas para assegurar a regularidade do fluxo de recursos para o setor saúde? c) Qual a responsabilidade financeira que as três esferas de Governo devem assumir quanto ao financiamento do setor? d) Quais os mecanismos

¹ - Ver sobre este ponto, MEDICI, A.C., e MARQUES, R.M., "Saúde: Entre Gastos e Resultados", in Boletim de Conjuntura Política Social, No. 14, jul-ago de 1994.

mais adequados de repasse de recursos do governo federal para Estados e Municípios?

2 - Perspectivas do Orçamento da Seguridade Social

2.1 Criado com a finalidade de garantir estabilidade financeira para o financiamento das áreas que o compõe, o Orçamento da Seguridade Social apresenta alguns problemas considerados, por alguns analistas, como estruturais. O primeiro deles diz respeito à dinâmica temporal das áreas que o compõe. Seguro Social, além de representar um fluxo fixo e regular de recursos, tende a apresentar alterações em sua composição de gasto no longo prazo. Ao mesmo tempo, ao fazer provisão de recursos para financiar benefícios individuais, sua lógica impõe contribuições dos trabalhadores, das empresas e do Governo, sendo que este último só contribui de forma suplementar.

2.2 Já a saúde, enquanto política universal, isto é voltada para toda a população composta de contribuintes e não contribuintes, não deveria ser financiada por recursos oriundos das contribuições sobre folha de salários, mas sim por recursos que reflitam o esforço fiscal de toda a sociedade. As contribuições sobre o faturamento, na medida em que são repassadas aos preços dos distintos bens e serviços, consumidos por toda a sociedade são, nesse sentido, mais adequadas ao financiamento da saúde. No entanto, nada impede que este setor seja financiado por fontes fiscais.

2.3 No que se refere a área de assistência social, dado seu caráter focalizado e seletivo, isto é, voltado para camadas da população que, por sofrerem limitações físicas ou etárias, ou por estarem inseridas em grupos sociais de baixa renda, necessitam de auxílios diversos sob a forma de renda ou bens e serviços específicos, o financiamento deveria advir, não de contribuições sobre folha de salários, mas sim de recursos fiscais ou contribuições solidárias, isto é, de estratos sociais de mais alta renda. A contribuição sobre o lucro líquido poderia, neste caso, ser adequada aos programas de assistência.

2.4 Foram, em certo sentido, estes os argumentos que levaram setores do Governo, em vários momentos, a propor a especialização das fontes como

critério para redefinir a partilha dos recursos da Seguridade Social. No entanto, questões como a contestação judicial sobre o FINSOCIAL/COFINS e as perspectivas de recursos crescentes para financiamento da área de previdência, tendo em vista o cumprimento dos dispositivos constitucionais, fizeram com que o discurso da especialização das fontes fosse parcialmente abandonado. Alguns setores continuam defendendo, no entanto, a exclusividade da fonte folha de salários para a Previdência Social

2.5 Uma alternativa à especialização das fontes seria a definição de percentuais de vinculação no momento da arrecadação. Assim, poder-se-ia definir, por exemplo, que 30% dos recursos de todas as fontes da seguridade social iriam para a saúde, 10% para a Assistência Social e o restante para a Previdência. A tese da vinculação tem sido fortemente rechaçada por muitos setores porque engessa recursos e tolhe o Governo Federal e o Congresso em relação às suas prerrogativas relacionadas ao estabelecimento de prioridades no processo de alocação de recursos. Este foi, inclusive, um dos argumentos utilizados pelo Governo para estabelecer, em 1994, o Fundo Social de Emergência, isto é, uma fonte de recursos composta pela desvinculação de 20% dos principais impostos e fundos sociais.

2.6 Os adeptos da vinculação, no entanto, defendem que esta pode ser uma forma de evitar o estabelecimento de prioridades lesivas ao interesse público, como as que detonaram o escândalo do Orçamento em 1992/3. Isto pode ser, no entanto, um falso argumento dado que determinados congressistas tem sido hábeis em defender prioridades lesivas no interior dos próprios recursos vinculados.

2.7 Seja como for, as perspectivas quanto ao OSS passam por quatro opções básicas: a) Manter a atual estrutura, onde à cada LDO/Lei Orçamentaria se define o quanto de recursos do referido orçamento será destinado à cada área; b) Especialização de Fontes; c) Vinculação de Recursos; d) Eliminação do Orçamento da Seguridade Social, com a definição de novos critérios de financiamento das políticas nele originalmente cobertas, a partir de uma reforma tributária.

2.8 Pode-se dizer, ainda, que a discussão deverá ser influenciada pelas redefinições no escopo das funções de cada um desses setores. A Previdência Social passará, eventualmente, por reformas que irão redefinir o plano de benefícios (fim da aposentadoria por tempo de serviço, por exemplo);

os tetos de contribuição compulsória; os limites no valor dos benefícios; a desvinculação ou não do valor do piso dos benefícios ao salário mínimo e a regularização das estruturas básicas (benefícios mínimos universais) e complementares (previdência privada).

2.9 A assistência social deverá, da mesma forma, redefinir suas ações, provavelmente na busca de uma descentralização radical dos programas hoje cobertos pela LBA e CBIA, bem como discutir a oportunidade (ou não) de criação de programas federais de renda mínima.

2.10 A área de saúde parece ser a que tem maior clareza quanto ao escopo de suas ações. Mas ainda restam questões a serem definidas quanto à radicalidade e ao formato (mais ou menos autonomia; maior ou menor controle federal, participação do setor privado, etc.) do processo de descentralização.

2.11 Pode-se dizer, portanto, que todas estas questões parecem ser prévias ou simultâneas à redefinição do financiamento da seguridade social. Mas resta ainda uma outra questão. As discussões relacionadas a reforma dos sistemas de financiamento sempre tendem a surgir quando os recursos se tornam escassos frente aos objetivos de gasto. As receitas da Seguridade Social sofreram nos últimos quatro anos fortes restrições quanto ao seu financiamento. No entanto, se o processo de estabilização econômica propiciar (como indicam algumas análises) um crescimento das receitas públicas, pode-se dizer que as tensões acima mencionadas deverão se tornar mais amenas.

2.12 Os dois primeiros meses de vigência do plano real tem tido forte impacto na recuperação da arrecadação dos principais tributos federais e as contribuições sociais vinculadas ao OSS não fogem à regra. Entre junho e agosto de 1994, as receitas do FINSOCIAL, da Contribuição sobre o Lucro e a Arrecadação Bancária da Previdência Social aumentaram 39,7%; 49,0% e 11,3%, respectivamente. Comparando-se agosto de 1994 com o mesmo mês do ano anterior, o crescimento da arrecadação destas três fontes foi de 98,2%, 43,5% e 3,3%, respectivamente⁴. Mantida a tendência, pode-se dizer que haverá folga para o financiamento destas políticas no futuro Governo de Fernando Henrique Cardoso.

⁴ - Ver Indicadores IESP, No. 33, outubro de 1994, parte de Política Social e Trabalho, Ed. IESP/FUNDAP, São Paulo (SP), outubro de 1994.

2.13 Ao que parece, portanto, existe consenso quanto ao avanço que o Conceito de Seguridade Social representou para a conquista dos direitos sociais no país. Há dúvidas quanto a necessidade/obrigatoriedade de que esse conceito deva ser traduzido num orçamento único, composto pelas fontes de financiamento acima referidas.

3 - Alternativas para Regularizar o Fluxo de Recursos

3.1 Um dos principais problemas que vem enfrentando o Ministério da Saúde é o constante atraso no repasse dos recursos do Ministério da Previdência e da Receita Federal, tendo em vista o pagamento dos principais itens de despesa deste Ministério, onde se incluem, as contas hospitalares e as despesas ambulatoriais dos Estados e Municípios. Pode-se dizer que este problema tem acarretado constantes paralisações nos serviços, *lockout* nos estabelecimentos privados contratados pelo setor público, greves de médicos, falta de equipamentos, material e medicamentos e uma série de outros inconvenientes responsáveis pela forte queda da qualidade dos serviços de saúde, especialmente nos grandes centros urbanos.

3.2 A regularização do fluxo de recursos para fazer frente ao comprometimento dos compromissos da saúde é, antes de tudo, um problema de planejamento e racionalidade. Pelo atual critério, os recursos são repassados segundo as disponibilidades de Caixa, seja do Ministério da Previdência Social, seja do Tesouro. Além do mais, a gestão única do Caixa tem propiciado, no caso do Tesouro, um maior controle do Ministério da Fazenda sobre a execução orçamentaria das despesas orçadas pelos demais Ministérios, facilitando na prática o remanejamento e a realocação dos recursos, de forma a perseguir os objetivos gerais da política econômica.

3.3 As autoridades do Ministério da Saúde, no entanto, diante dos problemas que vem sendo enfrentados, vem advogando soluções que lhe permitam maior autonomia. Uma dessas soluções seria, definidas as diretrizes orçamentárias e o Orçamento, promover a transferência automática dos recursos sob a forma de duodécimos, ao Fundo Nacional de Saúde. Este ao receber os recursos, poderia repassá-los diretamente aos Estados e Municípios segundo os critérios estabelecidos na NOB 01/93, isto é, de forma negociada, para Estados e Municípios que se encontram mais atrasados no que tange às

condições estabelecidas para o processo de descentralização, e de forma automática (Fundo a Fundo) para os Estados/Municípios que já tivessem em fase avançada (plena ou semi-plena) do processo de descentralização.

3.4 A questão da regularização do fluxo de recursos não é uma de difícil solução, bastando para tal haver recursos e vontade política para repassá-los. No entanto, é importante desenvolver alguns pré-requisitos para que repasses de recursos não sejam feitos sem avaliação. Nos países desenvolvidos, as autoridades locais prestam contas dos recursos que recebem dos níveis centrais de Governo, procurando demonstrar como estes tem sido utilizados para melhorar a qualidade dos serviços e estender a cobertura. Da mesma forma, cabe ao Nível Central de Governo questionar o nível central quando os recursos aplicados não trazem os resultados definidos ou esperados nos acordos anteriormente feitos.

3.5 Repassar recursos sem avaliação é um risco para a eficiência e equidade do sistema. Nesse sentido é questionável a posição daqueles que defendem que não cabe ao governo central avaliar as políticas locais que direta ou indiretamente financia. Repassar os recursos para a saúde com os mesmos critérios que os do FPE e FPM, por exemplo, é uma solução descabida quando se trata de recursos vinculados a uma determinada política ou programa.

4. Mecanismos de Repasse de Recursos

4.1 Quais os critérios que devem ser utilizados para repassar os recursos? A Lei 8080 define alguns desses critérios, mas em geral, tem se tomado como ponto básico o critério populacional. Outros critérios são definidos pelo quadro sócio-econômico; capacidade instalada em saúde; quadro epidemiológico, produtividade/resolutividade pretérita dos serviços. Todos esses critérios são de difícil equacionamento e ponderação.

4.2 As experiências internacionais tem demonstrado que as soluções para esta questão não são triviais. Mesmo em países que utilizam o critério da descentralização loco-regional (Itália, Inglaterra, etc.) não há consenso quanto aos melhores critérios. No entanto, a realidade mostra que a adoção de uma enormidade de critérios pode trazer sérios problemas na definição dos valores a serem repassados. A realidade é sempre multi-determinada, mas a ponderação

dos fatores, a qualidade das informações a serem utilizadas e especificidades regionais não captadas tornam difícil e até mesmo injusta a utilização de critérios uniformes baseados em múltiplos fatores.

4.3 É praticamente consenso que os recursos transferidos devem ter alguma proporcionalidade com a magnitude da população. Mas existem fatores demográficos que influenciam em larga escala o padrão de consumo de serviços de saúde da população. Populações mais jovens tendem a consumir menos serviços de saúde. No entanto, contingentes populacionais com alta fecundidade determinam não apenas maiores gastos com gineco-obstetrícia, mas também com pediatria. Populações mais velhas, analogamente, representam um gasto maior com doenças crônicas e degenerativas.

4.4 Em geral, a curva de gasto com saúde por idade tem a forma de um J. Gasta-se mais com saúde ao nascer, reduz-se durante a infância e a pré-adolescência e volta-se a aumentar o gasto após os 15 anos de idade, de forma exponencial. Durante toda a idade reprodutiva, as mulheres gastam mais do que os homens. No entanto, após os 50 anos a sobre-morbididade/mortalidade masculina por doenças crônicas determina um gasto maior para os homens. Portanto, um dos fatores essenciais na ponderação dos recursos a serem distribuídos é a proporcionalidade dos custos associado ao sexo e à idade. Este critério tem sido utilizado pelo governo inglês na distribuição dos recursos do nível central para as autoridades regionais de saúde.

4.5 Por fim, outro fator importante a ser utilizado na distribuição espacial dos recursos é a renda per-capita, ponderada pela distribuição de renda regional. Pode-se dizer que quanto maior o nível de renda, maior a possibilidade do indivíduo pagar pelos serviços de saúde. Portanto, menor seria o encargo público do gasto com saúde. Além disso, quanto maior a renda per-capita de cada Estado/Município, maior a capacidade per-capita de arrecadação e, portanto, maior a possibilidade deste Estado/Município colocar recursos próprios no financiamento das ações públicas de saúde. A utilização do fator inverso renda per capita (ponderado pelo grau de distribuição de renda) deve ser regra quando se trata de distribuir recursos para a saúde.

4.6 As soluções anteriormente mencionadas devem servir como base para definição dos critérios de repasse de recursos relacionados ao custeio. Mas quando se trata de recursos voltados para o investimento com saúde, estas soluções não são aplicáveis. Recursos voltados para o investimento devem ser

definidos pelo nível federal, segundo as necessidades apresentadas pelos Estados e Municípios. Nesse sentido, eles devem ser negociados, cabendo ao Governo Central estabelecer os critérios e parâmetros básicos que deveriam ser utilizados nesta negociação.

5 - Responsabilidade das Três Esferas de Governo no Financiamento

5.1 Entre 1980 e 1992, os recursos da União nunca foram responsáveis por menos de 70% dos gastos públicos totais do setor saúde. O ano em que essa participação foi menor foi 1986 (70,8%) e o ano onde ela foi maior foi 1988 (87,2%). Pode-se dizer, no entanto, que enquanto a participação dos recursos próprios dos Municípios no financiamento da saúde tem aumentado, a dos Estados tem ficado estacionária ou até mesmo diminuído.

5.2 É verdade que entre 1989 e 1992, os gastos com saúde como percentagem das receitas próprias da União (Receita do Tesouro + Receita Previdenciária) tem sofrido progressivas reduções, passando de 17,8% para 11,1% entre esses dois anos, respectivamente. Da mesma forma, os gastos dos Estados com saúde, como percentagem de suas receitas (incluindo o FPE) caíram de 7,0% em 1980 para 4,3% em 1990. Neste mesmo período, a participação dos gastos municipais com saúde como percentagem das receitas próprias destas esferas (incluindo o FPM) passou de 6,3% para 8,2%. Essa participação aumentou num contexto onde as receitas próprias municipais e estaduais se expandiam como resultado dos dispositivos tributários contidos na Constituição de 1988.

5.3 Vale comentar que os Estados e Municípios não tem todos a mesma capacidade de gasto com saúde. A depender de suas receitas e das prioridades regionais na alocação dos recursos, a capacidade financeira de gasto com saúde é diferenciada em cada contexto regional. Sabe-se, ademais, que dificilmente as esferas locais de governo podem mudar suas prioridades alocativas de um ano para outro, sendo necessário um certo período de transição que permita tal mudança.

5.4 Em muitas ocasiões as autoridades federais tem recomendado que Estados e Municípios gastem mais de 10% de suas receitas próprias com saúde. No entanto, tal situação é de difícil cumprimento por parte de todos os

Estados e Municípios. Alguns municípios tem comprometido até 20% de seus recursos próprios com saúde, mas tal situação não é seguida pela maioria dos Municípios.

5.5 Tomando-se como base os dados de 1990, se os Estados e Municípios gastassem 10% de seus recursos próprios, haveria um aumento de recursos da ordem de apenas 20% (US\$ 2,5 bilhões) no total dos gastos públicos com saúde. Este valor é insignificante para reduzir substancialmente a participação do nível federal no financiamento da saúde.

5.6 Ao que tudo indica, portanto, o papel da União no financiamento da saúde deverá continuar relevante por muito tempo. Somente mudanças a longo prazo na estrutura tributaria, no aumento das receitas locais e nas prioridades alocativas dos Estados e Municípios poderão mudar este quadro.

5.7 Mesmo assim, é de fundamental importância que Estados e Municípios sejam fiscalizados, quer nos Conselhos Locais, quer pelo próprio Ministério da Saúde, no que se refere ao volume de recursos que destinam a saúde.

São Paulo, 16 de novembro de 1994

André Cezar Medici

Saúde: Entre gastos e resultados

André Czar Medici*

Rosa Maria Marques**

Nos últimos meses, a magnitude dos gastos com saúde tem sido o palco de uma imensa polêmica entre os partidos políticos que vem disputando as eleições para Presidente da República. A forte queda destes gastos, desde o início da década de noventa, tem gerado críticas contundentes à ação do governo federal. Segundo os críticos, o atual Governo passou a negar prioridade à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas dessas críticas são fundadas, na medida em que as condições de saúde no Brasil não atingiram ainda patamares mínimos aceitáveis. Os padrões de mortalidade infantil no Brasil encontram-se entre os piores da América Latina, podendo ser comparáveis aos de alguns países africanos e asiáticos, com menor nível de desenvolvimento econômico e renda per-capita.

No entanto, quando se fala da magnitude do gasto com saúde num país com as características do Brasil, três questões devem ser consideradas: 1) O gasto é feito de forma eficiente, no sentido de produzir mais resultados por unidade monetária? 2) Os recursos são aplicados em programas que buscam a equidade, melhorando o acesso e as condições de saúde das parcelas mais pobres da população? 3) É possível gastar mais sem prejuízo de outras políticas sociais e econômicas que tenham efeitos sinérgicos na melhoria das próprias condições de saúde?

Para responder a estas perguntas, devemos, em primeiro lugar, avaliar como tem se comportado o gasto público com saúde no Brasil. A tabela 1 pode dar uma idéia da magnitude dos recursos desembolsados com programas de saúde pelo setor público, entre 1980 e 1993. Observa-se que entre 1989 e 1992, os gastos federais per-capita tiveram uma queda de 45,12%, passando de US\$ 80,37 para US\$ 44,11. Em 1993, estimativas da Conta Social Consolidada, construída a cada ano pelo IPEA/CSP e IESP/FUNDAP, mostram que houve uma recuperação de 24% no gasto federal per-capita com saúde. Mesmo assim, ele ainda se encontra abaixo do realizado no ano de 1986 e muito inferior ao ponto mais alto da série, ocorrido em 1989. Quanto ao gasto público total, considerando-se que ele tenha chegado a US\$ 65,11 em 1992, ocorreu uma tênue recuperação em 1993, quando passou para US\$ 74,02.

Embora a proposta orçamentaria para 1994 tenha inicialmente estabelecido que o gasto do Ministério da Saúde seria de US\$ 11,5 bilhões, sua modificação pelo Executivo acarretou em uma redução para US\$ 9,0 bilhões. O Ministério da Saúde, estima que neste ano, até agora sem orçamento aprovado, os gastos com saúde não cheguem a

* - Coordenador da Área de Políticas Sociais da FUNDAP/IESP e Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES);

** - Pesquisadora da Área de Políticas Sociais da FUNDAP/IESP e Professora da Faculdade de Economia e Administração da PUC de São Paulo.

repetir o desempenho de 1993, embora as recentes perspectivas de crescimento da arrecadação possam inverter essa tendência, a partir do último trimestre do ano.

Tabela 1
Gastos Públicos com Saúde nas Três Esferas de Governo
1980-1993: (Em US\$ milhões médios de 1992)

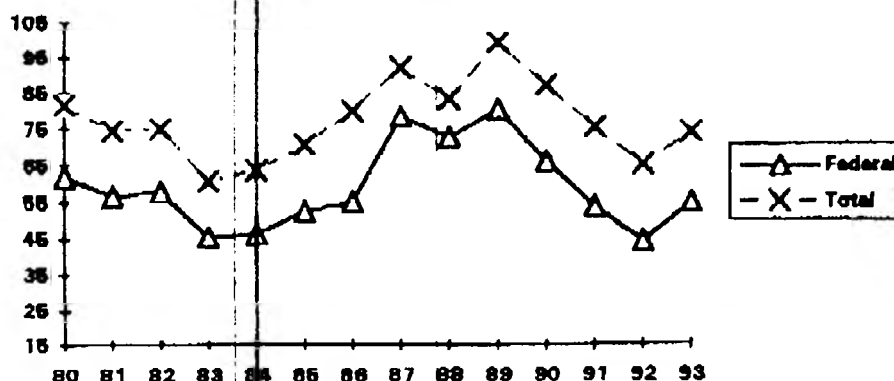
Anos	Gastos Federais	Gastos Estaduais	Gastos Municipais	Gastos Totais	Gastos Federais p/capita (US\$)	Gastos Totais p/capita (US\$)
1980	7.356,3	1.666,3	687,3	9.709,9	61,82	81,59
1981	6.846,3	1.560,1	641,7	9.048,1	56,46	74,62
1982	7.148,3	1.379,0	755,1	9.282,4	57,86	75,13
1983	5.715,6	1.291,0	632,1	7.638,7	45,41	60,68
1984	5.956,6	1.470,0	728,5	8.155,1	46,44	63,58
1985	6.857,3	1.553,6	827,5	9.238,4	52,47	70,69
1986	7.340,9	1.962,9	1.061,7	10.365,6	55,13	80,03
1987	10.624,4	906,4	982,2	12.513,0	78,31	92,23
1988	10.030,2	-59,0	1.535,0	11.506,2	72,56	83,24
1989	11.320,3	1.159,2	1.500,3	13.979,8	80,37	99,26
1990	9.451,6	1.621,1	1.430,4	12.503,1	65,86	87,13
1991*	7.847,0	1.383,5	1.787,3	11.017,8	53,67	75,38
1992*	6.571,2	1.342,7	1.783,1	9.697,0	44,11	65,11
1993**	8.307,6	1.255,6	1.667,4	11.230,6	54,73	74,02

Fonte: IPEA/CSP e Área Social da FUNDAÇÃO IESP. (Origem da Origem dos Recursos)

* Estimativas para 1991 e 1992 (Estados e Municípios) baseadas nos dados da DIVEM/STN/MF, relativa às taxas de crescimento associadas aos gastos estaduais e municipais com a função saúde e saneamento.

** Estimativas para Estados e Municípios baseadas na taxa de crescimento da arrecadação dos principais impostos destas esferas de Governo.

Gráfico 1
Gastos Públicos Per-capita com Saúde: 1980-1993
(Em US\$ de 1992)



Os dados revelam que a recuperação ocorrida em 1993 foi tímida e que os gastos com saúde, em termos per-capita, encontram-se em patamares muito baixos. Cabe, no entanto, responder a primeira pergunta: Qual o retorno do gasto em saúde para o país. Embora o Ministério da Saúde não tenha uma resposta pronta, os resultados são desastrosos. Forte crise hospitalar em vários Estados, fechamento de hospitais, greves e descaso no atendimento, tem sido constantemente denunciados pela imprensa. A causa alegada, de forma uníssona, é a falta de recursos. No entanto, a ineficiência dos processos gerenciais em saúde não tem propiciado a redução do absentismo dos profissionais, a perda sistemática de materiais e medicamentos, bem como a deterioração dos equipamentos e instalações existentes. O Ministério da Saúde paga aos hospitais contratados - públicos e privados - valores muito superiores aos serviços efetivamente prestados, dado que parcela substancial do preenchimento das AIH's é feita de forma fraudulenta. Como o próprio Ministério da Saúde declarou, é escandaloso o número de AIH's pagas que foram preenchidas irregularmente.

A segunda pergunta - se o gasto é realizado de forma equitativa - mostra uma realidade ainda pior. Os mais pobres têm menos acesso aos serviços de saúde, na maioria dos Municípios do país, dado que muitos estabelecimentos públicos são espaços que referendam as estratégias dos médicos em defender seus interesses particulares. É comum que pacientes pobres paguem "por fora" pelo atendimento e pelos medicamentos que recebem nos estabelecimentos públicos e contratados, mesmo estando em tese protegidos por um sistema universal e gratuito.

Por outro lado, as classes renda mais alta costumam pagar por planos de saúde que se utilizam freqüentemente do uso de procedimentos e exames de alta tecnologia, realizados nos estabelecimentos públicos. O próprio médico é a chave para o estabelecimento de acesso diferenciado, na medida em que exerce múltiplos e promíscuos vínculos laborais, simultâneos em instituições públicas e privadas, destinando uma jornada real de trabalho muito inferior aos contratos que detém nos estabelecimentos públicos e praticando constantemente o tráfico de pacientes entre os dois setores. Como se não bastasse, as camadas ricas da população podem descontar do imposto de renda os gastos pessoais que incorrem com saúde. Todos esses elementos contribuem para aumentar a regressividade do sistema.

Diante deste quadro, logicamente que é possível melhorar as condições de acesso e a equidade, mesmo com o atual patamar de gastos com saúde, bastando para tal um novo compromisso ético entre os prestadores de serviços (públicos e privados) e a população. Mas para cimentar tal compromisso, é necessário que o Estado deixe de ter, como eixo de sua ação, a prestação de serviços e passe a cuidar mais seriamente da regulação e da fiscalização, garantindo as condições de acesso, e não somente atendendo aos reclamos do corporativismo.

A terceira pergunta pode levar a respostas baseadas no êxito de experiências internacionais. Nossa excessiva concentração de renda e a pobreza absoluta em que está mergulhada boa parte da população é a principal causa das más condições de saúde. Políticas econômicas que realmente o crescimento, aumentem a oferta de empregos e incentivem políticas de saneamento básico, educação, moradia, transporte e segurança podem ter maiores efeitos sobre as condições de saúde, a médio prazo, do que o aumento puro e simples da oferta de serviços de saúde. Nas circunstâncias em que vive a maioria da população brasileira, gastar mais com saúde pode ser bom para a medicina, mas não necessariamente para melhorar, de forma segura, o quadro sanitário do país.

Não é novidade dizer que o Brasil gasta pouco com políticas de saúde. As estimativas para 1993 revelam que nosso país desembolsou 2,53% do PIB com tais ações nas três esferas de Governo. Tal participação, segundo o Relatório do Banco Mundial de 1993, é inferior a média dos gastos públicos das economias capitalistas desenvolvidas, que se situou em torno de 5,6% do PIB em 1990. No entanto é maior que a média dos países da África, da América Latina, do Oriente Médio e até mesmo das economias ex-socialistas. Comparando-se os gastos públicos em saúde no Brasil com os da América Latina, observa-se que, com exceção do Chile, nosso país só gasta menos como proporção do PIB, que as nações muito pobres, como Nicarágua, Haiti, Honduras, El Salvador e Equador, embora nossos gastos públicos per-capita sejam superiores. No entanto, muitos destes países, apesar de mais pobres, já apresentam indicadores de saúde melhores que o Brasil. O desafio imediato, portanto, é gastar melhor com saúde e recuperar a credibilidade do Estado. Não há justiça social sem eficiência da máquina pública.