



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



**ESCRITÓRIO REGIONAL DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE**

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

SÉRIE ECONOMIA E FINANCIAMENTO Nº4

**REPRESENTAÇÃO DO BRASIL
BRASÍLIA, 1994**



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



**ESCRITÓRIO REGIONAL DA ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE**

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

SÉRIE ECONOMIA E FINANCIAMENTO Nº4

**REPRESENTAÇÃO DO BRASIL
BRASÍLIA, 1994**

© ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
1994

As denominações empregadas na presente publicação e a forma em que são apresentados os dados na mesma contidos não implicam, por parte da Organização Pan-americana da Saúde, juízo algum sobre a condição jurídica de qualquer país, território, cidade ou zona citada sobre suas autoridades, nem sobre a delimitação de suas fronteiras.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade dos autores.

FICHA CATALOGRÁFICA

VIANNA, S.M. *et al* - O Financiamento da Saúde no Brasil. Brasília, OPAS, 1994.

134 p. (Série Economia e Financiamento, N° 4)

1. Economia da Saúde. 2. Financiamento da Previdência Social. I - Título II - Série.

SUMÁRIO

Reavaliando o gasto público em saúde	7
Gastos com saúde nas três esferas de governo: 1980-1990	15
Descentralização final e financiamento da Saúde: algumas idéias ou provocações	26
Distribuição equitativa de recursos financeiros no setor saúde	49
Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira	72
Efeitos de um aumento na taxaço de bebidas alcoólicas e fumo: evidência internacional e algumas inferências para com o Brasil	99
Comentários sobre Financiamento e gastos em saúde no Brasil	127

O presente documento resulta de trabalho conjunto do IPEA e OPS/OMS, Representação do Brasil, sob a coordenação, respectivamente, dos Drs. Sérgio Francisco Piola e Eugênio Vilaça Mendes. Os trabalhos de Sílvia Marta Porto e de Maria Alícia Dominguez Ugá foram preparados para o IPEA e, os demais, para a OPS/OMS.

REAVALIANDO O GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

Solon Magalhães Vianna.
Sérgio Francisco Piola.

INTRODUÇÃO

Esta nota reúne as informações disponíveis, em setembro de 1993, sobre a evolução do gasto público com serviços de saúde nos últimos anos. A consolidação dos dispêndios das três esferas de governo compreende o período 1980-1990. Para o gasto do governo federal a série é mais extensa (1980-1992), sendo apresentada de forma desagregada segundo os subprogramas de alcance coletivo (Vigilância Sanitária e Controle de Doenças Transmissíveis).

O texto discute, brevemente, as formas usuais de quantificação da despesa pública com saúde. Mostra, ainda, para os últimos oito anos, a receita global disponível em cada instância político-administrativa. Estima também o gasto público setorial se cada uma das instâncias aplicasse pelo menos 10% de sua receita disponível no desenvolvimento dos serviços médico-sanitários. Finalmente, examina o impacto financeiro da universalização do modelo de atenção médica integral hoje desfrutado por segmentos restritos da população.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Os diferentes estudos que contabilizam o gasto oficial em saúde nem sempre coincidem. A divergência é, essencialmente, metodológica: o resultado da quantificação depende, como é sabido, dos critérios adotados para dimensionar a despesa. E estes não são uniformes. Alguns trabalhos, nacionais ou internacionais, limitam-se às despesas do governo central e/ou consideram como gasto público apenas as despesas totais do Ministério da Saúde (e/ou das secretarias de saúde, estaduais e/ou municipais). Outros, reconhecendo que despesas com saúde podem ser também realizadas por instituições públicas não vinculadas ao Ministério (ou Secretarias) da Saúde, como acontece no Brasil, consolidam esses dispêndios segundo Programa (Saúde) ou Função (Saúde e Saneamento).

Nesta nota o critério utilizado para dimensionar o gasto federal em saúde é o da **Conta Social Consolidada - CSC (1980/1992)**⁽¹⁾. Na metodologia da CSC, a despesa com saúde resulta do somatório das despesas de todos os órgãos federais com subprogramas típicos do Programa Saúde (Assistência Médica e Sanitária, Controle das Doenças Transmissíveis, Produtos Profiláticos e Terapêuticos, Vigilância Sanitária e Saúde Materno-Infantil), menos o Subprograma Alimentação e Nutrição. Ao valor encontrado são acrescidas as demais despesas do Ministério da Saúde, excetuadas as referentes a subprogramas típicos de outras áreas sociais (Saneamento, Trabalho, Previdência, Educação, Cultura, Assistência Social e Habitação) eventualmente realizadas naquele Ministério.

A Tabela 1 mostra os diferentes resultados da quantificação na área federal conforme o critério adotado. A despesa foi em 1992, segundo a CSC, 55% maior do que o gasto do MS

(1) Despesas registradas no Balanço Geral da União - BGU e nos Balanços do INAMPS (até antes da incorporação das despesas dessa autarquia ao BGU), bem como as despesas com saúde do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS/CEF.

TABELA 1
DIFERENTES ALTERNATIVAS DE QUANTIFICAÇÃO DO GASTO PÚBLICO FEDERAL EM SAÚDE, 1990 A 1992. (Em US\$ milhões dez./90)

ANO	C.S.C.	MINISTÉRIO DA SAÚDE ⁽¹⁾	FUNÇÃO SAÚDE E SANEAMENTO	PROGRAMA SAÚDE
1990	9.535,7	1.679,4	2.102,6	2.501,0
1991	7.917,4	2.062,7	6.881,5	6.463,5
1992	6.630,2	4.270,7	7.450,1	6.833,4

Fonte: Balanços Gerais da União

IPEA - Conta Social Consolidada - CSC (1993)

(1) Gasto total do M.S.

como um todo, mas 12% e 3%, respectivamente, menor do que a observada na Função Saúde e Saneamento e no Programa Saúde. A explicação para a grande diferença encontrada entre os resultados da CSC/Saúde e o valor despendido pelo MS, é que parte dos recursos destinados ao INAMPS ainda estavam nesse ano sendo registrados como gasto do Programa Saúde do Ministério da Previdência Social. Nos anos anteriores a diferença foi ainda maior.

A consolidação do gasto em saúde das três esferas de governo apresenta, por sua vez, duas dificuldades básicas: a uniformização de critérios na contabilização dos gastos de cada esfera e a exclusão das transferências intergovernamentais com o objetivo de evitar dupla contagem. A primeira não foi possível contornar. O gasto federal é aquele informado pela CSC (IPEA), enquanto as despesas das demais instâncias corresponde ao Programa Saúde conforme quantificado no estudo recente de Médici.⁽²⁾

Outra questão é a transformação dos dados financeiros em moeda constante de forma a obter valores comparáveis em série histórica. A utilização de deflatores médios anuais, como praxe, deixa de exprimir o real poder de compra dos recursos aplicados quando as despesas, como ocorre na área de saúde, não se distribuem regularmente durante os doze meses do ano. Mesmo as despesas com pessoal, que poderiam ter fluxo mais homogêneo, apresentam variações como acontece nos meses de pagamento do 13º salário. A distorção será tão mais acentuada quanto maior for a taxa de inflação mensal e a irregularidade na liberação. A apuração da despesa mês a mês geraria resultados mais precisos, mas é impraticável em estudos de curto prazo baseados em informações secundárias.

A dolarização da despesa, segundo o dólar médio anual, não altera o problema porque a conversão de séries históricas, usualmente, não dispensa o deflacionamento prévio. A conversão com base em moeda corrente de cada ano, vale dizer, dispensando o deflacionamento, é procedimento menos comum e produz valores bastante diferentes daqueles encontrados quando feita a partir de cruzeiros constantes.

De qualquer forma o uso do dólar tem vantagens evidentes. A longa convivência com altas taxas de inflação e as sucessivas reformas monetárias fazem com que a moeda nacional tenha deixado de ser referência até mesmo para o cidadão comum. Ademais, o uso do US\$ é essencial para comparações internacionais.

Estas comparações, todavia, exigem algum cuidado. O poder de compra do dólar varia de país para país. Em outras palavras: uma mesma quantidade de dólares compra mais serviços de saúde no Brasil do que nos Estados Unidos ou em outros países do primeiro mundo. Além disso, o conceito de gasto público não é internacionalmente uniforme. Em muitos países a informação disponível refere-se apenas ao gasto do governo central; em outros não são incluídas as despesas com assistência médica quando provida pelo seguro social.

GASTO PÚBLICO TOTAL EM SAÚDE

A evolução das despesas do setor público com serviços de saúde, apresenta duas caracte-

(2) MÉDICI, A. C. Gastos com Saúde nas Três Esferas de Governo - 1980 a 1990, ESP/FUNDAP, São Paulo, agosto 1993

ísticas importantes. De um lado, mantendo o comportamento dos anos setenta, na década de oitenta a participação relativa dos recursos federais no financiamento público, salvo em 1986, foi sempre superior a 71%. De outro, a escassa imunidade do sistema de saúde aos períodos excessivos e às políticas de ajuste. Assim ocorreu na primeira metade da década passada (Tabelas 2 e 3) e, a julgar pelo comportamento das despesas federais, está se repetindo nos primeiros anos desta década, tanto em valores relativos (% do PIB) como em valores absolutos (Tabela 6).

TABELA 2
CONSOLIDAÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO,
1980 A 1990. (Em US\$ milhões de dez./90)

ANO	TOTAL		UNIÃO		ESTADOS		MUNICÍPIOS	
	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)
1980	9.784,1	100,0	7.336,5	75,0	1.743,5	17,8	704,1	7,2
1981	9.241,2	100,0	6.826,8	73,9	1.710,0	18,5	704,4	7,6
1982	9.580,4	100,0	7.126,1	74,4	1.649,6	17,2	804,7	8,4
1983	7.874,6	100,0	5.697,1	72,3	1.506,9	19,1	670,6	8,5
1984	7.959,7	100,0	5.938,6	74,6	1.429,3	18,0	591,8	7,4
1985	9.541,2	100,0	6.836,5	71,7	1.799,4	18,9	905,3	9,5
1986	10.643,7	100,0	7.319,1	68,8	2.212,8	20,8	1.111,8	10,4
1987	12.749,1	100,0	10.590,0	83,1	1.130,5	8,9	1.028,6	8,1
1988	10.924,8	100,0	9.979,0	91,3	-668,5	-6,1	1.614,3	14,8
1989	14.543,4	100,0	11.264,6	77,5	1.668,1	11,6	1.590,7	10,9
1990	12.930,7	100,0	9.404,8	72,7	1.995,9	15,4	1.530,0	11,8

Fontes: 1) IPEA - Conta Social Consolidada, 1980 A 1990. 2) DECNA/IBGE. 3) DIVEM/DTN.

Obs. Tabela elaborada por André Cezar Médici. In: Gastos com Saúde nas três Esferas de Governo - 1980 a 1990. IESP/FUNDAP, São Paulo, agosto de 1993.

Os valores do gasto da União diferem dos apresentados nas tabelas 6 e 7 devido aos deflatores utilizados.

TABELA 3
BRASIL: GASTO PÚBLICO TOTAL EM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO
COMO PERCENTUAL DO PRODUTO INTERNO BRUTO,
1980 A 1990

ANOS	TOTAL	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
1980	2,34	1,75	0,42	0,17
1981	2,36	1,74	0,44	0,18
1982	2,36	1,75	0,41	0,20
1983	2,14	1,55	0,41	0,18
1984	2,15	1,60	0,39	0,16
1985	2,23	1,60	0,42	0,21
1986	2,27	1,56	0,47	0,24
1987	2,81	2,33	0,25	0,23
1988	2,69	2,31	0,00	0,38
1989	3,26	2,52	0,38	0,36
1990	3,19	2,32	0,49	0,38

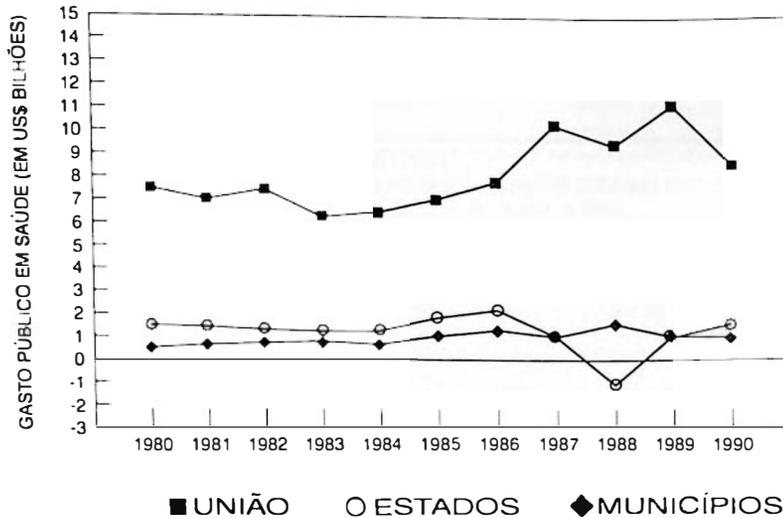
Fonte: 1) IPEA - Conta Social Consolidada, 1980 A 1990.

2) DECNA/IBGE

3) DIVEM/DTN

Obs. Tabela elaborada por André Cezar Médici. In: Gastos com Saúde nas três Esferas de Governo - 1980 a 1990. IESP/FUNDAP, São Paulo, agosto de 1993.

GRÁFICO 1
CONSOLIDAÇÃO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO, 1980 A 1990



FONTE: 1) IPEA - Conta Social Consolidada, 1980 a 1990. 2) DECNA/IBGE. 3) DIVEM/DTN
OBS.: Gráfico elaborado por André Cezar Mêdici. In: Gastos com Saúde nas três Esferas de Governo - 1980 a 1990 IESP/FUNDAP, São Paulo, agosto de 1993.

RECEITA DISPONÍVEL E GASTO COM SAÚDE

A receita disponível compreende a arrecadação própria mais e/ou menos transferências recebidas e/ou desembolsadas de/para outras esferas de governo devido a repartição constitucional ou legal de tributos (inclusive salário-educação). A sua mensuração foi feita pelo regime de caixa e com base no governo transferidor. Não inclui, por conseguinte, transferências negociadas, convênios e ressarcimento de gastos (Afonso, J. R., 1993).

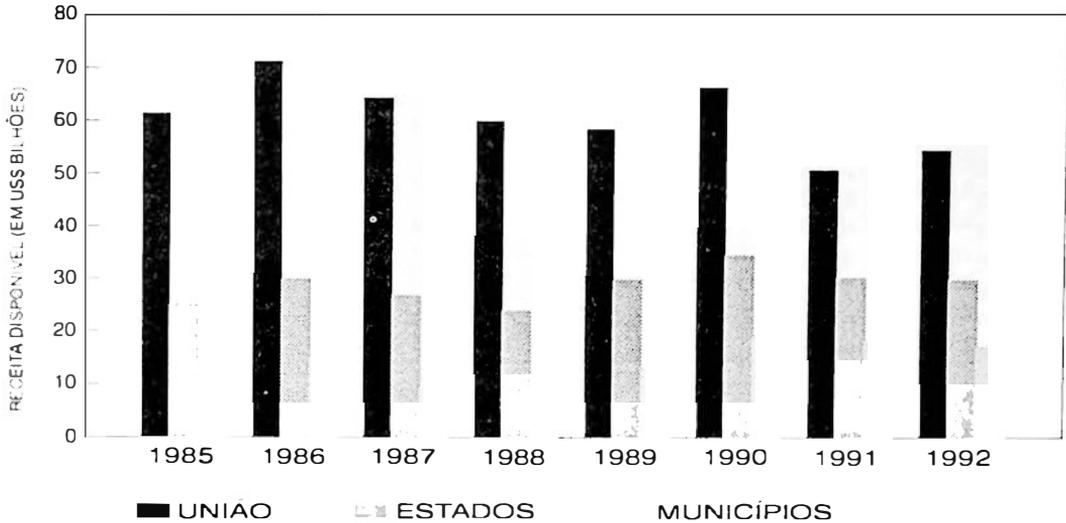
Observa-se na Tabela 4 que a nova partilha da carga tributária instituída pela Constituição

ANO	UNIÃO		ESTADOS		MUNICÍPIOS		TOTAL	
	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)	VALOR	(%)
1985	62.579,1	64,2	24.466,3	25,1	10.429,9	10,7	97.475,3	100,0
1986	72.296,5	61,4	31.438,4	26,7	14.011,9	11,9	117.746,8	100,0
1987	68.132,9	63,7	27.424,6	25,7	11.355,5	10,6	106.912,9	100,0
1988	60.354,1	63,2	24.829,2	26,0	10.313,7	10,8	95.496,9	100,0
1989	59.220,6	59,9	27.728,7	28,0	11.982,8	12,1	98.932,1	100,0
1990	64.810,5	56,6	32.576,7	28,5	17.031,3	14,9	114.418,6	100,0
1991	53.284,0	53,4	29.404,7	29,5	17.044,7	17,1	99.733,4	100,0
1992	55.423,8	56,2	27.514,7	27,9	15.680,4	15,9	98.618,9	100,0

Fonte (em valores relativos): AFONSO, JOSE R. Arrecadação e disposição final da receita tributária bruta global, por nível de governo: 1960/1992.

Nota: Receita disponível compreende a arrecadação própria mais e/ou menos transferências recebidas e/ou desembolsadas de/para outras esferas de governo devido à repartição constitucional de tributos (inclusive salário-educação). Mencionada conforme regime de caixa e com base no governo transferidor.

GRÁFICO 2
ESTIMATIVA DA RECEITA DISPONÍVEL TOTAL E DISTRIBUIÇÃO POR ESFERA DE GOVERNO, 1985 A 1992



FONTE (em valores relativos) AFONSO, JOSÉ R. Arrecadação e disposição final da receita tributária bruta global, por nível de governo 1960/1992

NOTA: Receita disponível compreende a arrecadação própria mais e/ou menos transferências recebidas e/ou desembolsadas de/para esferas de governo devido a repartição constitucional de tributos (inclusive salário educação) Mensurada conforme regime de caixa e com base no governo transferidor. Não inclui transferências negociadas, convênios e ressarcimento de gastos

TABELA 5
GASTO PÚBLICO COM SAÚDE POR ESFERA DE GOVERNO, 1985 A 1992.
(Em US\$ milhões de dez./90)

ANO	OBSERVADO						ESTIMADO ⁽¹⁾				
	ESTADOS E MUNICÍPIOS		UNIÃO		TOTAL		MUNI-CÍPIOS	ESTA-DOS	SUB-TOTAL	UNIÃO	TOTAL
	VALOR	% ⁽²⁾	VALOR	% ⁽²⁾	VALOR	% ⁽²⁾					
1985	2.704,7	7,75	6.836,5	10,92	9.541,2	9,79	1.043,0	2.446,6	3.489,6	6.257,9	9.747,5
1986	3.324,6	7,31	7.319,1	10,12	10.643,7	9,04	1.401,2	3.143,8	4.545,0	7.229,7	11.774,7
1987	2.159,1	5,57	10.590,0	15,54	12.749,1	11,92	1.135,5	2.742,5	3.878,0	6.813,3	10.691,3
1988	945,8	2,69	9.979,0	16,53	10.924,8	11,44	1.031,4	2.482,9	3.514,3	6.035,4	9.549,7
1989	3.278,8	8,26	11.264,6	19,02	14.543,4	14,70	1.198,3	2.772,9	3.971,1	5.922,1	9.893,2
1990	3.525,9	7,11	9.404,8	14,51	12.930,7	11,30	1.703,1	3.257,7	4.960,8	6.481,1	11.441,9
1991	---	---	7.917	14,85	---	---	1.704,5	2.940,5	4.644,9	5.328,4	9.973,3
1992	---	---	6.630	11,96	---	---	1.568,0	2.751,5	4.319,5	5.542,4	9.861,9

Fontes: Tabelas 2 e 4

(1) Estimativa como se cada esfera de governo tivesse aplicado 10% da sua receita disponível.

(2) Percentual em relação à receita disponível

de 1988, diminuiu as disponibilidades da União em favor de Estados e, principalmente, dos municípios.

O confronto do gasto público em saúde com a receita disponível das três esferas do governo evidencia, para os últimos cinco anos da década passada, um comprometimento crescente da receita pública com despesas no setor (9,79% em 1985 para 14,7% em 1989). Tal comportamento decorreu exclusivamente do crescimento real dos dispêndios federais. Em 1985 esses dispêndios absorviam 10,92% da receita disponível da União; em 1989 esse percentual

TABELA 6
GASTO FEDERAL COM SAÚDE: TOTAL E PER CAPITA,
1980 A 1992

ANO	TOTAL (EM US\$ MILHÕES) ⁽¹⁾	CRESC. ANUAL	PER CAPITA (EM US\$ 1,00) ⁽¹⁾	CRESC. ANUAL	% DO PIB
1980	7.438,7	-	62,51	-	1,75
1981	6.921,9	-6,95	57,00	-8,81	1,74
1982	7.225,3	4,38	58,32	2,31	1,75
1983	5.776,4	-20,05	45,72	-21,61	1,55
1984	6.021,3	4,24	46,74	2,24	1,60
1985	6.931,7	15,12	52,80	12,97	1,60
1986	7.421,0	7,06	55,51	5,13	1,56
1987	10.737,4	44,69	78,89	42,12	2,33
1988	10.118,7	-5,76	73,02	-7,44	2,31
1989	11.421,5	12,87	80,96	10,87	2,52
1990	9.535,7	-16,51	66,40	-17,98	2,32
1991	7.917,4	-16,97	54,17	-18,42	1,97
1992	6.630,2	-16,26	44,59	-17,69	1,67

Fonte: Balanços Gerais da União, do FPAS, FINSOCIAL e FAS

(1) Os valores das séries foram convertidos em US\$ de Dez./90, utilizando-se o IGP-DI da FGV e a taxa de câmbio calculada pelo IESP/FUNDAP no valor de Cr\$ 4 476,60

alcançou a 19,02%. Em contrapartida, o conjunto de Estados e municípios somente em 1989 aplicou mais de 8% da sua receita disponível (Tabela 5).

A partir de 1990, entretanto, o governo federal diminuiu a participação do gasto em saúde na receita disponível, que passou de mais de 19% (1989) para menos de 12% (1992). Não há indícios de que o financiamento de origem federal, a despeito da queda, tenha perdido hegemonia; é pouco provável, para dizer o mínimo, que o conjunto de Estados e municípios tenham compensado a retração das fontes centrais.

Se a participação da União em 1989 fosse limitada a 10% da receita federal disponível, o gasto público total teria sido 32% menor, mesmo que Estados e municípios seguissem esse mesmo percentual. Reverter, na atual estrutura tributária, as participações relativas dos três níveis, ou seja, fazendo com que Estados e municípios assumissem, por exemplo, 70% do financiamento do setor público de saúde, significaria comprometer com saúde quase 26% (em 1989) da receita disponível dessas instâncias.

O COMPORTAMENTO DO GASTO FEDERAL EM SAÚDE

O padrão de queda livre nos anos de crise e de ascensão nos de prosperidade, observado para o gasto público em saúde como um todo, é ainda mais evidente na evolução do componente federal dessa despesa. Em valores *per capita*, 1992 foi o pior ano (US\$ 44,59) dos últimos treze; 1989 (US\$ 80,96) foi o melhor. O maior percentual de gasto federal em relação ao PIB (2,52%) também ocorreu em 1989 e o menor (1,55%) em 1983 (Tabela 6).

A despesa federal com ações de abrangência nacional e alcance coletivo, embora venha crescendo em valores relativos desde 1981, continua muito baixa (Tabela 7). Em 1992, por exemplo, o gasto federal *per capita* com vigilância sanitária e controle das doenças transmissíveis, foi de apenas US\$ 2,37. Estimativa do Banco Mundial sugere que em países de *renda média superior*, como o Brasil, o gasto *per capita* com essas ações poderia situar-se em torno de US\$ 7,00. Não se acredita que Estados e municípios tenham alocado o diferencial necessário (US\$ 4,63 por habitante) para alcançar o padrão de gasto estimado pelo Banco como adequado para atender esses programas.

TABELA 7
GASTO FEDERAL COM SAÚDE: TOTAL E COM SUBPROGRAMAS DE ALCANCE COLETIVO,
1980 A 1992. (Em US\$ milhões de dez./90)

ANO	TOTAL		C.D.T. ⁽¹⁾		VIGILÂNCIA SANITÁRIA		OUTROS ⁽²⁾	
	VALORES	(%)	VALORES	(%)	VALORES	(%)	VALORES	(%)
1980	7.438,7	100,0	179,9	2,42	6,1	0,08	7.252,8	97,50
1981	6.921,9	100,0	122,4	1,77	6,7	0,10	6.792,8	98,13
1982	7.225,3	100,0	158,8	2,20	5,8	0,08	7.060,8	97,72
1983	5.776,4	100,0	122,5	2,12	4,3	0,07	5.649,7	97,81
1984	6.021,3	100,0	130,2	2,16	3,0	0,05	5.888,0	97,79
1985	6.931,7	100,0	244,7	3,53	8,1	0,12	6.678,9	96,35
1986	7.421,0	100,0	388,2	5,23	13,0	0,17	7.019,8	94,59
1987	10.737,4	100,0	419,0	3,90	16,8	0,16	10.301,7	95,94
1988	10.118,7	100,0	410,9	4,06	8,8	0,09	9.699,1	95,85
1989	11.421,5	100,0	708,6	6,20	14,1	0,12	10.698,7	93,67
1990	9.535,7	100,0	375,5	3,94	12,0	0,13	9.148,2	95,94
1991	7.917,4	100,0	531,5	6,71	19,7	0,25	7.366,2	93,04
1992	6.630,2	100,0	347,0	5,23	4,9	0,07	6.278,2	94,69

Fonte: IPEA, Conta Social Consolidada, 1993

(1) Controle das Doenças Transmissíveis

(2) Assistência Médica e Sanitária; Produtos Profiláticos e Terapêuticos; Atenção Materno-Infantil (até 1989). Não inclui o Subprograma Alimentação e Nutrição e o Programa Saneamento.

ESTIMATIVAS DE NECESSIDADES

Estudos recentes (Towers & Perrin) permitem estimar em cerca de US\$ 26,766 bilhões (US\$ 180,00 *per capita* X 148,7 milhões de pessoas em 1992) o custo global de um plano básico de assistência médica integral, vale dizer, sem exclusão de qualquer patologia.

A estimativa parece realista. Embora planos médicos de uma ou outra empresa estatal alcancem um dispêndio por beneficiário três a quatro vezes maior, no próprio setor público encontram-se exemplos de custos menores. A despesa *per capita* do IPEA, por exemplo, com assistência médico-hospitalar e odontológica a seus funcionários e dependentes, em 1992 chegou perto de US\$ 175,00. Nesse caso, o cardápio de serviços, sem as exclusões clássicas dos planos privados de seguro, apresenta duas características importantes: proporciona facilidades hospitalares (internação em apartamento privativo com acompanhante) e atenção odontológica praticamente integral (exclui alguns tipos de próteses, mas inclui tratamento ortodôntico) não previstas no Plano Básico da T & P.

A reprodução em escala nacional de modelo semelhante, teria custos *per capita* certamente bem maiores por inúmeras razões. Apenas a inclusão nesse pacote de outras prestações, como ações de alcance coletivo e serviços clínicos essenciais voltados para problemas de saúde pública, implicaria um gasto adicional de US\$ 3,3 bilhões (US\$ 22,00 X 148,7 milhões de pessoas)⁽³⁾. A universalização da assistência farmacêutica, requereria outros US\$ 2 bilhões⁽⁴⁾.

Tudo isto elevaria a despesa para US\$ 32,066 bilhões, ou seja, US\$ 215,00 *per capita*, cerca de 2,2 vezes o gasto observado em 1989 ou 7% do PIB do mesmo ano. Mesmo que a população atualmente coberta pelas diferentes modalidades de medicina supletiva (32 milhões de pessoas) seja excluída, a despesa seria elevada: US\$ 26,3 bilhões (5,92% do PIB).

(3) Países de renda média superior poderiam prover serviços de saúde pública e um pacote mínimo de serviços clínicos essenciais com um custo *per capita* de US\$ 22,00.

(4) Equivalente a 70% do faturamento da indústria farmacêutica (1990) e a 8 vezes o gasto federal com distribuição de medicamentos em 1992.

Não é necessário mais do que um exercício singelo como este para indicar a inviabilidade, ao menos no atual quadro brasileiro, de combinar o *acesso universal e igualitário* às *ações e serviços* de saúde (C. F., Art. 196) e a *integralidade da atenção* (C. F., Art. 198, II), com um modelo de livre demanda, como o que serviu de parâmetro para as estimativas apresentadas.

Entretanto, dados do Banco Mundial apontam que com um terço desses recursos (algo em torno US\$ 10 bilhões), a população brasileira poderia dispor de serviços de boa qualidade e impacto efetivo no nível de saúde. Se elevar o padrão de consumo de serviços médico-hospitalares é, fundamentalmente uma questão, de aumento de recursos, melhorar a saúde das pessoas é, essencialmente, uma questão de política alocativa e de mudança do modelo assistencial.

GASTOS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO: 1980-1990

André Cezar Médici

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo avaliar o compromisso que as três esferas do Governo: União, Estados e Municípios tem tido efetivamente com o financiamento do setor saúde no Brasil, ao longo dos anos oitenta e noventa. Para tal, foi necessário construir séries históricas de dados sobre gastos com saúde dos Governos Federal, Estadual e Municipal, compatibilizando diversas fontes.

Os gastos federais foram obtidos a partir de dados dos Balanços Gerais da União, consolidados e sistematizados pela Coordenadoria de Política Social do IPEA e pela Área de Política Social do IESP/FUNDAP⁽¹⁾. Os dados sobre gastos estaduais e municipais foram obtidos através de levantamentos do Departamento de Contas Nacionais do IBGE e pelas estatísticas da Divisão de Estados e Municípios (DIVEM) do Departamento do Tesouro Nacional⁽²⁾ do Ministério da Economia.

A Metodologia para obtenção dos gastos em saúde em cada esfera de Governo foi considerar o gasto federal em sua totalidade e deduzir dos gastos dos Estados e Municípios, as transferências negociadas de recursos da União⁽³⁾ para o setor.

Sendo assim, as transferências de recursos para Estados e Municípios decorrentes de programas como as Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam elas de natureza ambulatorial (UCA) ou hospitalar (AIH), foram consideradas, para todos os efeitos, como gastos da União, não sendo dessa forma duplicados nos gastos a cargo das esferas locais de Governo.

O objetivo deste procedimento foi tentar mapear a origem dos recursos que deram suporte ao gasto, e não o desembolso efetivo comandado por cada esfera de Governo. Nesse sentido, os gastos dos Estados e Municípios aqui apresentados tem como origem básica as fontes de recursos próprias dessas esferas⁽⁴⁾.

Como gastos de saúde nas três esferas de Governo, foram compreendidos aqueles destinados à prestação de assistência médica de natureza clínica, cirúrgica e farmacêutica, bem como à supervisão e execução de atividades de erradicação e controle de endemias e apoio a populações de risco nutricional.

Os dados foram todos transformados para preços de dezembro de 1990, utilizando-se o

(1) Ver sobre este assunto o artigo de PIOLA, S. F. *Gasto Federal em Áreas Sociais: Resultados de 1992*. Texto preparado para o IESP/FUNDAP, mimeo, junho de 1993.

(2) Estes dados foram sistematizados por Marcos Cicero N. P. Maciel para o projeto *Estrutura e Evolução dos Gastos Sociais dos Governos Estadual e Municipal no Brasil*, desenvolvido na Área de Políticas Sociais do IESP/FUNDAP.

(3) As transferências da União para os Estados e Municípios foram obtidas através de tabulações especiais feitas para o sub-projeto *Canais de Acesso aos Fundos Públicos* desenvolvido no âmbito do projeto *Federalismo Fiscal no Brasil* do IESP/FUNDAP.

(4) Compreende-se como fontes de recursos destas esferas de Governo aqueles oriundos da arrecadação de tributos de sua competência específica, adicionados das transferências constitucionais, como é o caso dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios.

Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas e convertidos para dólares daquele mês. Este procedimento permite ter uma série de valores constantes em moeda americana. Vale dizer que as informações aqui apresentadas são inéditas, dado que pela primeira vez foram consideradas limpas de transferências intergovernamentais.

OS GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE

A análise do gasto com saúde nos anos oitenta e noventa pode ser feita em quatro momentos distintos⁽⁵⁾.

a) O primeiro corresponde ao final do *modelo centralizado*, que vem desde 1974 e se estende até 1982.

b) O segundo que pode ser denominado como *modelo de transição*, se inicia em 1983 e vai até 1986. Caracteriza-se pela presença de programas como o de Ações Integradas de Saúde (AIS), seguido do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

c) Com a consolidação do SUDS em 1987 e com a promulgação da Constituição de 1988 tem-se o *Modelo Descentralizado* baseado no repasse crescentemente automático de recursos, para os Estados e Municípios, com ênfase na intermediação das esferas estaduais enquanto instâncias de promoção das condições de regulação e equidade.

d) Por fim tem-se o quarto momento de *Descentralização Tutelada*, correspondente ao Governo Collor, onde os recursos voltam a ser repassados de forma negociada, com o retorno da administração convencional.

ANOS	GASTO TOTAL	CRESC. ANUAL	ÍNDICE 1980=100	% DO PIB
1980	7.336,5	-	100,0	1,75
1981	6.826,8	-6,95	93,1	1,74
1982	7.126,1	4,38	97,1	1,75
1983	5.697,1	-20,05	77,7	1,55
1984	5.938,6	4,24	80,9	1,60
1985	6.836,5	15,12	93,2	1,60
1986	7.319,1	7,06	99,8	1,56
1987	10.590,0	44,69	144,4	2,33
1988	9.979,8	-5,76	136,0	2,31
1989	11.264,6	12,87	153,5	2,52
1990	9.404,8	-16,51	128,2	2,32
1991	7.808,7	-16,97	106,4	1,97
1992	6.539,1	-16,26	89,1	1,67

FONTE: Balanços Gerais da União

A tabela 1 mostra a evolução dos gastos federais ao longo do período 1980-1992.

O final do modelo centralizado corresponde ao início da crise econômica dos anos oitenta. Naquele momento, observa-se que o gasto absoluto com saúde apresenta uma ligeira queda,

(5) Uma análise destes quatro momentos da política de saúde nos anos oitenta, pode ser visto em MEDICI, A.C. e SILVA, P.L.B. *Desenvolvimento e Crise do Setor Saúde nos Anos Oitenta e Noventa*, IESP/FUNDAP, mimeo, agosto de 1993.

embora permaneça constante enquanto proporção do PIB.

A fase que corresponde ao modelo de transição reflete, no âmbito da economia brasileira, o momento mais drástico da crise econômica do início dos anos oitenta, seguido das estratégias heterodoxas de ajustamento. Neste período observa-se uma queda no gasto federal absoluto com saúde, seguido de uma recuperação, a qual nada mais é do que o reflexo do retorno ao crescimento da economia e da arrecadação governamental em 1985 e 1986. No entanto, verifica-se que o gasto em saúde como proporção do PIB atinge os valores mais baixos da década.

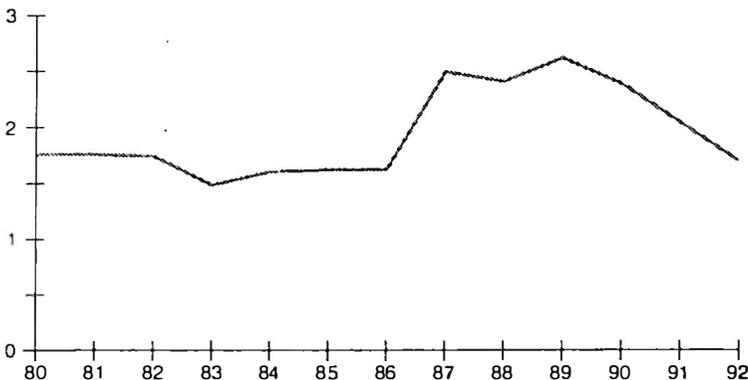
Com a implantação do modelo descentralizado, os gastos federais com saúde atingem seus níveis mais elevados, tanto em termos absolutos como em termos de proporção do PIB, onde o dispêndio ultrapassou a casa dos 2,3% da renda nacional.

O advento do Governo Collor marcou a passagem para o modelo de descentralização tutelada, caracterizando uma acentuada queda nos níveis do gasto federal com saúde, tanto ao nível absoluto como em termos de percentual do PIB, atingindo estes níveis inferiores aos obtidos no início da década de oitenta. Os gráficos 1 e 2 ilustram bem essa situação.

GRÁFICO 1
Evolução dos Gastos Federais com Saúde
1980-1992



GRÁFICO 2
Gasto Federal em Saúde como % do PIB
1980-1992



OS GASTOS DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS COM SAÚDE

À primeira vista, pode-se dizer que os gastos com saúde das esferas locais de Governo aumentaram significativamente ao longo dos anos oitenta e noventa. Cabe, no entanto, destacar qual a parcela dos gastos que efetivamente correspondeu ao desembolso próprio destas esferas e qual aquela que se refere às transferências da União para os Estados e Municípios.

Começamos pela análise dos gastos estaduais com saúde (tabela 2). Pode-se dizer que à primeira vista eles tiveram comportamento ligeiramente distinto do observado no desempenho dos gastos federais. Mantiveram-se ligeiramente crescentes na fase do modelo descentralizado, especialmente em 1982, quando foi registrada a primeira transferência federal de recursos para estas esferas no bojo das Ações Integradas de Saúde (AIS) e de outros programas.

Já em 1983 e 1984, mesmo com a intensificação dos programas de transferências de recursos, observa-se uma queda dos gastos estaduais com saúde, como decorrência da fase mais aguda da crise econômica.

Entre 1985 e 1989 os recursos gastos pelos Estados crescem continuamente, embora esse crescimento possa ser atribuído às transferências federais de recursos.

TABELA 2					
Evolução dos Gastos Estaduais com Saúde - 1980-1990					
Em US\$ milhões de dez. de 1990					
ANOS	GASTOS ESTADUAIS (1)	TRANSFER. FEDERAIS (2)	GASTOS ESTADUAIS LÍQUIDOS (3)=(1)-(2)	TAXAS DE CRESC. DE (3) EM %	GASTOS ESTADUAIS LÍQUIDOS COMO % DO PIB
1980	1743,5	-	1743,5	-	0,42
1981	1710,0	-	1710,0	-1,9	0,44
1982	1911,2	261,6	1649,6	-3,5	0,41
1983	1710,0	203,1	1506,9	-8,7	0,41
1984	1609,4	180,1	1429,3	-5,1	0,39
1985	2179,4	380,0	1799,4	25,9	0,42
1986	2749,4	536,6	2212,8	23,0	0,47
1987	3086,8	1956,3	1130,5	-51,1	0,25
1988	4023,5	4692,0	-668,5	-	0,00
1989	4694,1	3006,0	1688,1	-	0,38
1990	4124,1	2138,2	1985,9	18,2	0,49

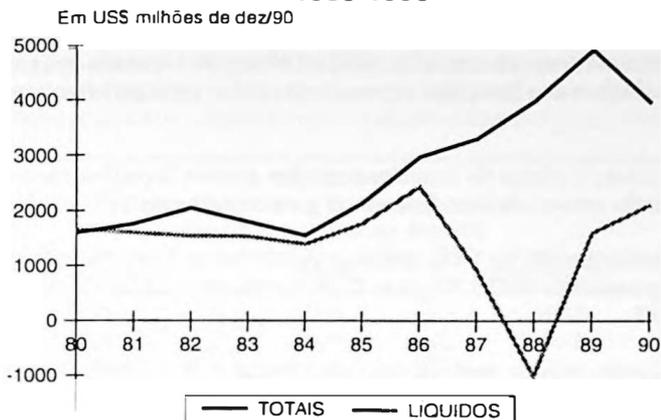
Fonte: DECNA/IBGE; DIVEM/DTN e Balanços Gerais da União

Como pode ser visto na tabela 2, o movimento dos gastos estaduais líquidos com saúde, isto é, a diferença entre os gastos estaduais totais e as transferências federais para o setor mostra que:

a) entre 1980 e 1984, os gastos das esferas estaduais sofrem queda contínua, caindo, inclusive enquanto proporção do PIB.

b) nos dois primeiros anos da Nova República (1985/6) observa-se uma recuperação dos gastos estaduais líquidos, movimento também verificado na dinâmica dos gastos federais. Vale ressaltar, também o crescimento das transferências federais aos Estados neste período. Portanto, todos os fatores atuaram no sentido do crescimento dos gastos com saúde destas esferas de Governo;

GRÁFICO 3
Gastos dos Estados com Saúde
1980-1990



c) os anos de 1987 e 1988, marcam um total declínio dos gastos estaduais com saúde, o que em parte foi contra-partida do crescimento brutal das transferências federais de recursos para estas esferas por conta do SUDS. Vale Ressaltar que, em termos líquidos, os Estados nada gastaram com saúde em 1988 e que parte do dinheiro transferido pelo Governo Federal foi aplicado em outros programas distintos da saúde. Certamente que a política de caixa única utilizada pelas administrações estaduais, aliada a total ausência de fiscalização da aplicação dos recursos contribuiu para este fato. Outra hipótese seria dada pela possibilidade de transferência de recursos dos Estados para Municípios no montante de até US\$ 668,5 milhões, o que não pode ser comprovado, dado não se ter mapeada a transferência de recursos entre Estados e Municípios;

TABELA 3
Evolução dos Gastos Municipais com Saúde - 1980-1990
 Em US\$ milhões de dez. de 1990

ANOS	GASTOS MUNICIPAIS (1)	TRANSFER. FEDERAIS (2)	GASTOS MUNICIPAIS LÍQUIDOS (3)=(1)-(2)	TAXAS DE CRESC. DE (3) EM %	GASTOS MUNICIPAIS LÍQUIDOS COMO % DO PIB
1980	704,1	-	704,1	-	0,17
1981	704,4	-	704,4	0,0	0,18
1982	804,7	-	804,7	14,2	0,20
1983	670,6	-	670,6	-16,7	0,18
1984	670,2	78,4	591,8	-11,8	0,16
1985	905,3	-	905,3	53,0	0,21
1986	1341,2	229,4	1111,8	22,8	0,24
1987	1441,8	413,2	1028,6	-7,5	0,23
1988	1642,9	28,6	1614,3	56,9	0,38
1989	1757,9	167,2	1590,7	-1,5	0,36
1990	1879,2	349,2	1530,0	-3,8	0,38

Fonte: DECNA/IBGE, DIVEM/DTN e Balanços Gerais da União

OBS : Os gastos municipais de 1989 e 1990 foram projetados pela média geométrica do crescimento dos últimos três anos

d) por fim, vale ressaltar que nos anos mais recentes como 1989 e 1990 os Estados voltaram a destinar parcelas crescentes de seus recursos próprios para a saúde, como demonstra a tabela 2. Em 1990, por exemplo, foi verificado o maior destino de recursos estaduais como percentagem do PIB (0,49%) em todo período analisado.

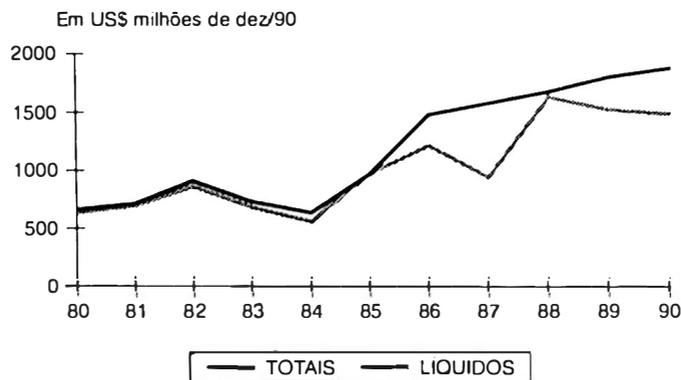
No que se refere aos gastos municipais, pode-se observar que, em que pese o declínio dos gastos líquidos destas esferas nos anos de 1983 e 1984, eles tiveram um comportamento menos irregular do que o relativo aos Estados, cabendo destacar as seguintes características ao longo da década:

a) em termos absolutos, o ritmo de crescimento dos gastos líquidos municipais com saúde foi muito mais intenso do que o verificado com os gastos estaduais;

b) Em termos de participação no PIB, pode-se dizer que a dos municípios cresce mais do que o dobro na década, passando de 0,17% para 0,38%, enquanto que a dos Estados passou apenas de 0,42% para 0,49%;

c) pode-se dizer, ainda, que o movimento de retirada de recursos próprios em função de transferências federais foi muito mais suave nos Municípios do que nos Estados, embora tenha que se reconhecer que só foram computadas as transferências federais, e não as dos Estados para os Municípios.

GRÁFICO 4
Gastos dos Municípios com Saúde
1980-1990



A crise econômica do final dos anos oitenta e início dos anos noventa pode indicar, também, que os municípios se encontram em dificuldades para aumentar seus aportes próprios em saúde, fato que só poderia ser contrarrestado pelo aumento das transferências da União para Estados e Municípios em função do aumento dos recursos nos Fundos de Participação (FPE e FPM), por determinação constitucional.

Vale destacar que, entre 1986 e 1988 o percentual de transferência para estes fundos foi de 16% para Estados e 17% para Municípios. Com o advento da Constituição de 1988, estas transferências chegaram a 19,5% para Estados e 21% para Municípios. Em outras palavras, a partilha dos dois principais impostos federais - Imposto de Renda e Imposto sobre Produtos Industrializados - para as esferas locais de Governo passou de 33% em 1987 para 43,5% em 1990⁽⁶⁾.

(6) Ver sobre este ponto o texto produzido pela área fiscal do IESP/FUNDAP, intitulado *As Finanças dos Estados Durante o Período 1980-1989*. Ed. IESP/FUNDAP. São Paulo (SP), julho de 1992. mimeo.

OS GASTOS TOTAIS COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO

A análise conjunta dos dados apresentados até o presente momento revela que o dispêndio federal sempre teve, ao longo do anos oitenta e ainda tem, grande importância no conjunto do gasto com saúde. Como pode se observar nas tabelas 4, 5 e 6, o nível federal era responsável em 1990 por cerca de 65% do total do gasto público com saúde realizado no país.

No entanto, as mesmas tabelas revelam que essa participação vem declinando com o tempo, na medida em que despontam em importância, os gastos das esferas locais.

ANOS	TOTAL	UNIÃO	ESTADOS	MUNICIP.
1980	9784,1	7336,5	1743,5	704,1
1981	9241,2	6826,8	1710,0	704,4
1982	9580,4	7126,1	1649,6	804,7
1983	7874,6	5697,1	1506,9	670,6
1984	7959,7	5938,6	1429,3	591,8
1985	9541,2	6836,5	1799,4	905,3
1986	10643,7	7319,1	2212,8	1111,8
1987	12749,1	10590,0	1130,5	1028,6
1988	10924,8	9979,0	-668,5	1614,3
1989	14543,4	11264,6	1688,1	1590,7
1990	12930,7	9404,8	1995,9	1530,0

Fonte: Ver tabelas 1, 2 e 3

ANOS	TOTAL	UNIÃO	ESTADOS	MUNICIP.
1980	2,34	1,75	0,42	0,17
1981	2,36	1,74	0,44	0,18
1982	2,36	1,75	0,41	0,20
1983	2,14	1,55	0,41	0,18
1984	2,15	1,60	0,39	0,16
1985	2,23	1,60	0,42	0,21
1986	2,27	1,56	0,47	0,24
1987	2,81	2,33	0,25	0,23
1988	2,69	2,31	0,00	0,38
1989	3,26	2,52	0,38	0,36
1990	3,19	2,32	0,49	0,38

Fonte: Ver tabela anterior

É verdade que entre 1983 e 1986, os gastos estaduais assumiram uma importância maior no total do dispêndio público com saúde no Brasil. Em 1986, por exemplo, chegaram a representar quase 21% do gasto total do setor. No entanto, desde 1987 que a participação dos Estados no financiamento é declinante.

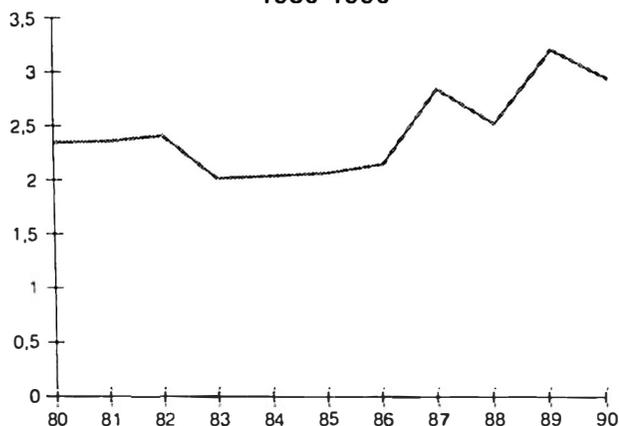
Deve-se ressaltar que tal comportamento não ocorre com os Municípios, onde, com exceção de poucos anos, há uma forte tendência à expansão dos gastos próprios com saúde.

Quanto aos gastos da União, vale dizer que estes sofreram grandes oscilações ao longo da década. Sua participação é relativamente estável no período 1980-1984, declinante no período

ANOS	TOTAL	UNIÃO	ESTADOS	MUNICIP.
1980	100,0	74,8	17,9	7,3
1981	100,0	73,7	18,6	7,7
1982	100,0	74,2	17,4	8,4
1983	100,0	72,4	19,2	8,4
1984	100,0	74,4	18,1	7,5
1985	100,0	71,7	18,8	9,5
1986	100,0	68,7	20,7	10,6
1987	100,0	82,9	8,6	8,5
1988	100,0	85,9	-	14,1
1989	100,0	77,3	11,7	11,0
1990	100,0	72,7	15,4	11,9

Fonte: Ver tabelas anteriores

GRÁFICO 5
Gastos Totais em Saúde como % do PIB
1980-1990



1985/86 e ampliada nos anos 1987/89, voltando a decrescer, provavelmente, no período 1990/92, em função dos cortes sofridos ao longo do Governo Collor.

Vale destacar, ainda, que os dados mostram que a participação da União no financiamento da saúde, em que pese as oscilações registradas, não se alterou substancialmente ao longo da década, situando-se em quase todos os anos na faixa dos 71% a 78%. Tal fato nos leva a pensar sobre a possibilidade ou não de reverter o atual sistema de financiamento da saúde, hoje centrado nos fundos arrecadados pelo poder central.

RELAÇÕES ENTRE GASTOS COM SAÚDE E RECEITAS NAS DISTINTAS ESFERAS DE GOVERNO

Como tem se comportado o gasto com saúde como proporção da arrecadação ou do dispêndio total de cada esfera de Governo? Pode-se dizer que esta relação é importante para se conhecer como a saúde tem sido encarada no bojo das prioridades alocativas da máquina pública.

No plano federal, pode-se dizer que a receita total seria dada pela soma das receitas,

tributárias e de contribuições do Tesouro com a arrecadação própria da previdência social. A tabela 7 mostra a relação entre gasto federal com saúde e receita total da União.

ANOS	RECEITA DO TESOURO	RECEITA PREVIDENCIÁRIA	RECEITA TOTAL (*a)	GASTOS LÍQUIDOS COM SAÚDE (*b)	(*b)/(*a) (%)
1980	40233,8	21307,8	61541,6	7336,5	11,9
1981	40233,8	21847,6	62081,4	6826,8	11,0
1982	41910,2	25999,2	67909,4	7126,1	10,5
1983	38935,9	21296,2	60232,1	5697,1	9,5
1984	28614,5	19889,5	48504,0	5938,6	12,2
1985	41344,5	21633,6	62978,1	6836,5	10,9
1986	50101,5	25090,8	75192,3	7319,1	9,7
1987	46500,9	25249,7	71750,6	10590,0	14,8
1988	41234,6	22312,8	63547,4	9979,8	15,7
1989	46151,0	20793,6	66944,6	11264,6	16,8
1990	49311,0	23054,5	72365,5	9404,8	13,0
1991	38321,0	21058,8	59379,8	7808,7	13,2
1992	37772,0	22964,4	60736,4	6539,1	10,8

Fonte: Revista Conjuntura Econômica, Indicadores IESP e Balanços Gerais da União.

ANOS	RECEITA TRIBUT. PRÓPRIA	TRANSF. CONSTIT. FPE, FPM E OUTRAS	RECEITA TOTAL (*a)	GASTOS LÍQUIDOS COM SAÚDE (*b)	(*b)/(*a) (%)
1980	21255,8	3023,5	24279,3	1743,5	7,2
1981	19780,0	3034,2	22814,2	1710,0	7,5
1982	20990,7	3847,3	24838,0	1649,6	6,6
1983	18287,1	3967,3	22254,4	1506,9	6,8
1984	18943,6	4074,0	23017,6	1429,3	6,2
1985	22537,1	5756,9	28294,0	1799,4	6,4
1986	29890,9	6802,4	36693,3	2212,8	6,0
1987	24832,6	6455,5	31288,1	1130,5	3,6
1988	22233,3	6619,8	28853,1	-668,5	-
1989	27537,8	7390,4	34928,2	1688,1	4,8
1990	30568,6	8083,8	38652,4	1995,9	5,2

Fonte: Área Fiscal e Área Social do IESP/FUNDAP.

Verifica-se que a participação dos gastos com saúde no total das receitas da União atingiu seu ponto mais alto no período 1987-1989, quando chegou a quase 17% da receita total da União. No período 1990/92, o decréscimo dos gastos com saúde ao nível federal vem ocorrendo não apenas em termos absolutos, mas também em termos relativos, isto é, como parte da receita, retornando aos níveis vigentes no início da década de oitenta.

A análise dos gastos com saúde como proporção das receitas estaduais revela, no entanto

uma realidade ainda mais drástica, como demonstra a tabela 8. Diferentemente do ocorrido ao nível federal, os gastos estaduais em saúde caem gradativamente ao longo da década enquanto proporção das receitas dos Estados, comprovando a baixa prioridade atribuída por esta esfera de Governo ao setor.

Não é preciso fazer uma análise exaustiva para comprovar que, mesmo com todos os programas de descentralização, a participação dos gastos com saúde nas receitas próprias dos Estados tem sido declinante ao longo dos últimos dez anos. No entanto, se fosse cumprida a recomendação no sentido de que os Governos Estaduais viessem a gastar 10% de suas receitas totais próprias, deduzidas as transferências específicas para o setor saúde, haveria um aumento dos recursos disponíveis para o setor da ordem de US\$ 1,9 bilhões anuais, ou seja, 14,7% a mais sobre o gasto total com saúde realizado em 1990.

Na ausência de estimativas confiáveis de receitas próprias e transferências a Estados e Municípios, a análise dos dados relativos a estas esferas levou em consideração a relação entre despesa total e receita total, deduzidas de ambas as transferências específicas para a saúde. Com isso, chegou-se à seguinte relação, expressa na tabela 9.

ANOS	GASTOS MUNICIPAIS TOTAIS (*a)	GASTOS MUNICIPAIS COM SAÚDE (*b)	(*a)/(*b) (em %)
1980	11215,2	704,1	6,3
1981	11030,2	704,4	6,4
1982	12503,0	804,7	6,4
1983	10079,9	670,6	6,7
1984	9998,9	591,8	5,9
1985	13731,2	905,3	6,6
1986	17893,8	1111,8	6,2
1987	16177,3	1028,6	6,4
1988	15898,8	1614,3	10,2
1989	16865,6	1590,7	9,4
1990	17867,1	1530,0	8,6

Fonte: Área Social do IESP/FUNDAP

Observa-se que os gastos municipais são relativamente estáveis como proporção da despesa dos municípios, pelo menos até 1987, onde só são observadas pequenas variações determinadas pelo ciclo econômico. Mas a partir de 1988 há uma mudança no patamar dos gastos municipais com saúde, embora as últimas estimativas (para 1989 e 1990) indiquem que tem ocorrido um ligeiro declínio absoluto e relativo dos gastos nestas esferas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências encontradas neste texto nos permitem mostrar que a esfera de Governo que gastou mais com saúde nos anos oitenta, tanto em termos absolutos como em termos relativos a suas receitas/despesas totais foi a Federal.

Tal fato se deve não apenas ao comprometimento relativo do gasto com saúde destinado pela União, mas também em função da magnitude das receitas federais, as quais são superiores em quase 30% a soma das receitas das demais esferas.

No entanto, alguns esforços têm sido feitos pelos Municípios, ao final da década de oitenta e provavelmente no início dos anos noventa para reverter tal situação. Pode-se dizer que as únicas esferas que aumentaram sua participação no gasto com saúde entre 1980-1990 foram

a Federal e a Municipal, dado que os Estados contraíram sua participação média em relação ao desempenho observado nos anos anteriores.

Vale dizer ainda, que com a atual participação dos Estados e Municípios na carga fiscal nacional, aumentar o gasto com saúde para 10% da receita destas esferas não traria efeitos no aumento dos gastos com saúde superiores a 20%.

Se há portanto, um diagnóstico de que o gasto com saúde no Brasil tem sido insuficiente para financiar a universalização e a equidade do acesso num modelo descentralizado, o aumento do gasto só poderia advir:

a) ou da elevação do gasto da União com o financiamento e o repasse de recursos para a saúde nas esferas locais;

b) ou da redistribuição da partilha tributária, no sentido de elevar as receitas e encargos das esferas locais de Governo;

c) ou do aumento da participação dos gastos com saúde nas esferas locais para algo em torno de 20% de suas receitas próprias e transferências recebidas.

Em todos os casos, ficam ainda pendentes questões relacionadas à desigualdade regional dos gastos com saúde, assunto que será tratado em outros trabalhos subseqüentes.

DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E FINANCIAMENTO DA SAÚDE: ALGUMAS IDÉIAS OU PROVOCAÇÕES (*)

José Roberto Afonso

APRESENTAÇÃO

Às vésperas da revisão constitucional no Brasil, entram na ordem do dia os debates sobre as reformas dos sistemas tributário e de financiamento da seguridade social, bem como sobre a chamada divisão de encargos entre os níveis de governo. A saúde é um dos mais interessantes e importantes elos de encadeamento dessas questões e será objeto de atenção destas notas.

A descentralização das ações governamentais em saúde já é um princípio constitucional. Da teoria à prática, contados cinco anos de vigência da Constituição, as expectativas foram frustradas (para dizer o mínimo). Reclama-se tanto do fracasso e o estrangulamento do padrão de financiamento da saúde, como o avanço modesto da descentralização.

Do lado das receitas, as contribuições vinculadas à seguridade social constituem o mais explícito objeto de rejeição dentre os tributos existentes no país - pelos contribuintes (porque sobrecarregam salários ou provocam efeito *em cascata*), pelas autoridades econômicas federais (porque os recursos não são ordinários) e até mesmo pela corporação da saúde (porque não evitou sua crise financeira). Mais explícita ainda é a contradição em torno das despesas: por um lado, autoridades federais brandam que Estados e Municípios ganharam receitas com a reforma tributária de 1988 e não assumiram novos encargos; por outro, governos subnacionais reclamam que, ao aderirem ao Sistema Único de Saúde, foram enganados por se comprometerem com gastos crescentes ao tempo em que as transferências de recursos federais foram e tendem a ser decrescentes.

Não é de se estranhar a confusão que se instalou no país em torno dos temas reforma tributária e fiscal. Há algum tempo a teoria, a experiência (passada e internacional) e a análise com mínima fundamentação técnica, deram lugar a busca de inovações revolucionárias, a aceitação irrestrita de mitos e a preocupação maior com o *marketing* popular⁽¹⁾. A versão contemporânea e fiscal do *festival de besteiras que assola o país* começou com a tese do imposto único e já se espalha para outras áreas e propostas.

Por incrível que pareça, num país em que é mais fácil criticar do que propor, no debate tributário e fiscal ocorre o inverso: sobram projetos de reforma e faltam diagnósticos fundamentados e atualizados. Os que tanto reclamam a simplificação tributária, já conseguiram ao menos tornar simplista o debate. Não há preocupação em se avaliar empiricamente a

(*) Texto concluído em outubro de 1993

(1) A análise da onda de projetos de reforma tributária no Brasil revela uma curiosa correlação - quanto mais demagógicas e despreocupadas com a técnica fiscal, mais as propostas tendem a produzir efeito na prática, exatamente inverso ao pretendido originalmente. Sendo assim, não há justiça, redistribuição de renda ou melhoria social quando, a pretexto de diminuir e simplificar os impostos, se propõe a extinção de contribuições e taxas (que são devidas ao governo apenas se o contribuinte recebe um benefício ou um serviço), ou de impostos sobre renda e propriedade (que são devidos só quando se tem, e proporcionalmente ao que se tem de renda e posses). Pior ainda, quando no lugar desses tributos, sugere-se a criação ou aumento de impostos indiretos como os incidentes sobre movimentação financeira e bens e serviços selecionados (combustíveis, energia elétrica, comunicações...), que são pagos por todos, independente de suas riquezas, uma vez que vêm embutidos nos preços dos bens e penalizam proporcionalmente os mais pobres.

situação atual, os indicadores fiscais e financeiros posteriores à Constituição de 1988, muito menos em se quantificar o efeito das medidas propostas⁽²⁾.

É inevitável que o vício do simplismo alcance também as discussões sobre a revisão da saúde. Nesse sentido, o objetivo destas notas é colaborar para um esforço de melhoria ao menos do conhecimento sobre a realidade fiscal. As atenções, aqui, serão concentradas na análise da dimensão e distribuição da receita tributária, e os efeitos, atuais e futuros, sobre o gasto com saúde no país.

Na primeira seção é feita uma breve resenha das mudanças de 1988 e dos seus efeitos na área tributária. A segunda seção apresenta um diagnóstico sobre a evolução e composição recente da carga tributária. A terceira seção trata da revisão constitucional e introduz preliminares acerca das perspectivas para descentralização e financiamento do setor. Ao final do trabalho é apresentado anexo, compreendendo tabelas, quadros e gráficos, com informações que fundamentam os argumentos desenvolvidos a seguir.

I. CONSTITUIÇÃO: AVANÇOS EM MEIO À FRUSTRAÇÃO

Apenas cinco anos passados da promulgação da Constituição de 1988, a maioria dos analistas ignora ou esquece os avanços realizados no âmbito das matérias tributárias e de financiamento do governo. O que deveria ser redundante, torna-se imperioso: repetir os princípios e medidas e analisar o impacto das mudanças constitucionais realizadas na matéria.

Os Constituintes de 1987/88 adotaram como princípios básicos a descentralização de competências e receitas, a redistribuição regional de receitas, o fortalecimento e a diversificação das fontes do financiamento dos gastos sociais e a racionalização e modernização do sistema.

O fortalecimento político e financeiro dos Estados e dos Municípios foi cumprido por duas direções: o aumento da participação da esfera inferior de governo na arrecadação da esfera superior e a ampliação e fortalecimento das competências tributárias próprias.

Foi ampliada a participação dos governos estaduais e municipais na receita tributária da União: pela elevação das porcentagens do IR e IPI destinadas aos Fundos de Participação dos Municípios - FPM (de 17% na Constituição anterior para 22.5% da arrecadação) e dos Estados - FPE (de 16% para 21.55) e pela criação de uma espécie de fundo de ressarcimento do ICMS não cobrado pelos exportadores (10% do IPI). Os Estados passaram a repartir mais receitas para seus Municípios devido à ampliação da base de incidência do ICMS e a elevação de sua cota-parte de 20% para 25%. As transferências também passaram a ser realizadas de modo eficaz e transparente. Talvez sem precedentes no mundo, a Constituição, além de estabelecer as porcentagens de repartição dos impostos entre os níveis de governo, especifica princípios e critérios de rateio (partilha ou fórmula), fixa cota-parte máxima (no caso do FPE, nenhum Estado recebe mais de 20%), veda vinculações dos recursos (salvo para ensino, como a dos

(2) Para ilustrar o argumento sobre a falta de adequada e devida fundamentação empírica, vale comentar algumas teses da moda:

- governo federal alega que a carga tributária brasileira diminuiu, para 20% ou 22% do PIB, quando o IBGE, órgão oficial de estatísticas, divulga as contas nacionais com uma arrecadação de tributos acima de 24% do PIB;
- os defensores do imposto único argumentam que o custo do governo de arrecadar impostos é da ordem de 3% do PIB, como se o orçamento da Receita Federal fosse superior à soma dos orçamentos dos ministérios militares, saúde e agricultura;
- o IPMF é criado como o imposto que taxará os sonegadores porque tributará suas movimentações em conta-corrente, como se num país superinflacionário as riquezas ficassem em depósitos à vista e não fossem aplicadas em fundo, CDB, bolsa e fundos de investimentos, que já são sujeitos ao IOF, ao imposto de renda e ao adicional estadual;
- o Deputado Luís Roberto Ponte descobriu que, também seria *insonsegável* um imposto sobre combustíveis, energia, comunicações, veículos, fumo e bebidas, como se esses bens e serviços já não fossem hoje supertaxados, por vários tributos (ICMS, IPI, IVVC, COFINS, PIS, alíneas, selos e taxas, uns incidindo sobre os outros), com alíquotas elevadas (só a do ICMS já foi elevada pelos Estados de 20% para 33%) e esquemas especiais de controle da arrecadação (contribuinte substituto, diferimento, fiscalização concentrada nas fábricas e grandes distribuidores).

impostos), delega a atribuição de cálculo e fiscalização (no caso dos fundos de participação, o TCU) e chega até a dispor sobre a publicação dos cálculos das cotas e dos créditos.

Para a descentralização tributária, as mudanças de caráter mais estrutural ocorreram, porém, na discriminação das competências tributárias. Não apenas o número de impostos estaduais e municipais foi ampliado, como também suas bases econômicas fortalecidas e concedida uma autonomia ímpar para legislar e cobrar os impostos próprios. E isso atende aos objetivos de modernização do sistema. Para diminuir a regressividade fiscal, foi fortalecida a tributação direta - via criação do adicional estadual ao imposto de renda pago à União e restabelecimento do imposto sobre herança e doações. Para aplicar os tributos indiretos de maneira a não distorcer a alocação de fatores produtivos foi ampliado o principal imposto sobre valor adicionado do país (o novo ICMS absorveu cinco impostos federais cumulativos e incidentes sobre insumos básicos da economia)⁽³⁾ e criado um imposto municipal sobre um item básico do consumo final, as vendas à varejo de combustíveis (o IVVC).

O ganho mais relevante em termos de autonomia dos governos subnacionais respeitou à concessão de liberdade plena para cada Estado fixar, por leis próprias, as alíquotas do ICMS incidentes sobre as operações internas (antes havia um teto imposto pelo Senado Federal e exigência de uniformidade nacional da alíquota). Foi mantido e ampliado o poder decisório do colegiado de fazendas (CONFAZ). Desse modo, os Estados se tornaram peças-chaves na formulação da política tributária nacional (e até econômica) porque o ICMS passou a ser o mais amplo e importante tributo incidente sobre a produção, a importação e o consumo no mercado doméstico (atingindo também as exportações de produtos primários e industriais considerados semi-elaborados).

Não fossem os avanços em termos de autonomia concedida aos Estados e Municípios para cobrança de seus próprios tributos, a concepção e a estrutura geral do sistema de 1988 pouco teria mudado em relação à reforma de 1965/67. Por exemplo, o *bolo* dos fundos de participação aumentou e muito, porém, a configuração básica dessa fonte de transferência não mudou - o as mesmas bases (IR/IPI) e os mesmos princípios de rateio.

A desconcentração regional das receitas tributárias foi atendida concomitantemente pelas medidas que descentralizaram competências e receitas. O crescimento dos fundos de participação, que beneficiam proporcionalmente mais as regiões pobres, teve efeito imediato e certo, reforçado pelas mudanças na legislação complementar (como a nova tabela de rateio do FPE, com 85% para as três regiões menos desenvolvidas, e a redução da defasagem entre recolhimento e crédito das cotas). Já na exploração das competências próprias, a extensão dos ganhos financeiros dependeu da dimensão regional das novas bases econômicas e da instituição e boa administração dos novos (e velhos) impostos. A redistribuição regional de recursos também se fez presente com a redução da alíquota do ICMS nas saídas de mercadorias do Sul-Sudeste, ou seja, diminuindo a parcela do imposto que cabe aos Estados ricos quando vendem produtos e serviços para as regiões mais pobres do país.

O princípio da modernização do sistema tributário foi o mais abrangente. Compreendia desde o aperfeiçoamento dos instrumentos e a adequação aos sistemas de outros países até a busca de maior justiça e progressividade fiscal. Nesse sentido, conta-se: a substituição de cinco impostos federais cumulativos pelo ICMS (segundo a tendência internacional de ampliação de IVA); os impostos sendo diretos, sobre lucros (adicional estadual e contribuição social) e propriedades (heranças e doações e grandes fortunas) e, quando indireto, sobre o consumo final (vendas à varejo de combustíveis)⁽⁴⁾; os limites ao poder de tributar ficaram mais claros e restritivos (legalidade, anterioridade, imunidades...)

Quanto ao padrão de financiamento de seguridade social, os Constituintes procuraram ampliar e diversificar as fontes de financiamento dessas ações para fazer face à nova

(3) Caso do IULC, IUUE, IUM IST e ISC, antes citados. Salvo este último imposto, os demais estavam sujeitos, por determinação constitucional, à repartição com Estados e Municípios, segundo diferentes proporções e fórmulas de rateio - no caso do mais importante, o IULC, 40% de sua arrecadação era destinada aos governos estaduais e 20% aos municipais, segundo parâmetros como população, produção e consumo dos derivados de petróleo.

(4) Todos os novos impostos também compreendem bases relativamente pouco exploradas no país, não afetam a alocação dos fatores de produção e nem as exportações, e se enquadravam nas novas tendências internacionais de tributação.

organização institucional - da seguridade, compreendendo a previdência, a saúde e a assistência social - e, notadamente, à forte ampliação dos benefícios e as obrigações do Estado relativamente a essas ações. Além da manutenção das tradicionais contribuições de empregados e empregadores incidentes sobre a folha salarial, a Constituição de 1988 previu a criação de uma contribuição sobre o lucro (o que foi concretizado poucos meses após promulgada a Constituição) e a mudança de vinculação de outras três contribuições já existentes: as incidentes sobre o faturamento e os concursos prognósticos (loterias), antes vinculadas a fundos sociais (FINSOCIAL e FAS, respectivamente), passaram a custear o orçamento da seguridade; a incidente sobre as receitas operacionais (no caso das empresas) e outras bases, antes vinculada aos fundos individuais dos trabalhadores do PIS e PASEP, passou a financiar especificamente o seguro-desemprego e o abono anual dos trabalhadores de baixa renda.

A diversificação das fontes de financiamento foi sacramentada pela legislação infraconstitucional, que não apenas instituiu e redirecionou as referidas contribuições, como majorou sucessivamente suas alíquotas de modo a viabilizar o custeio da expansão das despesas da área, sobretudo as dos benefícios previdenciários. Como já era de se esperar desde a Constituinte, também pesou muito para o uso intenso das contribuições o fato de que incidiam sobre a base indêntica a do IR (lucro) e próxima a do IPI (receitas) e, ao contrário dos dois impostos, tinham a vantagem de que 100% da receita é incorporada ao orçamento da União, ainda que vinculadas a grandes funções de governo.

Enfim, as mudanças constitucionais atenderam aos princípios norteadores da reforma tributária, perseguidos pelos Constituintes, representando, em termos da qualidade dos instrumentos tributários, avanços em muitos aspectos importantes e nenhum retrocesso. É verdade que a Assembléia Constituinte pode ser acusada de não ter avançado ainda mais para a modernização do sistema, ou seja, não extinguiu contribuições sociais incidentes sobre vendas em geral (ao FINSOCIAL e ao PIS) e os impostos indiretos específicos (o IOF e o ISS). Embora ambas propostas supressivas tenham sido apreciadas, não foram aprovadas, basicamente, pela falta de alternativas para financiar os gastos sociais básicos (que representavam contrapartida de importantes conquistas dos trabalhadores no capítulo dos direitos sociais) e as prefeituras das capitais e grandes cidades (muito dependentes do ISS), bem como pela necessidade da União de preservar um dos raros instrumentos que dispõem para exercício da política econômica de curto prazo (o ISS).

II. EVOLUÇÃO RECENTE DAS RECEITAS E DESPESAS

A descentralização tributária é um traço marcante e que torna peculiar o federalismo fiscal brasileiro *vis-a-vis* a experiência internacional. O mais curioso é que o grau de descentralização não é devidamente reconhecido nos debates e na literatura nacional, ou ao menos não chega a impressionar como aos analistas estrangeiros, inclusive técnicos do FMI e do Banco Mundial (que chegam a classificar como *impressionantes* os indicadores institucionais e econômicos do grau de descentralização)⁽⁵⁾. Mais do que isso, também identificam aí um condicionante poderoso para o processo de reforma tributária e fiscal. A questão federativa tornou-se crucial para o debate tributário. A descentralização aguda da política tributária (e não apenas da receita) tornou o tratamento da matéria mais complexo, acentou sua politização e vem minando a formulação e execução de algumas políticas nacionais, até pela incapacidade do Executivo e do Legislativo Federais de compreenderem ou reconhecerem a nova divisão de recursos (e poder).

A autonomia dos governos subnacionais já é acentuada na configuração institucional do sistema tributário. Cada nível e unidade de governo, segundo a Constituição, goza de ampla autonomia para instituir, legislar, fixar alíquotas, conceder incentivos e arrecadar os tributos de suas respectivas competências, bem como gerir e gastar as receitas decorrentes. São

(5) Vide, por exemplo, Anwar Shah, *The New Fiscal Federalism in Brazil*. Washington, The World Bank, december/90 (Working Paper 557), e Vito Tanzi *et al.*, *Brazil: Issues for Fundamental Tax Reform*. Fiscal Affairs Dept., IMF, april/1992.

limitados apenas por normas gerais fixadas no próprio texto constitucional e em leis complementares federais. É um grau de autonomia na gestão própria dos tributos sem precedentes na experiência internacional - especialmente no caso dos Municípios que, em geral, funcionam quase como *divisões administrativas* dos governos superiores.

Passando da ótica institucional à financeira, acentua-se o caráter descentralizado do sistema. Mesmo tomando apenas a arrecadação própria (isto é, sem computar as transferências constitucionais de impostos), Estados e Municípios arrecadam atualmente cerca de 7,2% e 1,3% do PIB, respectivamente, o que responde por 34% da carga tributária global do país (se excluídas para a seguridade social, a participação supera os 50%). É uma situação relativa semelhante a das Federações mais avançadas do mundo - como Canadá, Austrália e Alemanha.

A maior parte da arrecadação tributária dos governos subnacionais é explicada pela arrecadação estadual do ICMS. Em meio a estagflação, sozinho arrecada 6,5% do PIB ou 27% da carga tributária global, incluídas contribuições sociais. Neste particular, o caso brasileiro torna-se único no mundo: o ICMS é isoladamente a maior fonte de receita tributária nacional; a forma de IVA mais abrangente existente no país e também o maior tributo incidente sobre produção e consumo no mercado interno; implantação pioneira, criado em 1965, antes de ser generalizado na Europa, e único no mundo administrado pelos Estados com mínima intervenção pela União.

Quanto à repartição constitucional de impostos, é importante lembrar que movimentam recursos expressivos (4,5% do PIB/ano) e pouco afetam a autonomia local pois são imunes às vinculações específicas e representam a maior parte das transferências intergovernamentais ao país (ao contrário, por exemplo, do que ocorre nos Estados Unidos).

Considerando a chamada receita tributária disponível (arrecadação própria mais /ou menos repartição legal de tributos), a divisão por níveis de governo acentua ainda mais o grau de descentralização do sistema tributário. Em relação à estrutura da tributação direta, nota-se um aumento significativo da participação dos Municípios no *bolo* tributário nacional, em detrimento das esferas superiores de governo: em 1992, a União deteve 56% da receita tributária, os Estados, 28% e os Municípios saltaram para 16%. Para comparar com o sistema tributário anterior, vale mencionar que em 1988, último ano de sua vigência, as participações respectivas eram de 63%, 26% e 11%. Como se vê, a outra face do esvaziamento tributário foi a municipalização dos ganhos financeiros, os Estados pouco ganharam.

A descentralização também foi acompanhada pela desconcentração regional dos recursos dos governos subnacionais, como pretendiam os Constituintes. Entre 1988 e 1991, a receita tributária disponível dos estados da região Norte cresceu, em média, 18% a.a. e do Nordeste, 7% a.a., enquanto a taxa de São Paulo foi de apenas 5% a.a. a mais baixa entre os 27 governos estaduais. A mudança na composição regional do ICMS também é eloquente: a participação relativa de São Paulo, que em 1988 era de 43%, hoje situa-se em 38% da arrecadação nacional. Do mesmo modo pesa o caráter redistributivo do FPE: extrai 90% da arrecadação do IR e IPI nas regiões Sul e Sudeste e destina 85% do fundo para as demais regiões. No âmbito dos Municípios, a desconcentração regional foi atenuada devido ao forte incremento da arrecadação própria de impostos e taxas e do rateio do ICMS, cujos efeitos, em valores absolutos, beneficiam mais as prefeituras de médio a grande porte, concentradas no Centro-Sul. A despeito do acentuado e rápido processo recente de redistribuição de recursos, o Brasil ainda se caracteriza por profundas disparidades na disposição de receitas disponíveis entre unidades estaduais e municipais, o que torna também sua experiência mais peculiar e o equacionamento dos problemas fiscais brasileiros mais complexo e difícil.

De qualquer forma, a União ainda gera e detém fatia expressiva tributária global. Esta constatação, porém, deve ser complementada pela observação de que o governo tornou-se extremamente dependente da arrecadação das contribuições sociais (sobre salários, lucros e faturamento ou vendas) responde por quase 60% da receita tributária disponível federal em 1991/92, contra cerca de 45% em 1988. Especialmente, naquele biênio, a arrecadação das contribuições sociais sobre folha salarial gerou para a União três vezes mais recursos que o imposto de renda (após a repartição para governos subnacionais) e as que incidem sobre vendas (COFINS e PIS) quase duas vezes mais que o IPI (líquido das transferências). A principal consequência da estrutura de arrecadação acima citada é a excessiva vinculação dos

recursos tributários que ficam nas mãos do governo central. Às contribuições sociais, somam-se outros recursos com aplicação pré-destinada (3% do IR/IPI para fundos regionais de crédito, 18% dos impostos disponíveis para ensino e as outras contribuições e taxas). Pouco mais de um quinto de toda receita tributária disponível da União constitui fonte de recursos para livre alocação.

É importante também destacar que o aumento da participação dos governos subnacionais na receita tributária nacional (direta e disponível) e das contribuições sociais na disponibilidade da União deu-se ao mesmo tempo em que cresceu o *bolo* tributário arrecadado no país. A carga tributária global, no conceito macroeconômico (incluindo impostos, taxas e todas as contribuições), situou-se pouco abaixo de 25% do PIB no biênio 1991/92, após o recorde histórico de 28% em 1990. A tendência para 1993 ainda é de aumento de carga global (puxada pelo forte incremento da arrecadação federal), o que significa que o sistema tributário vigente, uma vez consolidado, arrecada muito mais que o anterior, que ao final de sua vigência apresentava uma razão tributos/PIB de 22% (inclusive, o menor nível histórico desde 1967).

A despeito do *confisco* e das outras medidas de caráter *once for all* adotadas pelo Plano Collor em 1990, a arrecadação nacional não regrediu devido ao caráter permanente dos aumentos promovidos: pelos Estados no âmbito do ICMS; pela União, nas contribuições sociais (desde a incidente sobre a folha até as sobre lucro e vendas); e pelos Municípios, na cobrança de IPTU e taxas⁽⁶⁾.

Comparando as médias simples da carga tributária bruta anual do biênio 1991/92 com o período de 1970/90, ou dos períodos de 1989/92 com 1967/88, constatam-se resultados semelhantes - uma arrecadação pouco abaixo de 25% do PIB. Deduz-se que, nos seus primeiros anos de vigência, o sistema tributário definido pela Constituição de 1988 arrecadou, em média, tanto quanto o sistema anterior durante sua existência.

Entretanto, o resultado recente deve ser ressaltado face as condições adversas para o fisco, seja no campo político (sem decreto-lei, com oposição parlamentar e recorrentes derrotas no judiciário), seja na macroeconomia (recessão industrial, superinflação e queda da massa salarial). Entre 1988 e 1992, enquanto o PIB diminuiu em 1%, a arrecadação tributária global cresceu 13%, sendo que a dos Estados aumentou perto de 30% e a dos Municípios quase dobrou. Se o novo sistema tributário conseguiu ter um ótimo desempenho anticíclico em meio a crise econômica, o que dizer num cenário de estabilidade de preços e retomada sustentada do crescimento econômico?

A evolução e as características recentes da carga tributária levantam algumas questões para a reflexão. Se a carga tributária brasileira atual não é baixa (em relação à experiência passada e a internacional) nem decrescente (está próxima do padrão histórico), se o sistema arrecada ao início dos anos noventa tanto quanto há duas décadas atrás, mas não se consegue como antes gerar poupança corrente que evite o recurso ao endividamento exacerbado, deduz-se, num raciocínio simplório, que o desequilíbrio tem menos a ver com mudanças na arrecadação tributária e mais a ver com a expansão das despesas governamentais e o desbalanceamento na divisão das receitas por governos, bem como orçamentos e vinculações.

(6) Vale comentar a parte, sobre a preocupação descabida com o número de tributos existentes no Brasil, que os dados extraídos das contas nacionais permitem desagregar por fontes e revelam uma concentração bastante expressiva da carga tributária.

Em 1991/92, só o ICMS, a maior fonte, respondeu por mais de um quarto do total de tributos. Acrescentada ao imposto estadual a receita da contribuição social para a seguridade social sobre folha salarial, a segunda fonte, chega-se a 45% da arrecadação. Agregados os cinco maiores tributos (mais imposto de renda, IPI e contribuição ao fundo de garantia), respondem por cerca de 70% da arrecadação nacional; os dez maiores, 90%; os 14 impostos e 6 grandes contribuições sociais, 95%. Três ou mais dezenas de tributos respondem por somente 5% da arrecadação nacional.

Quanto à base econômica dos tributos, verifica-se que a estrutura de arrecadação também é diversificada (como nos modelos tradicionais), atualizada em relação aos países mais avançados (aplica até o sofisticado IVA) e concentrada sob dois blocos: os tributos sobre o mercado doméstico (vendas, produção e consumo) e sobre a folha salarial.

De fato, a simplificação da administração passa muito mais pela redução da inflação e por mudanças de procedimentos para apuração e pagamento dos principais tributos do que pela alteração de dezenas de desdobramentos de taxas e contribuições, que levarão todos a pagarem pelo que poucos recebem na forma direta de benefícios, serviços ou obras.

Na análise da despesa, muitos atribuem o *déficit* e a crise fiscal ao fato de que a União descentralizou receitas mas não encargos. A análise da composição das despesas governamentais por esfera, com base em estatísticas das contas nacionais e do anuário do FMI, não confirma aquela tese. Há uma participação marcante e crescente dos governos subnacionais na maioria dos itens e no total da despesa do governo consolidado. A União predomina apenas no âmbito das chamadas transferências correntes para consumidores, mais especificamente, para efeito de pagamento de benefícios previdenciários e outros da seguridade (seguro-desemprego e saques do FGTS e PIS), e para atender o serviço da dívida pública. É crescente, e já bastante expressiva, a participação dos governos subnacionais nos gastos com consumo e com formação bruta de capital fixo: em 1991, a folha do pessoal ativo da União respondeu por menos de 30% da despesa com este item dos três níveis de governo; os investimentos não chegaram a 20% do total governamental (os municípios investiram exatamente o dobro que a União).

Esse movimento reflete-se na área da saúde. Segundo dados do anuário do FMI e da STN, a preços e câmbio médios de 1991, o gasto do governo federal, em saúde, diminuiu de 10,7 para 7,1 bilhões de dólares, entre 1989 e 1991, e o das administrações diretas estaduais também caiu de 5,0 para 4,6 bilhões de dólares, ao mesmo tempo que o das administrações municipais crescia de 1,7 para 2,9 bilhões, no mesmo período. Chama-se a atenção que esses valores não podem ser somados porque incorrem em dupla (até tripla) contagem, por não descontarem as receitas e despesas com transferências intergovernamentais. Mais que isso, antecipa-se que é muito complexo e difícil um levantamento sistemático e consistente do gasto consolidado de todas as unidades e níveis de governo⁽⁷⁾. A despeito das restrições estatísticas, os dados sinalizam uma tendência descentralizadora e a razoável relevância que assumem os programas de saúde nos orçamentos dos governos subnacionais - respondiam em 1991 por 10% da despesa total consolidada dos Estados e 13% dos Municípios⁽⁸⁾.

Se na saúde a participação do governo central ainda é expressiva, por motivos históricos financeiros, no âmbito do saneamento a descentralização é irrefutável e, provavelmente, reversível. Basta uma simples comparação da execução orçamentária em 1992 de dois governos: só a Prefeitura de São Paulo aplicou em saneamento cerca de US\$ 88,5 milhões de recursos próprios, quando a despesa realizada do Tesouro Nacional (exclusive FGTS) com o mesmo programa e no mesmo ano foi de apenas US\$ 39,9 milhões, dos quais 83% aparecem inscritos como restos a pagar no balanço do exercício. Se uma única prefeitura gasta em saneamento o dobro (ou até dez vezes mais) que o governo federal em todo o território nacional, somadas as demais prefeituras (cujas despesas total é seis vezes superior a da capital paulista), a participação do governo federal no gasto com saneamento torna-se irrisória⁽⁹⁾.

(7) São várias as dificuldades para a mensuração correta da divisão intergovernamental dos gastos governamentais por esfera de governo

A primeira restrição reflete-se a falta de consolidação, em cada unidade federada, das contas da administração direta com as da indireta e as extraorçamentárias.

Para análise do orçamento da saúde, a recente determinação da lei orgânica da saúde de criação de fundos específicos em cada unidade federada, do ponto-de-vista estatístico, tornou essa restrição mais importante. Em geral, as receitas transferidas pelo governo federal do SUS deixaram de transitar pelas contas da administração direta estadual e municipal, o que leva a uma grande distorção (subestimativa) se, para medir o gasto nacional agregado, as transferências realizadas pela União forem deduzidas das despesas da administração direta estadual e municipal

A análise de séries históricas dos gastos das administrações diretas estaduais e municipais (como as levantadas pela Secretaria do Tesouro Nacional) exige, pelo motivo acima, um prévio tratamento pois, no passado, as contas contemplavam transferências federais hoje contabilizadas diretamente no fundo de saúde. Assim, por exemplo, ao ser adotado o procedimento de transferência dos recursos do SUS diretamente para o fundo de saúde, a despesa do Tesouro Estadual do Rio de Janeiro com a respectiva função caiu 56%, em termos reais, entre 1990 e 1991; o que levaria, aos desavisados, a supor um corte brutal com os gastos setoriais.

No mesmo sentido, não se pode simplesmente somar o orçamento da administração direta com os do fundo autônomo porque existem transferências intragovernamentais a serem eliminadas para evitar dupla contagem, e também não se pode tomar por base apenas os fundos pois alguns governos realizam gastos com saúde diretamente, sem repassar para tal fundo.

A superinflação torna ainda mais complicada a análise estatística dos dados.

Primeiro, pelo descompasso que cria nos orçamentos e balanços entre receitas, medidas pelo critério de caixa, e despesas, medidas pelo critério de competência. Por conseguinte, a consolidação das contas de todos os governos

É inegável o processo de descentralização da despesa pública - ainda que a *operação desmonte*, com planejamento e racionalidade, tenha dado lugar a uma *operação desmanche*, um ajuste forçado e desordenado. Porém, deve ser ponderado também que a União, intencionalmente ou não, procurou compensar a reforma tributária através do aumento dos tributos não sujeitos à repartição (sobretudo as contribuições sociais), das tentativas de cobrança das dívidas acumuladas por grandes estados e municípios junto ao setor público federal e do corte das transferências voluntárias, que, inclusive, atingiu o próprio Sistema Único de Saúde.

Se a federação não nasceu de um movimento *de baixo para cima* e sempre foi marcada pela centralização política, com longos períodos de ditadura, de certa forma, a descentralização atual também foi imposta pela Assembléia Constituinte. Circunstancialmente, os Constituintes, muitos no primeiro mandato parlamentar, estavam mais ligados aos governadores e prefeitos (todos eleitos diretamente) do que ao então Presidente da República (último eleito pelo colégio indireto criado pelo regime militar, cujo governo atravessou crises política e econômica e, principalmente, só mobilizou intensamente suas bancadas no Congresso para defender o mandato do presidente).

O processo de descentralização foi e continua sendo traumático. De um lado, autoridades federais e Congresso Nacional reagiram a perda de poder político e não adotaram um processo ordenado de descentralização de encargos. Ao final de 1989, o Executivo propôs uma *operação desmonte*, que se resumia a cortar do orçamento federal as dotações para programas cujas competências a Constituição transferiu para os governos subnacionais ou sinalizou em prol de uma descentralização. O Congresso Nacional rejeitou a sugestão ao *remontar* as dotações no orçamento (aliás, de 1989 e os seguintes), a pretexto de usar o recém conquistado poder para alterar o orçamento da União, o que vem sendo feito, basicamente, para incluir dotações para obras e serviços tipicamente locais, beneficiando as regiões e comunidades de origem dos parlamentares. O Executivo, por sua vez, preferiu (e aparentemente ainda prefere) a retórica, os discursos genéricos contra a falta de descentralização dos encargos, ao invés de adotar medidas que estão ao seu exclusivo alcance - como vetos ao orçamento, fechamento de órgãos, tentativa de convênios com governos subnacionais...

Na outra ponta, sem qualquer planejamento, Estados e Municípios assumiram novas responsabilidades e gastos, sobretudo nas áreas social e desenvolvimento urbano. Este fato é ignorado (ou negado) por muitos no Brasil mas comprovado pelo avanço destes na divisão do gasto público. O problema é que ao invés de incorporarem patrimônio e servidores dos níveis superiores de governo, os Estados ou Municípios construíram novas instalações e contrataram novos funcionários. Cresceu a duplicação de atribuições e, o mais grave, o desperdício de recursos públicos em meio a uma crise fiscal sem precedentes.

exigirá um acerto da diferença resultante (por exemplo, o governo central sempre contabilizará uma despesa com transferência superior a respectiva receita registrada nos balanços estaduais e municipais). Com uma defasagem média de 60 dias entre empenho e efetivo desembolso e uma inflação de 35% ao mês, pode superar a casa de 50% a diferença entre a despesa realizada contabilizada no balanço da União e a correspondente receita de transferência efetivamente arrecada pelos Estados e Municípios.

Segundo, os fundos estaduais e locais de saúde, como possuem gestão autônoma, caso gerem superávits e saldos de caixa expressivos e os apliquem no mercado financeiro, passam a produzir uma terceira e importante fonte de recurso (num contexto de inflação e elevado juro real): as rendas de aplicações financeiras. Isso significa também que o valor total das despesas com saúde em cada unidade de governo (com fundo autônomo) poderá superar a soma dos recursos transferidos pelo Tesouro Nacional e pelo Tesouro Estadual ou local. A subestimativa do gasto com saúde será tanto maior quanto mais superavitário for o fundo de saúde. Por outro lado, se computado o gasto total do fundo e não identificadas suas receitas próprias, pode-se deduzir que o governo apresenta um déficit inexistente.

Por último, vale mencionar um exemplo para ilustrar a importância de um levantamento estatístico acurado: na cidade do Rio de Janeiro, em 1992, as rendas de aplicações financeiras do fundo municipal de saúde responderam por 23% de suas receitas orçamentárias ou 84% das transferências recebidas da União via SUS.

- (8) Agregados os dados sobre as despesas dos municípios das capitais, verifica-se que, entre 1988 e 1991, cresceu em média 7% ao ano *per capita* com a função saúde e saneamento, quando o aumento anual da despesa total por habitante foi de 5%.
- (9) Mesmo se computados os empréstimos do FGTS para saneamento básico, essa situação não deve mudar muito porque orçamento e liberações do fundo diminuiram drasticamente nos últimos anos e, além disso, os recursos são emprestados para governos estaduais ou municipais, responsáveis diretos pelos investimentos em saneamento, como habitação e urbanismo.

III. REVISÃO CONSTITUCIONAL E PERSPECTIVAS

Os projetos de reforma tributária que circulam na praça, com maior ou menor gravidade, constituem ameaça a capacidade do Estado de extrair recursos através de tributos e, em particular, tendem a afetar a seguridade social. Com a prática atual e a proposta dos setores ligados à previdência social, de reservar para este setor todo o produto da arrecadação da contribuição social sobre a folha salarial, a saúde, a assistência social e o seguro-desemprego tornam-se os segmentos do governo federal mais vulneráveis a mudanças nas contribuições sociais sobre o lucro e faturamento.

Em termos da configuração do sistema tributário, é inegável que o maior desvio ou distorção de princípios que persistiu no sistema tributário vigente respeita aos tributos cumulativos sobre as vendas em geral (as contribuições sociais ao FINSOCIAL e ao PIS-PASEP). O ideal seria encontrar tributos alternativos que causassem menos distorções para a economia e mantivessem o nível de arrecadação pública, ou fossem reduzidos os gastos vinculados àquelas receitas. Esta última é uma hipótese difícil, a começar pelo contexto político da revisão constitucional e pela pressão por gastos sociais básicos no país.

Não é demais especular sobre a eventual substituição das contribuições. Para os contribuintes, se for perseguido o objetivo de manter ou ampliar a receita com os novos tributos, é inexorável que alguns contribuintes pagarão menos e outros mais impostos. Não existe mudança tributária neutra - ao contrário do que muitos projetos de reforma insinuam.

As alternativas às contribuições sociais que já surgiram no recente debate fiscal deixaram a desejar. Por vezes, a solução é pior que o problema, por exemplo, da substituição das contribuições sociais por um imposto sobre transações financeiras, que amplifica os efeitos *in cascata* já vigentes, e ainda provoca desintermediação financeira. São inviáveis idéias como: a de reduzir alíquotas nominais para diminuir a sonegação e aumentar a base tributada que pressupõem que o Fisco e a Justiça operem adequadamente ou então que *imposto seja dinheiro posto* voluntariamente pelos contribuintes a disposição do Estado; e a de cobrar taxas pela prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que ignora a miséria e a absoluta incapacidade contributiva de grande maioria dos assistidos pelo Poder Público.

A proposta de criação de uma contribuição sobre o valor adicionado vai de encontro as recomendações da teoria e da experiência internacional. Porém, já existem dois impostos e com alíquotas expressivas gravando essa base no todo (ICMS) e na sua melhor parte (indústria, também tacada pelo IPI), no conjunto, com alíquotas bastante elevadas em relação ao passado e ao padrão internacional. Aliás, é no mínimo curiosos que projetos proponham a extinção do IPI (inclusive, do próprio governo federal), um imposto sobre valor adicionado, alegando que seja de difícil administração e pouco rentável, ao mesmo tempo que defendem uma contribuição sobre valor adicionado. Em termos de incidência sobre os contribuintes, a troca do COFINS e PIS por uma CVA, supondo que a alíquota seja única e calculada de modo a manter o nível de arrecadação, tende a provocar redução da incidência tributária para atividades que agregam pouco valor aos seus produtos (como comércio e serviços) e aumento expressivo da tributação para a maioria dos ramos da indústria.

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, a opção mais conservadora parece ser a da preservação das contribuições no texto constitucional e o ajuste de sua natureza e estrutura através de mudanças na legislação complementar. Não se pode esquecer que nem todo COFINS e PIS/PASEP têm efeito *in cascata*. Estas contribuições também incidem sobre o comércio varejista e ramos cuja produção destina-se basicamente ao consumo final, nos quais a contribuição tem o mesmo efeito de um imposto sobre as vendas finais ou imposto seletivo. A carga dessas contribuições poderia ser diferenciada: ampliada sobre os setores cujas vendas destinam-se basicamente ao consumo final e reduzida (ou até nula) sobre as vendas de setores cuja produção é voltada para investimento fixo, consumo intermediário e exportações.

A idéia de alguma forma de vinculação de receitas para programas de saúde e no próprio texto constitucional, ganha cada vez mais adeptos. Ainda mais num contexto de crise financeira, na qual o avanço dos benefícios da previdência social acabou com fonte tradicional

de recursos para o setor e há o exemplo supostamente bem sucedido do setor de ensino.

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 visões imediatistas do controle de caixa até mesmo um fluxo regular e mínimo para a manutenção das atividades do setor. As restrições, porém, não devem se resumir as amarras impostas para formulação e execução da política fiscal, nem aos aspectos políticos⁽¹⁰⁾. O perigo é que, se não forem bem dosadas, as regras podem se tornar, na prática, impossíveis de serem cumpridas e ignoradas ou escamoteadas com a criatividade dos planejadores e contadores - como já ocorre com vinculações constitucionais (no extremo, o caso das disposições transitórias que dispõem sobre a destinação para ensino fundamental de metade da vinculação à ensino da União e a que determina a *anteriorização* das universidades).

Entende-se que o problema mais imediato da opção pela vinculação de receita é o abandono da defesa de fontes específicas para financiamento do setor, e mais precisamente da luta pela manutenção das contribuições sociais. Num cenário em que todos projetos de reforma tributária eliminam tais contribuições, sua extinção tende a ser inevitável no momento em que seus próprios clientes a rejeitam e optam pela vinculação genérica à receita (que só pode ser de impostos, diretos e transferidos, pois as contribuições e taxas têm destinação específica por natureza).

Um segundo problema respeita as regras (ou faltas destas) para calibrar a porcentagem a ser vinculada da receita de impostos. Por que 10% da receita para a saúde? E não 9% ou 11%?

É difícil aplicar uma norma linear para níveis e, pior, para unidades de governos com dimensões e condicionantes tão diferentes como os brasileiros. Será impossível fixar uma única taxa percentual que mantenha a despesa do programa em todas as esferas e instâncias e, se possível, ainda as eleva⁽¹¹⁾. Além disso, a definição da base de cálculo para vinculação tende a gerar muita polêmica e distorções, se não seguir o mesmo conceito adotado pela vinculação constitucional de ensino (a arrecadação de impostos mais ou menos suas transferências constitucionais)⁽¹²⁾.

Uma alternativa para evitar as distorções de uma vinculação simplista e linear no texto

(10)Do ponto de vista político, uma vinculação justifica outra e, na sequência, todo orçamento pode acabar vinculado.

Aliás, parece que já há proposto nesse sentido e de fazê-lo no próprio texto constitucional. Se tudo é prioritário, nada o é.

(11)A título de ilustrar os diferentes graus de comprometimento dos governos subnacionais, vale mencionar como são diferentes os índices de comprometimento observados até mesmo entre os dois maiores estados e municípios do país. A seguir é indicada a relação entre os recursos ordinários alocados ao programa saúde e as receitas de impostos (arrecadados diretamente e transferidos por participações), na execução orçamentária de 1992, a preços e câmbio médio anual

- a despesa da Prefeitura de São Paulo com Saúde foi de US\$ 462 milhões e sua receita de impostos (própria mais transferida) foi de US\$ 1,54 bilhões, ou seja, uma relação de 30%;

- na Prefeitura do Rio de Janeiro, as respectivas despesas e receitas foram de US\$ 148 milhões e de US\$ 0,8 bilhão, com uma razão de 18%;

- no Estado de São Paulo, as correspondentes rubricas montam à US\$ 1,4 bilhão e US\$ 7,75 bilhões, relação de 18%;

- no Estado do Rio de Janeiro, em 1991, a mesma relação situou-se pouco acima de 10% (para um gasto da ordem de US\$ 240 milhões)

(12)Tende a ser reproduzida aqui a mesma polêmica que marca a regulamentação do limite de despesas com pessoal em relação à receita corrente líquida governamental.

Nota-se que calcular a vinculação à saúde com base na receita tributária e de contribuições incorrer-se-á na impropriedade e ilegalidade de vincular receitas de taxas e contribuições que têm finalidade específica (caso por exemplo do salário-educação e do custeio da coleta de lixo). A adoção do conceito de receitas correntes, visando basicamente incluir as receitas de aplicações financeiras, reproduz o problema anterior e levanta a discussão sobre a origem das disponibilidades de caixa e de sua respectiva renda financeira. Além do que, para contornar a vinculação, bastaria aos governos subnacionais seguir o mesmo procedimento contábil do próprio Tesouro Nacional: que classifica as rendas financeiras como outras receitas de capital (para não fazerem o pior que seria considerar tais recursos como extraorçamentários).

Esta discussão ilustra como toda vinculação genérica é passível de ser atenuada e compensada. Para não dizer, que valoriza a função e estimula a criatividade dos técnicos em orçamentos e contadores, que no caso dos governos subnacionais, possuem amplo *know-how* do auge de ditadura militar que vinculava quase todas receitas de transferências, inclusive os fundos de participação

constitucional seria seu estabelecimento na legislação complementar, seja na federal (feita a devida diferenciação por esfera de governo, regiões e tamanho da unidade e tomando por base estudos adequados sobre os padrões históricos de gasto), seja na estadual e municipal (eventualmente através de leis setoriais ou do plano plurianual, que teria a vantagem de ponderar a viabilidade da medida diante da estrutura ou local de receitas e despesas).

A terceira e mais importante crítica à vinculação no texto constitucional respeita as óbvias que impõe para o processo de descentralização. Se a vinculação não for transitória, 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.

A vinculação de receitas pode ser um valioso instrumento para financiamento da descentralização, desde que tenha flexibilidade e transitoriedade - o que não se pode obter com uma simples e conclusiva norma no texto constitucional. Uma sugestão seria a montagem de um fundo de participação dos Estados e Municípios na receita federal vinculada para a saúde (eventualmente dos Estados para os Municípios). A exemplo do FPE/FPM, seria uma transferência decidida *ex ante* (regulada em lei federal), com critérios de rateio entre níveis e unidades de governo objetivos e precisos, distribuição automática (pelo próprio órgão arrecador e num prazo curto e prefixado) e funcionamento transparente (ampla publicação da fórmula de cálculo das cotas e dos valores periódicos repassados).

Para avançar a descentralização do financiamento da saúde, poder-se-ia estudar uma mudança profunda no princípio de tornar as contribuições sociais competências exclusivas da União. Ou seja, Estados e, principalmente, Municípios poderiam assumir, de forma crescente, a cobrança de uma ou mais contribuição social vinculada à seguridade social, ou especificamente à saúde. Naturalmente, a transferência da União para os governos subnacionais da capacidade de arrecadar deveria ser progressiva e acompanhada do repasse dos correspondentes encargos ou responsabilidades.

A médio e até a longo prazo, é certo que a União continuará sendo chamada para exercer uma função redistributiva, a exemplo dos atuais FPE/FPM. Por melhor que seja a base da contribuição, os governos subnacionais das regiões pobres não teriam condições de se auto-sustentar. Existem propostas nesse sentido (aliás, já apreciadas na Assembleia Constituinte): caso da criação de um adicional ao ICMS ou da própria CVA. Falta operacionalizar e avaliar o seu potencial de receita, nacional e regionalizado. Outras fontes alternativas de financiamento também poderiam ser estudadas.

Seguindo o princípio de ampliar um encontro de contas interno ao setor público e internalizar os tributos devidos pelos governos subnacionais, poder-se-ia examinar uma ampliação do que já se aplica hoje ao imposto de renda retido na fonte pelas próprias administrações públicas. Seria o caso de retenção e aplicação vinculada à saúde das contribuições sociais (sobre folha salarial, COFINS, lucro e PIS) hoje devidas à União pela administração estadual e municipal, inclusive entidades descentralizadas e empresas estatais. Regra semelhante poderia ser aplicada ao pagamento das dívidas acumuladas com as mesmas obrigações sociais não pagas no passado, em que um convênio implicaria num passeio apenas contábil dos recursos e estimularia governadores e prefeitos a regularizarem sua situação porque seriam os próprios beneficiados. Em ambos os casos, a contrapartida da União seria reduzir suas aplicações do SUS, ou de forma direta e individual, descontar o valor retido das transferências que deve mensalmente a cada nível de governo.

Para efeito de curtíssimo prazo, e atendendo ao princípio de municipalização do financiamento, 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 bases econômicas eminentemente locais. As receitas seriam revertidas para o SUS: retidas e aplicadas em saúde na própria localidade e deduzidas dos valores das transferências devidos pela União.

Na mesma linha e exigindo uma mudança mais profunda, de competências tributárias, poder-se-ia instituir uma contribuição social cobrada pelos Municípios sobre vendas à varejo e com alíquota bastante reduzida. Seria uma espécie de IVVC ampliado - aliás, um imposto aprovado no início dos trabalhos constituintes (além de combustíveis, supermercados, concessionárias de veículos e lojas de materiais de construção constituiriam uma base bastante

sólida para tributação). Note-se que atende ao princípio da ampliação do imposto sobre consumo final e, se efetivamente cobrado, alargaria as bases tributárias dos Municípios e permitiria explorar as brechas do ICMS e IPI hoje abertas por seus inúmeros incentivos fiscais.

CONCLUSÕES

Entende-se que a descentralização de recursos, competências tributárias, responsabilidades e execução de gastos o caminho mais viável é sólido para se equacionar os problemas de financiamento e organização das ações e serviços de saúde. Para tanto, a revisão constitucional deve ser, antes de mais nada, conservadora. Conservadora ao menos para preservar os princípios que nortearam as decisões da Assembléia Constituinte e, por conseguinte, as medidas decorrentes que resultaram em avanços significativos para o sistema tributário e fiscal brasileiros.

Infelizmente, faltam informações e diagnósticos amplos e consistentes sobre a realidade tributária e fiscal brasileira, inclusive sobre o gasto com saúde, seja consolidado dos três níveis de governo, seja por unidade governamental. As poucas evidências disponíveis indicam que, nos últimos cinco anos, aumentou (e muito) a participação da saúde nos orçamentos dos governos subnacionais, sobretudo dos municipais, e provavelmente isso impediu que a crise sanitária e social assumisse maiores proporções.

A revisão constitucional não deveria implicar em se fazer tudo de novo. Caberia sim, ordenar e consolidar o processo de descentralização em curso. Nada de grandes mudanças na estrutura de receitas e despesas. A grande tarefa é aperfeiçoar os instrumentos criados na Constituição de 1988, caso notório do Sistema Único de Saúde. Defende-se que, neste caso, se avance no sentido da progressiva e ordenanda descentralização não apenas do gasto, como também do padrão de financiamento do setor.

ANEXO ESTATÍSTICO

DIVISÃO DOS RECURSOS TRIBUTÁRIOS NACIONAIS POR NÍVEIS DE GOVERNO EM 1988 E 1992			
Governos	1988	1992/p	Varição 88/92
Carga (% PIB)	21.80%	24.64%	13%
ARRECADAÇÃO PRÓPRIA	100.0%	100.0%	—
União	71.7%	65.9%	-8%
Estados	25.6%	29.3%	14%
Municípios	2.7%	4.8%	76%
RECEITA DISPONÍVEL	100.0%	100.0%	—
União	63.2%	55.9%	-12%
Estados	26.0%	28.1%	8%
Municípios	10.8%	16.0%	48%

Elaboração própria a partir de Contas Nacionais, balanços contábeis, CONFAZ e ABRASF.
(p) estimativas preliminares.
Conceito de contas nacionais - impostos, taxas e contribuições (inclusive a seguridade e FGTS).

ARRECAÇÃO E DISPOSIÇÃO FINAL DA RECEITA TRIBUTÁRIA BRUTA GLOBAL POR NÍVEL DE GOVERNO: 1960/1992

ANOS	ARRECAÇÃO PRÓPRIA				RECEITA DISPONÍVEL				TOTAL DE TRIBUTOS	
	UNIÃO A	ESTADOS B	MUNICÍPIOS C	TOTAL D= A...C	UNIÃO A	ESTADOS F	MUNICÍPIOS G	TOTAL H=E...G	% PIB I	ÍNDICE J
1960	63.9%	31.3%	4.7%	100.0%	59.4%	34.0%	6.5%	100.0%	17.42%	16.9
1970	66.7%	30.6%	2.7%	100.0%	60.7%	29.1%	10.2%	100.0%	25.98%	46.0
1980	75.3%	21.8%	2.9%	100.0%	69.4%	22.0%	8.6%	100.0%	24.56%	100.0
1985	72.8%	24.8%	2.4%	100.0%	64.2%	25.1%	10.7%	100.0%	22.46%	96.4
1986	70.5%	27.0%	2.5%	100.0%	61.4%	26.7%	11.9%	100.0%	24.81%	114.4
1987	72.3%	25.2%	2.5%	100.0%	63.8%	25.6%	10.6%	100.0%	23.27%	111.2
1988	71.7%	25.6%	2.7%	100.0%	63.2%	26.0%	10.8%	100.0%	21.80%	104.1
1989	67.4%	29.8%	2.7%	100.0%	59.8%	28.0%	12.1%	100.0%	21.85%	107.8
1990	67.0%	29.6%	3.4%	100.0%	56.7%	28.5%	14.9%	100.0%	27.83%	131.3
1991	63.4%	31.1%	5.4%	100.0%	53.5%	29.5%	17.1%	100.0%	24.78%	118.0
1992/e	65.9%	29.3%	4.8%	100.0%	55.9%	28.1%	16.0%	100.0%	24.64%	116.3

Elaboração própria com base nas Contas Nacionais e Anuário FMI (FGV/CEEG e IBGE/DECNA) e dados adicionais do Min. Fazenda (Tesouro Nacional, ex. SEF. CONFAZ e Finanças do Brasil).

(e) estimativas preliminares próprias (fontes: DTN-Siafi, CONFAZ Sec. Fazenda, ABRASF).

Receita Tributária no conceito amplo das contas nacionais: impostos, taxas e contribuições, inclusive para seguridade social e fundos patrimoniais dos trabalhadores (FGTS e PIS/PASEP).

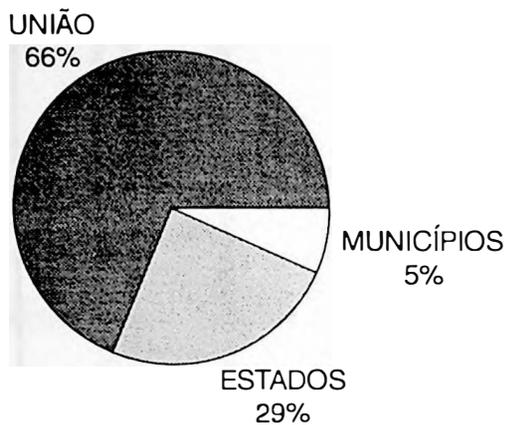
Arrecadação Própria: líquida (de incentivos e restituições) obtida pela adm. direta e descentralizada.

Receita Disponível: arrecadação própria mais e/ou menos transferências recebidas e/ou desembolsadas de/para outras esferas de governo devido a repartição constitucional/legal de tributos (inclusive sal. educação).

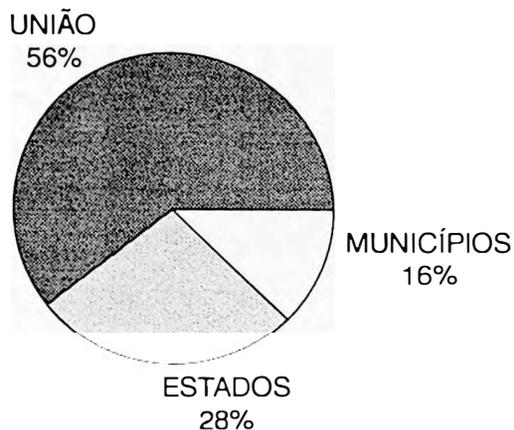
Mensurado cf. regime de caixa e com base no governo transferidor, ou seja, correspondem aos valores efetivamente pagos/transferidos. Repartição de impostos estaduais estimada a partir de 1987. Excluídas transferências negociadas, convênios (inclusive da saúde) e ressarcimento de gastos.

Índice - evolução real (base 1980) com atualização de valores pelo Deflator Implícito do PIB.

ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA GLOBAL EM 1992 DISTRIBUIÇÃO POR NÍVEL DE GOVERNO



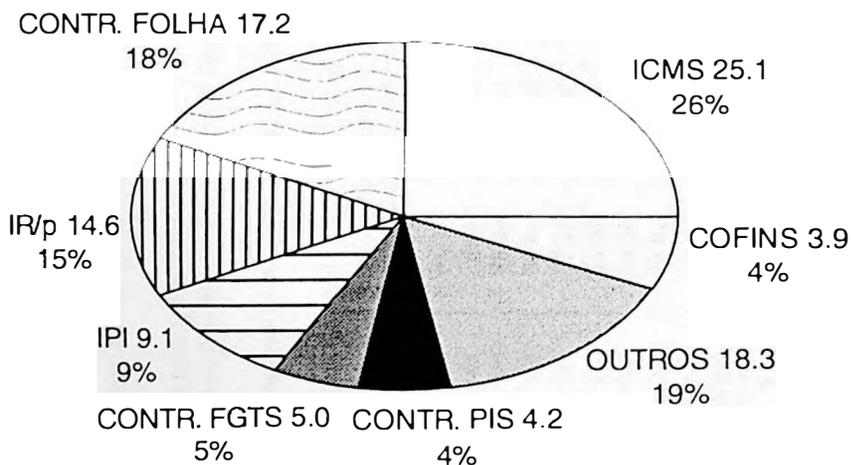
ARRECADAÇÃO PRÓPRIA



RECEITA DISPONÍVEL

CARGA GLOBAL - 24,6% DO PIB
Disponível - dadas transferências trib.
Tributos - conceito contas nacionais

ESTRUTURA DA CARGA TRIBUTÁRIA GLOBAL MAIORES TRIBUTOS - 1992 (em bilhões de dólares)



CARGA - 24,6% DO PIB ou US\$ 97,3 BILHÕES

Estimativa preliminar
Conceito - contas nacionais

GASTOS SEGUNDO CATEGORIAS ECONÔMICAS POR NÍVEL DE GOVERNO, EM PROPORÇÃO DO PIB

Governos/Categorias	1980 A	1981 B	1982 C	1983 D	1984 E	1985 F	1986 G	1987 H	1988 I	1989 J	1990 K	1991 L
1. GOVERNO CENTRAL	24.9%	27.3%	28.3%	31.1%	29.9%	37.6%	35.9%	46.6%	58.4%	108.1	79.6%	38.8%
2. Correntes	16.7%	16.3%	17.2%	18.0%	18.9%	22.1%	23.8%	21.5%	28.2%	35.9%	39.8%	22.7%
3. Salários e Encargos	2.2%	2.2%	2.4%	2.1%	1.8%	2.1%	2.0%	2.4%	2.9%	3.7%	3.2%	2.6%
4. Outros Bens e Serviços	1.5%	1.5%	1.6%	1.7%	1.3%	1.3%	1.6%	2.6%	2.6%	2.2%	2.1%	2.3%
5. Encargos da Dívida	1.6%	2.0%	3.1%	3.9%	7.0%	11.0%	12.1%	9.6%	16.2%	22.3%	26.2%	8.2%
6. sendo Correção Monetária	0.9%	0.6%	0.7%	1.4%	3.4%	6.3%	6.7%	5.4%	5.4%	16.0%	21.9%	7.2%
7. Outros	11.3%	10.6%	10.2%	10.3%	8.7%	7.7%	8.1%	6.8%	6.5%	7.7%	8.3%	9.6%
8. sendo Transf. Prev. Social	3.7%	3.6%	3.9%	3.8%	3.6%	2.7%	3.0%	2.6%	2.1%	2.1%	3.2%	3.0%
9. De Capital	1.6%	1.8%	1.9%	1.8%	1.1%	1.0%	1.9%	1.3%	1.2%	1.1%	0.7%	1.1%
10. Concessão Líquida Empréstimos	4.8%	6.9%	7.0%	9.8%	8.4%	12.3%	8.1%	21.8%	27.1%	73.4%	45.7%	13.9%
11. Transf. p/ Outros Governos	2.1%	2.4%	2.4%	2.3%	2.3%	3.0%	3.4%	4.2%	4.2%	3.9%	4.9%	4.0%
12. Ajuste ao Regime de Caixa	-0.2%	0.0%	-0.2%	-0.9%	-0.8%	-0.8%	-1.3%	-2.2%	-2.3%	-6.1%	-11.5%	-2.9%
13. GOVERNOS ESTADUAIS	7.7%	8.2%	8.9%	8.3%	8.1%	9.7%	10.2%	10.7%	9.9%	10.9%	13.3%	12.8%
14. Correntes	5.1%	5.6%	6.0%	6.0%	5.5%	6.8%	6.8%	7.5%	6.8%	7.6%	8.7%	8.2%
15. Salários e Encargos	3.0%	3.0%	3.3%	3.0%	2.6%	2.9%	3.5%	3.5%	4.3%	3.4%	4.7%	4.0%
16. Bens e Serviços	0.7%	0.9%	0.9%	0.7%	0.8%	0.9%	0.9%	1.1%	1.2%	1.5%	1.7%	1.6%
17. Outros Bens e Serviços	0.3%	0.5%	0.6%	0.8%	0.8%	1.0%	0.6%	0.8%	0.6%	0.4%	0.5%	0.9%
18. sendo Correção Monetária	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
19. Outros	1.1%	1.2%	1.3%	1.5%	1.3%	1.9%	1.8%	2.1%	0.8%	2.2%	1.8%	1.7%
20. De Capital	0.9%	1.0%	1.1%	0.8%	0.8%	1.2%	1.5%	1.2%	1.3%	1.2%	1.8%	1.5%
21. Concessão Líquida Empréstimos	0.7%	0.7%	0.7%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.7%	0.5%	0.8%	0.6%
22. Transf. p/ Outros Governos	1.0%	1.0%	1.2%	1.0%	1.3%	1.2%	1.4%	1.4%	1.2%	1.6%	2.0%	2.5%
23. GOVERNOS MUNICIPAIS	2.6%	2.5%	2.8%	2.6%	2.7%	2.9%	3.6%	3.5%	3.8%	3.6%	5.5%	7.2%
24. Correntes	1.7%	1.7%	2.0%	2.1%	2.1%	2.2%	2.7%	2.6%	2.9%	3.0%	4.1%	5.8%
25. Salários e Encargos	1.0%	0.9%	1.1%	1.0%	0.9%	1.0%	1.2%	1.2%	1.3%	1.4%	1.8%	2.1%
26. Outros Bens e Serviços	0.5%	0.5%	0.6%	0.7%	0.7%	0.8%	0.9%	0.8%	0.9%	1.0%	1.5%	1.6%
27. Encargos da Dívida	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
28. sendo Correção Monetária	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
29. Outros	0.2%	0.2%	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%	0.5%	0.4%	0.6%	0.5%	0.6%	1.9%
30. De Capital	0.8%	0.7%	0.7%	0.4%	0.6%	0.6%	0.8%	0.8%	0.9%	0.6%	1.2%	1.3%
31. Concessão Líquida Empréstimos	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%
32. Transf. p/ Outros Governos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E FINANCIAMENTO DA SAÚDE:
ALGUMAS IDEIAS OU PROVOCÇÕES

Continua na pág. seguinte

33. GOVERNO CENTRAL	32.5%	35.1%	36.7%	37.4%	37.4%	46.6%	45.2%	56.4%	68.2%	118.1	91.5%	52.3%
34. Correntes	23.5%	23.6%	25.2%	26.1%	26.4%	31.1%	33.4%	31.6%	37.9%	46.5%	52.6%	36.7%
35. Salários e Encargos	6.2%	6.1%	6.8%	6.1%	5.3%	6.0%	6.7%	7.1%	8.4%	8.5%	9.7%	8.7%
36. Bens e Serviços	2.7%	2.9%	3.0%	3.1%	2.8%	2.9%	3.5%	4.5%	4.7%	4.7%	5.3%	5.6%
37. Encargos da Dívida	2.0%	2.6%	3.8%	4.8%	7.9%	12.2%	12.7%	10.6%	16.9%	22.8%	26.9%	9.3%
38. sendo Correção Monetária	0.9%	0.6%	0.7%	1.4%	3.4%	6.3%	6.7%	5.4%	5.4%	16.0%	21.9%	7.6%
39. Outros	12.5%	12.0%	11.7%	12.1%	10.4%	10.0%	10.5%	9.3%	7.9%	10.4%	10.7%	13.2%
40. De Capital	3.3%	3.5%	3.6%	3.0%	2.5%	2.8%	4.1%	3.4%	3.4%	2.9%	3.7%	3.9%
41. Concessão Líquida Empréstimos	5.6%	7.7%	7.8%	10.4%	8.9%	12.9%	8.7%	22.3%	27.8%	73.9%	46.7%	14.5%
42. Ajuste ao Regime de Caixa	-0.2%	0.0%	-0.2%	-0.9%	-0.8%	-0.8%	-1.3%	-2.2%	-2.3%	-6.1%	-11.5%	-2.9%
43. Ajustes Diferenças Transfers.	0.3%	0.4%	0.2%	0.2%	0.3%	0.6%	0.3%	1.2%	1.4%	1.0%	—	—
44. (obs.: diferença agregação FMI)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	—	—

Fontes: Centro Estudos Governo/FGV e Anuário FMI; PIB Contas Nacionais.

Notas: Mensuração e metodologia do Anuário do FMI até 1990.

Gasto = total de despesas realizadas (regime de competência; ajuste de caixa disponível apenas para União); exclui amortizações das dívidas e transferências intragovernamentais; inclui concessão de empréstimos líquida de desembolsos e transferências para outros governos. Governo compreende administração central mais descentralizada (autarquias, fundações e fundos; inclusive da previdência social exclui empresas), líquida das transferências intragovernamentais.

Governo Geral = agregadas respectivas contas dos três níveis de governo, excluídas transferências intergovernamentais; na consolidação efetuada pelo FMI, considerada ajuste de diferenças nas informações das transferências e outro critério não informado. Correção monetária da dívida pública: computada como encargos da dívida nas contas nacionais e no anuário do FMI, mas como amortização da dívida (correção do principal) na contabilidade pública interna (dados fragmentados para Estados e Municípios).

(3) Metodologia do FMI exclui dos gastos com salários da União as obrigações patronais devidas ao INSS, FGTS e PASEP.

(8) Transferências da Previdência Social compreendem benefícios previdenciários (exclusive de servidores) e saques do FGTS, PIS-PASEP e FAT.

(10) Concessão de empréstimos do governo central concentrada em aplicações dos fundos da seguridade social (FGTS e PIS), aumentando a partir de 1987 devido a mudanças em critérios de contabilização a suposição de reempréstimo dos retornos.

ESTRUTURA FUNCIONAL DOS GASTOS DO GOVERNO GERAL: EM PROPORÇÃO DO PIB

Funções Governo/Instância	Defesa e Segurança Pública			Educação e Cultura			Saúde			Previdência e Assistência Social			Habitação e Serviços Urbanos		
	1989 A	1990 B	1991 C	1989 D	1990 E	1991 F	1989 G	1990 H	1991 I	1989 J	1990 K	1991 L	1989 M	1990 N	1991 O
GOVERNO CENTRAL															
1. Administração Central	1.7%	1.5%	1.3%	0.9%	0.2%	0.1%	0.5%	0.4%	0.2%	1.6%	1.6%	1.2%	0.0%	0.0%	0.2%
2. Administração Descentralizada	0.2%	0.1%	0.1%	1.0%	0.9%	0.8%	2.0%	1.9%	1.5%	5.3%	7.0%	7.4%	0.1%	0.0%	0.0%
3. Concessão de Empréstimos	-	-	0.0%	-	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-	0.4%	58.4%	39.8%	8.9%
4. Consolidação (1+2+3)	1.9%	1.6%	1.4%	1.9%	1.1%	1.0%	2.5%	2.3%	1.7%	6.9%	8.6%	9.0%	58.5%	39.8%	9.1%
GOVERNO ESTADUAL															
5. Administração Central	0.7%	0.8%	0.8%	1.8%	2.0%	1.9%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.4%	1.3%	0.1%	0.2%	0.2%
GOVERNO MUNICIPAL															
6. Administração Central	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	1.1%	1.2%	0.4%	0.6%	0.7%	0.3%	0.4%	0.4%	0.6%	0.9%	1.0%
7. PIB/pm Cr\$ tri correntes	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0

Continua na pág. seguinte

ESTRUTURA FUNCIONAL DOS GASTOS DO GOVERNO GERAL: EM PROPORÇÃO DO PIB												
Funções Governo/Instância	Assuntos e Serviços Econômicos			Serviços de Governo em Geral			Serviço da Dívida Pública			TOTAL DA DESPESA		
	1989 P	1990 Q	1991 R	1989 S	1990 T	1991 U	1989 V	1990 X	1991 Z	1989 Y	1990 W	1991 AA
GOVERNO CENTRAL												
1. Administração Central	1.8%	0.7%	0.8%	2.5%	4.2%	3.6%	22.1%	24.6%	7.6%	31.1%	33.2%	15.0%
2. Administração Descentralizada	0.6%	0.4%	1.5%	0.3%	0.3%	0.4%	0.2%	1.7%	0.7%	9.8%	12.2%	12.4%
3. Concessão de Empréstimos	0.8%	0.2%	0.5%	14.2%	5.5%	4.0%	-	-	-	73.4%	45.5%	13.9%
4. Consolidação (1+2+3)	3.2%	1.3%	2.8%	17.1%	10.0%	8.0%	22.3%	26.2%	8.2%	114.3%	90.9%	41.2%
GOVERNO ESTADUAL												
5. Administração Central	1.4%	1.7%	1.2%	3.0%	3.5%	3.2%	1.1%	1.1%	1.2%	10.3%	11.9%	10.9%
GOVERNO MUNICIPAL												
6. Administração Central	0.5%	0.8%	0.7%	1.0%	1.1%	1.2%	0.2%	0.2%	0.2%	3.9%	5.1%	5.5%
7. PIB/pm Cr\$ In correntes	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0	1.27	32.7	165.0

NOTAS:

Dados não disponíveis sobre gastos das empresas por setores de atividade econômica

Governo Federal. despesa líquida de transferências intragovernamentais inclui as transferências para outros governos e as despesas de entidades e fundos da seguridade social.

Administração Descentralizada dados não disponíveis da despesa segundo a classificação funcional

Concessão de Empréstimos despesas líquidas do reembolso de empréstimos anteriormente concedidos, inclusive financiamentos concedidos pelo fundo de seguridade social (PIS e FGTS).

Saúde nos governos estaduais e municipais. inclui gastos com saneamento (agregados aos serviços urbanos no governo central).

Previdência inclui gastos com servidores públicos inativos e com a função Trabalho (no governo central, compreende programa de seguro-desemprego e abono salarial para trabalhadores de baixa renda)

Assuntos Econômicos compreende gastos com transportes, comunicações, energia e mineração, agricultura, indústria e comércio

Serviços Governamentais em Geral compreende gastos com legislativo, judiciário, administração e planejamento (exceto dívida pública), desenvolvimento regional e outros não identificados (caso de toda despesa de pequenos municípios) inclusive as transferências regulares para outros governos (repartição legal de tributos).

Serviço da Dívida: despesas com amortização, juros, correção monetária e demais encargos da dívida interna e externa (nos governos subnacionais, considerada a despesa apurada pelo CEF/FGV e deduzida da função administração).

TRANSFERÊNCIAS DO GOVERNO FEDERAL AOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS POR FUNÇÕES DE GOVERNO EM 1991.

Esfera Administrativa/ Função de Governo	GOVERNOS ESTADUAIS				GOVERNOS MUNICIPAIS			
	Montante US\$ milhões A	% PIB B	Distribuição C	Per Capita US\$/habit. D	Montante US\$ milhões E	% PIB F	Distribuição G	Per Capita US\$/habit. H
1. DESPESA TOTAL COM TRANSFERÊNCIAS (2+2)	9.973	2,4%	100%	68	6.500	1,6%	100%	44
2. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL (3+8)	8.053	2,0%	81%	55	5.390	1,3%	83%	37
3. Repartição de Tributos (4+...+7)	5.170	1,3%	52%	35	4.917	1,2%	76%	34
4. Agricultura	0	0,0%	0%	0	198	0,0%	3%	1
5. Desenvolvimento Regional	4.472	1,1%	45%	31	4.692	1,1%	72%	32
6. Educação e Cultura	671	0,2%	7%	5	0	0,0%	0%	0
7. Energia e Recursos Minerais	27	0,0%	0%	0	27	0,0%	0%	0
8. Transf. Não Tributárias (9+...+20)	2.882	0,7%	29%	20	473	0,1%	7%	3
9. Administração e Planejamento	280	0,1%	3%	2	6	0,0%	0%	0
10. Agricultura	89	0,0%	1%	1	39	0,0%	1%	0
11. Defesa e Segurança Pública	234	0,1%	2%	2	2	0,0%	0%	0
12. Desenvolvimento Regional	997	0,2%	10%	7	38	0,0%	1%	0
13. Educação e Cultura	389	0,1%	4%	3	52	0,0%	1%	0
14. Energia e Recursos Minerais	0	0,0%	0%	0	0	0,0%	0%	0
15. Habitação e Urbanismo	117	0,0%	1%	1	86	0,0%	1%	1
16. Indústria, Comércio e Serviços	1	0,0%	0%	0	0	0,0%	0%	0
17. Saúde e Saneamento	541	0,1%	5%	4	218	0,1%	3%	1
18. Assistência e Previdência	212	0,1%	2%	1	29	0,0%	0%	0
19. Transportes	0	0,0%	0%	0	3	0,0%	0%	0
20. Não Classificadas	21	0,0%	0%	0	0	0,0%	0%	0
21. ADMINISTRAÇÃO DESCENTRALIZADA (22+23)	1.921	0,5%	19%	13	1.110	0,3%	17%	8
22. Seguridade Social	-	0,0%	0%	0	-	0,0%	0%	0
23. Demais Programa	-	0,0%	0%	0	-	0,0%	0%	0

FONTES. Balanços Gerais da União - 1991, STN/MF (2-19); Conta Governo. CEEG/FGV (1:21-23); IBGE e BACEN.

Notas: Parâmetros econômico-sociais de 1991: taxa cambial média ajustada = Cr\$/US\$ 401,83; PIB - Cr\$ 164.990 bilhões correntes; população = 146.449 habitantes.

Despesa realizada ou empenhada (regime de competência) pela administração federal, inclusive entidades da seguridade social e exclusive estatais produtivas.

(3) Repartição de tributos = partilhas e participações legais; por funções, agricultura - cota ITR, educação - cota salário educação; energia - royalties do petróleo; desenvolvimento regional - fundos de participação do IR/PI e cota do IOF.

(21) Transferências realizadas pela administração descentralizada: não disponíveis dados por níveis de governo receptor.

RECEITA TRIBUTÁRIA DISPONÍVEL EM VALORES PER CAPITA. US\$ de 1991 por habitante.

UF/ REGIÃO	ESTADOS			MUNICÍPIOS			SOMA (ESTADOS+MUNICÍPIOS)		
	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível
AC	39	345	383	8	72	80	46	417	463
AM	108	63	232	16	87	103	185	150	335
PA	60	57	116	7	55	63	67	112	179
AP	59	498	557	9	84	92	67	581	649
RO	84	106	190	13	63	76	97	169	265
RR	69	483	553		84	84	69	567	637
TO	55	198	252	4	94	97	58	292	350
MA	29	66	95	4	50	54	33	116	149
PI	37	71	109	5	57	62	42	128	171
CE	62	51	114	9	59	68	71	110	181
RN	49	75	124	11	64	75	60	139	199
PB	46	64	110	7	62	69	52	127	179
PE	79	45	125	17	62	78	96	107	203
AL	52	75	126	9	60	69	60	134	195
SE	78	120	197	13	69	82	90	189	279
BA	75	39	115	11	62	73	88	101	188
MG	131	25	156	19	88	107	151	113	264
ES	106	45	211	26	97	122	192	142	334
RJ	176	16	192	73	71	143	248	87	335
SP	266	15	281	67	112	179	333	127	460
PR	136	27	162	30	87	116	165	114	279
SC	150	29	179	29	97	126	179	126	305
RS	173	29	202	24	100	124	197	129	326
MS	200	37	237	29	105	134	229	141	370
MT	136	51	188	15	88	103	152	139	291
GO	139	33	173	20	89	108	159	122	281
DF	209	28	236	55	6	62	264	34	298
NORTE	84	109	193	9	68	77	93	177	270
NORDESTE	62	56	117	10	60	70	72	116	188
CENTRO-OESTE	162	37	199	27	78	104	189	114	303
MENOS DESENV.	80	62	142	12	64	76	93	126	219
SUDESTE	210	19	229	55	97	151	264	116	380
SUL	154	26	182	27	94	121	181	123	304
MAIS DESENV.	195	21	217	47	96	144	243	118	360
BRASIL	147	39	185	33	82	115	179	121	300

Fontes: Ministério da Fazenda, Tesouro Nacional, SIAFI, CONFAZ e IBGE (Censo Demográfico 1991)

Arrecadação - própria de impostos e taxas, exclusive cotas-parte municipais no caso dos Estados.

Receita Disponível - própria mais/menos transferências constitucionais e legais (na União, desembolsos efetivos)

CRESCIMENTO REAL DA RECEITA TRIBUTÁRIA ARRECADADA E DISPONÍVEL. 1980 a 1991 (em %)

UF/ REGIÃO	ESTADOS			MUNICÍPIOS			SOMA (ESTADOS+MUNICÍPIOS)		
	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível
AC	18	13	13	37	10	12	21	12	13
AM	19	3	14	29	18	20	20	11	15
PA	27	9	17	34	21	22	26	14	19
AP		14	19	47		16	192	14	18
RO	7	8	8	50	11	15	10	9	10
RR		13	19			8	139	13	17
TO									
MA	13	12	13	35	13	14	15	13	13
PI	16	10	12	66	12	14	19	11	13
CE	13	11	12	45	15	18	16	13	14
RN	11	7	8	38	9	12	14	8	10
PB	10	12	11	51	11	13	13	11	12
PE	5	9	6	36	12	16	9	11	10
AL	9	13	11	44	11	14	12	12	12
SE	16	9	12	31	11	13	18	10	12
BA	4	5	4	29	10	13	6	8	7
MG	7	1	6	39	14	17	10	10	10
ES	20	19	20	25	25	25	21	23	22
RJ	8	-5	7	38	15	24	14	10	13
SP	2	-4	2	31	12	18	6	9	7
PR	1	10	3	35	11	16	5	11	7
SC	2	11	3	44	12	17	6	12	8
RS	5	18	6	38	15	19	7	16	10
MS	15	7	14	38	17	20	17	14	16
MT	9	6	8	46	14	17	11	11	11
GO	11	-3	8	35	9	12	13	5	9
DF	18	6	16	28	-3	23	19	4	17
NORTE	24	16	20	35	23	24	25	19	21
NORDESTE	8	9	8	36	12	14	10	11	10
CENTRO-OESTE	13	2	11	34	12	16	15	8	12
MENOS DESENV.	12	10	11	35	13	16	14	12	13
SUDESTE	4	-1	4	33	13	19	8	10	9
SUL	3	13	4	38	13	17	6	13	9
MAIS DESENV.	4	3	4	34	13	19	8	11	9
BRASIL	6	8	6	34	13	18	9	11	10

Fontes: Ministério da Fazenda, Tesouro Nacional, SIAFI e CONFAZ.

Arrecadação = própria de impostos e taxas, exclusiva cotas-parte municipais no caso dos Estados.

Receita Disponível = própria mais/menos transferências constitucionais e legais (na União, desembolsos efetivos). Defrator IGP-D (média anual)

RECEITA TRIBUTÁRIA ARRECADADA E DISPONÍVEL EM 1991 em US\$ milhões									
UF/ REGIÃO	ESTADOS			MUNICÍPIOS			SOMA (ESTADOS+MUNICÍPIOS)		
	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível	Arrecadação Líquida	Transfe- rências	Receita Disponível
AC	16	144	180	3	30	33	19	174	193
AM	354	133	467	34	182	216	368	315	704
PA	310	294	604	38	266	324	348	560	927
AP	17	144	161	2	24	27	19	168	187
RO	95	120	214	14	71	95	109	191	300
RR	15	104	119	4	18	18	15	122	137
TO	50	182	232	17	96	90	54	268	322
MA	144	326	470	14	247	265	161	573	734
PI	96	164	280	57	146	160	110	330	440
CE	397	325	722	28	374	431	454	699	1.153
RN	116	181	299	22	154	182	145	336	461
PB	146	206	352	118	199	221	168	405	573
PE	564	324	688	22	439	556	682	762	1.444
AL	130	188	318	19	150	171	151	338	489
SE	116	179	295	133	103	122	135	262	417
BA	905	461	1.396	304	733	896	1.039	1.194	2.233
MG	2.069	391	2.459	66	1.386	1.690	2.373	1.777	4.149
ES	432	118	549	930	251	317	498	369	857
RJ	2.246	206	2.451	2.118	903	1.833	3.176	1.109	4.284
SP	8.389	480	2.889	251	3.524	5.642	10.507	4.004	14.511
PR	1.145	227	1.371	131	732	963	1.396	959	2.358
SC	682	131	814	221	442	573	813	573	1.306
RS	1.580	268	1.849	52	910	1.131	1.801	1.178	2.960
MS	356	65	421	31	186	238	407	251	659
MT	276	103	379	78	178	209	307	261	588
GO	559	133	683	89	356	434	638	489	1.127
DF	334	44	378		10	99	423	54	477
NORTE	857	1.121	1.978	96	696	793	953	1.818	2.771
NORDESTE	2.615	2.374	4.990	428	2.545	2.974	3.044	4.920	7.964
CENTRO-OESTE	1.525	346	1.871	250	730	980	1.775	1.076	2.850
MENOS DESENV.	4.997	3.841	8.838	774	3.973	4.747	5.771	7.814	13.585
SUDESTE	13.135	1.195	14.329	3.419	6.064	9.482	16.554	7.258	23.812
SUL	3.407	626	4.034	603	2.084	2.687	4.011	2.710	6.721
MAIS DESENV.	16.542	1.821	18.363	4.022	8.147	12.169	20.564	9.968	30.532
BRASIL	21.539	5.862	27.201	4.797	12.120	16.917	26.336	17.782	44.118

Fontes: Ministério da Fazenda, Tesouro Nacional, SIAFI e CONFAZ (dados não disponíveis para munic RR)

Arrecadação própria dos Estados líquida da cota-parte municipal no ICMS e IPVa (estimada)

Transferências repartição constitucional legal na União, inclui fundos de participação, cotas do IOF/ouro, ITR, salário-educação e royalties petróleo, conf. desembolsos efetivamente realizados.

DISTRIBUIÇÃO EQÜITATIVA DE RECURSOS FINANCEIROS NO SETOR SAÚDE

Silvia Marta Porto (*)

Entre os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde brasileiro, um dos mais importantes é o alcance de um maior grau de equidade.

Certamente este objetivo depende de múltiplos fatores, entre os quais destaca-se a distribuição equitativa de recursos financeiros, já que ainda que não seja uma condição suficiente, sem lugar a dúvidas, é um requisito necessário. Coerentemente com esse objetivo, a Lei Orgânica da Saúde explicitou um conjunto de critérios para definição dos repasses financeiros da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais, alguns dos quais manifestam claramente a preocupação com uma discriminação positiva das diferentes necessidades regionais.

Assim, com a intenção de contribuir para a implementação de uma dinâmica distributiva que favoreça uma maior justiça social, serão sintetizadas e discutidas as sistemáticas e os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, a partir de 1993; pelos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios; e pelo Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra.

I - A ATUAL SISTEMÁTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA

Um das mais importantes modificações em relação ao financiamento do setor saúde no Brasil, pelo menos do ponto de vista da legislação, foi introduzida a partir da aprovação da Lei nº 8.080, de 19/09/90, que explicitou, no artigo 35, os critérios para distribuição dos recursos financeiros da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais:

- Perfil demográfico;
- perfil epidemiológico;
- características qualitativas e quantitativas da rede de saúde;
- desempenho técnico, econômico e financeiro;
- nível de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- previsão do plano quinquenal de investimentos; e
- ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo.

No parágrafo primeiro do mesmo artigo acrescenta-se que, independentemente de qualquer procedimento prévio, metade dos recursos destinados a estados e municípios serão distribuídos em base populacional.

Entretanto o Ministério da Saúde tem adotado, a partir de 1990, um conjunto de medidas que implementaram uma sistemática para os repasses financeiros da esfera federal para os níveis estaduais e municipais, que não guarda relação com as disposições da mencionada Lei nº 8.080.

Neste capítulo será analisada a atual política de descentralização, cuja regulamentação foi introduzida a partir do documento *MUNICIPALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei* e sua correspondente Norma

(*) Pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ, Mestre em Administração Pública - FGV, Doutoranda em Saúde Pública - ENSP.

Operacional Básica, nº 1 de 1993.

Porém, cabe destacar, que as principais características da atual forma de repasses financeiros, foram implementadas em 1990 segundo o estabelecido na Norma Operacional Básica nº 1/1990.

I.1. Síntese das disposições da Norma Operacional Básica - SUS - Nº 01/93.

A Norma Operacional Básica nº 01/93 aborda três subtemas:

- Gerenciamento do processo de descentralização;
- condições de gestão; e
- financiamento com recursos arrecadados pela União.

1.1.1. Gerenciamento do Processo de Descentralização

Para gerenciamento do processo de descentralização e com o objetivo de incentivar uma prática de planejamento integrado são criadas, a nível federal e estadual, Comissões de Intergestores como instâncias de planejamento e negociação, e reafirmado o papel deliberativo dos correspondentes Conselhos de Saúde.

No nível federal, a Comissão de Intergestores está constituída por representantes do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde/CONASS e das Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS. No âmbito estadual, a Comissão de Intergestores é de caráter bipartite, com representação paritária da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação das Secretarias Municipais de Saúde, sendo considerado como membro nato o Secretário de Saúde do município da capital. Na esfera municipal reitera-se como instância deliberativa os Conselhos Municipais de Saúde.

A normatização prevê um fluxo decisório ascendente, assegurando as deliberações efetuadas em cada nível de governo e possibilitando que divergências não superadas num determinado foro possam ser encaminhadas para deliberação da instância imediatamente superior.

1.1.2. Condições de Gestão

Neste ponto, a normatização estabelece as distintas etapas do processo de descentralização definindo, tanto para estados quanto para município, diferentes estágios de gestão: incipiente, parcial e semi-plena.

Para exemplificar, são sintetizadas, a seguir, as responsabilidades e prerrogativas dos municípios nos diferentes estágios de gestão e os requisitos que deverão ser preenchidos em cada caso.

REQUISITOS PARA MUNICÍPIOS

Gestão Incipiente:

- 1) Manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição.
- 2) Dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões.
- 3) Dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovado semestralmente por extratos bancários.
- 4) Encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento.
- 5) Dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado.

6) Dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços.

7) Manter o registro e a remessa mensal de dados de nascidos-vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

Gestão Parcial: os mencionados na gestão incipiente e,

8) Apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado.

9) Apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado.

10) Comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde.

11) Apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da Saúde para o município, ou o plano já elaborado.

Gestão Semi-plena: os mencionados na gestão parcial e,

12) Manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

RESPONSABILIDADES E PRERROGATIVAS DOS MUNICÍPIOS

Gestão Incipiente:

1) Assume, imediata ou progressivamente, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores.

2) Programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados pelas unidades.

3) Controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos.

4) Demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município.

5) Incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitárias.

6) Desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

Gestão Parcial: os mencionados na gestão incipiente e,

7) Recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

Gestão Semi-plena: os mencionados na gestão parcial e,

8) Assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços (planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores públicos e privados, ambulatoriais e hospitalares).

9) Assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual.

10) Assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária e de saúde do trabalhador.

11) Recebe o total de recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial

e hospitalar.

Os requisitos, responsabilidades e prerrogativas definidas para os distintos estágios de gestão estadual apresentam um leque tanto ou mais extenso que o relacionado para os municípios.

Sem lugar a dúvidas, a proposta de descentralização apresentada, divide as opiniões entre os que consideram que o processo deve ser lento, gradual e seguro, e os que defendem soluções mais radicais.

A pesquisa *Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde* coordenada nacionalmente pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON), desenvolvidas em 1993, em colaboração com um conjunto de instituições, permite conhecer, a partir das informações levantadas em relação a um dos requisitos (dispor de Conselho de Saúde), o alcance da atual proposta para a distribuição de recursos financeiros. De 3.376 municípios consultados (68% do total de municípios existentes em 1993) 36% não implementaram ainda seus respectivos Conselhos de Saúde. A porcentagem de municípios sem Conselhos de Saúde chega a 63% no caso de municípios com até 2.000 habitantes e 51% nos que tem entre 2.000 e 5.000 habitantes.

Contrariamente, nos municípios com maior número de habitantes as percentagens diminuem para 13% quando o número de habitantes oscila entre 100.000 e 200.000 e para 4% quando o tamanho populacional varia entre 200.000 e 500.000 habitantes.

Assim, pode-se afirmar que, aproximadamente 36% dos municípios não reúnem os requisitos para ser enquadrados no tipo de gestão incipiente e que a proposta favorece àqueles que têm um maior número de habitantes que, como se sabe, contam com um melhor nível de desenvolvimento sócioeconômico.

Portanto, pode-se inferir que a porcentagem de municípios que não alcançam os requisitos necessários para um tipo de gestão incipiente, deve aumentar significativamente quando é considerado o leque total de exigências estipulado pelo nível federal, e que as diferenças entre municípios de distinto porte populacional podem aumentar.

Um aspecto positivo, que os resultados da mesma pesquisa permitiram verificar, é que aproximadamente 93% dos Conselhos Municipais de Saúde existentes foram criados a partir de 1991. Este dado permite supor que as exigências introduzidas para repasse dos recursos financeiros, na sistemática implementada desde 1990, incentivou a criação dos mencionados conselhos. Porém, falta avaliar mais aprofundadamente os resultados obtidos em função da implementação destas instâncias decisórias.

Entretanto, é inegável que a definição centralizada de um leque extenso de requisitos e de competências compulsórias, para a obtenção de recursos financeiros por parte das gestões estaduais e municipais é pouco coerente com o espírito descentralizador preconizado no documento.

A instância federal deveria centrar suas preocupações na definição das diretrizes e dos princípios norteadores da política nacional de saúde, na implementação de uma descentralização efetiva e coerente com a política enunciada, na diminuição das diferenças regionais através de uma distribuição mais equitativa de recursos, e na elaboração de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas instâncias locais, sejam estaduais ou municipais.

1.1.3. Financiamento com Recursos Arrecadados pela União

A atual sistemática de repasses financeiros desde o nível federal para os estados e municípios está composta por cinco fluxos de recursos:

- financiamento das atividades hospitalares;
- financiamento das atividades ambulatoriais;
- apoio às instâncias estaduais e municipais;
- financiamento das ações de vigilância em saúde;
- financiamento para despesas de investimento.

1.1.3.1. Financiamento das Atividades Hospitalares

O repasse dos recursos financeiros continuará sendo efetuado através das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) faturadas pelos diferentes prestadores (hospitais públicos, filantrópicos ou privados). Cabe lembrar que esse instrumento é aplicado exclusivamente para o pagamento das internações hospitalares, as quais são renumeradas por *procedimento* e não pela quantidade de atos médicos efetuados em cada internação, e que o valor de cada procedimento é previamente definido pelo nível central, sem distinção entre os diferentes tipos de prestadores (excetuando os hospitais universitários que recebem um valor diferenciado por acumularem funções de ensino). Em outras palavras, os recursos são distribuídos através de pós-pagamentos prospectivos por procedimento.

Os recursos destinados a cada estado ou município não podem superar os tetos quantitativos e financeiros definidos pelo Ministério da Saúde. O teto quantitativo anual é definido em número de AIHs, correspondendo a cada unidade da federação uma quota máxima calculada em base populacional e tomando-se como parâmetro 0,10 AIH/habitante-ano (quota máxima de AIH por unidade da federação = número de habitantes x 0,10). Para as instâncias estaduais e municipais foram definidos subtetos, utilizando-se como parâmetro, 0,02 e 0,08 AIH/habitante-ano, respectivamente. A distribuição entre instâncias estaduais e municipais poderá ser modificada sempre que houver proposta da Comissão Bipartite, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. Entretanto, a quota máxima (0,10 AIH/habitante-ano) estabelecida para a correspondente unidade federada, não poderá ser superada. Por outro lado, a quota dos municípios que não alcancem os requisitos mínimos de gestão incipiente será administrada pela correspondente instância estadual.

Por sua vez, o teto financeiro é calculado como produto entre o número de AIH e o valor médio histórico das AIHs, no correspondente estado ou município. O reajuste do teto financeiro é realizado na mesma proporção que a tabela de procedimentos.

A definição de subtetos, segundo prestadores públicos, filantrópicos ou privados, é efetuada pelas Secretarias de Saúde e os respectivos Conselhos de Saúde, dando prioridade aos prestadores públicos.

Caso exista um saldo positivo entre o volume de recursos faturados e o teto financeiro estipulado, a diferença é repassada para as secretarias estaduais ou municipais, quando enquadradas no tipo de gestão parcial ou semi-plena. A diferença existente nos municípios que não completam os requisitos de gestão parcial ou semi-plena é administrada pelas respectivas secretarias estaduais. Porém, no caso das secretarias estaduais que permaneçam classificadas no tipo de gestão incipiente, a diferença observada em relação a seu próprio teto financeiro, e a correspondente a municípios que não alcancem a gestão parcial ou semi-plena, deve continuar sendo administrada pelo nível central (Ministério da Saúde).

Para facilitar o atendimento da demanda hospitalar gerada por populações de outros municípios será implementada uma Câmara de Compensação, sob gestão das Secretarias Estaduais de Saúde.

Por fim, dado que a norma operacional não faz referência, deve-se supor que os recursos transferidos através das AIHs faturadas continuam, segundo o espírito da legislação, sendo repassados em forma direta às unidades prestadoras de serviços.

Tomando como base o exposto, cabe realizar alguns comentários. Em relação aos tetos quantitativos definidos para cada estado e expressados em número de AIHs, deve-se assinalar que a utilização de um mesmo parâmetro (0,10 AIH/habitante-ano) evidencia uma preocupação com a equidade, entendida como igualdade, nas taxas de utilização. Porém, é necessário destacar que o tratamento igualitário pode tornar-se meramente simbólico, caso não exista simultaneamente uma política que aborde fatores fundamentais na determinação da utilização de serviços, que não são considerados pela sistemática proposta. Para exemplificar, dois aspectos fundamentais que devem ser considerados são as diferenças existentes na oferta de serviços e as populações efetivamente adscritas. Em outras palavras, por um lado, é necessário implementar uma política de investimentos que objetive uma distribuição mais equitativa da oferta e, por outro, deve-se dar à variável populacional um tratamento que contemple diferenças regionais, que de alguma forma refletem os distintos níveis socioeconômicos. Por que não considerar população adscrita exclusivamente aquela que efetivamente demanda

atendimento dos serviços do setor público, sejam próprios ou contratados? Por que não descontar, da base populacional, o número de pessoas que conta com cobertura através de seguros privados de saúde? Esta última afirmação pode ser entendida como contraditória com a formação de um sistema único de saúde orientado para a extensão universal da cobertura. Porém, num quadro de recursos escassos, pode ser um tratamento mais equitativo limitar a abrangência da variável populacional exclusivamente àqueles que são os verdadeiros usuários da oferta financiada por recursos públicos. Completando a idéia, o setor público deveria ser reembolsado pelas instituições de seguro privado pelos serviços prestados aos beneficiários de planos privados.

Por outro lado, de acordo com o estabelecido na norma operacional, a igualdade a ser obtida através do critério utilizado, não leva em conta as diferenças de necessidades existentes, as variações na qualidade dos serviços oferecidos e os diversos níveis de resolutividade observados. Também, vale a pena assinalar, que o favorecimento para alcance da igualdade proposta, ficará limitado às instâncias locais (estaduais e municipais) que possam ser classificadas no tipo de gestão parcial ou semi-plena, já que os saldos existentes entre faturamento e tetos financeiros, não serão repassados para aqueles com condições mais precárias de gestão, geralmente os de menor desenvolvimento socioeconômico, e portanto, com piores níveis sanitários.

Com relação à forma de pagamento cabe lembrar algumas consequências observadas na implementação de sistemas similares de pós-pagamento prospectivo por procedimento, efetuada em outros países. A primeira está relacionada com a diminuição da média de permanência por internação, que poderá implicar em uma maior eficiência sempre que não seja efetuada em detrimento dos níveis definidos como adequados na qualidade dos serviços prestados. A segunda, se refere à mudança no perfil epidemiológico da demanda atendida. Esta forma de pagamento pode transformar-se num incentivo para o não atendimento, ou derivação para outras instituições, de pacientes que demandem procedimentos nos quais a relação preço/custo seja pouco vantajosa ou deficitária. (Guterman, S. e Dobson, A.-1986). Conseqüentemente, deveriam ser pensados instrumentos de acompanhamento e avaliação que permitam detectar efeitos indesejáveis provocados pela forma de pagamento implementada.

No que se refere à determinação dos tetos financeiros, deve-se apontar que a utilização de valores históricos, sem nenhum tipo de correção, anulará a igualdade preconizada na definição dos tetos quantitativos, e implicará na fixação de valores máximos que refletirão as desigualdades existentes e todas as distorções que a tabela de pagamento dos procedimentos possa conter. Também, é conveniente analisar melhor a adequação da utilização dos valores médios, já que em distribuições não simétricas é mais apropriado efetuar os cálculos a partir da mediana, ou de medidas mais refinadas, que minimizam variações na distribuição, como os quartis, ou decis.

Quanto à atualização dos tetos financeiros, a metodologia proposta não apresentará problemas caso todos os procedimentos sofram o mesmo reajuste. Porém, se os procedimentos são reajustados com índices diferenciados, o teto deverá ser corrigido através da média ponderada do perfil da demanda atendida em cada estado. A Norma Operacional não deixa claro como procederá no último caso.

Finalmente, a homogeneização efetuada, entre prestadores públicos e contratados, simplifica os procedimentos administrativos para a descentralização de recursos e facilita as formas de controle. Entretanto, cabe perguntar se é possível homogeneizar os valores das atividades médico-assistenciais realizadas por prestadores que respondem a demanda com perfil epidemiológico distinto, regidos por lógicas diferentes e com autonomia administrativa diferenciada.

1.1.3.2. O Financiamento das Atividades Ambulatoriais

As atividades ambulatoriais efetuadas pelos distintos prestadores (públicos, filantrópicos ou privados) são remuneradas a partir dos valores prefixados pelo nível federal na correspon-

dente tabela de práticas ambulatoriais. Entretanto, o total de recursos repassados para cada unidade da federação não poderá superar o teto financeiro definido segundo o número de habitantes e o correspondente valor da Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) (teto financeiro para cada unidade da federação = número de habitantes x UCA).

O valor da UCA, que representa o volume de recursos *per capita* para financiamento das atividades ambulatoriais, é estabelecido pelo Ministério da Saúde, com prévia consulta à Comissão Tripartite e aprovação do Conselho Nacional de Saúde.

Os Estados com características similares em relação à sua população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual no ano anterior, contarão com um mesmo valor de UCA. Por exemplo, os valores em janeiro de 1993 foram:

Acre, Amapá, Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará, Maranhão, Mato-Grosso, Tocantins	Cr\$ 127.000
Piauí, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Mato-Grosso do Sul	Cr\$ 165.000
Bahia, Pernambuco, Goiás, Espírito Santo	Cr\$ 180.000
Ceará, Rio Grande do Sul, Santa Catarina	Cr\$ 250.000
Paraná, Minas Gerais, Rio de Janeiro	Cr\$ 260.000
Distrito Federal, São Paulo	Cr\$ 275.000

Fonte: NESCON. *Diagnóstico da Assistência Médica no Brasil*, 1993

O valor da UCA é atualizado sempre que existam modificações na tabela de práticas ambulatoriais, levando em conta a política orçamentária e financeira do Fundo Nacional de Saúde.

Os tetos municipais são determinados segundo a média de seu gasto mensal ambulatorial no ano anterior, corrigido pela capacidade potencial de produção (equipamento x recursos humanos), pela população adscrita e pela complexidade da rede, e o somatório dos tetos municipais não pode superar o teto estadual.

As secretarias estaduais administrarão a diferença entre o teto estadual e o total dos tetos de seus municípios inclusos na condição de gestão parcial ou semi-plena.

Em relação ao fluxo de financiamento destinado à cobertura dos serviços ambulatoriais, pode-se dizer que foi mantida a modalidade incorporada a partir de 1990, que consiste numa combinação de formas distintas de alocação de recursos, ou seja, o volume total de recursos é definido *per capita*, enquanto o pagamento dos serviços é efetuado por ato médico. Essa combinação apresenta, pelo menos inicialmente, a vantagem de uma auto-regulação. Quem recebe *per capita* efetuará um controle rigoroso sobre possíveis superprestações e superfaturamento. Por outro lado, como os serviços são remunerados por produção, fica excluída a possibilidade de subprestações, o principal perigo da modalidade de pagamento *per capita*.

Porém, apesar da vantagem mencionada, cabe questionar a alta regressividade dos valores de UCA determinados para os distintos grupos de Estados. Ainda que se aceite uma relação diretamente proporcional entre o custo do ato médico, o grau de complexidade e o desenvolvimento sócioeconômico regional, assim como diferenças regionais na utilização dos serviços, os valores determinados, longe de diminuir as diferenças existentes, contribuem, no mínimo, para a sua consolidação.

Por outro lado, cabe em relação ao financiamento das atividades ambulatoriais, no que se refere às diferenças regionais da oferta existente, ao tratamento da variável populacional e à homogeneização realizada entre prestadores públicos e privados, os mesmos comentários efetuados para o financiamento dos serviços hospitalares.

Em relação à atualização dos valores da UCA e da tabela e serviços ambulatoriais convém destacar que, segundo o explicitado na norma operacional, o reajuste, mais que expressar a estrutura de custos do setor público ou a formação de preços do setor privado, ficará atrelado à política orçamentária e financeira do Fundo Nacional de Saúde.

Finalmente, a determinação dos tetos municipais, a partir da utilização da média histórica do gasto, ainda com as correções propostas (sobre as quais se desconhecem as variáveis e os parâmetros a serem utilizados), refletirá as distorções que possam existir nos valores pagos pelos diferentes tipos de atividades.

1.1.3.3. Os Fatores de Apoio

Tanto estados, quanto municípios, podem receber um adicional de recursos da ordem de 5% do correspondente teto ambulatorial, no primeiro caso quando enquadrados na gestão parcial ou semi-plena e no segundo a partir da gestão incipiente.

O valor destinado aos estados deve ser aplicado no financiamento das atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais. No nível municipal não existe uma predeterminação para a alocação dos recursos.

Este fluxo de recursos pretende ser um incentivo para o alcance dos requisitos de gestão definidos como desejáveis pelo nível federal para efetivar o processo de descentralização.

Entretanto, cabe destacar dois aspectos: o primeiro relacionado com o extenso leque de requisitos exigidos em cada caso para serem considerados como unidades gestoras tipo incipiente, parcial ou semi-plena. Não seria suficiente contar com propostas de programação-orçamentação, fundos de saúde e Conselhos de Saúde?

O segundo referente à diferença de tratamento adotada para os níveis estadual e municipal: para os Estados é previamente definido a utilização que deverão ter os recursos correspondentes a este tipo de fluxo financeiro, não existindo, ainda bem, a mesma determinação para as instâncias municipais. Para ser coerente com um espírito descentralizador dever-se-ia pensar em diminuir as exigências e permitir uma total autonomia na alocação dos recursos.

1.1.3.4. O Financiamento de Ações de Vigilância em Saúde

Pouco pode-se dizer em relação ao financiamento das ações de vigilância em saúde já que a norma operacional explicita unicamente que a modalidade a ser adotada deve ser definida em normas complementares no prazo de 90 dias.

Entretanto, é de se esperar que este fluxo financeiro não seja definido como os anteriormente expostos em função da produção e a partir de uma tabela de valores por unidade de produção.

1.1.3.5. O Financiamento para Investimentos

As transferências para investimento serão realizadas segundo o Plano Nacional de Prioridades em Investimentos.

Conseqüentemente, pode-se estimar que permanecerá uma forma de alocação que responderá muito mais às negociações políticas (com todo o aspecto negativo que este termo pode assumir) do que as efetivas necessidades regionais. Em outras palavras, em lugar de distribuições mais equitativas, os repasses continuarão sendo feitos em função da capacidade de barganha de cada esfera local.

I.2. Comentários Finais

Sintetizando a lógica que norteia as modalidades de transferência adotadas, pode-se afirmar que ela está mais relacionada, com o conceito de produtividade, deixando de levar em conta tanto as necessidades quanto a qualidade do atendimento e a resolutividade das ações de saúde. Em outras palavras, ao que parece, está sendo priorizada a eficiência e esquecida a eficácia.

Por outro lado, se a igualdade de tratamento entre os distintos tipos de prestadores tem por objetivo melhorar a eficiência dos serviços públicos, deve-se outorgar aos mesmos uma maior autonomia administrativa. Caso contrário os serviços públicos continuarão competindo em inferioridade de condições.

Outro aspecto preocupante, e incoerente com o objetivo descentralizador enunciado, é a forma de relacionamento que esta sistemática de repasse de recursos introduz entre os diferentes níveis de governo, já que, em última instância, o governo federal passou a comprar serviços dos governos estaduais e municipais. Este relacionamento foi determinado pela utilização de formas de pagamento (apropriadas para retribuir as atividades médico-assistenciais) como critérios distributivos que devem contemplar as necessidades existentes.

Também, no que se refere à descentralização, é bom lembrar que a exigência de um elenco extenso de requisitos para o repasse dos tetos financeiros e a definição por parte da esfera federal da alocação de recursos a nível local, manifestam características centralizadoras e uma falta de reconhecimento da autonomia das instâncias locais.

Finalmente, cabe destacar que esta sistemática de financiamento continua desconsiderando o estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (art. 35).

II. FUNDOS DE PARTICIPAÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL: CRITÉRIOS DISTRIBUTIVOS

Uma proposta bastante difundida, dentro do setor saúde, para realizar um repasse automático que objetive uma maior equidade na distribuição dos recursos, é aproveitar a experiência acumulada na área tributária em relação aos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios.

Os fundamentos levantados pelos defensores desta proposta estão principalmente relacionados, como já se mencionou, com a obtenção de uma distribuição mais equitativa, e com a definição dos montantes a partir de variáveis externas ao setor saúde cujas fontes de informação resultam de fácil acesso.

Portanto, parece oportuno descrever e discutir a metodologia utilizada nos fundos de participação e sua pertinência para aplicação na distribuição dos recursos destinados ao setor saúde.

II.1. A constituição dos fundos de participação

As normas básicas que definem a constituição dos Fundos de Participação de Estados (FPE) e Municípios (FPM), e seus correspondentes critérios distributivos estão explicitados em:

- a) Constituição Federal - Artigos 159 a 162, e Artigos 34 e 57 das Disposições Transitórias.
- b) Código Tributário - Lei Nº 5.172/1966, Artigos 91 a 93.
- c) Decreto-Lei Nº 1.805/80.
- d) Decreto-Lei Nº 1.881/81.
- e) Lei Complementar Nº 59/88.
- f) Lei Complementar Nº 62/89.
- g) Lei Complementar Nº 71/92.
- h) Lei Complementar Nº 72/93.

Segundo o estabelecido na legislação mencionada o volume de recursos de cada fundo é determinado em função de porcentagens que incidem sobre a arrecadação do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

Em 1993 as porcentagens foram de 21,5% no caso do FPE e de 22,5% para o FPM.

II.2. Critérios Distributivos

II.2.1. Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal

Inicialmente é efetuada uma macrodistribuição que contempla ao conjunto das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste com 85% dos recursos, e as Sul e Sudeste com os restantes 15%. Para definir o volume de recursos correspondentes a cada estado, das macro-regiões anteriormente mencionadas, são utilizadas as variáveis extensão territorial e número de habitantes, aplicadas em forma diretamente proporcional, e renda média *per capita*, em forma inversamente proporcional. Entretanto, cabe destacar que a extensão territorial incide sobre 5% dos recursos de cada macrorregião, sendo 95% transferidos em função das variáveis populacional e nível de renda.

Como fontes de informação são utilizados as estatísticas divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em relação à extensão territorial, pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), no que se refere à renda média *per capita*.

Cada variável é classificada em intervalos, e a cada um dos mesmos atribuídos um coeficiente. No caso da variável renda média *per capita* toma-se como base=100 a renda média *per capita* do país e definem-se intervalos. Os coeficientes são maiores para as faixas com nível de renda *per capita* mais baixo, diminuindo à medida que a renda *per capita* aumenta. Para calcular a porcentagem correspondente a cada Estado, em função das variáveis populacional e nível de renda, se compara o produto entre os coeficientes correspondentes a cada estado, com o somatório dos produtos estaduais da macrorregião. Por exemplo, se o produto os coeficientes do Estado X foi de 8,2, e o somatório dos produtos estaduais representou 123,4, a porcentagem de recursos correspondentes ao Estado X será de 6,64%.

As porcentagens definidas para o ano de 1993, calculadas com base na metodologia exposta foram:

ACRE	3,4210
ALAGOAS	4,1601
AMAPÁ	3,4120
AMAZONAS	2,7904
BAHIA	9,3962
CEARÁ	7,3369
DISTRITO FEDERAL	0,6902
ESPÍRITO SANTO	1,5000
GOIÁS	2,8431
MARANHÃO	7,2182
MATO-GROSSO	2,3079
MATO-GROSSO DO SUL	1,3320
MINAS GERAIS	4,4545
PARÁ	6,1120
PARAÍBA	4,7889
PARANÁ	2,8832
PERNAMBUCO	6,9002
PIAUI	4,3214
RIO DE JANEIRO	1,5277
RIO GRANDE DO NORTE	4,1779
RIO GRANDE DO SUL	2,3548
RONDÔNIA	2,8156

RORAIMA	2,4807
SANTA CATARINA	1,2798
SÃO PAULO	1,0000
SERGIPE	4,1553
TOCATINS	4,3400
TOTAL	100

Fonte: Diário Oficial de 24/12/92

II.2.2. Fundo de Participação dos Municípios-FPM

Do total correspondente ao Fundo de Participação dos Municípios (22,5% IR+IPI), 10% é distribuído entre os municípios das capitais, 86% entre os demais municípios do interior e 4% é destinado adicionalmente aos municípios do interior com uma população superior a 156.000 habitantes.

No caso dos municípios das capitais e do adicional destinado aos municípios com mais de 156.000 habitantes, as variáveis utilizadas são população e o inverso da renda média *per capita* do Estado ao qual pertencem, aplicando-se então a mesma metodologia utilizada para a distribuição entre Estados. Cabe assinalar que neste caso não existe uma definição inicial entre macrorregiões.

Para os demais municípios a distribuição é efetuada exclusivamente a partir da variável populacional.

As porcentagens definidas para 1993, em relação ao total de recursos destinados aos municípios das capitais (10% do FPM) foram:

ARACAJÚ	2,4327
BELEM	5,5604
BELO HORIZONTE	4,3440
BOA VISTA	1,7376
BRASÍLIA	3,0408
CAMPO GRANDE	2,0851
CUIABÁ	2,4327
CURITIBA	3,4752
FLORIANÓPOLIS	1,5639
FORTALEZA	10,8601
GOIANIA	3,6490
JOÃO PESSOA	4,3441
MACAPÁ	2,7802
MACEIÓ	4,3441
MANAUS	2,3458
NATAL	3,1277
PALMAS	4,3441
PORTO ALEGRE	2,7802
PORTO VELHO	2,0851
RECIFE	6,9505
RIO BRANCO	3,1277
RIO DE JANEIRO	3,4752
SALVADOR	6,0817
SÃO LUIZ	4,3440

SÃO PAULO	2,6064
TERESINA	4,3441
VITÓRIA	1,7376
TOTAL	100

Fonte: Diário Oficial de 24/12/92

II.3. Comentários sobre a metodologia distributiva do FPE e FPM

O exposto anteriormente permite efetuar três tipos de comentários relacionados com: as variáveis utilizadas, o tratamento dado às mesmas e a capacidade distributiva alcançada.

Em relação às variáveis utilizadas, cabe destacar que o nível de renda *per capita* desconsidera o alto grau de concentração da renda observado no país e, portanto, não é representativo do nível de renda da maior parte da população. Pode-se pensar na utilização de variáveis que levem em conta a composição percentual da população segundo faixas de renda, como por exemplo a porcentagem de pessoas com renda inferior a cinco ou três salários mínimos. As informações necessárias são divulgadas pelo IBGE através das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNDAs).

No que se refere ao tratamento dado às variáveis escolhidas, pode-se afirmar que sua classificação em diferentes intervalos impede considerar as diferenças entre instâncias locais de uma mesma faixa, ainda que situadas nos extremos opostos e, obviamente, super-estima as diferenças entre os municípios situados no limite superior de uma faixa e os enquadrados o inferior da faixa seguinte.

Finalmente, assinalar que, a distribuição mais equitativa observada no caso do FPE está fundamentalmente relacionada com a definição inicial que determina, que 85% dos recursos serão repassados para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No caso do FPM, a macrodistribuição inicial favorece os municípios do interior, ainda que entre os mesmos a distribuição seja realizada exclusivamente a partir do tamanho populacional, sem considerar outras variáveis relacionadas com as necessidades como as introduzidas para estados e municípios das capitais.

II.4. Aplicabilidade no setor saúde

Além das considerações realizadas no ponto anterior, é necessário destacar que nada impede a utilização da metodologia aplicada pelo FPE e FPM para distribuição dos recursos federais destinados ao setor saúde, entre as distintas instâncias locais (estaduais ou municipais). A única ressalva está relacionada com a utilização da variável extensão territorial, já que, em princípio, a mesma não está relacionada com as necessidades regionais, especialmente com aquelas que pretendem definir os recursos de custeio. Variáveis que levem em conta a extensão territorial e a distribuição da oferta existente, podem resultar importantes para definir uma política de investimento que objetive uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

Para finalizar, apresenta-se a comparação entre as porcentagens definidas para o FPE, em 1993, e distribuições obtidas a partir das variáveis população e nível de renda.

Os resultados apresentados só permitem confirmar que a distribuição efetuada no caso do FPE favorece os Estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, em função da macroalocação de recursos inicial, cuja justificativa não é explicitada na legislação pertinente. A aplicação dessa distribuição provavelmente provocaria o colapso dos sistemas de saúde de alguns Estados como por exemplo, Rio de Janeiro e São Paulo. Entretanto, os resultados obtidos a partir das principais variáveis utilizadas na metodologia exposta (Coluna 2), apresentam um patamar distributivo que pouco se diferencia do observado quando utilizada como

ESTADOS	FPE (1)	POP e NR (2)	POP (3)
ACRE	3,42	0,18	0,28
ALAGOAS	4,16	2;13	1,62
AMAPÁ	3,41	0,11	0,17
AMAZONAS	2,79	1,17	1,32
BAHIA	9,40	9,22	7,82
CEARÁ	7,34	5,79	4,31
DISTRITO FEDERAL	0,69	0,88	1,22
ESPÍRITO SANTO	1,50	1,65	1,68
GOIÁS	2,84	3,25	3,28
MARANHÃO	7,22	4,85	3,44
MATO-GROSSO	2,31	1,01	1,14
MATO-GROSSO DO SUL	1,33	1,09	1,19
MINAS GERAIS	4,45	10,65	10,58
PARÁ	6,11	2,65	3,30
PARAÍBA	4,79	3,18	2,17
PARANÁ	2,88	5,90	6,06
PERNAMBUCO	6,90	5,87	4,91
PIAUI	4,32	2,99	1,78
RIO DE JANEIRO	1,53	7,99	9,39
RIO GRANDE DO NORTE	4,18	1,87	1,55
RIO GRANDE DO SUL	2,35	5,68	6,12
RONDÔNIA	2,82	0,44	0,72
RORAIMA	2,48	0,06	0,08
SANTA CATARINA	1,28	2,86	2,98
SÃO PAULO	1,00	17,44	21,95
SERGIPE	4,15	1,15	0,94
TOCANTINS	4,34	—	—
TOTAL	100	100	100

(1) Fonte: Diário Oficial de 24/12/92

(2) e (3) Vianna *et alli*, 1990.

única variável o número de habitantes (Coluna 3).

Assim, recomenda-se a realização de simulações que implementem o critério nível de renda, a partir de variáveis que reflitam com maior sensibilidade as diferenças existentes, e, portanto, os distintos graus de necessidades.

III. A EXPERIÊNCIA DA INGLATERRA NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS

Neste ponto do trabalho é descrito e analisado o sistema inglês para alocação de recursos financeiros entre as diferentes regiões, considerado, durante quase três décadas, como modelo para a distribuição de recursos segundo critérios de necessidade. Examinam-se seus objetivos, a metodologia utilizada e a estratégia proposta para sua aplicação.

III.1. Antecedentes

O sistema de saúde inglês surgiu nos moldes de seguro social transformando-se posteriormente num sistema regido por princípios vinculados aos modelos de seguridade social. Desde

o princípio do século tem avançado no sentido da universalização da cobertura, conquistada, desde o ponto de vista legal, em 1948 por meio de um decreto que, ao mesmo tempo, estatizou os hospitais estabelecendo o financiamento do sistema com recursos fiscais.

Entretanto, na prática, até a década de 60, a Inglaterra alocava recursos em saúde praticando uma dinâmica orçamentária incrementalista cujo efeito era a manutenção, ano após ano, das desigualdades regionais existentes. As regiões mais favorecidas com o fluxo de recursos financeiros não eram aquelas mais necessitadas, mas as de maior poder de barganha.

Identificada a necessidade de se implementar uma metodologia mais equitativa na distribuição dos recursos procurou-se, em primeiro lugar, equilibrar a oferta serviços através de programas de investimentos que permitissem estabelecer um patamar mais igualitário na relação leitos/população observada em cada região.

No ano de 1971, é implementada a primeira metodologia para o cálculo automático dos recursos a serem repassados. A mesma se aplicava somente à distribuição dos recursos para custeio e considerava três tipos de indicadores regionais: a) demográficos (composição da população segundo sexo e idade), b) estoque de leitos disponíveis; c) fluxo de casos. Em outras palavras, o total de recursos disponíveis era distribuído entre as regiões em proporção à população corrigida segundo sexo, idade e ocupação dos leitos, em cada faixa, medida através do número de dias de internação. Os fluxos inter-regionais eram compensados a partir do custo médio nacional para cada especialidade e, obviamente, a demanda registrada.

Na mesma metodologia foi enunciada a necessidade de se evitarem grandes modificações a curto prazo. Para tanto, propunha-se um período de 10 anos para realização dos ajustes. Em decorrência, no primeiro ano dita metodologia foi aplicada para a redistribuição de um décimo dos recursos, no segundo foi estendida a dois décimos, e assim por diante.

Porém a metodologia resultou insuficiente para garantir um melhor patamar da equidade, fundamentalmente por sua aplicação restringir-se apenas aos recursos destinados às despesas correntes e pela utilização para ponderação, de variáveis relacionadas exclusivamente a demanda de internação.

III.2. A proposta apresentada no RAWP

Visto que os resultados esperados não foram alcançados através da sistemática implementada a partir de 1971, em maio de 1975 foi designada a Comissão de Trabalho para a elaboração do Resource Allocation Working Party (RAWP) com a incumbência de:

Revisar os mecanismos de distribuição de recursos de custeio e capital do Sistema Nacional de Saúde, para as regiões, áreas e distritos, visando estabelecer um método que assegure, tão rápido quanto seja possível, um padrão de distribuição objetivo, equitativo e eficientemente sensível às necessidades relativas da população (Department of Health and Social Security, 1976, p. 5).

O método formulado pelo RAWP partiu do princípio básico de que, para ter em conta as necessidades relativas, a dimensão da população e sua estrutura segundo grupos etários e sexo, deveria procurar efetuar correções com outros indicadores mais sensíveis às necessidades da população.

Também recomendava que as diferenças encontradas entre a distribuição observada e a definida a partir de critérios de necessidade (imagem objetivo), fossem diminuídas de forma gradual, evitando a deteriorização dos serviços existentes e possíveis desperdícios por falta de capacidade de gasto por parte das instâncias regionais.

Como o método deveria ser aplicável para o rateio dos recursos a serem distribuídos tanto para regiões (Regional Health Authorities - RHA), quanto para áreas (Area Health Authorities - AHA) e distritos, a seleção dos indicadores viu-se restrita pelas possibilidades de se obter e processar os dados para esses três diferentes níveis administrativos. Da mesma maneira, foram descartados critérios que, embora sensíveis às necessidades populacionais, tornam complexos os cálculos sem ter um impacto significativo sobre os resultados finais. Cabe assinalar que o volume de recursos a ser distribuído exclui os correspondentes ao pagamento

dos honorários dos médicos gerais (GPs).

Por outro lado, foi definido um tratamento diferenciado para as transferências correntes e as de capital, determinando-se os serviços componentes da estrutura do gasto em cada caso. O peso atribuído foi obtido a partir da estrutura observada no correspondente sistema de custos hospitalares.

No quadro seguinte apresenta-se a estrutura das despesas correntes e de capital definida, inicialmente, segundo tipo de serviço.

ESTRUTURA DO GASTO SEGUNDO TIPO DE SERVIÇO

	Correntes	Capital
Internações não psiquiátricas	55,9%	62,6%
Serviços ambulatoriais	13,4%	12,9%
Saúde Coletiva	8,8%	7,7%
Ambulâncias	3,5%	2,3%
Internações psiquiátricas	12,2%	14,5%
Internações de incapacitados mentais	5,7%	0,0%
Custos administrativos	0,5%	0,0%

Entretanto, o relatório não define a composição do gasto segundo categoria econômica (corrente - capital).

II.2.1. Distribuição Regional de Recursos Formulada pelo RAWP

II.2.1.1. Recursos de Custeio

Medição das necessidades de pacientes internados em leitos não psiquiátricos:

Para obter as porcentagens distributivas correspondentes a cada região, a população é discriminada por sexo e faixa etária e corrigida a partir de variáveis relacionadas com a utilização e a morbidade. Os procedimentos de ajuste são efetuados para cada subgrupo populacional e para cada grupo de causas básicas estabelecido na Classificação Internacional de Doenças (CID).

A composição da população segundo sexo e idade, que toma como base as estimativas para metade do ano mais próximo ao exercício orçamentário, não apresenta dificuldades na sua operacionalização. Cabe só a observação de que uma maior discriminação das faixas etárias implica num volume maior de dados a serem trabalhados. O RAWP utiliza, para o cálculo dos recursos de internações não psiquiátricas, nove faixas etárias: 1) 0 - 4; 2) 5 - 14; 3) 15 - 19; 4) 20 - 24; 5) 25 - 34; 6) 35 - 44; 7) 45 - 64; 8) 65 - 74; 9) 75 e mais.

O cruzamento dos grupos etários, definidos na proposta, com a variável sexo determina a composição da população em 18 subgrupos populacionais.

Em segundo lugar, as populações regionais são corrigidas em função da diferença entre a expectativa de utilização da região e o total nacional. A expectativa de utilização para cada região, medida em número de dias de internação, é calculada a partir da média nacional observada para cada grupo etário. O total de dias de internação de cada região é obtido como somatório de cada subgrupo etário. É dizer que as diferenças de utilização estarão determinadas exclusivamente pelas distintas estruturas etárias regionais. Finalmente, a taxa global de expectativa de utilização regional é comparada com a nacional e calculado o fator de ajuste populacional. Por exemplo, se a utilização estimada para a população de uma região em relação a um determinado grupo de doenças é de 1,46 dias de internação/habitante-ano, e a média nacional correspondente é de 1,51, a população regional será ajustada com um índice de 0,9669 (1,46 : 1,51).

A seguir, a população corrigida segundo a utilização deve ser ajustada em função da morbidade. Entretanto, a operacionalização desta variável apresenta complicações maiores como conseqüência da falta de informação pertinente e da pouca confiabilidade da existente. Assim, o RAWP optou por trabalhar basicamente com mortalidade considerando que a mesma guarda certa relação com a morbidade. Deste modo, utiliza-se como fator de correção a relação entre a taxa de mortalidade padronizada de cada região e a correspondente taxa nacional. Este procedimento é efetuado para cada grupo de causas básicas de mortalidade da CID, excluídas as referentes às doenças da pele (já que não existe o mesmo grau de correlação entre morbidade e mortalidade), e doenças psiquiátricas (que serão tratadas separadamente). As relativas a gravidez, parto e atendimento ao recém nascido, não devem ser ajustadas segundo a taxa de mortalidade, mas de acordo com as taxas de fecundidade padronizada. Neste caso a população feminina é discriminada em três grupos etários (15 a 24, 25 a 34 e 35 a 44).

Para exemplificar, se a taxa regional padronizada, por sexo e idade, tomando como base a distribuição observada em relação ao total da população do país, para uma determinada causa básica de mortalidade é de 2,1/1000 habitantes, e a correspondente média a nível nacional é de 2,6/1000 habitantes, o fator de correção será de 0,8077. E dizer que para obter a população corrigida deverá multiplicar-se a população observada por 0,8077.

O RAWP também considera a necessidade de serem levados em conta os custos diferenciais dos tratamentos para cada região. Como na primeira formulação do relatório não se contava com informações apropriadas para calcular os custos por patologias, esta variável foi introduzida posteriormente.

Por fim, o relatório apresenta a expressão algébrica para corrigir as populações regionais, segundo as variáveis consideradas representativas das necessidades no caso dos recursos destinados às internações não-psiquiátricas:

$$\begin{array}{c}
 \begin{array}{c} \text{~} \\ \text{~} \\ \text{~} \end{array} \begin{array}{c} \text{ijk} \\ \text{ijk} \\ \text{ijk} \end{array} \begin{array}{c} \text{RPjk} \cdot \frac{\text{NBijk}}{\text{NPjk}} \cdot \text{SMRik} \\ \text{RPjk} \cdot \frac{\text{NBijk}}{\text{NPjk}} \cdot \text{SMRik} \\ \text{RPjk} \cdot \frac{\text{NBijk}}{\text{NPjk}} \cdot \text{SMRik} \end{array} \\
 \hline
 \begin{array}{c} \text{~} \\ \text{~} \\ \text{~} \end{array} \begin{array}{c} \text{ijk} \\ \text{ijk} \\ \text{ijk} \end{array} \text{RPrik}
 \end{array}$$

- NP = População nacional
- RP = População regional
- NB = Média do número de leitos dia ocupados
- SMR = Taxa de mortalidade padronizada
- i = Grupo de causas básicas de mortalidade (CID)
- j = Grupo etário
- k = sexo
- r = região

A última variável a ser considerada para o cálculo dos recursos financeiros destinado ao custeio das internações não-psiquiátricas é o fluxo de pacientes de uma região à outra. Cada região recebe e deriva pacientes. A diferença entre o número de pacientes derivados e os recebidos é o fluxo líquido tomado como base quantitativa para compensações inter-regionais.

O volume de recursos que o fluxo quantitativo representa é calculado a partir dos custos médios nacionais observados para as internações de cada especialidade.

Medição das necessidades de serviços ambulatoriais

De maneira equivalente ao procedimento utilizado para o cálculo dos valores regionais para custeio das internações não psiquiátricas, o RAWP estabelece que para as ações ambulatoriais a população, discriminada por sexo e idade, deve ser corrigida de modo a refletir os padrões nacionais de utilização desses serviços e posteriormente ajustadas segundo a diferença entre as taxas de mortalidade padronizadas e a correspondente média nacional.

Na simulação efetuada no relatório a população foi discriminada por sexo e seis grupos etários: 0 a 4; 5 a 14; 15 a 44; 45 a 64; 65 a 74 e 75 a mais.

A utilização foi medida segundo o número de atendimentos ambulatoriais/1000 habitantes demandados por cada subgrupo populacional.

Por último, a população corrigida segundo a utilização, é ajustada através da diferença existente entre a taxa regional global de mortalidade padronizada e a correspondente média nacional, quer dizer, sem efetuar sua discriminação de acordo com os diferentes tipos de causas básicas.

Medição das necessidades de serviços coletiva

A população regional diferenciada segundo faixas etárias, deve ser corrigida de modo a refletir os padrões de utilização desses serviços e ajustada pelas diferenças entre as taxas regionais de mortalidade padronizadas e a correspondente média nacional.

Cabe destacar que, neste caso, os cálculos são efetuados tomando em consideração exclusivamente 4 faixas etárias:

0 a 4, 5 a 14, 15 a 64 e 65 e mais. A variável sexo não foi considerada por falta de informação discriminada em relação à utilização.

Por outro lado, é necessário assinalar que a utilização dos serviços de saúde comunitária foi dimensionada a partir do gasto observado para cobertura deste tipo de serviço por cada 1000 habitantes. Como no caso de serviços ambulatoriais, a correção em função da mortalidade foi realizada sem considerar as diferenças existentes entre os distintos tipos das causas básicas.

Medição das necessidades de recursos para ambulâncias

Para cálculo do gasto com ambulâncias o relatório recomenda que a base populacional seja corrigida exclusivamente em função da mortalidade e com o mesmo índice utilizado nos dois casos anteriores. Estudos realizados demonstraram que a correção da população por sexo e idade não tinha poder explicativo sobre as necessidades de remoções.

Medição das necessidades para serviços de internação psiquiátrica

Para obter as porcentagens distributivas correspondentes a cada região, a população é discriminada por sexo, faixa etária e estado civil, e corrigida a partir de variáveis relacionadas com a utilização. A mortalidade não é considerada uma variável apropriada para determinar os níveis de necessidade deste tipo de serviços devido a que as doenças mentais raras vezes são causa direta de morte.

Entretanto, considera-se que as pessoas casadas são menos propensas às doenças mentais, razão pela qual se incorpora a variável estado civil à estrutura do perfil demográfico.

As faixas etárias e o indicador de utilização são os mesmos aplicados na distribuição de recursos para financiamento de internações não-psiquiátricas.

O fluxo inter-regional de pacientes também é considerado para corrigir os totais anteriormente calculados mas, neste caso, o volume de recursos é determinado a partir do custo médio unitário observado a nível nacional.

Também se recomenda efetuar um ajuste final que reflita diferenças em relação à proporção de internações de longa duração.

Medição das necessidades dos serviços para incapacitados mentais

Neste caso, a distribuição de recursos é efetuada a partir da população discriminada segundo sexo e idade, e corrigida através da utilização observada (dias de internação/ 1000 habitantes) para este tipo de serviço.

Ainda os totais obtidos, como ocorre com as internações psiquiátricas, deverão ser ajustados de acordo com o fluxo de pacientes e os tratamentos de longa duração.

Custos administrativos

A necessidade de recursos para o custeio deste tipo de atividade é independente da composição da população. Portanto, se propõe que para o rateio da despesa seja utilizado simplesmente o número de habitantes sem correções. Cabe esclarecer que estes recursos referem-se exclusivamente aos custos administrativos gerados pelos médicos gerais (GPs), e que as despesas com seus honorários não estão incluídas nos recursos distribuídos entre as diferentes regiões.

Cálculo final dos montantes a serem repassados para cada região

Em primeiro lugar, para cada tipo de serviço é calculada uma distribuição síntese a partir da média aritmética das distribuições parciais.

Posteriormente, cada distribuição síntese é aplicada ao total de recursos definidos para o correspondente tipo de serviço a partir da estrutura de custos do SNS (composição percentual apresentada no ponto III-2 deste capítulo).

Correções adicionais

São ainda feitos ajustes sobre o volume total a ser repassado segundo os seguintes critérios:

- o) Convênios entre as instâncias governamentais.
- o) Custos especiais dos serviços com fins pedagógicos.

a) Convênios entre as instâncias governamentais

Os convênios intergovernamentais para garantir a oferta de serviços médicos de maior complexidade, tanto no que se refere às internações quanto às prestações ambulatoriais, deverão ser levados em conta para correção dos totais regionais.

b) Custos especiais dos serviços com fins pedagógicos

Os hospitais universitários, com cursos de residência e/ou pós-graduação, normalmente apresentam custos superiores aos hospitais gerais. Por tal motivo, a sistemática reconhece estes custos diferenciados através de um fator que incrementa os recursos para tais serviços. Esse fator é denominado Service Increment for Teaching (SIFT).

Para melhor avaliar o incremento que produzem na despesa as atividades de treinamento e ensino foi realizado um estudo em 45 hospitais que contavam, além dos serviços assistenciais, com programas de formação e capacitação de recursos humanos. A metodologia consistiu, basicamente, na discriminação do gasto efetuado para cada tipo de atividades (assistenciais e de treinamento ou ensino), estimando-se o custo adicional por estudante. Entendendo que este tipo de hospital desenvolveu, além de programas relacionados ao ensino, atividades de pesquisas, recomendou-se que a aplicação do fator de correção por ensino fosse utilizado com um peso de 0,75, ficando 0,25 para o ajuste segundo outro tipo de atividade. Para o cálculo do último fator de correção mencionado deverão ser realizados estudos especiais.

III.2.1.2. Recursos de Capital

O RAWP adverte que este procedimento é recomendado exclusivamente para a distribuição de recursos destinados para obras e instalações e que, conseqüentemente, não estão incluídas despesas correspondentes à aquisição de equipamentos e materiais permanentes.

O procedimento para alocação de recursos de capital é bastante similar ao utilizado para a determinação dos valores a serem alocados para custeio. Por um lado, avalia-se a distribuição atual e, por outro, identifica-se uma imagem objetivo a ser atingida em cada região, e procura-se, gradualmente, aproximar-se dela.

Para o cálculo das porcentagens distributivas da imagem objetivo utiliza-se uma metodologia equivalente à empregada para identificação dos níveis desejáveis em relação aos recursos de custeio.

Entretanto, como os bens de capital são acumuláveis no tempo, o diagnóstico da situação atual não pode se limitar, como no caso dos recursos de custeio, à distribuição observada nos últimos anos, mas deve incluir também os estoques de capital que cada região foi incorporando no transcurso do tempo.

Estimativa dos estoques de capital disponíveis no Sistema Nacional de Saúde

O cálculo da distribuição dos recursos de capital existentes foi efetuado em valores monetários, a partir da disponibilidade observada em 1961. A estimativa foi realizada considerando o número de leitos existentes, discriminados em crônicos e agudos, e o valor monetário dos metros quadrados e dos equipamentos necessários por leito.

Em segundo lugar, calculou-se a depreciação desses bens. Para cálculo da depreciação partiu-se dos seguintes princípios:

a) levantou-se a área das instalações disponíveis em cada região e para cada tipo de serviços considerando-se três diferentes períodos de aquisição: anteriores a 1918; entre 1919 e 1948; entre 1949 e 1961.

b) Corrigiu-se os valores monetários observados em 1961 a partir de coeficientes de depreciação para cada uma das três categorias: 70%; 65% e 50%.

O total, já ajustado segundo sua depreciação, corrigiu-se para valores de 1975 (inflacionando-o segundo o custo de vida).

Por outro lado, para considerar o investimento em recursos de capital efetuado entre 1962 e 1975, ao valor monetário do estoque disponível corrigido para 1975, somou-se a alocação realizada no período. Entendendo que a nova metodologia seria aplicada a partir de 1978, incorporou-se a previsão correspondente ao exercício 1976-1977.

Considerando-se, para o período 1961-1977, uma desvalorização de 2,4% ao ano.

Posteriormente, o valor obtido foi corrigido em função da desativação de serviços nesse intervalo e da diminuição de complexidade hospitalar observada no período.

Finalmente, ainda que isto não modifique o volume total correspondente a cada região, mas com o objetivo de facilitar os cálculos das sub-unidades regionais, foi considerada a transferência de estabelecimentos de uma jurisdição administrativa a outra.

Cálculo da distribuição de recursos de capital segundo necessidades

Como foi mencionado anteriormente poucas são as diferenças existentes entre o cálculo da distribuição dos recursos para custeio e para despesas de capital.

Em primeiro lugar, entendendo que as despesas de capital devem ser motivo de programação plurianual (não se aplicou a base populacional estimada para metade do ano mais próximo ao exercício orçamentário correspondente, mas a projetada para cinco anos depois). Conseqüentemente, deve advertir-se que, mesmo que não fossem incorporadas outras alterações na sistemática de ponderação, as porcentagens distributivas finais serão diferentes das calculadas para os recursos correntes.

Por outro lado, não foram considerados os serviços relativos ao atendimento de deficientes mentais (por considerar-se que seguem a mesma lógica de investimento das internações

psiquiátricas) e os referentes a atividades administrativas (por entender-se que o tamanho populacional não é bom indicativo das necessidades de investimento neste tipo de serviço).

Finalmente, no que diz respeito aos serviços de saúde coletiva ou serviços comunitários omitiu-se a discriminação por idade, já que sua utilização poderia introduzir distorções importantes. Por exemplo, os programas destinados à população de 0 a 4 anos, que consomem aproximadamente 50% dos recursos deste tipo de serviço, exigem dotações de recursos para investimentos relativamente pequenas.

Como já foi mencionado nos outros aspectos, a metodologia utilizada para correção da base populacional foi exatamente a mesma empregada para identificação das imagens objetivo dos recursos de custeio.

Cálculo final dos montantes de recursos de capital a serem repassados para cada região

Da mesma forma que para os recursos de custeio, para cada tipo de serviço é calculada uma distribuição síntese a partir da média aritmética das distribuições parciais.

Por sua vez, cada distribuição síntese é aplicada ao total de recursos definidos para o correspondente tipo de serviço a partir da estrutura de custos do SNS (composição percentual apresentada no ponto III.2 deste capítulo).

A diferença entre a estimativa monetária da disponibilidade existente e a imagem objetivo, calculada a partir da distribuição da população ponderada segundo as variáveis anteriormente mencionadas, determina o nível de necessidade para cada região. O alcance da imagem objetivo será efetuado através de um processo gradual, que permita uma readequação mais equitativa da oferta, mas que assegure um mínimo de recursos para que não se deteriore os serviços existentes e possam ser antedidos os compromissos já contraídos.

III.3. Críticas à metodologia do RAWP

A forma distributiva de recursos financeiros apresentada pelo RAWP foi objeto de importantes críticas em relação a distintos aspectos metodológicos.

Os comentários efetuados a seguir baseiam-se fundamentalmente nas sínteses realizadas por Giraldes (1987) e Dornelles (1993).

A primeira crítica está relacionada com a exclusão da maior parte dos gastos relativos às ações de cuidados primários à saúde. A fórmula somente considera os custos administrativos dos médicos gerais (GPs), ficando de fora os recursos destinados ao pagamento de seus honorários. Conseqüentemente, esta metodologia não levaria em conta as desigualdades decorrentes da má distribuição dos médicos entre as regiões (Dornelles, 1993, p. 14).

Em segundo lugar, tem-se formulado três críticas relativas à utilização da taxa de mortalidade proporcional (SMR) como medida de morbidade:

- a mortalidade não é uma variável que expresse adequadamente a morbidade;
- a taxa de mortalidade padronizada pode ocultar diferenças importantes em relação à mortalidade específica; e
- caso a amostra considerada seja muito pequena (por exemplo, na distribuição intra-regional ao discriminar a população por sexo e idade) pequenas variações em números absolutos poderão implicar diferenças significativas nas taxas de mortalidade padronizadas.

Destacou-se, também, a exclusão do setor privado. Se o princípio é o da igualdade no acesso, então o cálculo deveria considerar a distribuição dos serviços privados. Esta crítica, contudo, só adquire relevância em função do grau de participação do setor privado, contratado com recursos públicos, na oferta de serviços existente.

Outro ponto crucial da crítica diz respeito ao uso de séries históricas das despesas para se extrair a estrutura de custos relativos (segundo tipo de atividades), já que é um fator que introduz uma forma conservadora de alocação dos recursos. Em outras palavras, significa aceitar que a estrutura de custos é a mais adequada.

Finalmente, recomendou-se a introdução de algum fator de correção que incorpore uma distribuição positiva das diferenças existentes em relação às condições de vida.

III.4. Reformulações Posteriores

Em 1985, tentando aperfeiçoar a sensibilidade da fórmula na medição das necessidades relativas, e considerando parte das críticas efetuadas à proposta do RAWP, foi realizada uma revisão cujas principais recomendações são sintetizadas a seguir.

Considerando que a população cuja idade é superior aos 85 anos forma um grupo crescente e que estes utilizam mais os serviços de saúde, recomenda-se a inclusão desta faixa adicional na correção da população, sugere-se a eliminação da ponderação por sexo já que o seu efeito seria reduzido a partir da inclusão de mais uma faixa etária.

Com o objetivo de minimizar distorções introduzidas pela utilização das taxas de mortalidade padronizadas, diminui-se seu peso relativo (passando de 1 para 0,44) e determinou-se que sua aplicabilidade ficaria limitada à ponderação das faixas etárias inferiores a 75 anos (Dornelles, 1993, p. 16).

Além disso, a fórmula deve incorporar um indicador socioeconômico, que permita considerar as diferenças existentes em relação ao nível de vida entre as distintas regiões. Para tanto, efetuou-se uma pesquisa piloto que estudou os níveis de correção de vários fatores com a utilização dos serviços, escolhendo-se uma combinação de variáveis denominada UPA 8 (Jarman 8 Underprivileged Area Score). O peso outorgado a este indicador foi de 0,56.

Segundo Dornelles (1993, p.16-7) o efeito desta inclusão foi considerado pouco relevante. A pesquisa deverá ser aprofundada em outras regiões e o fator revisado ao longo do tempo.

No que se refere às correções adicionais, como por exemplo, a relativa aos hospitais com fins pedagógicos, se propõe estudos mais aprofundados que permitam maior sensibilidade, especialmente, em relação aos custos unitários dos atendimentos.

III.5. Aplicabilidade da proposta do RAWP ao caso brasileiro

A principal dificuldade para aplicação da proposta do RAWP à distribuição de recursos financeiros do setor saúde no Brasil, refere-se ao desequilíbrio regional em relação à capacidade instalada existente. Cabe lembrar que a Inglaterra efetuou antes da aplicação dos critérios distributivos segundo necessidades, e durante aproximadamente 10 anos, uma política de investimento que objetivou a diminuição das diferenças observadas na distribuição da oferta de serviços.

Outra limitação importante é a inexistência de informação adequada, e ao mesmo tempo confiável, em especial no que se refere à estrutura de custos unitários dos diferentes serviços.

Apesar das limitações colocadas pela falta de um sistema nacional de custos, as outras informações necessárias são levantadas com regularidade. As informações estatísticas referentes à utilização dos serviços de internação (psiquiátricas ou não) e dos ambulatoriais, podem ser obtidas através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Obviamente, deve-se levar em conta que este tipo de informação estará distorcido pelos diferentes, e por demais conhecidos, tipos de fraudes (superfaturamento e superprestação). Por sua vez, as informações relacionadas com as taxas de mortalidade apresentam deficiências pela cobertura incompleta do sistema de informação, especialmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e pelo sub-registro de óbitos. Este problema poderia ser superado caso fossem empregados indicadores que não usassem a população como denominador, como a mortalidade proporcional. Entretanto, outras limitantes do sistema podem vir a ser utilizadas como indicadores de necessidades. Por exemplo, a mortalidade por causa mal definidas, já que as mesmas são em grande parte produtos de óbitos sem atendimento médico e representam mais de 50% em alguns Estados das regiões mais desfavorecidas. Por outro lado, ainda quando tenham recebido atendimento médico, as diferenças observadas podem ser interpretadas como um indicativo da necessidade de melhoria na qualidade dos serviços médicos, seja através de aprimoramentos na correspondente formação médica, como nas técnicas de diagnóstico e tratamento.

Ainda com as observações efetuadas anteriormente, recomenda-se a realização de simulações que permitam identificar o potencial distributivo da proposta do RAWP quando aplicada à realidade brasileira.

IV - COMENTÁRIOS FINAIS

A análise efetuada em relação à sistemática distributiva adotada no Brasil, pelo Ministério da Saúde, tentou evidenciar que a metodologia utilizada não contribui para a diminuição das diferenças regionais existentes, já que se fundamenta quase que exclusivamente na produção observada. Mesmo aceitando que a produção possa vir a incentivar um desenvolvimento das capacidades gerenciais das instâncias locais, e que nesse caso sejam repassados os recursos globais dos tetos financeiros, a utilização dos valores históricos consolidará as diferenças existentes e as distorções atuais das tabelas de pagamento. Desta forma, a atual forma distributiva não pode ser considerada como apropriada para o alcance de uma maior equidade, entendida como tratamento igual para iguais, e menos ainda quando definida como tratamento desigual para desiguais. Por outro lado, cabe lembrar que, os comentários efetuados limitam-se aos recursos destinados ao custeio do sistema, os recursos de capital continuam sendo repassados a partir de transferências negociadas, que na maioria dos casos pouco tem a ver com as efetivas necessidades da população.

Em outras palavras, se um dos principais objetivos é tornar o sistema de saúde mais equitativo, será condição necessária, ainda que não suficiente, repensar os critérios distributivos para os recursos federais, principal fonte de recursos públicos no financiamento do setor saúde, introduzindo critérios e variáveis que expressem com maior sensibilidade possível as diferenças regionais que devem ser diminuídas. Para tanto, podem contribuir os comentários realizados em relação às outras experiências sintetizadas e analisadas neste trabalho.

Apesar dos questionamentos apontados, vale destacar que nos dois casos apresentados foram utilizados critérios tradicionalmente aceitos como indicativos das necessidades em saúde, como são nível de renda e perfil de morbi-mortalidade. Como foi mencionado, os critérios devem ser implementados através de variáveis que apresentem uma maior sensibilidade, face às características socioeconômicas brasileiras, e ao mesmo tempo minimizem as eficiências dos sistemas de informações nacionais.

Reitera-se a sugestão de realizar simulações que permitam avaliar melhor os resultados a serem obtidos em cada caso, e lembra-se a importância de efetuar estudos de correlação entre as variáveis utilizadas, visando evitar tanto potencializações indesejadas, quanto anulações de seus respectivos efeitos distributivos.

Finalmente, em todos os casos, deverão ser pensados instrumentos de acompanhamento que permitam avaliar se os recursos estão sendo dirigidos para solucionar os problemas de saúde identificados nos diagnósticos locais.

BIBLIOGRAFIA

I -

PORTO, S. M. Descentralização de Recursos no Setor Saúde: Comentários sobre Algumas Propostas. In: *Revista de Planejamento e Políticas Públicas* - IPEA - n. 5, Junho de 1991.

PORTO, S e UGA, M. A. Avanços e percalços do financiamento do setor saúde no Brasil. In *Planejamento Criativo - Novos Desafios em Políticas de Saúde* Rio de Janeiro, Ed. Relume-Dumará. 1992.

— O Financiamento do Setor Saúde no Brasil - Situação atual e perspectivas de reestruturação. Documento apresentado na IX Conferência Nacional de Saúde - Brasil - 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei* 1993

BRASIL. Norma Operacional Básica, n. 1 1993

GUTERMAN, S e DOBSON, A. Impact of the Medicare Prospective Payment System for Hospitals. *Health Care Financing Review*, v. 7, n. 6 1986

NESCON. Diagnóstico da Assistência Médica no Brasil. Relatório de Pesquisa. Brasil. 1993.

NESCON. Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Relatório de Pesquisa. Brasil. 1993

II -

BRASIL. Constituição Federal - Artigos 159 a 162, e Artigos 34 e 57 das Disposições Transitórias.

BRASIL. Código Tributário - Lei n. 5 172/1966, Artigos 91 a 93

BRASIL. Decreto-Lei n. 1 805/80

BRASIL. Decreto-Lei n. 1 881/81

BRASIL. Lei Complementar n. 59/88

BRASIL. Lei Complementar n. 62/89

VIANNA, Soion M. *et al*. O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde. Brasília, OPS, 1990.

III -

INGLATERRA. Departamento de Saúde e Seguridade Social. *Sharing Resources for health in England. Report of the Resource Allocation Working Party* London, 1976

DORNELLES, Janice. *Fórmulas para Distribuição de Recursos para Saúde: Análise da experiência de alguns países.* S/L 1993

GIRALDES, Maria do Rosario Alvares Ferreira. *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde Primários.* Portugal 1987.

BARNAR, Keith e LEE, Kenneth. *Conflicts in the National Health Service.* London. 1977

BECKER, Robert Augusto. *Análises de Mortalidade: Delimitações Básicas.* Ministério da Saúde. Brasil. 1990

MACMILLAN, Donald *et al*. *NHS Reorganisation: Issues and Prospects.* London. 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatísticas de Mortalidade* Brasília, 1988.

SISTEMAS DE REPASSES FINANCEIROS A UNIDADES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA PRELIMINAR PARA A REDE PÚBLICA BRASILEIRA

Maria Alicia Domínguez Ugá (*)

INTRODUÇÃO

A discussão sobre os sistemas de repasses financeiros a unidades assistenciais (e, particularmente, aos hospitais) vem ganhando destaque, nos países desenvolvidos, a partir da crise econômica que os atingiu no final da década de setenta e, principalmente, nos anos oitenta - crise de financiamento público por que passam, a partir de então, os Estados de Bem-Estar social, que devem fazer face à provisão de políticas sociais crescentemente abrangentes - não em termos do leque de benefícios e serviços como do universo de seus usuários, faz com que os instrumentos gerenciais e financeiros adquiram importância na discussão acerca das saídas desse impasse.

Dentre esses instrumentos, inclui-se o método de repasses às unidades assistenciais, que têm sido abordados, em geral, enquanto um potente instrumento de incentivo a determinados comportamentos (Campos, 1989) por parte dos prestadores de serviços de saúde. Na conjuntura acima desenhada, o aspecto particularmente priorizado na avaliação dos sistemas de repasses diz respeito à contenção dos custos da atenção médico-hospitalar através de ganhos em eficiência.

Entretanto, na análise que tecemos neste trabalho, os sistemas de repasses são avaliados não só segundo os incentivos que eles introduzem em termos de *eficiência* (que, traduzida em valores monetários, é mensurada através do custo unitário dos serviços), como também sobre a *qualidade* dos serviços médico-hospitalares. Por outro lado, são considerados dois critérios adicionais na avaliação desses sistemas, quais sejam:

- o grau de *previsibilidade* dos fluxos financeiros que cada sistema proporciona; e
- o grau de *redistributividade* dos repasses entre as diversas unidades que cada um viabiliza.

Em outras palavras, trata-se de detectar, em relação a cada sistema de transferência financeira a hospitais, se eles abrem ou não a possibilidade de compensar certas unidades segundo critérios pré-definidos.

Por outro lado, os métodos de repasses são, ainda, diferenciáveis segundo o momento em que as transferências sejam efetuadas: i) previamente à prestação de serviços, como no caso dos repasses por *orçamento global* e por *capitação*, ou, ii) enquanto pagamento por serviço, previamente prestados, como é o caso dos repasses por *diária hospitalar*, por *ato médico prospectivo*, por *procedimento*.

Este documento pretende demonstrar, através da análise dos sistemas tradicionais de transferências financeiras (e, em particular, dos dois sistemas mais - antagônicamente defendidos, isto é, o do *orçamento global* e o *prospectivo por procedimento*, que não existe um

(1) Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/FIOCRUZ

método de repasses que, em forma pura, atenda os quatro requisitos acima referidos. Nesse sentido, a partir da análise de algumas inovadoras experiências internacionais alternativas, tenta-se, ao final do trabalho, delinear, ainda que de forma bastante preliminar, uma proposta de sistema de transferências para os hospitais públicos brasileiros, alternativa à atualmente vigente.

Com esse objetivo, destina-se a primeira seção deste documento à discussão da natureza e classificação do produto hospitalar, objeto dos repasses financeiros analisados ao longo da seção dois. Na terceira, abordam-se duas experiências de implementação do método de pagamento prospectivo por procedimento, em voga atualmente dados os estímulos que dele se esperam em termos do aumento da eficiência dos prestadores de serviços sanitários. A quarta seção é dedicada à apresentação de sistemas alternativos que se constituem em *mixes* ou adaptações de sistemas para, a partir desses, destacar, na última seção deste trabalho, os elementos que, ao nosso ver, devem nortear a elaboração de uma proposta de sistema de transferências financeiras para os nossos hospitais públicos.

I. O PRODUTO HOSPITALAR

O produto hospitalar pode ser considerado sob dois enfoques: i) enquanto o resultado de um determinado processo de produção; e ii) enquanto da satisfação das necessidades sentidas pelo paciente (alívio da dor, recuperação da saúde - podendo esta ser entendida pelo paciente como o mero resgate da capacidade de trabalho, ou como a recuperação de suas plenas capacidades individuais), conforme aponta Hornbrook (1982).

Assim, segundo o mesmo autor, *respeitado o desejo dos pacientes, o produto do hospital é definido enquanto um tratamento esperado, dadas as características da doença do paciente e o estado da arte da medicina, o qual deve levar a um resultado exitoso sobre o episódio da doença*⁽¹⁾.

Num segundo nível de aproximação, vale recorrer à definição de Fetter *et al.* (1980), que conceituam o produto hospitalar como *um conjunto de serviços provistos a um paciente como parte do processo de tratamento controlado por seu clínico*⁽²⁾. Assim, uma apendicectomia, por exemplo, é um produto hospitalar que é, por sua vez, composto de uma série de serviços que extrapolam o procedimento cirúrgico em si, tais como: exames complementares (radiológicos e hematológicos, dentre outros), serviços de enfermagem, de hotelaria (limpeza, lavanderia, e alimentação), etc. Sob essa concepção, a unidade de produção do hospital passa a ser o tratamento, ou melhor, o *caso tratado*, entendido enquanto *a provisão de serviços apropriados para corrigir a causa subjacente da enfermidade e/ou avaliar suas manifestações* (Hornbrook, 1982).

Deve-se observar, ainda que, como destacam Wiley e Fetter (1990), a definição é multidimensional, no sentido de que este - e, portanto, o conjunto de serviços que ele compreende - depende não só da natureza do(s) ato(s), neles envolvidos, mas de **características do paciente**, como idade, presença ou não de comorbidades, etc.

Dessa forma, concordando ainda com os mesmos autores, pode-se afirmar que os produtos do hospital são diversos e inúmeros. Tendo em vista que cada paciente recebe um *pacote* específico desses serviços segundo a patologia de que ele seja portador e as suas características pessoais acima referidas, esses serviços (exames, visitas médicas, alimentação, etc.) podem ser considerados como serviços intermediários de cada serviço final do hospital (caso tratado através de apendicectomia, transplante de coração, etc.).

Assim, *o hospital pode, portanto, ser considerado como uma firma multiproduto que deve, em teoria, ter uma linha de produção que é tão diversificada quanto o número de pacientes tratados*. A função de produção do hospital é, então, *uma função de múltiplas variáveis* $Y = f(X)$, onde Y é o vetor dos produtos e X o vetor de insumos (Wiley e Fetter, 1990)⁽³⁾.

(1) Tradução livre

(2) Tradução livre

(3) Tradução livre

Por outro lado, os casos tratados podem ser agrupados segundo atributos clínicos comuns aos pacientes e, assim, também segundo *pacotes* de serviços similares que eles percebem durante os seus respectivos tratamentos. Essa é a fundamentação do sistema de classificação do produto hospitalar por *case-mix*, que abordamos adiante.

I.1. A Classificação e Mensuração Hospitalar

O ponto de partida da classificação e mensuração do produto hospitalar reside na constatação das múltiplas formas que pode assumir o fato gerador do tratamento hospitalar, - isto é o *episódio de doença* -, o qual, por sua vez, leva à experiência de uma série de intervenções médico-hospitalares diferenciadas, que conformam cada produto final - ou caso tratado - do hospital.

Dado que é impossível separar totalmente a *doença* do *doente*, cada episódio de doença é único, tendo em vista que cada indivíduo também o é. Entretanto, quando se trata de *doentes tratados* é possível abordar os casos de doença sob dois prismas:

- antes da execução do tratamento, cada caso é encarado pelo médico a partir de sua especificidade, atribuível, como foi dito acima, à singularidade de cada paciente;
- no entanto, quando vistos *ex-post*, os mesmos podem ser agrupados segundo determinadas similaridades em termos de suas características e dos padrões de tratamento recebidos.

O produto do hospital é passível, então, de identificação e mensuração através dessa classificação *ex-post* dos casos tratados, que pode ser efetuada de diversas formas, segundo o critério (isto é, o fator de similaridade) que se adote.

Hornbrook (1982) propõe um sistema hierárquico de classificação do produto hospitalar em grupos de casos tratados, que reproduzimos abaixo.

SISTEMA HIERÁRQUICO DE CLASSIFICAÇÃO DO PRODUTO HOSPITALAR

GRUPO ISOVALOR	Grupos de casos tratados que são homogêneos em relação ao seu valor social
GRUPO ISORESULTADO	Grupos de casos tratados que são homogêneos em relação à mudança no estado de saúde produzida
GRUPOS ISORECURSOS	Grupos de casos tratados que são homogêneos em termos de nível e <i>mix</i> de recursos utilizados no seu tratamento
GRUPOS ISODOENÇA	Grupos de casos que são homogêneos em relação à natureza de sua patologia
GRUPOS ISODIAGNÓSTICO	Grupos de casos que são homogêneos em termos do diagnóstico primário
GRUPO ISOSINTOMAS	Grupos de casos homogêneos em termos do tipo de sintomas apresentados

Neste sistema de classificação do produto hospitalar elaborado pelo referido autor, a primeira forma de grupamento dos casos tratados - referentes à etapa inicial do processo de assistência médico-hospitalar - consiste na constituição de grupos de pacientes que apresentam os mesmos *sintomas*, isto é, as mesmas manifestações clínicas.

O nível hierárquico seguinte desse esquema classificatório diz respeito à constituição de grupos de casos a partir de sua similaridade em termos *diagnóstico*, mais especificamente, de diagnóstico primário. Assim, um mesmo grupo pode contar casos que diferem consideravelmente no que tange aos atributos clínicos da doença (tendo em vista que não levam em conta as peculiaridades do paciente, como idade e sexo, que determinam diferentes prognósticos).

Essa diferenciação é considerada no terceiro nível de classificação, *por doença*, na qual se leva em conta todos os atributos clinicamente significativos dos pacientes, determinantes do grau de severidade da sua doença.

Uma vez identificados os grupos iso-doença, é possível, então, classificar num quarto nível hierárquico, os casos tratados segundo os *pacotes* de serviços que consomem e, conseqüentemente, segundo o nível de utilização de insumos decorrente do seu tratamento. Conformam-se, assim, os grupos *iso-recursos*, partindo do pressuposto da utilização econômica e tecnicamente eficiente dos mesmos. Quando expressos em valores monetários, constituem-se em grupos iso-custos.

No nível hierárquico seguinte, encontram-se os grupamentos segundo os *resultados, em termos da mudança no estado de saúde* produzida pelo pacote de serviços recebido por cada paciente; agrupam-se os casos nesta perspectiva, portanto, segundo o nível de eficácia dos tratamentos efetuados pelo hospital.

Por fim, o último nível diz respeito à *valorização em termos de bem-estar social*, para a qual as preferências e valores da sociedade são os determinantes fundamentais.

Apresentamos a seguir, de forma muito sucinta, as principais características dos métodos desenvolvidos para a classificação e mensuração do produto hospitalar, a partir da perspectiva dos casos tratados acima abordadas ou, em outros termos, do *case-mix* do hospital.

I.2. Mensuração do Produto Hospitalar Sob a Perspectiva do *Case-mix*

Diferentemente dos tradicionais indicadores de produção hospitalar (como o número de internações de egressos, de pacientes-dia e outros habitualmente utilizados em nossos países), que pouco expressam em termos da natureza dos serviços prestados pelo hospital, os esforços que vêm sendo realizados no sentido da construção de métodos de mensuração do produto a partir do seu *case-mix* voltam-se à identificação e composição desse produto segundo a natureza dos tratamentos efetuados em cada estabelecimento.

Vários destes sistemas vêm sendo desenvolvidos a partir do final da década de sessenta, tais como os modelos dos Grupos Relacionados por Diagnóstico (DRG), do Estadiamento das Doenças (*Disease Staging*), das Categorias Gerenciais de Pacientes (*Patient Management Categories*), do Índice de Severidade do Paciente (*Patient Severity Index*) e do APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*), dentre outros menos difundidos.

Trataremos, a seguir, especificamente dos modelos de classificação do produto hospitalar segundo Grupos Relacionados por Diagnóstico (*Diagnosis Related Group - DRGs*), dado que, por um lado, são os que têm sido objeto de maiores desenvolvimentos metodológicos e que, por outro, são os atualmente utilizados para fins de classificação do produto hospitalar a ser remunerado sob o sistema de pagamento prospectivo por procedimento a ser tratado na seção seguinte.

Várias versões deste modelo de classificação vêm sendo desenvolvidas a partir dos anos sessenta. A primeira iniciativa deve-se ao Grupo de Gerência de Sistemas de Saúde (*Health Management Group*) da Universidade de Yale, que elaborou a primeira versão dos Grupos Relacionados por Diagnóstico, com o objetivo de desenvolver técnicas que subsidiassem a administração hospitalar no sentido do controle dos custos e supervisão da própria prática da assistência médico-hospitalar, do ponto de vista da eficiência e da efetividade. Entretanto, considerando que a apresentação exaustiva de cada versão elaborada foge aos objetivos deste trabalho, contentamo-nos em apresentar resumidamente, a seguir, as principais características dos modelos desenvolvidos, abordando-os de forma global.

O sistema concebido consistiu em *identificar na assistência médico-hospitalar a agudos, uma série de tipos de casos, cada um dos quais, representantes de um grupo de pacientes com processos de tratamento similar e com um pacote previsível de serviços (ou produtos) provisto por uma instituição* (Fetter et al, 1980)⁽⁴⁾.

Nesse modelo, as variáveis descritivas do paciente, de sua patologia e do tratamento

(4) Tradução livre

recebido foram definidas como as variáveis independentes, sendo o produto do hospital a variável dependente. Como unidade de medida desta última, convencionou-se tomar o dia de permanência hospitalar (unidade de medida do tempo de permanência do paciente internado), dada as inexistências, na época, de sistemas de apuração de custos por patologia, que permitissem chegar a estimar o custo de cada caso tratado pelo hospital.

Assim, a Versão ICDA-8 dos DRGs, por exemplo, teve como estratégia relacionar as características demográficas, diagnósticas e terapêuticas dos pacientes ao produto que eles recebem, de forma tal que os casos fossem diferenciados somente através dessas variáveis, relacionadas à condição do paciente (p. ex. idade, diagnóstico primário) e ao processo de tratamento (p. ex. operações), que afetam a utilização dos recursos hospitalares (Fetter et al, op.cit.).

Sob essa lógica, a constituição dos DRGs para a classificação dos casos tratados pelo hospital, feita com base nos resumos de alta dos pacientes, segundo Hornbrook (op.cit) tem os seguintes parâmetros:

- a interpretabilidade médica, isto é, a constituição de grupos de casos pertencentes a categorias diagnósticas homogêneas;
- a fundamentação dos DRGs em variáveis mensuráveis nos registros do hospital, que dissessem respeito à utilização de recursos, à condição do paciente e ao tratamento efetuado;
- a gerenciabilidade do número de classes de DRGs (que não extrapolasse, de preferência, a casa das centenas), mutuamente exclusivas e exaustivas; isto é, que cobrissem a gama de possibilidades de estados agudos de doença;
- a definição das classes segundo padrões similares de utilização esperada de recursos; a comparabilidade das diferentes codificações.

Dessa forma, a lógica de grupamento dos casos segundo Grupos Relacionados por Diagnóstico - DRG - leva à constituição de conjuntos de casos que advêm da interseção dos conjuntos formados segundo os parâmetros de isodoença e isorecursos, tais como definidos acima. As etapas do processo de constituição dos DRGs atualmente vigente nos EUA, que apresentamos a seguir, comprovam essa afirmação.

A definição desses grupos se dá em quatro etapas, segundo Wiley e Fetter (op.cit):

- Na primeira, as altas hospitalares são agrupadas segundo o seu diagnóstico primário, em conjuntos de *Principais Categorias Diagnósticas*. Estes são baseados no sistema orgânico afetado e/ou na especialidade médica responsável pelo tratamento; e se constituíam em 83 grupos na primeira versão do modelo, somando atualmente apenas 23.
- Numa segunda etapa, as altas agrupadas em cada *Principal Categoria Diagnóstica* são subdivididas segundo elas se refiram a tratamentos cirúrgicos ou não.
- Na etapa seguinte, as altas relativas a tratamentos clínicos (não cirúrgicos) são subdivididas em categorias baseadas no seu diagnóstico principal, enquanto os casos cirúrgicos são agrupados de acordo com os procedimentos realizados. Estes, por sua vez, são classificados segundo a intensidade de utilização de recursos, de forma tal que as altas relativas a casos cirúrgicos são agrupadas em DRGs definidos segundo o diagnóstico primário e o nível de utilização de recursos.

Finalmente, a classificação definitiva das altas hospitalares se dá através da constituição de subgrupos clínicos ou cirúrgicos, configurados a partir de outras variáveis complementares, tais como idade, diagnóstico secundário, comorbidades ou complicações, execução de procedimentos adicionais e condição de alta, tendo em vista que elas afetam o tempo de permanência do paciente no hospital.

O modelo de classificação das altas hospitalares apresentado contém alguns problemas que outros modelos alternativos de classificação tentaram superar:

1) Além do nível de qualidade do sistema de informações hospitalares que ele pressupõe, pode-se observar, concordando com Hornbrook (1982, op.cit), que a classificação de pacientes tratados que hajam apresentado mais de uma patologia deve, nesse modelo, ser feita de forma arbitrária, dado que a cada alta deve corresponder um DRG específico correspondente a um único diagnóstico.

Essa deficiência vem sendo superada pelo modelo de *Categorias Gerenciais de Pacientes*, que leva em conta todos os diagnósticos conjuntamente, constituindo um sistema de classificação no qual as categorias (ou classes de pacientes) são definidas a partir de todos os

diagnósticos e de todas as suas combinações.

2) por outro lado, deve-se notar que o modelo dos DRGs se baseia na observação dos tratamentos e de sua utilização de insumos tais como são realizados, isto é, nos padrões da prática da assistência médico-hospitalar vigente, com o qual partem do pressuposto - altamente questionável - de que a prática observada é a mais eficaz e eficiente.

Este problema, comum também ao método de classificação por *Categorias Gerenciais de Pacientes*, inexistente nos outros três referidos inicialmente, isto é, o APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*), o de Escalonamento de Doenças (*Disease Staging*) e o Índice de Severidade do Paciente (*Patient Severity Index*), dado que estes se referem prioritariamente ao paciente e à doença - e não à prática assistencial vigente (Bohigas, 1988).

Assim, enquanto o APACHE descreve clinicamente o paciente e se baseia em parâmetros fisiológicos considerados vitais, o Estadiamento de Doenças parte da análise da história e da evolução clínica do episódio de doença e o Índice de Severidade do Paciente identifica o nível de severidade a partir de sete indicadores, dos quais três referentes à prática assistencial e quatro ao paciente (Bohigas, *op.cit.*).

Finalmente, é interessante fazer menção ao trabalho de Calore e Iezzoni (1987) em cujo título indagam: *Estadiamento de Doenças e Categorias Gerenciais de Paciente, podem eles aperfeiçoar os DRGs?* Avaliando os três sistemas em termos de seu poder explicativo das diferenças de custos observadas em 300.000 casos tratados através do Programa Medicare no estado de Michigan, as autoras concluem que todos eles são deficientes nesse sentido, principalmente no que tange aos casos não cirúrgicos. Uma vez retirados os casos *outliers*, verifica-se no estudo referido que, dentre os três, o sistema de classificação por DRGs é o menos problemático. E, nesse sentido, indicam a possibilidade de aperfeiçoá-lo através das seguintes alterações: a) o fracionamento de cada grupo diagnóstico em subgrupos mais homogêneos em termos da utilização de insumos; b) a consideração do conjunto de diagnóstico (ou patologias) do paciente, em vez de tomar somente o diagnóstico principal; e c) o tratamento, para efeitos de classificação, diferenciado das complicações clínicas e das comorbidades.

Entretanto, ainda é longo o caminho a percorrer até encontrar um método de classificação hospitalar que seja satisfatório tanto para fins de remuneração do hospital como para subsidiar a avaliação da prática assistencial médico-hospitalar.

II. OS SISTEMAS TRADICIONAIS DE TRANSFERÊNCIAS FINANCEIRAS

II.1. Sistemas de Transferências EX-ANTE

a) O método de repasses por orçamento global

O sistema de alocação de recursos por orçamento global consiste em repasses periódicos de um montante anual de recursos definido através de programação orçamentária elaborada pela unidade de saúde para o período correspondente e negociada com o órgão financiador.

Formalmente, o método atualmente utilizado para a confecção global de cada unidade é o do orçamento-programa, que consiste na apresentação do gasto estimado para produzir um determinado volume de serviços programados para o ano seguinte.

Assim, no que tange à previsão dos gastos correntes, o método exige primeiramente a tradução do volume da produção esperada - por tipo de serviço - em termos da quantidade de insumos necessários à mesma e da força de trabalho a ser nela empregada. Uma vez identificadas essas quantidades, elas são expressas em valores monetários (a partir dos preços vigentes no período de elaboração do orçamento) e, posteriormente, agrupadas nas categorias de despesa corrente pertinentes. Finalmente, o valor total desse orçamento-programa é corrigido pela taxa de inflação esperada para o ano-base do documento.

Em relação às despesas de capital, elas sofrem um tratamento diferenciado na elaboração do orçamento, na medida em que nele são registrados os valores correspondentes aos compromissos financeiros a serem (ou já) assumidos.

Deve-se notar, entretanto, que, embora o processo resumidamente descrito acima seja o

formalmente adotado para a confecção desse instrumento de repasses, o que se verifica de forma mais geral é a mera transcrição, para o ano seguinte, do orçamento do ano vigente, ajustado pela taxa de inflação anual esperada ou por uma *taxa de gestão* (D'Intignano, 1991).

Assim, cada orçamento acaba se transformando num mero espelho daquele do ano anterior, no qual a existência de um determinado item de despesa se torna a razão para a sua repetição no orçamento do ano seguinte, em magnitudes semelhantes. Isto leva, obviamente, a decisões alocativas altamente conservadoras.

Por outro lado, uma das principais virtudes deste método diz respeito ao grau de previsibilidade que ele possibilita em relação aos fluxos de desembolsos do órgão financiador e, do outro lado, de captação de recursos por parte das unidades sanitárias (Glaser, 1987). Entretanto, em economias altamente inflacionárias isto não é totalmente verdadeiro, na medida em que as estimativas orçamentárias raramente são capazes de prever a taxa de inflação real do ano seguinte. Assim, como tem acontecido no Brasil, é necessário recorrer constantemente aos mecanismos de suplementação orçamentária, o que torna o instrumento anualmente elaborado um documento absolutamente fictício, desestimulando, assim, a confecção do mesmo a partir de uma programação de produção de serviços seriamente elaborada.

Em relação à sua potencialidade para viabilizar alguma redistribuição de recursos entre unidades assistenciais segundo critérios pré-definidos, pode-se afirmar que através deste método de repasses é fácil implementar decisões alocativas dessa natureza (se superada a sua tendência conservadora acima referida), na medida que são negociados valores globais.

Argumenta-se, ainda, a favor deste método alocativo, que ele induz a um maior controle dos custos, tendo em vista que a unidade deve lograr desenvolver as suas atividades com o orçamento que lhe foi alocado previamente. Entretanto, em conjunturas em que é preciso recorrer à suplementação por absoluta impossibilidade de prever taxas de inflação, essa afirmativa perde sentido.

Por outro lado, na ausência de um sistema permanente e eficaz de supervisão e controle, o sistema não contém estímulos ao aumento da eficiência através do incremento do volume de serviços prestados, nem em relação à melhoria da qualidade dos mesmos.

b) O método de repasses por capitação

Este método pressupõe a existência de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado no qual a cada unidade corresponda uma população a ela adscrita, previamente definida. Trata-se de um modelo de alocação de recursos no qual o valor correspondente a cada prestador é determinado pelo número de indivíduos a ele vinculados e por um valor *per capita* correspondente à atenção à saúde de cada indivíduo.

Esse valor é definido através do instrumental do cálculo atuarial, com base nas probabilidades de que a população, subdividida por sexo e idade, utilize os serviços médico-assistenciais. Assim, o valor *per capita* leva em consideração a probabilidade de utilização e o custo médio de cada serviço de saúde; por sua vez, o repasse a ser efetuado a cada unidade equivale ao produto desse valor pelo tamanho da população a ela adscrita.

Em sistemas em que o Estado é o financiador, os repasses por capitação são mais comumente utilizados para a remuneração de serviços médicos credenciados (em vez de unidades prestadoras), dado que o valor das consultas que, segundo se estima, serão efetuadas *per capita* requer um procedimento de cálculo mais simples do que o necessário para determinação do valor médio das internações estimadas por habitante. É o caso do modelo de remuneração dos clínicos gerais credenciados pelo Sistema Nacional de Saúde inglês.

Dado que cada prestador recebe mensalmente, através deste método, uma quantidade pré-determinada de recursos proporcional ao tamanho da população adscrita e independente do volume de serviços efetivamente prestados, existe neste sistema de transferências um incentivo à subprestação de serviços (do ponto de vista qualitativo e/ou quantitativo), na ausência de um sistema de avaliação e controle sistemático.

Entretanto, apresenta a virtude de possibilitar a previsão dos fluxos relativos às ações de saúde, dado que o valor *per capita* é definido *a priori* e o tamanho da população adscrita a cada unidade é um dado conhecido previamente.

Por outro lado, o sistema de repasses por capitação não descarta a possibilidade de operacionalizar um sistema redistributivo a partir de critérios pré-estabelecidos, dado que podem ser atribuídos valores *per capita* diferenciados segundo as características das unidades receptoras (como o seu nível de complexidade) e/ou da clientela (tais como o seu nível de renda, necessidades sanitárias, etc.).

II.2. Sistemas de Transferências EX-POST

Os sistemas de repasses financeiros *ex-post* configuram, todos, uma relação de compra e venda dos serviços entre o órgão financiador e as unidades prestadoras, na qual o pagamento é efetuado em função de serviços previamente executados.

a) Os repasses por diária hospitalar

Trata-se, obviamente, de um método destinado à remuneração de **internações** hospitalares, no qual o valor correspondente periodicamente a cada hospital equivale ao número de diárias (ou seja, à soma do tempo de permanência dos pacientes internados no período em questão - um mês, por exemplo) multiplicado por um valor unitário atribuído a cada diária.

Assim, diferentemente dos dois métodos apresentados acima, este é aplicável a situações nas quais um mesmo hospital seja o receptor de recursos de mais de um órgão financiador, tendo em vista a possibilidade de contabilizar as diárias referentes a pacientes oriundos de distintos sistemas de financiamento.

O valor da diária é definido a partir de seu custo médio, incluindo ou não os honorários médicos. Em certos casos, tendo em vista as enormes disparidades do custo de cada tipo de tratamento hospitalar, é atribuído um valor diferenciado à diária segundo a complexidade do hospital e a clínica que efetue o tratamento (cirúrgica, gineco-obstétrica, UTI, etc.), o qual resulta na necessidade de estabelecer um sistema administrativo-financeiro altamente complexo (Glaser, *op.cit.*).

Dessa forma, através deste mecanismo de remuneração, os hospitais não são reembolsados segundo o custo efetivo de cada paciente tratado, mas pelo custo médio da diária hospitalar (ou da clínica que a efetue, no caso dos sistemas mais sofisticados).

A deficiência mais evidente deste sistema de repasses diz respeito ao incentivo que ele introduz em termos da prolongação desnecessária do tempo de permanência dos pacientes internados. Tendo em vista que, por um lado, o volume de recursos correspondente a cada unidade é diretamente proporcional à duração da internação e que, por outro, o custo marginal das diárias é decrescente (dado que a maior parte dos exames complementares de diagnóstico, bem como os atos cirúrgicos são geralmente executados na primeira fase da internação), os estímulos à prorrogação desnecessária da permanência dos pacientes no hospital não são desprezíveis. Naturalmente, tal tendência resulta em perdas não só na eficiência, como na qualidade dos serviços (visto que ela aumenta o risco de os indivíduos contraírem infecções hospitalares).

Existem propostas que tentam superar essas deficiências deste método de repasses, concebendo um sistema de diárias de valor decrescente com o tempo da estadia. No entanto, se a determinação do valor médio da diária hospitalar independentemente do procedimento efetuado já apresenta sérias dificuldades, o estabelecimento de valores médios decrescentes mostra-se ainda mais complicado do ponto de vista técnico, dadas as diferenças dos processos inerentes a cada tipo de tratamento (por exemplo, alguns requerem serviços auxiliares de terapia pós-cirúrgica mais intensivos do que outros).

Outro aspecto crítico deste sistema de repasses diz respeito à imprevisibilidade dos fluxos financeiros a partir dele estabelecidos, que variam segundo o processo de produção dos serviços hospitalares (em termos do tempo de permanência dos pacientes internados). Dessa forma, o pagamento por diária não permite prever nem a produção (isto é o número de tratamentos efetuados) nem o montante de recursos correspondente a cada hospital.

Por outro lado, no caso em que seja adotado um sistema de valores homogêneos (como geralmente acontece), é provável que este método desestime a prestação dos serviços mais

custosos, o qual implicaria num processo de discriminação de pacientes, segundo o custo do tratamento da patologia de que sejam portadores.

b) O sistema de pagamento itemizado (ou por ato médico)

Este método consiste na remuneração discriminada de cada um dos serviços intermediários que compõem os serviços finais (isto é, os tratamentos completos) previamente executados por cada unidade médico-assistencial.

Assim, o valor mensal correspondente a cada unidade equivale ao somatório dos serviços intermediários (exames, ato cirúrgico, serviços de hotelaria, etc.) prestados a cada paciente, multiplicados por seus respectivos valores. Por sua vez, estes últimos são, em alguns casos, concertados previamente entre o órgão financiador e os prestadores e, em outros menos frequentes, definidos *a posteriori*, a partir dos custos observados (e incluindo, no caso de serviços prestados por unidades do setor privado lucrativo, a sua margem de lucro).

É evidente que este sistema estimula a sobreprestação de serviços intermediários, principalmente em relação aos que proporcionam a realização de *markups* mais elevados. Como no caso anterior, isto se traduz, não só em perdas na eficiência (isto é, no aumento do custo unitário de cada tratamento), como no declínio da qualidade da atenção médica, seja através de fenômenos iatrogênicos ou pelo fato de submeter o paciente a desconfortos desnecessários.

Por outro lado, impossibilita aos órgãos financiadores qualquer previsão dos gastos, uma vez que estes são somente definidos em momento posterior à prestação dos serviços, cuja função de produção variará, não só segundo cada tipo de tratamento, mas também segundo as práticas de cada unidade prestadora.

c) O método de pagamento prospectivo por procedimento

Trata-se de um sistema através do qual cada unidade prestadora de serviços de saúde recebe, numa relação de compra e venda com o órgão financiador, um montante diretamente proporcional à produção efetuada, mas independente de seus custos, tendo em vista que:

- o método remunera, de forma *ex-post*, os serviços finais previamente executados pela unidade sanitária, que convencionamos denominar procedimentos;
- por outro lado, atribui um valor pré-determinado (daí sua denominação de prospectivo) a cada tipo de procedimento médico-assistencial, cirúrgico ou clínico, independentemente do tipo e quantidade de insumos que tenham sido utilizados e dos atos médicos ou serviços intermediários efetuados em cada caso; e
- assim, cada prestador recebe periodicamente, *ex-post*, um montante de recursos correspondente ao somatório dos produtos do valor unitário de cada tipo de procedimento pela quantidade efetuada no período correspondente, por tipo.

Dessa forma, através deste sistema, a unidade prestadora de serviços de saúde retém a diferença entre o custo e o preço de cada tratamento executado.

Tendo em vista a magnitude do número de procedimentos existentes e, ainda, a diferenciação do nível de utilização de insumos requerido para tratamentos de um mesmo tipo em pacientes com características diversas (idade, presença ou não de comorbidades, etc.), seria dificilmente administrável um sistema que pressupusesse o estabelecimento de preços diferenciados para cada tipo de procedimento e de paciente.

Nesse sentido, é condição necessária à implementação do método de pagamento prospectivo por procedimento a existência prévia de um **sistema de classificação do produto médico-assistencial** que o agrupe em classes homogêneas. Tendo em vista que se trata de uma classificação dirigida a subsidiar um sistema de pagamento, esses grupamentos devem levar em conta, não só semelhanças em termos diagnósticos, mas, fundamentalmente, a homogeneidade em relação ao custo médio dos procedimentos pertencentes a cada classe.

Por outro lado, é evidente que procedimentos idênticos prestados por unidades de diferente nível de complexidade tecnológica têm custos distintos, tendo em vista que umas operam com custos fixos relativamente baixos, enquanto as outras, por incorporarem não só equipamentos mais complexos como profissionais com um nível de formação e/ou capacitação mais elevado, têm custos fixos mais altos.

Ainda, variáveis como a renda da população adscrita a cada unidade determinam os seus custos médios. Um hospital que trate preponderantemente de pacientes de baixa renda tende a apresentar custos mais elevados, na medida em que a população subnutrida tende não só a adoecer mais, como a apresentar patologias associadas, complicações, etc.

Dessa forma, o método de pagamento em questão necessita de um **sistema de determinação de preços** que leve em conta, não só o custo médio dos grupos de procedimentos, mas a diferenciação das unidades em termos do seu nível tecnológico e do perfil de sua clientela.

Resumindo, é indispensável ao sistema do pagamento prospectivo por procedimento:

- um **sistema de classificação do produto** médico-assistencial que leve em conta o custo dos tratamentos das diversas patologias em pacientes também distintos (segundo a idade, presença ou não de comorbidades, etc.); e

- um **método de cálculo dos valores** a serem repassados a cada unidade por cada procedimento (tratamento) efetuado, que leve em conta a sua complexidade e outros fatores que afetem seus custos fixos.

Dadas as suas características, pode-se afirmar que este sistema de pagamento ocasiona os seguintes incentivos.

Em primeiro lugar, ao fazer os prestadores assumirem as diferenças entre os preços e os custos, o método é eminentemente incentivador do aumento da eficiência. Como se sabe, ela pode ser alcançada através de inovações tecnológicas *de processos* (isto é, mediante a introdução de novos modelos de gestão) *e/ou de produtos* (ou seja, através da alteração dos mesmos).

Em relação a este último tipo de mudança tecnológica, tendo em vista que nesse sistema são remunerados os produtos finais do hospital, independentemente do *pacote* de serviços intermediários que haja sido efetuado em cada caso tratado, existe um incentivo à redução da gama desses serviços incorporados nos tratamentos ou, então, à substituição de determinados serviços ou insumos por outros de menor custo. Em outras palavras, o sistema estimula as unidades prestadoras de serviços de saúde a alterarem suas funções de produção, com o intuito de diminuir os custos médios de cada tipo de tratamento, perseguindo, assim, o aumento da eficiência.

Seria entretanto, precipitado concluir que a redução do custo unitário daí decorrente teria como consequência necessária a diminuição dos gastos globais em assistência médico-hospitalar. Observe-se que, uma vez que através desse sistema são remuneradas as altas hospitalares, existe nele um estímulo a dar prematuramente alta aos pacientes e depois reinterná-los, para obter, em relação a um mesmo episódio de doença, a remuneração de duas altas. Caso isso ocorra, não se verificará, obviamente uma diminuição do gasto em assistência médico-hospitalar.

Estas observações levam a conclusões a respeito dos efeitos do sistema sobre a qualidade dos serviços. Se verificada a tendência recém apontada, existirá uma evidente deterioração da qualidade dos tratamentos efetuados.

Por outro lado, no que tange à diminuição da relação insumos/produto, é necessário verificar empiricamente se as alterações nas funções de produção estimuladas por este sistema de pagamento levam à redução/eliminação de serviços ou insumos desnecessários ou não, antes de emitir considerações conclusivas sobre o impacto qualitativo deste sistema na assistência médica.

De todas formas, concordando com Guterman e Dobson (1986), pode-se supor que o método leve a uma **mudança das prioridades dos prestadores**, em que se subordine a preocupação com a qualidade a objetivos meramente financeiros.

Em relação ao critério referente ao grau de previsibilidade dos fluxos financeiros que o sistema de pagamento prospectivo possibilita, deve-se notar que, como em todo sistema de pagamento *ex-post*, é absolutamente imprevisível (na ausência de disposições complementares que limitem a quantidade de procedimentos a ser realizada) o nível da despesa através deste sistema de repasses, tendo em vista que ele regula o valor unitário de cada procedimento, mas não a quantidade a ser efetuada.

Ademais, sistemas como este em que se estabelece uma relação de compra e venda de serviços entre prestadores e órgão financiador, têm, também, em comum a sua fragilidade em termos de viabilizar sistemas de redistribuição de recursos a partir de um dado critério. tendo

em vista que definem o valor unitário de cada procedimento, mas não o correspondente a cada tipo de prestador. Esta deficiência poderia ser superada, de alguma forma, se introduzida nas tabelas de preços alguma diferenciação por prestador, segundo o critério que se deseje privilegiar. Entretanto, o sistema de informações requerido, quando levadas em conta essas diferenciações, seria de uma magnitude de difícil gerenciamento, pois a cada procedimento corresponderiam tantos valores quantos níveis de diferenciação se desejasse instituir.

II.3. Observações Gerais

A análise acima, embora sucintamente apresentada, permite-nos concluir que os sistemas de repasses por diária hospitalar e por ato médico são claramente inferiores aos demais em todos os aspectos; entretanto, não é possível identificar um método ideal de transferências financeiras a unidades médico-assistenciais na sua forma pura: a superioridade de um sobre o outro depende dos critérios que sejam priorizados.

Assim, do ponto de vista da previsibilidade dos fluxos financeiros, os sistemas de transferências *ex-ante* são, certamente, superiores aos demais, tendo em vista que os valores monetários a serem transferidos aos prestadores são fixados antes do começo do ano fiscal. No entanto, não existem, intrinsecamente a nenhum desses métodos, estímulos ao aumento da produtividade nem da qualidade dos serviços a serem prestados.

Por sua vez, se priorizada a eficiência, o sistema mais promissor parece ser o de pagamento prospectivo por procedimento, dado que configura uma relação de compra e venda de serviços através da qual os valores unitários são pré-definidos e faz com que os prestadores retenham a diferença entre preços e custos, seja ela positiva ou negativa. Entretanto, como apontamos acima e como mostram as experiências que relatamos a seguir, as suas deficiências não são desprezíveis.

III. EXPERIÊNCIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE PAGAMENTO PROSPECTIVO POR PROCEDIMENTO

III.1. Breve Relato da Experiência Norte-americana

Vale relatar, embora de forma sucinta, os efeitos deste método de repasses observados na experiência do Programa Medicare, que o adotou a partir de 1983 para o pagamento da rede de hospitais privados por ele contratados, com o intuito de reduzir o gasto global do sistema. Esse programa financia exclusivamente as internações de aposentados referentes a casos agudos excluindo, portanto, o tratamento de doenças crônicas e os serviços executados fora do âmbito da internação hospitalar.

a) Método de classificação do produto hospitalar adotado nos EUA: o sistema DRG

O sistema de Grupos Relacionados por Diagnóstico (*Diagnosis Related Groups - DRG*), que vem sendo desenvolvido desde o final dos anos sessenta, constituiu classes de procedimentos homogêneas em termos de diagnóstico e custo, que levam em conta não só o diagnóstico principal, como também peculiaridades do paciente que afetam o custo tratamento, tais como a idade, presença ou não de comorbidades e o diagnóstico secundário. Com base nessas variáveis, existem hoje nos EUA quase 500 DRGs nesse sistema de classificação, que é periodicamente revisado com o intuito de se obter a maior homogeneidade possível em termos de nível de utilização de insumos e, portanto, de custo.

b) O método de definição de preços do MEDICARE

O preço unitário de cada DRG a ser pago a cada hospital vinculado ao MEDICARE é

composto de duas partes: a) a principal, calculada em base prospectiva; e b) a complementar, relativa ao reembolso de certos custos específicos realizados pelo hospital.

No que tange à parcela do preço pré-fixada, ela é o produto de dois fatores:

- o número de pontos correspondente ao DRG específico, atribuído em função do seu nível de utilização de insumos; e

- a tarifa básica do hospital, calculada com base em seu custo histórico, o perfil da sua produção (isto é, seu *case-mix*), o nível salarial da região à qual ele pertença e a taxa de inflação prevista para o período.

Por outro lado, de forma retrospectiva, são rateados os custos adicionais do hospital, relativos a pacientes *outliers*, bem como os custos relativos às atividades de ensino, que vêm complementar o preço determinado prospectivamente.

Dessa forma, o sistema de pagamento norte-americano, na medida em que atribui aos grupos de DRGs pontos (em vez de valores monetários), garante a manutenção das relações de preços entre as classes de procedimentos. Ademais, deve-se notar que ele leva em conta a diferenciação dos custos segundo as características de cada hospital, através das variáveis contempladas na determinação da sua tarifa básica e, ainda, mediante a introdução, no cálculo do preço unitário de cada procedimento, de uma parcela relativa aos custos excepcionais e de ensino.

c) O impacto do método de pagamento prospectivo por procedimento sobre a assistência médico-hospitalar do MEDICARE

Inúmeros estudos foram efetuados com o objetivo de avaliar o impacto desse sistema de pagamento sobre o desempenho dos hospitais (em termos da evolução de custos unitários, de sua produtividade e de eventuais ganhos em economias de escala), sobre o produto hospitalar e sobre as despesas globais do Programa MEDICARE. Apresentamos a seguir, de forma muito sucinta, os principais resultados desses trabalhos.

i - Impacto sobre o desempenho hospitalar

Em relação a este primeiro indicador, os estudos demonstram que, embora os custos hospitalares tenham continuado crescendo no período posterior à implantação desse sistema, os hospitais que trataram maiores porcentagens de pacientes beneficiários do MEDICARE sofreram aumentos de custos 16% menores do que aqueles que incidiram sobre hospitais que trataram proporcionalmente menos pacientes desse programa (Feder *et al.*, 1987). Entretanto, tanto Schwartz (1987) como Chulis (1991) e Cromwell & Puskin (1987) verificaram que essa desaceleração da taxa de crescimento dos custos hospitalares se deu *de uma só vez*, ou seja, ela voltou a crescer a partir do segundo ano de vigência do sistema.

Por outro lado, ao contrário do que se esperava de um sistema que premia a produtividade, remunerando os hospitais de forma diretamente proporcional ao volume e tipo de sua produção, o que se verificou nos anos posteriores à introdução do sistema foi, na realidade uma queda do número de internações relativas a beneficiários do MEDICARE (Feinglass & Holloway, 1991).

Essa diminuição está, por sua vez, relacionada a outro fenômeno característico desse período: tendo em vista que só são remuneradas de forma prospectiva as internações hospitalares, sendo os demais serviços pagos através do reembolso global dos custos, observa-se uma proliferação de serviços pós-alta hospitalar (Feinglass & Holloway, *op.cit.*), bem como a transferência de boa parte das cirurgias para as instalações ambulatoriais (Guterman *et al.*, 1988).

Os movimentos dos hospitais no sentido de liberarem-se das *amarras* financeiras do sistema de pagamento prospectivo incluem outras práticas mais questionáveis, como a sobreclassificação dos procedimentos efetuados, como aponta Chulis (*op.cit.*).

ii. Impacto sobre o produto hospitalar

Dada a tendência acima referida relativa ao fato de os hospitais transferirem a maior parte

possível de procedimentos e/ou fases de tratamentos para instalações outras que as de internação, verifica-se que os hospitais passaram a efetuar **produtos mais incompletos** (Gay *et al*, 1989), no sentido de que deram alta a pacientes que requereram a complementação do tratamento em outras unidades assistenciais.

Dessa forma, como observam Sager *et al.* (1989), houve uma transferência dos óbitos hospitalares para os de instalações externas como as *nursing home beds*, nas quais estes aumentaram 18% entre 1982 e 1985.

Por outro lado e sob a mesma racionalidade, observa-se um aumento da utilização de leitos cirúrgicos do CTI, em detrimento de um declínio da ocupação de leitos das unidades clínicas, na medida em que aqueles são melhor remunerados.

Outro efeito reiteradamente apontado por diversos autores diz respeito à queda do tempo de permanência dos pacientes internados, relativa, naturalmente, à referida execução de *produtos mais incompletos* por parte do hospital, com o intuito de reduzir os custos unitários. É importante ressaltar que esta medida foi direcionada especificamente aos beneficiários do Programa MEDICARE. Como apontam, dentre outros estudos, o de Feinglass & Holloway (*op.cit.*), a permanência média destes pacientes caiu 14,6% entre 1982 e 1985, enquanto a dos demais pacientes declinou apenas 5%.

iii. Impacto sobre os gastos globais do MEDICARE

Por fim, é oportuno fazer referência ao gasto global do Programa MEDICARE. Estes mais do que dobraram no período de 1979 a 1988, embora a taxa de crescimento tenha declinado a partir da implantação do novo sistema de pagamento (Chulis, *op. cit.*).

O principal fator de alimentação da elevação dos mesmos foi, sem dúvida, a referida transferência de tratamentos a serviços não remunerados de forma prospectiva. Assim, tudo indica que, na realidade, estes últimos estejam custeando em parte o setor de internações vinculado ao MEDICARE.

III.2. O Caso Brasileiro

Se o modelo norte-americano (que é fruto de longas pesquisas desenvolvidas desde há mais de vinte anos) parece não ter logrado chegar ao estabelecimento de um sistema de preços satisfatórios, o qual gera as distorções acima apontadas, o sistema brasileiro, como tentaremos desmostrar a seguir, é ainda muito mais problemático.

Como se sabe, nosso modelo foi introduzido em 1983, através do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), enquanto instrumento de pagamento ao setor privado contratado pelo INAMPS e está no bojo das medidas de racionalização do gasto do Instituto apresentadas pelo CONASP no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social, em 1982.

A partir de 1990, entretanto, ele se transformou no sistema de repasses financeiros a todas as unidades assistenciais (hospitalares e ambulatoriais) que integram o Sistema Único de Saúde - SUS (públicas e privadas), através da introdução dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (respectivamente SIA/SUS e SIH/SUS), constituindo, como veremos a seguir, um sistema qualitativamente diferenciado do seu similar norte-americano.

a) O método de classificação dos procedimentos

O sistema de pagamento prospectivo, antes de ser implantado a nível nacional através do SAMHPS, passou em 1981 por uma fase experimental, conhecida como o *Projeto Curitiba*.

Com base em informações de cerca de 8.300.000 internações realizadas em 1980 no Brasil através do Sistema GIH⁽⁵⁾, foi elaborada uma primeira classificação dos procedimentos

(5) Sistemas de pagamentos por ato médico, cujo documento de faturamento eram as Guias de Internação Hospitalar, a partir de cuja sigla (GIH) ele ficou conhecido.

composto de duas partes: a) a principal, calculada em base prospectiva; e b) a complementar, relativa ao reembolso de certos custos específicos realizados pelo hospital.

No que tange à parcela do preço pré-fixada, ela é o produto de dois fatores:

- o número de pontos correspondente ao DRG específico atribuído em função do seu nível de utilização de insumos; e
- a tarifa básica do hospital, calculada com base em seu custo histórico, o perfil da sua produção (isto é, seu *case-mix*), o nível salarial da região à qual ele pertença e a taxa de inflação prevista para o período.

Por outro lado, de forma retrospectiva, são rateados os custos adicionais do hospital, relativos a pacientes *outliers*, bem como os custos relativos às atividades de ensino, que vêm complementar o preço determinado prospectivamente.

Dessa forma, o sistema de pagamento norte-americano, na medida em que atribui aos grupos de DRGs **pontos** (em vez de valores monetários), garante a manutenção das relações de preços entre as classes de procedimentos. Ademais, deve-se notar que ele leva em conta a diferenciação dos custos segundo as características de cada hospital, através das variáveis contempladas na determinação da sua tarifa básica e, ainda, mediante a introdução, no cálculo do preço unitário de cada procedimento, de uma parcela relativa aos custos excepcionais e de ensino.

c) O impacto do método de pagamento prospectivo por procedimento sobre a assistência médico-hospitalar do MEDICARE

Inúmeros estudos foram efetuados com o objetivo de avaliar o impacto desse sistema de pagamento sobre o desempenho dos hospitais (em termos da evolução de custos unitários, de sua produtividade e de eventuais ganhos em economias de escala), sobre o produto hospitalar e sobre as despesas globais do Programa MEDICARE. Apresentamos a seguir, de forma muito sucinta, os principais resultados desses trabalhos.

i- Impacto sobre o desempenho hospitalar

Em relação a este primeiro indicador, os estudos demonstram que, embora os **custos hospitalares** tenham continuado crescendo no período posterior à implantação desse sistema, os hospitais que trataram maiores porcentagens de pacientes beneficiários do MEDICARE sofreram aumentos de custos 16% menores do que aqueles que incidiram sobre hospitais que trataram proporcionalmente menos pacientes desse programa (Feder *et al.*, 1987). Entretanto, tanto Schwartz (1987) como Chulis (1991) e Cromwell & Puskin (1987) verificaram que essa desaceleração da taxa de crescimento dos custos hospitalares se deu *de uma só vez*, ou seja, ela voltou a crescer a partir do segundo ano de vigência do sistema.

Por outro lado, ao contrário do que se esperava de um sistema que premia a produtividade, remunerando os hospitais de forma diretamente proporcional ao volume e tipo de sua produção, o que se verificou nos anos posteriores à introdução do sistema foi, na realidade uma queda do **número de internações** relativas a beneficiários do MEDICARE (Feinglass & Holloway, 1991).

Essa diminuição está, por sua vez, relacionada a outro fenômeno característico desse período: tendo em vista que só são remuneradas de forma prospectiva as internações hospitalares, sendo os demais serviços pagos através do reembolso global dos custos, observa-se uma proliferação de serviços pós-alta hospitalar (Feinglass & Holloway, *op.cit.*), bem como a transferência de boa parte das cirurgias para as instalações ambulatoriais (Guterman *et al.*, 1988).

Os movimentos dos hospitais no sentido de liberarem-se das *amarras* financeiras do sistema de pagamento prospectivo incluem outras práticas mais questionáveis, como a sobreclassificação dos procedimentos efetuados, como aponta Chulis (*op.cit.*).

ii. Impacto sobre o produto hospitalar

Dada a tendência acima referida relativa ao fato de os hospitais transferirem a maior parte

possível de procedimentos e/ou fases de tratamentos para instalações outras que as de internação, verifica-se que os hospitais passaram a efetuar *produtos mais incompletos* (Gay *et al.*, 1989), no sentido de que deram alta a pacientes que requereram a complementação do tratamento em outras unidades assistenciais.

Dessa forma, como observam Sager *et al.* (1989), houve uma transferência dos óbitos hospitalares para os de instalações externas como as *nursing home beds*, nas quais estes aumentaram 18% entre 1982 e 1985.

Por outro lado e sob a mesma racionalidade, observa-se um aumento da utilização de leitos cirúrgicos do CTI, em detrimento de um declínio da ocupação de leitos das unidades clínicas, na medida em que aqueles são melhor remunerados.

Outro efeito reiteradamente apontado por diversos autores diz respeito à queda do tempo de permanência dos pacientes internados, relativa, naturalmente, à referida execução de *produtos mais incompletos* por parte do hospital, com o intuito de reduzir os custos unitários. É importante ressaltar que esta medida foi direcionada especificamente aos beneficiários do Programa MEDICARE. Como apontam, dentre outros estudos, o de Feinglass & Holloway (*op.cit.*), a permanência média destes pacientes caiu 14,6% entre 1982 e 1985, enquanto a dos demais pacientes declinou apenas 5%.

iii Impacto sobre os gastos globais do MEDICARE

Por fim, é oportuno fazer referência ao gasto global do Programa MEDICARE. Estes mais do que dobraram no período de 1979 a 1988, embora a taxa de crescimento tenha declinado partir da implantação do novo sistema de pagamento (Chulis, *op. cit.*).

O principal fator de alimentação da elevação dos mesmos foi, sem dúvida, a referida transferência de tratamentos a serviços não remunerados de forma prospectiva. Assim, tudo indica que, na realidade, estes últimos estejam custeando em parte o setor de internações vinculado ao MEDICARE.

III.2. O Caso Brasileiro

Se o modelo norte-americano (que é fruto de longas pesquisas desenvolvidas desde há mais de vinte anos) parece não ter logrado chegar ao estabelecimento de um sistema de preços satisfatórios, o qual gera as distorções acima apontadas, o sistema brasileiro, como tentaremos desmostrar a seguir, é ainda muito mais problemático.

Como se sabe, nosso modelo foi introduzido em 1983, através do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), enquanto instrumento de pagamento ao setor privado contratado pelo INAMPS e está no bojo das medidas de racionalização do gasto do Instituto apresentadas pelo CONASP no Plano de Reorientação da Assistência à Saúde da Previdência Social, em 1982.

A partir de 1990, entretanto, ele se transformou no sistema de repasses financeiros a todas as unidades assistenciais (hospitalares e ambulatoriais) que integram o Sistema Único de Saúde - SUS (públicas e privadas), através da introdução dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (respectivamente SIA/SUS e SIH/SUS), constituindo, como veremos a seguir, um sistema qualitativamente diferenciado do seu similar norte-americano.

a) O método de classificação dos procedimentos

O sistema de pagamento prospectivo, antes de ser implantado a nível nacional através do SAMHPS, passou em 1981 por uma fase experimental, conhecida como o *Projeto Curitiba*.

Com base em informações de cerca de 8.300.000 internações realizadas em 1980 no Brasil através do Sistema GIH⁽⁵⁾, foi elaborada uma primeira classificação dos procedimentos

(5) Sistemas de pagamentos por ato médico, cujo documento de faturamento eram as Guias de Internação Hospitalar, a partir de cuja sigla (GIH) ele ficou conhecido.

hospitalares que, nessa sua primeira versão, compreendia cerca de 2.300 classes de procedimentos (Chiyoshi e Moura, s/d). O critério fundamental para essa classificação foi o da constituição de grupos homogêneos em termos de custos.

Para tal fim, tomaram-se os valores médios dos pagamentos efetuados pelo INAMPS em 1980 através do Sistema GIH (que, como se sabe, foi alvo de severas críticas em função do superfaturamento que se verificou durante a sua vigência) a título das internações realizadas pela rede privada contratada. Assim, constituíram-se 2.300 grupos de procedimentos, a cada um dos quais correspondeu um determinado número de pontos, proporcional ao valor médio dos pagamentos prévios.

Na sua versão definitiva implantada pelo SAMHPS, essa classificação foi reduzida a cerca de 260 grupos, o qual *baseou-se fundamentalmente na experiência médica e administrativa de uma equipe de médicos que participaram ativamente da implantação e operação do sistema no estado do Paraná, dispensando-se a utilização de sofisticados recursos estatísticos e computacionais nos moldes do Sistema DRG* (Chiyoshi e Moura, *op.cit.*).

Dessa forma, é possível afirmar que: a) dada a base de informações que subsidiou o nosso processo de classificação dos procedimentos (as Guias de Internação Hospitalar, instrumento do método de pagamento por ato médico anteriormente vigente que, justamente pelo alto nível de fraudes que possibilitava, foi substituído pelo sistema SAMHPS) como, ainda, b) vista a precariedade do método utilizado para a constituição definitiva de classes de procedimentos, **nosso sistema de classificação do produto hospitalar é extremamente frágil.**

Observe-se, ademais, que ele não leva em conta as peculiaridades do paciente - referidas acima - que afetam o custo do tratamento, classificando os procedimentos apenas segundo o órgão afetado e o nível de complexidade, ou *porte*, que varia de 0 a 6. Ainda, as classes de atos cirúrgicos referem-se ao ato em si, enquanto os grupos de procedimentos clínicos descrevem apenas o diagnóstico principal.

Dessa forma, é possível afirmar que é muito improvável que o nosso sistema de classificação dos procedimentos logre a obtenção de grupos homogêneos em termos de custos, o qual compromete seriamente a qualidade do sistema de pagamento prospectivo.

b) O método de definição de preços

Tendo em vista que a apresentação detalhada do método extrapola os objetivos deste documento, contentamo-nos em apontar a seguir, as suas principais características.

Quando concebido, por ocasião da introdução do SAMHPS, o método de cálculo do valor de cada procedimento contemplava uma *forma básica* de pagamento prospectivo, à qual se acresciam, no caso de procedimentos complexos e daqueles que incorporavam *materiais especiais*, parcelas de valor definidas de forma retrospectiva. Atualmente, essas últimas foram incorporadas nos preços, de valor pré-fixado.

Tendo em vista que a *forma básica* era a mais comum, é sobre ela que, especificamente, concentraremos aqui a nossa atenção.

O preço de cada procedimento, na sua forma básica, era constituído de quatro componentes que, embora todos tivessem seu valor fixado prospectivamente, estavam sujeitos a sistemas diferenciados de reajustes. Assim,

- os componentes relativos a diárias e taxas e aos serviços auxiliares de diagnose e terapia, eram reajustados segundo periodicidade e índices fixados pelo INAMPS;

- o referente a materiais e medicamentos sofria reajuste com base à evolução do índice de preços *BRASÍNDICE*, elaborado pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (ABI-FARMA); e

- o componente que remunerava os serviços profissionais guardava, a partir de 1986, proporcionalidade com o Coeficiente de Honorários da Associação Médica Brasileira (AMB).

Assim, enquanto o método norte-americano garante a manutenção da relação dos pesos dos diversos DRGs (na medida em que são expressos em número de pontos), no nosso sistema, contrariamente, as relações de preços tendem a se distanciar progressivamente daquelas originalmente estabelecidas. Tendo em vista que os distintos componentes do preço dos procedimentos sofrem reajustes diferenciados segundo o distinto poder de pressão dos órgãos que os definem, é evidente que aqueles procedimentos nos quais o elemento que sofre um

reajuste mais lento (por exemplo, SADT) seja o de maior peso, valerão progressivamente menos do que aqueles nos quais o componente de maior importância seja o de serviços profissionais, mensalmente ajustado.

Assim, embora atualmente os reajustes sejam feitos de forma uniforme, deve-se ressaltar que a base de preços sobre a qual partiu o sistema SIA e SIH/SUS é absolutamente precária, tendo em vista que as relações entre os valores dos grupos de procedimentos foram se diferenciando paulatinamente daquelas estabelecidas em 1983.

Conseqüentemente, está dada a condição necessária à existência de procedimentos que geram *lucro* e aqueles que tornam a unidade *deficitária*.

Vale fazer referência, ainda, ao sistema de diferenciação dos hospitais adotado no nosso país. No período de vigência do SAMHPS, foram introduzidos dois índices, no sentido de diferenciar os hospitais: i) segundo o seu nível de complexidade, através do Índice de Valorização do Desempenho -IVD-; e ii) segundo eles fossem ou não hospitais de ensino, mediante o Índice de Valorização Hospitalar -IVH. A partir da introdução dos sistemas SIA e SIH/SUS, estes índices foram extintos e substituídos unicamente pelo FIDEPS, que concede 25% adicionais aos hospitais que ofereçam algum curso em Saúde e Residência Médica e 50% àqueles que, além desses programas, ofereçam um curso de mestrado ou doutorado nessa área.

Dessa forma, atualmente, a única distinção dos hospitais em termos de remuneração é relativa ao fato de serem ou não hospitais de ensino.

A partir das três evidências mencionadas (relativas a precária homogeneidade dos grupos e procedimentos, às falhas do sistema de reajuste de valores e à debilidade do sistema de diferenciação dos hospitais), é possível levantar algumas hipóteses.

A primeira é de que o nosso sistema contenha fortes incentivos no sentido da segregação de certos tipos de pacientes. Estes seriam aqueles cuja doença exigisse um tratamento para o qual a relação entre preço e custo, P/C, fosse inferior a 1.

É lícito supor ainda que, alternativamente, esses casos *deficitários* para o prestador sejam por ele tratados, mas registrados em grupos de procedimentos de mais alto valor.

Observe-se, por outro lado, a terminologia adotada ao longo desses comentários: utilizamos com frequência, ao nos referir aos tratamentos, os adjetivos *lucrativo* e *deficitário*, o qual não deu de forma fortuita.

Em verdade, o sistema de pagamento prospectivo por procedimento transforma o produto sanitário (seja ele prestado por unidades públicas ou privadas) numa mercadoria, colocada no mercado de serviços de saúde (competitivo ou não, segundo cada estrutura local). Nesse sentido, é perfeitamente concebível que, através desse sistema de repasses financeiros, a unidade assistencial se comporte como uma firma, cujas decisões alocativas e de produção são determinadas pelo *mark-up* esperado a partir de cada tipo de produto.

O problema reside no fato de que **essas mercadorias são tratamentos de saúde** e, assim, quando um estabelecimento de saúde se recusa a produzir um determinado tipo de procedimento, ele está, de fato, se negando a atender um determinado tipo de paciente.

Dessa forma, em relação a este sistema em que o preço é pré-fixado e não é possível estocar produtos, poder-se-ia afirmar que, **na esfera da produção, o produto sanitário é o tratamento, que se transforma - na esfera da circulação - no paciente a ser (ou não) tratado.**

Para além das questões éticas que estas afirmações levantam, deve-se observar que, no atual sistema brasileiro, este método é adotado inclusive para o pagamento de procedimentos efetuados por unidades públicas, constituintes de um sistema de saúde pretensamente equânime e universal.

O setor público detém, ainda, certas particularidades que não são levadas em consideração pelo sistema de repasses vigente:

i) Em primeiro lugar, é oportuno lembrar que este método é regido pela lógica do estímulo à **eficiência**. Entretanto, embora seja este um critério importante, a lógica do setor público não pode se pautar unicamente nele. Sistemas que incentivam a segregação de indivíduos se opõem, por exemplo, ao princípio norteador de nossa Constituição, qual seja o dever do Estado em assegurar de forma universal o bem-estar dos cidadãos, sendo a saúde um elemento fundamental desse conceito.

ii) Por outro lado, ao competir em bases iguais com o setor privado, os estabelecimentos públicos acabam penalizados, tendo em vista que não detêm autonomia administrativa para, por exemplo, aumentar ou reduzir o contingente de trabalhadores empregados a partir de determinados parâmetros de eficiência.

iii) Acresce-se a isso o fato amplamente reconhecido de que coube historicamente ao setor público brasileiro a execução de bens e serviços pouco atraentes à iniciativa privada. No setor Saúde, é o caso das doenças de alto custo, como as crônico-degenerativas e as que demandam altíssimo investimento em capital.

Dessa forma, consideramos que, no intuito de aumentar a eficiência do setor público, o que resultou do atual sistema é, ao fim e ao cabo, uma nova forma de privatização: **a privatização da lógica de operação do setor público**, tendo em vista que, como foi apontado, os tratamentos por ela efetuados são transformados em mercadorias diferenciadas com *mark-ups* também distintos, estabelecendo-se assim um mercado de serviços de saúde no qual o setor público participa em condições altamente desfavoráveis.

IV. ALGUMAS ALTERNATIVAS

Pelo que foi exposto ao longo deste trabalho, é evidente que nenhum sistema de transferência de recursos a hospitais, na sua forma *pura*, se mostra satisfatório. Se considerados os dois métodos mais adotados e antagonicamente defendidos, isto é, o do orçamento global e o sistema de pagamento prospectivo por procedimento, observa-se que as virtudes de um correspondem aos defeitos do outro e vice-versa.

Melhor especificando, verifica-se que, enquanto o método do orçamento global tem a qualidade de proporcionar previsibilidade aos fluxos financeiros e de viabilizar propostas redistributivas de recursos entre os hospitais segundo critérios pré-definidos (sendo estas umas das principais deficiências do método prospectivo), ao mesmo tempo pode induzir, como vimos, a atitudes conservadoras por parte da gestão do sistema de saúde como um todo e/ou à subprestação de serviços pelos hospitais.

Esses defeitos são os que o sistema de pagamento prospectivo por procedimento justamente se propõe a evitar, na medida em que se trata de um método eminentemente voltado ao estímulo do aumento da produtividade hospitalar e do controle dos custos unitários.

Mas, ao fazê-lo, incorre nos graves problemas que apontamos na seção precedente.

Em verdade, os sistemas foram até aqui abordados enquanto *tipos ideais*, ou melhor, enquanto modelos aplicados no formato de sua concepção original. Por outro lado, parece-nos que as deficiências apresentadas pelo método de orçamento global são mais facilmente superáveis do que aquelas intrínsecas ao sistema prospectivo, tendo em vista que este, na sua própria concepção, transforma o tratamento de saúde numa mercadoria, deturpando, portanto, o próprio objeto dos repasses financeiros.

Nesse sentido, esta seção debruça-se sobre duas experiências de adaptação do método do orçamento global, que procuram minimizar ou eliminar os seus *defeitos congênitos*. Trata-se dos sistemas de transferências de recursos financeiros a hospitais adotados na Região da Catalunha (Espanha) e na província de Québec (Canadá), que apresentamos a seguir.

IV.1. O Sistema Catalão

O sistema de saúde espanhol, apesar de constituído, a partir de 1986, enquanto um Sistema Nacional de Saúde, guarda uma estrutura fortemente regionalizada inerente à Constituição de 1978 desse país. Assim, cada região possui seus próprios parlamentos e governos, autônomos principalmente em relação à condução das políticas sociais, especialmente de Educação e de Saúde (Bohigas *et al.*, 1990).

No que tange a esta última, o sistema de saúde catalão foi o primeiro a ser efetivamente descentralizado, sendo gerido pelo Instituto de Saúde e Seguridade Social da Catalunha (INSALUD). A partir de 1985, é estabelecida a *Rede Hospitalar de Utilização Pública*,

criando-se nessa região um sistema de saúde de responsabilidade estatal constituído de prestadores públicos e privados (contratados), nos mesmos moldes do SUS. Na gestão dessa rede, é atribuição do INSALUD a contratação das unidades do sistema privado lucrativo e filantrópico para a prestação de serviços de saúde.

Cabe observar que a Catalunha conta com uma rede hospitalar de 28.000 leitos, dos quais 20.000 destinam-se a tratamentos de casos agudos e os restantes à assistência de doenças crônicas e de pacientes psiquiátricos. Note-se, ainda, que os leitos de agudos estão predominantemente em mãos do setor privado não lucrativo (que detém 60% dos mesmos), cabendo ao setor público apenas 15% e ao setor privado lucrativo 25% desses leitos.

No que concerne especificamente ao sistema catalão de repasses financeiros a hospitais, coexistem dois métodos: os prestadores públicos recebem repasses através do orçamento global tradicional, enquanto que, em relação aos privados, instituiu-se um interessante modelo de adaptação desse método.

O sistema de transferências financeiras aos prestadores privados, decorrentes da *Ordem da Concertação* (dentro do espírito que rege a sociedade espanhola a partir da redemocratização pós-franquista) consiste num método de repasses programados por orçamento global, definido de acordo com o volume da produção e o tipo (internações, procedimentos ambulatoriais ou de urgência) programada e segundo as **características do hospital**, no qual, entretanto, os repasses são efetuados segundo a produção efetivamente realizada e o cumprimento de metas pré-estabelecidas.

Como afirma Bohigas (1990), através do artigo 13 da Ordem de Concertação de 1986, que firma que *serão fixados por convênios os parâmetros de produtividade e análises assistenciais que se considerem necessários*, realizou-se a mais importante reforma da concertação catalã entre o seu instituto de seguridade social e os hospitais a ele vinculados, dado que, no período prévio à implementação desse artigo, os repasses financeiros a esses hospitais eram efetuados mediante apresentação de fatura e consistiam no reembolso do custo total de cada tratamento.

A partir de 1986 uma nova prática se estabelece, na medida em que cada hospital passa a discutir com o Departamento de Saúde e Seguridade Social, no início do ano, os recursos a ele correspondentes a partir do volume efetuado de cada tipo de procedimento (primeira consulta, consulta posterior, urgência ou diária hospitalar), a cada um dos quais corresponde um valor diferenciado. A unidade de valor dos procedimentos é a Unidade Básica de Assistência - UBA, que varia de 0,2 a 1,0. Esse valor sofre, ainda, diferenciações segundo o nível de complexidade do hospital, classificado em três categorias (Bohigas *et al*, 1993). Assim, corresponde ao hospital, por cada paciente internado, uma remuneração equivalente ao produto do valor unitário da UBA pelo tempo de permanência do paciente.

O sistema de classificação do produto hospitalar é, portanto, bastante primário, tendo em vista que só contempla 4 grupos, desconsiderando a diferenciação em termos do nível de utilização de recursos dos tratamentos pertencentes a uma mesma categoria. Entretanto, apresenta algumas características interessantes, que motivaram a sua inclusão nesta seção.

Em primeiro lugar, deve-se observar que, no cálculo do número de UBAs relativas a cada hospital são introduzidos dois parâmetros que servem, também, para o controle da assistência e do gasto médico-hospitalar. Trata-se do estabelecimento de tetos relativos ao tempo médio de permanência dos pacientes internados e à proporção de atividade ambulatorial. Eles diferem segundo o nível assistencial.

Em segundo lugar, destaca-se que, do volume de recursos destinado mensalmente a cada hospital, apenas 75% são repassados automaticamente. Os 25% restantes só o são à luz da apresentação do volume de produção realizado pelo hospital.

Dessa maneira, este formato peculiar de sistema de repasses por orçamento global pretende evitar por um lado, a subprestação de serviços a que esse sistema pode induzir e, por outro, a prorrogação desnecessária do tempo de permanência que o pagamento por diária hospitalar muitas vezes acarreta. Ainda, através da regularidade dos repasses relativos a 75% do orçamento programado, assegura aos hospitais uma previsibilidade financeira fundamental para a sua gestão, dado que, mesmo nos meses de menor atividade, lhes garante cobrir os seus custos fixos.

Por outro lado, o referido estabelecimento de tetos relativos ao tempo médio de permanência tem por objetivo estimular a produtividade e controlar o gasto global do INSALUD, na

medida em que são penalizados os hospitais que superam o parâmetro acordado através de reduções nas tarifas relativas às diárias que extrapolem o limite estabelecido. Dentro do mesmo espírito funciona o parâmetro referente à atividade ambulatorial: a parcela do volume que supere o número previamente acordado é também penalizada financeiramente.

É interessante observar, ainda, que este sistema é acompanhado de um relativo ao controle de qualidade, que consiste na emissão de certificados de credenciamento (com período de duração de três anos) e num sistema regular de inspeção dos estabelecimentos hospitalares contratados.

Em suma, ao nosso ver, o sistema deixa bastante a desejar tanto em termos do método de mensuração do produto hospitalar (que é precariamente categorizado em quatro grupos) como em termos da unidade de remuneração das internações, isto é, a diária e não o tratamento completo. O sistema catalão tenta, de certa forma, superar esta última deficiência estabelecendo, como vimos, limites máximos de diárias a partir dos quais elas passam a ser remuneradas segundo valores equivalentes a apenas 25% das tarifas correspondentes às diárias previamente estipuladas.

Entretanto, é útil resgatar uma característica interessante, qual seja a de, ao mesmo tempo: a) garantir, através do repasse regular de 75% do que corresponde ao orçamento global de cada estabelecimento hospitalar, uma regularidade mínima aos repasses e b) assegurar, através do condicionamento dos 25% restantes ao cumprimento dos objetivos em termos de produção, o nível de prestação de serviços acordado com cada hospital.

IV.2. O Sistema Canadense

O Canadá - e, mais especificamente, a província de Québec - adota um sistema de repasses financeiros aos estabelecimentos de saúde públicos que se constitui numa outra variedade bastante interessante do método por orçamento global, na medida em que tenta superar as duas principais limitações desse método de repasses, isto é: i) o conservadorismo que ele pode introduzir nas decisões e ii) por outro, a tendência à subprestação de serviços e à ineficiência (dado que não há, no formato tradicional do sistema de repasses por orçamento global, uma vinculação estreita, na prática, entre o volume de recursos repassados e o de serviços efetivamente executados).

É interessante abordar, inicialmente, as características mais gerais do sistema de saúde canadense. Nesse país, a responsabilidade pela atenção à saúde dos cidadãos cabe eminentemente à esfera provincial de governo. Esta detém a responsabilidade direta de supervisionar e financiar complementarmente⁽⁶⁾ os serviços hospitalares e os programas de saúde coletiva. Ao governo federal compete a prestação de serviços de saúde a segmentos populacionais específicos (forças armadas e polícia federal, servidores públicos e populações indígenas). O governo municipal, por sua vez, se limita à provisão e/ou supervisão do abastecimento de água, sistemas de saneamento e de tratamento de lixo, bem como serviços auxiliares, tais como *nursing homes* (assemelhadas às nossas casas de repouso) e serviços recreativos destinados aos anciãos.

Ademais, vale notar que, embora sendo de responsabilidade provincial, o sistema de saúde canadense é financiado por tributos federais, cuja arrecadação é distribuída entre as províncias segundo uma interessante série de critérios pré-estabelecidos, baseados nos princípios da equidade interregional, interprogramática e interestabelecimentos de saúde⁽⁷⁾.

Por outro lado, é oportuno observar que no sistema de saúde canadense, de responsabilidade e financiamento públicos e de acesso universal, não cabe ao Estado preponderantemente a prestação direta dos serviços. Assim, cerca de 41% dos hospitais pertencem a associações voluntárias de caráter não-lucrativo, 27% aos municípios, 13% às províncias, 10% a instituições religiosas, 5% ao setor privado lucrativo e, finalmente, apenas 4% ao governo federal -

(6) Note-se que o Imposto de Renda, principal tributo canadense, é arrecadado pelo governo nacional, mas uma considerável parcela dessa receita é repassada às províncias.

(7) Ver a Nota 1, ao final deste documento.

destinados à atenção dos grupos populacionais acima especificados - (Ruderman, 1988).

Assim, este sistema se constitui num exemplo de *mix público/privado*, no qual o financiamento e a gestão são públicos, mas na execução (isto é, na prestação direta dos serviços), o setor público é apenas complementar ao setor privado (lucrativo ou não), que detém 56% dos estabelecimentos hospitalares.

Neste sistema eminentemente provincial, é essa esfera de governo que detém o poder decisório em relação às transferências a serem efetuadas a cada um dos hospitais públicos. Nesse sentido, a província de Québec introduziu, a partir de 1976, um sistema de **orçamento global ajustado a partir do cumprimento de metas pré-estabelecidas** através do processo denominado *Revisão da Base Orçamentária (Révision de la Base Budgétaire - RBB)*, que passamos a apresentar, de forma sucinta, a seguir.

É importante destacar inicialmente que, enquanto o Ministério da Saúde e Serviços Sociais (pertencente ao governo da província do Québec) estabelece, como já foi referido, os montantes a serem repassados a cada hospital, cada prestador detém total autonomia (e, portanto, responsabilidade) tanto para a alocação dos recursos como para execução da despesa.

Dessa forma, receitas adicionais (introduzidas na década passada para fazer face a problemas de financiamento do setor público) advindas da cobrança, ao usuário, de serviços diferenciados (tais com a utilização de quarto individual ou a permanência de um acompanhante em casos desnecessários) são retidas pelo hospital que efetuou a internação.

O orçamento global dos hospitais do Québec tem dois grandes componentes:

o *componente global*, que cobre aproximadamente 80% das despesas correntes, sobre as quais administração do hospital detém total autonomia;

o *componente detalhado*, que concentra aquelas despesas sobre as quais o Ministério deseja exercer um controle (relativas à implantação de novos programas, p. ex.), ou elementos da despesa sobre os quais se aplicam taxas de indexação diferenciada.

No que tange às despesas de capital, deve-se observar que, enquanto a manutenção dos equipamentos existentes e a aquisição de novos é efetuada através da receita arrecadada diretamente pelo hospital (mediante a citada cobrança de serviços extras), a construção de novas unidades pertence ao âmbito decisório do governo provincial.

Até 1977, a alocação de recursos entre os hospitais integrantes da rede pública era efetuada com base nos custos históricos de cada hospital, aos quais era adicionado um fator de acréscimo equivalente, em geral, ao aumento percentual das receitas do Ministério nesse ano fiscal. Dessa forma, esse método alocativo *consagra, mais do que corrigia, as iniquidades que haviam-se instalado ao longo dos anos na determinação dos orçamentos dos hospitais* (Direction Générale de la Planification et de l'Évaluation, Québec, 1989), (tradução livre).

No período 1977 - 1978 procedeu-se à modificação das bases em que se efetuavam repasses para os estabelecimentos de saúde, num processo que resultou na *Revisão da Base Orçamentária*. A partir de então, o nível de recursos correspondente a cada hospital passa a ser influenciado por três fatores adicionais ao seu custo histórico:

- uma taxa de crescimento anual aplicável às despesas relativas aos componentes global e detalhado do orçamento global;

- a revisão da base orçamentária, com base no desempenho do hospital, que pode resultar em aumentos ou reduções do valor estipulado no orçamento global inicialmente elaborado;

- reajustes posteriores à aprovação do orçamento, em função de despesas relativas à execução não prevista de novos serviços ou, ainda, a indexação dos salários ao longo do período financeiro.

Dessa forma, enquanto através desta última etapa são introduzidos elementos que retiram do orçamento global os seu caráter imobilista ou conservador, mediante a fase de revisão da base orçamentária é introduzido o critério de **desempenho**, eliminando-se a possibilidade de esse método vir a favorecer a subprestação acima referida. Este critério, é operacionalizado comparando a produção e o desempenho em termos de utilização de recursos de cada hospital em relação aos dos seus congêneres em termos de *case-mix*, no processo constituído de três fases (Lance e Contadriopoulos, 1987) que descrevemos a seguir.

a) A classificação dos hospitais, a partir de seu *case-mix*

O sistema de classificação do produto hospitalar adotado em Québec parte inicialmente da constituição de quatro categorias de produtos: os serviços de internação, os serviços ambulatoriais, a pesquisa e o ensino, para cada um dos quais estabelece uma variável que operacionaliza a sua classificação.

- No caso das internações, o método de classificação fundamenta-se na oitava versão da Classificação Internacional de Doenças (ICDA-8), com base na qual as internações hospitalares são classificadas segundo o diagnóstico primário;

- No que tange aos *serviços ambulatoriais*, eles são representados pela estrutura diagnóstica das consultas;

- As atividades de *ensino* são mensuradas em termos do número de internos e residentes sendo treinados pelo hospital;

- Finalmente, as atividades de *pesquisa* são quantificadas em termos do montante de recursos destinados às mesmas, através do exame dos balanços do hospital.

Além destas variáveis que descrevem o tipo e quantidade de serviços prestados, são consideradas duas variáveis adicionais: a distribuição etária dos pacientes e a distância entre a cidade em que o hospital está localizado e a cidade mais próxima de, no mínimo, 15.000 habitantes.

Dessa forma, acrescem-se à variável diagnóstico primário (que traduz de forma insatisfatória o nível de utilização de recursos pelo hospital), variáveis como a idade dos pacientes tratados e a função que o hospital desempenha na rede de serviços de saúde, o qual permite chegar a uma maior aproximação do *case-mix* do hospital.

Os hospitais são então classificados mediante a utilização de um índice de similaridade⁸ que toma a composição do produto segundo o diagnóstico (isto é, a participação de cada diagnóstico na produção de tratamentos hospitalares) para cada hospital, em relação às do seu grupo⁽⁹⁾. São classificados os hospitais, portanto, através da elaboração de um índice de *case-mix*.

Uma vez construído esse índice, analisam-se os hospitais a partir de sua *performance*, segundo um método de hierarquização com base na função de otimização de objetivos, pormenorizado na Nota 4.

b) A avaliação da utilização dos recursos

Nesta segunda fase, calculam-se os quocientes indicadores da produtividade em 24 centros de atividades do hospital, representantes de mais de 90% do seu custo total. Estes são, a seguir, comparados com os dos seus pares (isto é, os hospitais integrantes dos mesmos grupos constituídos na fase anterior). Dessa maneira, são identificados os desvios em termos de utilização de recursos dos hospitais para cada centro de atividades. A soma dos resultados (isto é, da produção) de cada centro de atividades do hospital e dos recursos utilizados indica o nível de desperdício ou de economia de recursos por ele realizado.

c) Os ajustes orçamentários

O processo se completa ao justapor as somas acima indicadas (de resultados e de recursos utilizados) à situação financeira do hospital (de déficit ou superávit), a partir do qual é decidido se o hospital merece verbas adicionais, a manutenção dos recursos do ano anterior (reajustada segundo o índice de inflação) ou, ainda a redução dos mesmos.

Separadamente, além destes reajustes pertencentes ao processo de Revisão da Base Orçamentária, o sistema garante o espaço para a execução de outro tipo de retificações do orçamento, no decorrer do ano fiscal, como foi referido anteriormente. Trata-se das *retificações pós-orçamentárias*, que completam a sistemática de alocação de recursos entre os

(8) Ver a Nota 2.

(9) Ver a Nota 3.

hospitais.

Uma vez aprovado o orçamento inicial, revisado segundo a posição do hospital em relação aos seus pares, existem dois tipos de reajustes posteriores a essa aprovação:

- reajustes ao longo do exercício fiscal, relativos a transferências entre rubricas orçamentárias, fundamentalmente em função de definições ministeriais de política que resultem na redução, aumento ou inclusão de novas atividades por parte do hospital; e
- reajustes provenientes da indexação periódica e diferenciada dos custos dos diversos elementos de despesa.

d) Observações gerais

Pelo que foi resumidamente apresentado, é evidente que o sistema quebequense contém elementos que permitem aperfeiçoar o sistema de orçamento global, de forma a torná-lo uma peça de alocação de recursos efetiva (e não virtual, como eram aqueles efetuados pelo setor público previamente à implantação do SIH/SUS e SIA/SUS no nosso país).

Observe-se que, por um lado, a existência de normas para a execução dos reajustes regularmente concebidos confere ao sistema um certo grau de previsibilidade. Por outro, eles mesmos se constituem em operações que evitam a penalização dos hospitais de mais alto custo, observada a sua posição em relação ao seu grupo de pares em termos de *case-mix*. Mais do que isso, são premiados aqueles que mostram resultados de produtividade mais altos, através dos mecanismos da Revisão da Base Orçamentária.

Trata-se, portanto, de um sistema que estimula a eficiência dos serviços hospitalares públicos, sem imprimir-lhes a lógica mercantil, isto é, sem transformar os tratamentos de saúde em mercadorias colocadas no mercado.

Uma outra questão que merece destaque é a autonomia para a execução da despesa conferida aos hospitais no sistema quebequense. Parece-nos justo que um sistema que premie a eficiência ou produtividade (como este ou os nossos SIH/SUS e SIA/SUS) não seja acompanhado de *amarras* administrativas (como as que ainda existem no Brasil) sobre aqueles que são avaliados, isto é, os hospitais.

Por fim, deve-se ter em mente que qualquer sistema de repasses financeiros que premie a produtividade requer sempre a existência de um sistema eficaz de supervisão e controle da qualidade dos serviços prestados, de forma tal a evitar que o aumento da produtividade se traduza na deterioração da qualidade dos mesmos.

IV.3. Comentários Finais

Mediante a apresentação dos dois casos acima, não tivemos a pretensão de apontar uma solução pronta para o sistema de transferências a hospitais e, destes, particularmente aos hospitais públicos no Brasil. Como se sabe, os métodos de repasses a serem adotados devem guardar coerência com a estrutura e os princípios do sistema de saúde de cada país, de forma que seria impossível achar um único método definitiva e universalmente ideal.

Entretanto, consideramos que, tanto o relato da experiência do sistema de pagamento prospectivo por procedimento do MEDICARE nos EUA, como os resultados da análise do nosso sistema, permitem-nos afirmar que o sistema de pagamento prospectivo contém problemas estruturais a partir de sua concepção, que parte do pressuposto de que o produto sanitário pode, como outro qualquer, ser tratado como uma mercadoria e que os hospitais públicos e privados integram em igualdade de condições um mercado competitivo.

Parece-nos, por outro lado, evidente que, dentre todos os sistemas, é o do orçamento global que apresenta problemas menos graves e mais facilmente contornáveis. Nesse sentido, os sistemas quebequense e catalão mostram que é possível aperfeiçoar o processo de transferências financeiras através do orçamento global sem descuidar da eficiência e os processos de mudança desejados na rede sanitária.

Consideramos, portanto, que é oportuno apropriar-se dessas experiências alternativas, transformando-as e aperfeiçoando-as num modelo tal que, ao mesmo tempo que leve em conta a necessidade de racionalização do gasto público, dotando os serviços de maior eficiência, não

permita que os ditames administrativos-financeiros venham a comprometer o que, depois de tanto esforço, por fim conquistamos. Referimo-nos aos princípios constitucionalmente estabelecidos de universalidade do acesso e equidade do sistema sanitário e, ainda, relativos à responsabilidade do Estado sobre a saúde do cidadão, que ainda precisamos ver, de fato, implementados.

ELEMENTOS PARA A ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA PARA AS UNIDADES ASSISTENCIAIS PÚBLICAS BRASILEIRAS

Extrapolamos os objetivos deste trabalho a apresentação de uma proposta acabada de sistema de repasses financeiros para as nossas unidades públicas. Através desta seção, a nossa intenção é a de, apenas, apontar os principais fundamentos e, a partir destes, os elementos que, ao nosso ver, deveriam nortear a elaboração de uma proposta.

a) Os fundamentos de uma proposta

Consideramos, em primeiro lugar, que a gestão do setor público necessita incorporar um elemento ainda ausente no nosso sistema, qual seja a **descentralização com responsabilidade**, contida no termo inglês de *accountability*.

Até agora, a descentralização veio merecendo um forte destaque nas discussões de que é objeto o nosso aparelho de Estado; entretanto, parece-nos que esta tem sido tratada sob dois enfoques igualmente incompletos:

enquanto a mera redistribuição de encargos e recursos, esquecendo-se os elementos necessários entre as diferentes esferas de governo, isto é, omitindo-se o papel que uma deve exercer em relação à outra e, portanto, as responsabilidades recíprocas; ou

enquanto o repasse de recursos centralizados a nível nacional e transferir a produção de serviços, esquecendo, assim, o nível de autonomia necessária a gestão do

Ao nosso ver, a descentralização da gestão do aparelho estatal deve estar fundamentada em dois princípios básicos e necessariamente interligados: o da **autonomia** e o da **responsabilidade** de cada gestor. Mais especificamente, entendemos a responsabilidade enquanto o compromisso em relação ao **cumprimento de objetivos pré-definido**. E a definição destes objetivos, num sistema que se pretenda democrático, deve-se dar num processo de discussão coletiva em que participe o aparelho de Estado e a sociedade civil organizada. Por exemplo, no que se refere ao setor Saúde, o *locus* mais apropriado da definição de objetivos são, sem dúvida os Conselhos de Saúde.

Por sua vez, os fundamentos norteadores dos repasses financeiros às unidades assistenciais públicas não podem se afastar desses mesmos princípios - autonomia associada à responsabilidade -, uma vez que elas são parte integrante do sistema constitutivo do aparelho estatal.

Afirmávamos acima que, dentre os métodos tradicionais de transferências financeiras, aquele que apresenta deficiências congênicas menos graves é o do orçamento global. Se aceita essa afirmativa, é então necessário dotar esse instrumento de mecanismos que permitam incorporar a questão da autonomia acoplada ao cumprimento de objetivos pré-estabelecidos, sem lesá-lo no que diz respeito ao grau de previsibilidade e redistributividade de recursos que ele, na sua forma tradicional, viabiliza.

b) Os elementos de uma nova proposta

Consideramos que tanto o sistema catalão como o quebequense contêm elementos a serem incorporados na elaboração de uma nova proposta brasileira, quais sejam:

- o condicionamento de parte dos repasses à efetiva prestação dos serviços programados para o ano-base do orçamento (como no sistema catalão);
- a incorporação da variável *cumprimento de metas pré-estabelecidas* na determinação do

volume de recursos correspondentes a cada prestador. Tendo em vista que o orçamento-programa deve ser sistematicamente elaborado e aprovado antes do término do ano anterior ao ano-base do mesmo, o procedimento quebequense de *Revisão da Base Orçamentária* parece ser o instrumento mais apropriado para reajustar o montante relativo a cada unidade assistencial, com base no cumprimento de metas pré-estabelecidas. Nesse sentido, parece-nos que as metas fundamentais a serem coletivamente definidas devem dizer respeito não só ao volume de serviços programado - em base ao qual é elaborado o orçamento -, mas fundamentalmente a objetivos relacionados à **qualidade** dos serviços prestados e à **eficiência** na utilização dos recursos públicos;

- ainda à luz da experiência quebequense, é necessário prever a necessidade de ajustes posteriores à definição do volume de recursos destinado a cada unidade, tendo em vista defasagens entre as taxas de inflação prevista e observada e, ainda, a possibilidade de taxas de crescimento diferenciadas dos preços de alguns insumos (tais como medicamentos, alimentos, etc.);

- finalmente, é importante levar em conta, na avaliação do cumprimento de metas pré-estabelecidas, a diferenciação dos hospitais em termos de seu *case-mix* e, nesse sentido, avaliá-los em relação ao desempenho de seus pares.

Portanto, o sistema esboçado aqui de forma ainda embrionária requer o cumprimento das seguintes etapas:

i. Elaboração do orçamento

i.1. elaboração do orçamento inicial, com base no volume e tipo de serviços programados para o ano seguinte;

i.2. revisão do orçamento inicial (em janeiro do ano-base, com base na avaliação do desempenho do hospital, em termos do cumprimento de metas pré-estabelecidas (que, ao nosso ver, devem dizer respeito à eficiência e à qualidade);

ii. Execução do orçamento

ii.1. ajuste do valor mensalmente correspondente a cada unidade, a partir de eventuais defasagens entre a previsão e o comportamento real dos preços;

ii.2. verificação trimestral do cumprimento da prestação de serviços previamente programados, a partir do qual cabe à unidade receber mensalmente (no trimestre seguinte) a totalidade do valor mensal que lhe foi previamente alocado (no caso do cumprimento de seus compromissos) ou, apenas, 75% ou 85% do mesmo, segundo o nível de cumprimento das metas de produção.

c) Pré-requisitos para a elaboração e implementação dessa proposta

É a fase de revisão do orçamento inicial (i.2.) aquela que pressupõe fontes de informação peculiares.

Por um lado, como foi referido acima, o cumprimento de objetivos pré-estabelecidos por parte de cada prestador deve ser avaliado em relação ao dos seus pares em termos de **case-mix**. Nesse sentido, é necessário construir os *índices de case-mix* dos hospitais que compõem a rede assistencial, no intuito de constituir grupos de unidades com *case-mix* homogêneo do ponto de vista do nível de utilização de insumos (e, portanto, de custos). No nosso caso, isto é factível a partir do sistema de informações constituído pelos SIH e SIA/SUS⁽¹⁰⁾.

Por outro lado, a avaliação das metas de eficiência e qualidade a ser efetuada nessa fase requer informações de distinta natureza:

(10) Como se trata de constituir grupos de *case-mix* e, portanto, trabalhar com intervalos de custo médio, as deficiências do nosso sistema de classificação do produto sanitário não se constituem em entraves importantes para essa finalidade.

- a **eficiência** pode ser avaliada em termos do custo unitário de cada serviço e, para tanto, requer um bom **sistema de apuração de custos**. Embora o custo por tipo de tratamento (ou custo por patologia) fosse o instrumento ideal, é possível trabalhar com o custo por diária hospitalar. Tendo em vista que os hospitais deveriam ser previamente classificados segundo o seu *case-mix*, a adoção desta unidade de custo (de apuração mais simples) não viria penalizar os hospitais de maior nível de complexidade, dado que a *performance* de cada um seria comparada com a dos seus pares (e não com a da totalidade do universo dos prestadores).

Como se sabe, a implementação de sistemas de apuração de custos é um esforço, de fundamental importância para gestão hospitalar, a ser ainda efetuado por grande parte das nossas unidades.

- por sua vez, a avaliação da **qualidade** dos serviços de saúde requer indicadores específicos. Embora existam indicadores de qualidade sofisticados, poder-se-ia iniciar a implementação do sistema através da adoção de indicadores de simples aferição, tais como a **taxa de infecção hospitalar**, a **taxa de reinternação de pacientes não crônicos** ou outros que estão sendo utilizados pelos estudiosos dessa área específica do conhecimento.

Finalmente, tal proposta, baseada no princípio da **autonomia com responsabilidade**, requer mudanças que dizem respeito ao marco normativo da administração pública. Num sistema que pretenda premiar o desempenho, isto é, o sistema que pretenda premiar o desempenho, isto é, o cumprimento de metas - dentre as quais a eficiência -, é condição necessária a concessão de autonomia àqueles que serão avaliados (isto é, aos prestadores de serviços de saúde). Enfim, a responsabilidade - ou *accountability* - pressupõe autonomia de gestão, isto é, que as unidades gestoras detenham os instrumentos necessários à efetiva tomada de decisão sobre as questões que afetam a produção dos seus serviços.

NOTAS

1. Diferentemente do antigo processo de alocação interregional de recursos (efetuado com base, apenas, na rede sanitária existente), as propostas de mudança em estudo visam cumprir os seguintes objetivos de equidade:

- **interregional** - alocando a cada região recursos proporcionais ao tamanho da população e às suas necessidades sanitárias;
- **interprogramática**, distribuindo os recursos entre os programas das regiões socio-sanitárias segundo as suas respectivas populações e necessidades;
- **interestabelecimentos**, isto é, a distribuição de recursos entre as unidades sanitárias segundo a população a elas adscrita, os serviços que oferecem e o seu desempenho.

2. Com o objetivo de comparar a distribuição dos pacientes/dia, foi desenvolvido um índice derivado da Teoria da Entropia destinado a comparar proporções, cuja soma é igual a 1. Esse índice é obtido através da seguinte fórmula:

$$I_{ij} = \sum_{k=1}^n P_{ik} \log (P_{ik}/P_{jk}) + \sum_{k=1}^n P_{jk} \log (P_{jk}/P_{ik})$$

onde P_{ik} , P_{jk} e P_{gk} representam a proporção de pacientes/dia devida ao diagnóstico k nos hospitais i e j e no grupo g , incluindo os hospitais i e j

Para maiores detalhes a esse respeito, ver: Lance, J. M. & Contadriopoulos, A.P. *The Use of Hospital Classification in the Review of Hospital Budgetary Basis*, *op.cit.*

3. Constituíram-se os seguintes 8 grupos:

- Grupo I: hospitais de ensino metropolitanos; porte médio: 665,9 leitos
- Grupo II: hospitais regionais especializados; porte médio: 340 leitos
- Grupo III: hospitais gerais situados em grandes cidades; porte médio: 343,5 leitos
- Grupo IV: hospitais de, em média, 150,2 leitos
- Grupo V: hospitais de atenção primária situados em áreas urbanas; porte médio: 136,5 leitos
- Grupo VI: pequenos hospitais de atenção primária em áreas rurais, porte médio: 81 leitos
- Grupo VII: pequenos hospitais de doentes crônicos, de porte médio de 47,3 leitos
- Grupo VIII: hospitais pequenos de atenção primária situados em áreas remotas, com porte médio de 39 leitos.

4. A função de objetivos incorpora os índices de similaridade e quantifica a informação perdida em cada ciclo de agrupamento.

Para maiores detalhes, é útil consultar Lance e Contadriopoulos, *op.cit.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acerca do produto hospitalar

- AMENT, R., DREASHLIN, J. KOBRINSKI, E. & Wood, W. Three Case-Type Classifications: Suitability for Use in Reimbursing Hospitals. *Medical Care*, v. XX, n. 5, 1992.
- BERKI, S. Grading DRGs. *Medical Care*, v. 22, n. 12, 1984.
- BOHIGAS, L. Sistemas Alternativos a la Clasificación de Case-Mix. *Todo Hospital*, n. 49, Barcelona, septiembre 1988.
- BREWSTER, A.C., KARLINN, B.G. & Hyde, L.A. MEDISGRPS: A Clinically Basis Approach to Classifying Hospital Patients at Admission. *Inquiry*, v. 22, 1985.
- CALORE, D. & IEZZONI, L. Disease Staging and PMCs, Can they improve DRGs?. *Medical Care*, v. 25, n. 8, 1987
- ELLIS, R.P. & McGUIRE, T. Optimal Payment System for Health Services. *Journal of Health Economics*, n. 9, 1990.
- FETTER, R.B., SHIN, Y., FREEMAN, J.L., AVERILL, R.F. & THOMPSON, J.D. Case-Mix Definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care*, v. 18 (supplement), 1980.
- FETTER, R.B. A Metodologia dos Grupos de Diagnóstico Relacionados: Alçapões e Efeitos Adversos. V Jornadas de Economia de la Salud, Asociación Española de Economía de la Salud, Espanha, 1986, mimeo.
- GLASER, W. Paying the Hospital - The Organization, Dynamics, and Effects of Differing Financial Arrangements. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987
- GUTERMAN, S. & DOBSON, A. Impact of the Medicare Prospective Payment System for Hospitals. *Health Care Financing Review*, v. 7, n. 6, Spring, 1986.
- HORN, S.D., BULKELY, G. & SHARKEY, P.D. Interhospital Differences in Severity of Illness. *New England Medical Journal*, v. 313, 1985.
- HORNBROOK, M. Hospital Case-Mix: Its Definition, Measurement and Use - Part I: The Conceptual Framework. *Medical Care Review*, Summer, 1982
- _____. Hospital Case-Mix: Its Definition, Measurement and Use - Part II: Review of Alternative Measures. *Medical Care Review*, Summer, 1982.
- _____. HURTADO, A. & JOHNSON, R. Health Care Episodes. Definition, Measurement and USE. *Medical Care Review*, v. 42, n. 2, Fall, 1985.
- KLARMAN, H. *The Economics of Health*. New York, Columbia University Press, USA, 1970
- McNERNEY, W. *Hospital and Medical Economics - A Study of Population, Services, Costs, Methods of Payment and Controls*. Chicago, Hospital Research and Educational Trust, 1962
- SEAWELL, L.V. *Hospital Accounting and Financial Management*. Illinois, Physicians' Record Company, Berwyn, 1964
- WILEY, M. *Costing Hospital Case-Mix: The European Experience*. Proceedings of the Second European Workshop, Eurodrq, Dublin, 1991.
- _____. DRGs in Europe: Update on Research Projects and Experimentation. In: CASAS, M. *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD): Experiencia y Perspectivas de Utilización*. Barcelona, Ed. Masson, 1991.
- _____. *Case-Mix Management Experiences in European Countries: Options and Opportunities for the Acute Hospital Sector*. mimeo, 1991.
- _____. DRG as a Basis for Prospective Payment. *Health Policy*, v. 9, 1988.
- _____. & FETTER, R. Measuring Activity and Costs in Irish Hospitals - A Study of Hospital Case Mix. *General Research Series*, Paper n. 147, Dublin, The Economic and Social Research Institute, 1990.
- YONG, W.W., SWINDOLA, R.B. & ZORN, D.M. The Measurement of Hospital Case-Mix. *Medical Care*, v. 20, 1982

2. Acerca da experiência norte-americana

- ALTMAN, S. & EICHENHOLZ, J. Inflation in the Health Industry: Causes and Cures. In: CHULIS, G. *Assessing Prospective Payment*. *Medical Care Review*, 48:2, Summer, 1991.
- ANDERSON, G.F. & ERICKSON, J.E. National Medical Care Spending. *Health Affairs*, 6:3, Fall 1987
- ANDERSON, O.W. Health Services in the United States: A Growth Enterprise for a Hundred Years. In: LITMAN, J. & ROBINS, L. *Health Politics and Policy*. USA, John Wiley & Sons, 1984.

- ARNETT III, ROSS, MCKUSICK, SONNEFELD & COWELL. Projections of Health Care Spending to 1990. *Health Care Financing Review*, 7:3, Spring, 1986.
- BEGLEY, C., SCHOEMAN, M & TRAXLER, H. Factors that May Explain Inter-State Differences in Certificate of Need Decisions. *Health Care Financing Review*, 3:87, 1982.
- CARTER, G.M., NEWHOUSE, J.P. & RELLES, A. How Much Change in the Case Mix Index is DRG Creep. *Journal of Health Economics*, v. 9, 1990
- CHULIS, G. Assessing Prospective Payment. *Medical Care Review*, 48:2, Summer, 1991.
- FARLEY, D.E. & HOGAN, C. Case-Mix Specialization in the Hospital Services. *Health Services Research*, 25:5, Dec. 1990
- FEINGLASS, J. HOLLOWAY, M.D. The Initial Impact of the Medicare Prospective Payment System on U.S. Health Cares: a Review of the Literature. *Medical Care Review* 48.1, Spring, 1991.
- FELDMAN, R., CHAN, H., KRALEWSKI, J., DOWD, B. & SHAPIRO, J. Effects of HMOs on the Creation of Competitive Markets for Hospital Services. *Journal of Health Economics*, n.9, 1990.
- FETTER, R.B. SHIN, Y., FREEMAN, J.L., AVERIL, R.F. & THOMPSON, J.D. Case-Mix Definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care*, 18:2 (Supplement), Dec. 1980
- FIELD, M. *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach*. Londres, Routledge Publishers, 1989
- FLEMING, S.T. The Relationship between the Cost and the Quality of Hospital Care: A review of the Literature. *Medical Care Review*, 47.4, Winter, 1990
- GAY, E.G., KRONENFELD, J., BAKER, S. & AMIDON, R. An Appraisal of Organizational Response to Fiscally Constraining Regulation. The Case of Hospitals and DRGs. *Journal of Health and Social Behaviour*, v. 30, 1989.
- GIANFRANCISCO, F. The Fairness of the PPS Reimbursement Methodology. *Health Services Research*, 25:1, April, 1990
- GINSBURG, P.B. & CARTER, G.M. Medicare Case Mix Increase. *Health Care Financing Review*, 7:2, Summer, 1986.
- GUTERMAN, S., EGGERS, P., RILEY, G., GREENE, T. & TERREL, A. The First 3 Years of Medicare Prospective Payment: An Overview. *Health Care Financing Review*, 9:3, Spring, 1988.
- HADLEY, J. & SWARTZ, K. The Impacts on Hospital Costs between 1980 and 1984 of Hospital Rate Regulation, Competition and Changes in Health Insurance Coverage. *Inquiry*, v. 26, Spring, 1989.
- HORN BROOK, M.C. Hospital Case Mix: Its Definition, Measurement - Part I: The Conceptual Framework e Part II: Review of Alternative Measures. *Medical Care Review*, v. 39, 1982.
- ____ & BERKI, S. Practice Mode and Payment Method - Effects on Use, Costs, Quality and Access. *Medical Care*, 23:5, May 1985
- L.M., CHESNEY, J. e FLEMING, S. Were Hospitals Selective in their Products and Productivity Changes? The Top 50 DRGs after PPS. *Health Services Research*, 24:5, Dec. 1989.
- MANNING, W., LIEBOWITZ, A. & GOLDBERG, G. A Controlled Trial of the Effect of Prepaid Group Practice on use of services. *New England Journal of Medicine*, 310: 1505, 1984.
- SAGER, M.A., EASTERLING, D.V., KINDING, D.A. & ANDERSON, O.W. Changes in the Location of Death after Passage of Medicare's Prospective Payment System. *New England Journal of Medicine*, 320: 7, 1989.
- SOMERS, H. & SOMER, A. *Medicare and the Hospitals Issues and Prospects*. The Brookings Institution, Washington, D.C., 1968.
- WILEY, M. & FETTER, R. *Measuring Activity and Costs in Irish Hospitals: a Study of Hospital Case Mix*. The Economic and Social Research Institute, Dublin, 1990.

3. Acerca da experiência brasileira

- CHIYOSI, F. & MOURA, A. O Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) - Sistema AIH, mimeo, s/d.
- UGA, M.A. *Sistemas de Repasses Financeiros a Hospitais: o método de pós-pagamento prospectivo e sua implementação através dos Sistemas SIA e SIH/SUS* - Dissertação de Mestrado, IEI/UFRJ, 1992.
- VERAS, C. & MARTINS, M. *Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social - SAMHPS: Discussão sobre o sistema de remuneração nos hospitais privados contratados*, mimeo, s/d.

4. Acerca de experiências alternativas

BOHIGAS, L. La Concertación Hospitalaria: La Experiencia Catalana. Reforma Sanitarias Actuales, Revista de Economía, Información Comercial Española, n. 681, mai-jun. 1990.

BOHIGAS, L., POMÉS, X. ARTAL, R. VALLRIBERA, P. Incentives and Controls In Hospital Financing: The Case of Catalunya, mimeo, 1990.

LANCE, J.M. & CONTADRIOPOULOS, A.P. The Use of Hospital Classification the Review of Hospital Financing Systems, Report on two WHO Workshops, Germany, 1987.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUEBEC. Modifications Sugerées aux Critères d'Allocation des Ressources Consenties par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux au Réseau des Affaires Sociales, Québec, mimeo, 1987.

_____. Le Financement des Établissements Publics de Santé et de Services Sociaux - Budget d'Exploitation. Québec, nov. 1989.

EFEITOS DE UM AUMENTO NA TAXAÇÃO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E FUMO: EVIDÊNCIA INTERNACIONAL E NACIONAL E ALGUMAS INFERÊNCIAS PARA O CASO BRASIL ⁽¹⁾

Cesar Mattos⁽²⁾

I. INTRODUÇÃO

Os objetivos deste trabalho são identificar os principais efeitos esperados de um aumento na taxação de cigarros e bebidas alcoólicas no Brasil, tanto do ponto de vista teórico como a partir da experiência internacional. Além disso, avaliaremos as possibilidades de vinculação da receita arrecadada com a tributação desses bens para gastos relacionados com a área de saúde.

As virtudes do aumento da carga tributária desses produtos específicos derivam tanto do possível impacto positivo da medida nas finanças públicas, como dos efeitos favoráveis em termos da consecução de outros objetivos da política governamental, notadamente melhorias da saúde da população decorrente da redução do consumo de fumo e bebidas alcoólicas. Vale enfatizar que o fato dessas duas categorias de bens serem fortes causadores de externalidades negativas à sociedade, especialmente com relação à saúde, torna-se prática normal a incidência de um forte ônus tributário nesses produtos em quase todos os países.

O trabalho foi organizado da seguinte forma. Na segunda seção analisamos o efeito do aumento da taxação de bebidas alcoólicas e fumo nas finanças públicas tanto pela ótica das receitas tributárias como das despesas na área de saúde. A terceira seção avalia os impactos do aumento na taxação desses bens na consecução de outros objetivos do governo além daqueles relacionados com as finanças públicas. A quarta seção avalia o papel relativo dos incentivos econômico-tributários *vis a vis* outros incentivos no contexto de políticas de saúde que visem a redução do consumo de bebidas alcoólicas e fumo. A quinta seção trata da questão das vinculações a partir da teoria de finanças públicas, das evidências internacionais e da prática orçamentária brasileira. A sexta seção analisa as implicações distributivas do aumento da taxação desses bens. A sétima discute formas alternativas de taxação de bebidas alcoólicas e fumo, direcionando especialmente para o caso do Brasil. A oitava seção avalia a performance tributária do IPI fumo e bebidas e suas perspectivas. A nona fica reservada para as conclusões.

II. FINANÇAS PÚBLICAS - EFEITOS ESPERADOS DO AUMENTO NA TAXAÇÃO DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS E DO FUMO

A) Receitas Tributárias e Aumento de Alíquotas

Do ponto de vista estrito da saúde financeira do Estado, o efeito mais relevante e mais

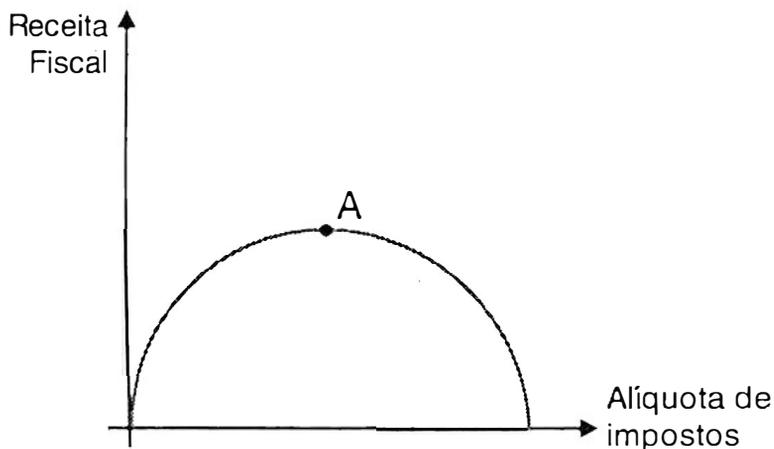
(1) Gostaria de agradecer, especialmente, ao Dr. Elói da Coordenação-Geral do Sistema de Arrecadação da Secretaria da Receita Federal pelos dados fornecidos, ao Dr. Eugênio Villaça pelas recomendações bibliográficas e comentários ao trabalho e ao Dr. Aurélio Nonó por algumas importantes dicas sobre o processo orçamentário no Brasil. Os erros, porventura existentes ao longo do trabalho, são de responsabilidade exclusiva do autor.

(2) César Mattos é mestre em Economia pela PUC/RJ.

considerado no que tange ao aumento da tributação de fumo e álcool diz respeito à possibilidade de aumento na receita fiscal. A relação positiva entre essa última e o nível das alíquotas de impostos, no entanto, não é líquida e certa.

Nesse ponto, faz sentido abrir um importante parênteses e discutir como a teoria econômica tem concebido a relação entre alíquotas de impostos e a receita tributária.

De uma forma geral, especialmente nos Estados Unidos na década de oitenta, foi bastante forte a convicção de que aumentos nas alíquotas dos impostos poderiam trazer reduções ao invés de aumentos no volume de receitas tributárias⁽³⁾. O desestímulo ao trabalho e à produção gerado pelo aumento das alíquotas seria o principal fator explicativo desse resultado. Nesse sentido, a idéia seria de que o aumento das alíquotas geraria uma redução da base de incidência do imposto mais do que proporcional àquele aumento, redundando em decréscimo da receita tributária. Essa idéia estaria de acordo com os princípios fundamentais da chamada escola da *economia do lado da oferta* (supply-side economics) e a chamada *Curva de Laffer*, conforme o gráfico em forma de U invertido mostrado a seguir, seria a síntese desse tipo de convicção. Aumentos nas alíquotas de impostos trariam aumentos na arrecadação para alíquotas iniciais baixas, ou seja, com valores à esquerda do ponto A. Assim, de acordo com o diagnóstico dos economistas da *supply-side economics* que assessoraram o governo americano no mandato Reagan, a economia dos EUA estaria operando à direita do ponto A, o que justificaria uma redução da alíquota de impostos, conforme efetivamente procedido.



Essa análise é concebida para a estrutura tributária como um todo. Na discussão mais específica do aumento das alíquotas de impostos para o fumo e bebidas no Brasil, devemos nos concentrar em impostos que tenham a característica da seletividade, ou seja, possam ter alíquotas diferenciadas de acordo com o produto. Os impostos na estrutura tributária brasileira, hoje, que seriam os candidatos naturais, dada a característica de seletividade, seriam o IPI que é seletivo (Const. Art. 153 Par. 3 Inciso I) e o ICMS que pode ser seletivo (Const. Art. 155 Par 2 Inciso III)⁽⁴⁾.

No contexto de uma análise de equilíbrio parcial clássica, um aumento de impostos sobre valor agregado como o IPI e o ICMS levaria a uma tendência de redução na quantidade vendida dos produtos e aumento nos seus preços. Como quanto menor a quantidade, menor a arrecadação, conclui-se que o aumento na alíquota de um imposto como o IPI e/ou o ICMS apresenta efeitos indeterminados *a priori* sobre a arrecadação deles próprios. Além disso, devemos não apenas analisar os efeitos do aumento de alíquota do IPI ou ICMS sobre o montante arrecadado deles próprios mas, também, devemos procurar inferir o que ocorre com

(3) Além disso, uma redução das alíquotas de impostos tal como implementado pelo governo Reagan, deveria aumentar a receita tributária e não reduzi-la.

(4) Uma característica importante desses impostos é o fato de serem considerados como os que tendem a gerar as menores distorções no sistema econômico por incidir sobre o valor agregado.

o volume de arrecadação dos outros impostos. Aumentos nas alíquotas do IPI sobre o fumo e bebidas geram reduções no lucro das pessoas jurídicas diminuindo as arrecadações do IRPJ e contribuição sobre o lucro. Além disso, aumento nas alíquotas geram reduções na produção e no emprego dos setores gravados, implicando menor arrecadação das contribuições sobre folha. O efeito líquido sobre a arrecadação do governo considerando todos os impostos, portanto, é indeterminado.

Procederemos daqui para a frente, à análise do impacto do aumento da alíquota de IPI e/ou ICMS na sua própria arrecadação.

De acordo com a análise clássica, a magnitude das variações no volume vendido e no preço dos bens tributados dependerá basicamente do formato das curvas e demanda da indústria taxada. A análise matemática convencional, tal como apresentada por Musgrave (1973) para o modelo de oferta-demanda linear, mostra que quanto menor as elasticidades das curvas de demanda e oferta, menor será a redução da quantidade transacionada de produto quando do aumento do imposto. Essas condicionantes são, também, bastante intuitivas: Quanto maiores as elasticidades da demanda e da oferta, que traduzem respectivamente a reação do consumidor em termos de redução da quantidade demandada e a reação do empresário em termos da quantidade ofertada, maior o impacto sobre a quantidade efetivamente transacionada.

Os estudos que procuram buscar parâmetros para inferir o impacto provável do aumento de impostos seletivos sobre a arrecadação tributária, no entanto, conferem pouca atenção a questões relativas à elasticidade da curva de oferta. O foco principal da análise é a curva de demanda, ou seja, a própria reação dos consumidores ao aumento de preço derivado do aumento na taxa.

No que tange ao formato da curva de demanda, postula-se normalmente uma característica comum para cigarros e bebidas alcoólicas: Sendo vícios, a quantidade demandada responde pouco a variações de preços, ou seja, ambos apresentam elasticidade-preço da demanda pequena (menores em módulo que a unidade) para um trecho significativo da curva de demanda.

Esse é um aspecto favorável do ponto de vista da arrecadação do imposto que se deseja aumentar. No caso do IPI sobre fumo e bebida, por exemplo, dada essa característica peculiar das curvas de demanda desses produtos, o aumento de suas alíquotas devem gerar uma baixa redução na quantidade vendida. Além disso, a base de incidência dos impostos pode inclusive aumentar, dadas as suas características de *ad-valorem*. Como a alíquota incide sobre o preço, e este aumenta com o deslocamento da curva de oferta para cima, a base de incidência pode até aumentar, a despeito da redução na quantidade transacionada. Assim, com uma baixa elasticidade da demanda, como é o caso de cigarros e bebidas, o aumento da alíquota de IPI e/ou ICMS tende a resultar em aumento no valor arrecadado de IPI e/ou ICMS.

Para o Brasil não localizamos estudos econométricos que inferissem uma medida adequada para as elasticidades das curvas de demanda para o fumo e bebida. Restringiremo-nos, portanto, à apresentação da evidência empírica internacional que nos fornecerá alguns parâmetros.

B) A Evidência Empírica Internacional

Algumas evidências empíricas internacionais sobre a resposta dos consumidores ao aumento do preço de cigarros e bebidas são interessantes. De acordo com Kaiserman e Rogers (1992), a estimativa da elasticidade da demanda por cigarros nos EUA entre as décadas de 50 e 90 ficou entre -0.14 e -1,44, o que se configura como um intervalo pouco esclarecedor no que diz respeito à relação alíquotas de impostos-receitas fiscais. De qualquer forma, os dois autores também encontraram uma razoável estabilidade do valor dessa elasticidade para os anos 80 de aproximadamente -0.56. Os mesmos autores estimaram para o Canadá uma elasticidade de aproximadamente -0.73 em 1985. Esses valores já demonstram que apesar dos cigarros poderem ser considerados, em geral, bens inelásticos (elasticidade menor que 1), apresentam um perfil de consumo no que tange às respostas da demanda ao preço que pode ser bastante variável de acordo com o período analisado e de acordo com o país.

Na Austrália, por exemplo, as elasticidades da demanda de bebidas alcoólicas são bastante diferenciadas de acordo com o produto específico taxado. Nesse País as estatísticas mais

confiáveis, segundo Richardson (1990), resultaram em elasticidades das demandas por cerveja, vinho e bebidas destiladas de -0.43%, -0.37% e -0.83% respectivamente.

Uma evidência empírica bastante importante nos países desenvolvidos é que a demanda desses bens é bem mais elástica para a faixa de população mais nova, que não apresenta os vícios do fumo e bebida tão consolidados como nos adultos. Para países que apresentem ainda uma população preponderantemente jovem como o Brasil, o valor da elasticidade-preço da demanda de fumos e bebidas, especialmente no longo prazo, pode ser maior que o esperado para países com uma população que apresente uma média de idade maior. Isso levaria à conclusão de que, a arrecadação de um imposto como IPI ou ICMS sobre fumo e bebida no Brasil aumentaria proporcionalmente em média, menos que outros países com um perfil etário mais velho e elasticidade da demanda menor.

Em estudos citados por Grossman (1989) para os EUA essa tendência de elasticidades diferenciadas de cigarros e bebidas segundo os grupos de idade é corroborada. Para uma amostra de adolescentes entre 12 e 17 anos, a elasticidade-preço chegou a -1,2%. Em estudos realizados nas faixas entre 20-25, 26-35 e acima de 35 anos os valores das elasticidades encontrados foram de -0,74, -0,44 e -0,15 respectivamente. Isso revela que a elasticidade da demanda quando calculada por idade apresenta um padrão consistentemente decrescente, quanto maior a idade considerada. Um outro estudo feito por Lewit & Coate, citado por Novotny *et al* (1992) para os EUA obteve um valor geral da elasticidade da demanda de -0.42%. Quando restrito ao subgrupo de jovens entre 12 e 17 anos a elasticidade atingiu o valor de -1.4, mais de três vezes maior que a elasticidade geral.

Para os EUA, de acordo com Grossman (1989), estudos mais modernos (Becker, Grossman & Murphy (1987)) baseados nessa diferenciação etária da elasticidade, calcularam a elasticidade de longo prazo por cigarros de -0.77 maior que a elasticidade de curto prazo de -0.44.

Esse fato deriva de que o cálculo da estimativa da elasticidade de longo prazo deve considerar o chamado *comportamento aditivo* (addictive behaviour) quando se tratam de bens como o cigarro e as bebidas alcoólicas. Esse comportamento resulta do fato que o consumo presente de bebida e fumo apresenta forte correlação com os valores do consumo passado, dada a característica de vício. Sendo assim, o consumo presente será dependente tanto dos preços presentes como dos preços passados. Esse *comportamento aditivo* deriva principalmente do comportamento de segmentos mais jovens da população que apresentam vícios menos consolidados da bebida e/ou do cigarro. Se um jovem reduz ou elimina o consumo de cigarros, em consequência de um aumento de preços de curto prazo, não será no futuro, adulto que retomará o vício, apenas porque os preços no futuro se reduzem. Da mesma forma, se um adolescente aumenta a quantidade consumida de fumo e bebida no curto prazo por causa de uma redução de preços, depois de consolidado o vício quando mais adulto, dificilmente reduzirá sua quantidade consumida por causa de aumentos nos preços. A diferença de elasticidades entre o curto e o longo prazo será, portanto, principalmente explicada pelo caráter de *vício* do consumo desses bens e pela diferenciação do padrão de comportamento da população mais jovem em relação à mais velha.

Os métodos para a obtenção de resultados mais precisos no que tange aos efeitos do aumento da taxação sobre o consumo de cigarro e bebida, especialmente no longo prazo, são muito variáveis, sendo que os resultados encontrados confirmam o que se verifica na maior parte dos estudos econométricos mais densos: bastam pequenas mudanças nas hipóteses do modelo utilizado na regressão para se obter resultados e conclusões completamente diversos. Particularmente, no caso específico do estudo da taxação de cigarros e bebidas, outras variáveis além de preços e taxação, têm sido cada vez mais relevantes na explicação das variações de consumo de bebidas e cigarros.

Os fatores intervenientes, inclusive, estão cada vez mais condicionados às políticas públicas de esclarecimento e propaganda contra o fumo e a bebida, além do número cada vez maior de restrições legais aos hábitos de fumar e beber bebidas alcoólicas. Assim, como enfatiza Wasserman (1992) *os efeitos atribuídos às mudanças de preços induzidas por alterações na taxação, em realidade, são devidas à influência de outras variáveis que não são capturadas no modelo do autor*, quando avalia o estudo econométrico de Peterson (1992). Segundo ainda Wasserman, *estudos recentes indicam que regulamentações estaduais e locais restringindo o hábito de fumar em lugares públicos têm efeitos significantes no consumo de*

cigarros e que tais regulamentações são correlacionadas com os preços desses. Estudaremos melhor essa questão do impacto das medidas restritivas aos hábitos de fumar e beber na seção IV.

Um fator interveniente de fundamental importância tem sido o relativo à variação de renda. Visando isolar os efeitos da variação de preços sobre o consumo de cigarros das variações de renda *per capita*, Kaiserman e Rogers (1992) criaram um *índice de preço efetivo dos cigarros*. Esse índice caiu continuamente por 32 anos até 1982, aumentando a partir daí. Durante esses 40 anos, a correlação do consumo de cigarros com esse índice tem sido bastante forte. Isso leva à conclusão de que aumentos na taxação nos EUA tem sido mitigados por aumentos na renda *per capita* no que tange aos seus efeitos sobre o consumo de cigarro. Assim, esses efeitos devem ser levados em consideração, para efeito de uma avaliação *a priori* de um aumento na taxação que busque gerar ganhos na arrecadação.

Em estudo realizado por Fleweling *et al* (1992) para avaliar o impacto do aumento na taxação do consumo de cigarros na Califórnia em 1989, temos um exemplo nítido da presença de importantes fatores interveientes em estudos a respeito de variações da taxação sobre o consumo de fumo e de bebidas. Segundo os autores, *estimar os efeitos de longo prazo apresenta resultados debéis, dado o potencial de vetores de forças que se entrecruzam e se confundem tais como preços, educação pública e determinadas tendências sociais, que também influenciam mudanças no comportamento relativo ao hábito de fumar*. A elasticidade calculada nesse estudo fica entre -0.25 e -0.35, o que está abaixo dos valores encontrados em outros estudos:

C) Alta Taxação, Efeito-contrabando e Elasticidade da Demanda

Existem outros aspectos que devem ser considerados na análise da elasticidade da demanda por cigarros e bebidas. Primeiro, como afirmamos, sabe-se que o valor das elasticidades-preço da demanda é menor que 1 para um trecho significativo da curva de demanda. No entanto, como normalmente a carga tributária desses bens já é bem alta, podemos estar em um trecho da curva de demanda mais elástico gerando reduções mais que proporcionais na quantidade demandada, resultando em queda da arrecadação.

Outra forte razão para se imporem dúvidas sobre o comportamento atual das elasticidades da demanda desses produtos é o nível alto do contrabando de cigarros e bebidas comumente verificado nos países e mesmo a ameaça de competição de produtos estrangeiros menos taxados.

O fator contrabando é de grande relevância para o caso do Brasil especialmente a partir da via Paraguai. No caso do fumo, segundo uma matéria recente publicada na Gazeta Mercantil, o Brasil já estaria consumindo cerca de 10% dos cigarros contrabandeados pelo Paraguai, implicando em substancial perda de arrecadação. Além disso, existe forte recurso dos consumidores aos *Free-shops* que representam compras legais de produtos importados. No caso de bebidas, a utilização desses mecanismos é bem mais usual e relacionada com a própria procura de bens de mais alta qualidade como, por exemplo, os Whiskies escoceses. No caso dos cigarros, apesar de menor que no caso das bebidas, o contrabando tem apresentado forte crescimento que só tenderia a aumentar no caso da taxação extra.

Observe-se que esse mesmo raciocínio vale para o caso de alíquotas de impostos sobre vendas diferenciados entre estados de uma mesma federação. Neste caso um aumento de um imposto estadual sobre o fumo e/ou bebida como o ICMS em um estado isolado geraria uma redução mais que proporcional na quantidade de fumo e bebidas vendidos dentro do estado, mas não no consumo desses mesmos bens dentro do estado, que passam a ser supridos pelos estados vizinhos que a apresentarem alíquotas menores. Assim, a elasticidade-preço da demanda no estado será sempre maior que a do país como um todo, dado que os consumidores são mais estimulados a procurar outros centros fornecedores dentro do país, mas fora do estado. Nesse caso, a possibilidade de queda na receita arrecadada é maior. No caso do Brasil, esse fator revela que promover um aumento da taxação via IPI (federal) é mais desejável que via ICMS (estadual), a não ser que todos aumentem as alíquotas de ICMS conjuntamente e na mesma proporção.

O exemplo que temos de aumento na taxação de apenas um estado de uma federação é o caso da Califórnia nos EUA, que justamente confirma essa hipótese de aumento das transa-

ções de cigarros entre estados. De acordo com Flewelling *et al* as tendências de consumo verificadas em estados vizinhos indicam que uma pequena porcentagem do declínio verificado no consumo de cigarros na Califórnia se deve certamente a uma crescente importação daqueles estados. Outra evidência é oferecida por Novotny *et al* (1992) que afirma que os aumentos ocorridos na taxaço de cigarros nos estados americanos no período de 1955 a 1988 levaram a quedas maiores 3% em média, na demanda por cigarros vendidos dentro do estado, quando estes aumentos não eram simultâneos a aumentos na taxaço em outros. Tais aumentos da alíquotas foram inclusive ficando menos significativos, mesmo com a depreciação real do valor do imposto ao longo do tempo⁽⁵⁾, por causa do aumento das transações de cigarros. Walsh (1989) em um estudo para o caso da Irlanda conclui que qualquer diferença mais substancial entre preços de bebidas destiladas na Irlanda e no Reino Unido gera um intenso movimento de contrabando com efeitos bastante negativos sobre a receita tributária.

Assim, pelos fatores apontados nessa subseção e na anterior, temos que para o caso do Brasil de hoje, há uma forte tendência de que a elasticidade da demanda seja maior que a média dos países. Assim, os efeitos sobre a receita fiscal derivados do aumento de alíquotas dos impostos sobre cigarros e bebidas serão menores ou até negativos.

D) Efeitos do Aumento da Taxação de Cigarros e Bebidas nas Finanças Públicas Pela Ótica da Despesa

Voltando à questão mais geral da saúde financeira do estado e o aumento das alíquotas de impostos seletivos sobre fumo e bebida, teremos além dos efeitos do lado da receita normalmente mais enfocado, um importante efeito no lado da despesa que tem sido cada vez mais enfatizado na literatura. Isso porque um aumento nas alíquotas de impostos que gerem reduções do consumo desses bens tende a reduzir as despesas com saúde do governo. Observe-se que a elasticidade-preço da demanda sendo baixa, especialmente de consumidores adultos, não implicará uma redução do consumo tão substantiva de forma a gerar incrementos na saúde das pessoas; sendo assim, se por um lado, a baixa elasticidade contribui para postular que um aumento da alíquota gerará um aumento na arrecadação, também resulta no fato que os ganhos em termos de redução nos gastos de saúde do governo derivados desse aumento serão quase que irrelevantes. Adicione-se ainda o fato de que os consumidores mais viciados são os que menos respondem ao aumento dos preços, sendo que espera-se pouca redução com gastos de saúde para esses indivíduos devido ao aumento de preço.

No caso do cigarro, essa característica de que a redução dos gastos do governo com saúde ser muito pequena no curto prazo é ainda mais forte que no caso da bebida por três motivos: A) as doenças ligadas ao fumo que já estejam consolidadas e demandando tratamento imediato, não serão curadas apenas por uma redução presente do consumo derivada de preços mais altos; B) o segmento da população mais jovem, que é o mais afetado em termos de redução do consumo, normalmente só apresentaria problemas de doenças ligadas ao fumo mais tarde; C) o principal fator de danos à saúde devido ao uso abusivo de bebidas alcoólicas são os acidentes de trânsito em circunstâncias de embriaguês. Nesse sentido, a redução imediata do consumo geraria também uma redução imediata nos gastos de saúde do governo originados nas demandas por serviços de saúde derivadas de acidentes de trânsito.

De acordo com Mueller (1991), a estimativa dos custos associados a cuidados médicos, seguros e queda na produtividade nos EUA relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas foi de US\$ 53,7 bilhões em 1984. Os custos com cuidados médicos diretos foram de US\$ 23 bilhões, ou seja, 43% do total. No caso dos gastos de saúde relacionados a bebidas alcoólicas, os custos diretos atingiram em 1988 US\$ 17,4 bilhões.

Apenas uma ressalva deve ser feita para efeito da conclusão de que aumentos nos impostos de fumo e bebidas alcoólicas deverão sempre, por meios de reduções do consumo, resultar em impactos favoráveis na redução das despesas com saúde da população. Existe a possibilidade

(5) É importante frisar que no caso dos EUA, esse imposto é específico, ou seja, uma quantia fixa por unidade do produto, não incidindo sobre o preço. Sendo assim, o imposto vai perdendo valor real com o processo inflacionário e precisa ser corrigido com alguma periodicidade.

de que a redução do consumo de bebidas mais caras e de melhor qualidade seja compensada por um aumento no consumo de bebidas mais baratas com maior potencial de embriaguês e de conseqüências mais danosas à saúde das pessoas. O exemplo extremo seria imaginar que a elasticidade-preço cruzada da demanda de alguma marca popular de cachaça em relação ao preço do Whisky escocês seja grande o suficiente para compensar o valor da própria elasticidade-preço da cachaça em relação ao seu preço. Nesse caso, apesar do aumento no preço da cachaça com o aumento do imposto, seu consumo aumenta, dado que ocorre um forte efeito-substituição derivado do aumento dos preços de outras bebidas.

Na atualidade, um outro efeito-substituição perverso que pode se verificar quando do aumento na taxaço de bebidas seria no sentido de um aumento no consumo de outras drogas transacionadas na clandestinidade como a cocaína

De qualquer forma, é bastante razoável supor que esse é um fator de menor importância comparado à tendência geral da redução no consumo dos produtos e redução nos gastos de saúde com a população.

A primeira pesquisa realizada no Brasil com intuito de mensurar o prejuízo que o governo arca anualmente com os vícios do álcool, fumo e drogas ilícitas foi realizada há pouco tempo pelos Ministérios da Previdência, Saúde e Trabalho. O valor do prejuízo seria de, no mínimo, US\$ 1 bilhão por ano, sendo US\$ 601 milhões com álcool e US\$ 306 Milhões com fumo⁽⁶⁾. A pesquisa mostra que as internações psiquiátricas são a principal fonte de gastos da rede pública e entre os gastos psiquiátricos, o primeiro lugar vai para o tratamento do alcoolismo.

Assim, podemos dizer que os efeitos do aumento das alíquotas do lado da despesa do governo apontam no sentido da redução, mesmo que pouco relevante e perceptível no curto prazo e bastante concentrada no longo prazo. Tal resultado positivo nas finanças públicas já se apresenta mais ambíguo no lado da receita, onde uma gama maior de efeitos devem se observados antes de se concluir que haverá um aumento de receita.

III. OS IMPACTOS DO AUMENTO DA TAXAÇÃO DE FUMO E BEBIDAS ALCOÓLICAS NA CONSECUÇÃO DE OUTROS OBJETIVOS DO GOVERNO

A) Objetivos Financeiros X Objetivo Saúde: Tendências e Implicações Atuais

A principal motivação normalmente presente na fixação dos parâmetros da política tributária dos governos para o fumo e a bebida alcoólica foi a melhoria das finanças públicas. Particularmente, levava-se em consideração os efeitos positivos na receita fiscal.

A ponderação entre a percepção desses efeitos positivos sobre a receita tributária e a ação dos fortes *lobbies* das empresas ligadas a fumo e bebida sobre o governo é que afinal determinavam o nível de taxaço. Tanto estados como municípios nos EUA aumentaram continuamente suas taxaço sobre cigarros desde 1951 visando quase que exclusivamente o objetivo de aumento da receita tributária. O aumento do imposto federal em 1983 (depois de 30 anos sem mudanças apesar da corrosão inflacionária) também foi efetivado, visando basicamente um aumento de receitas tributárias. Mesmo hoje, segundo Maypole (1991) *os interesses econômicos e as necessidades do governo por receita são predominantes e obscurecem as necessidades para o governo aceitar suas responsabilidades ligadas à saúde pública.*

No entanto, existem fortes contra-exemplos atuais na experiência internacional. Nos países nórdicos o valor da taxaço de bebidas alcoólicas depende basicamente do conteúdo alcoólico, do volume e do preço, dividindo-se em três grupos: cervejas, vinhos e bebidas destiladas. Essa subdivisão é baseada parte em uma política específica para restringir os males derivados do consumo de álcool e parte em objetivos de política fiscal, sendo que o primeiro fator é tido como predominante.

Além disso, podemos acrescentar os recentes questionamentos da harmonização tributária no âmbito do processo de unificação européia. Nessa discussão se levou em consideração o problema da autonomia das políticas de saúde dos países que estaria em jogo, caso não se

(6) Nessa pesquisa contabilizam-se, inclusive, os gastos com aposentadorias temporárias.

pudesse arbitrar livremente a taxaço global dos setores de fumo e bebida alcoólica.

Nesse contexto, em termos das alíquotas vigentes, tanto os países nórdicos como o Reino Unido apresentam um nível de tributação bem maior para as bebidas alcoólicas que os países da Comunidade Européia (CE). Isso trouxe preocupações das autoridades desses países no que tange ao processo de unificação, dado que estes Países teriam que reduzir o nível de taxaço sobre esses bens para realizar a harmonizaço, redundando em aumento do consumo e maior deterioraço da saúde da população. No Reino Unido, chegou-se a calcular o aumento de 46% *per capita* no consumo de bebidas alcoólicas, decorrente da harmonizaço tributária proposta segundo Gordon (1991). Visando eliminar essas consequências, os ministros das finanças europeus acordaram, segundo Townsend(1992), que a percentagem dos *excises taxes* e do imposto sobre valor adicionado no preço dos cigarros deveria ser de, no mínimo, 57% e 13% do preço de venda, respectivamente. Atinge-se um total de pelo menos 70% de taxaço sobre o preço de venda do cigarro, cujo elemento de imposto específico deve ser entre 5 a 55%. Assim, em conformidade com os parâmetros desse acordo, nenhum país precisará reduzir suas taxas, ao contrário, alguns deverão aumentá-los acarretando uma queda estimada em 3% no consumo da comunidade europeia.

B) Outros Objetivos: Saúde, PIB, Reduço da Criminalidade

Conforme visto nas últimas seções existe uma forte tendência de se levar cada vez mais n consideração, a questão dos efeitos da taxaço de fumo e bebida sobre a melhoria da saúde a população, avaliando-se esta com um bem público *per se*.

No que tange à consecução desse objetivo, as mesmas observações enfatizadas na seção passada quanto ao comportamento do consumidor frente a elevações nos preços daqueles bens valem aqui. Os ganhos devem ser mais substanciais no longo prazo, principalmente considerando os efeitos no consumo das faixas etárias de menor idade, reconhecidamente mais afetadas pelo aumento nos preços induzido pela taxaço adicional. De qualquer forma, deve levar-se em consideração que como afirma Walsh (1989), é muito difícil uma medida mais acurada dos males do álcool na saúde das pessoas, dado ser difícil isolar a participação do efeito do uso contínuo e abusivo do álcool nas mais variadas doenças. Mesmo considerando apenas os índices de morbidade devidos ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, a identificação quantitativa dessa correlação é difícil.

Os índices mais confiáveis, segundo ainda aquele autor, seriam os relacionados com problemas de saúde ligados a cirrose hepática e acidentes de trânsito envolvendo pessoas alcoolizadas. A evidência existente para os EUA entre 1960 e 1977 indicam alguma correlação entre o índice de mortes por cirrose e a taxaço das bebidas alcoólicas. Para o curto prazo, a correlação entre saúde da população, consumo de bebidas e taxaço desses bens também é evidenciada em estatísticas americanas e irlandesas segundo Richardson (1990).

De acordo com o Novotny *et al* (1992), em pesquisa feita nos EUA, estimou-se que 800000 mortes prematuras seriam evitadas em 1984 caso o valor real da taxaço federal de 1951 tivesse se mantido constante. De acordo com Grossman (1989), as estimativas de aumento no consumo de bebidas alcoólicas derivado dessa reduço de tributos conjugadas com as estatísticas de mortes com veículos automotores atribuídas ao consumo de álcool sugerem que a manutenção do valor real da taxaço da cerveja nos níveis de 1951 reduziria os acidentes fatais de jovens entre 18 e 20 anos em 15%, salvando mais de 1000 vidas por ano. Sendo os acidentes com veículos automotores os principais causadores de mortes em pessoas com menos de 35 anos e estando a ingestão de bebidas alcoólicas envolvida com mais ou menos metade desses acidentes nos EUA, avalia-se a magnitude do problema.

De acordo com Sullivan (1991), como resultado dos últimos aumentos na taxaço de cigarros, esperava-se uma reduço de 100000 no número de fumantes adolescentes. Nesse caso, a estimativa da reduço do número de pessoas que morreriam prematuramente por causas de males atribuídos ao fumo seria de 25000. De acordo com Mueller (1991), 16% das mortes nos EUA em 1984 tinham relações com consumo de cigarros.

Por outro lado, a hipótese que chamamos de *efeito-substituição perverso* permanece real. Especialmente na possibilidade de um maior consumo de drogas ilegais como a Cocaína, esse efeito deveria ser alvo de maiores estudos, apesar de que também não deve alterar a conclusão

mais geral de que o efeito líquido do aumento da taxaço para a consecução do objetivo *saúde* seja positiva.

Devemos acrescentar mais três efeitos relevantes com relação ao impacto do aumento da taxaço de cigarros e bebidas: O efeito sobre o índice de criminalidade, o efeito sobre a produtividade dos trabalhadores que resultam em efeitos sobre o PIB e o efeito direto sobre o PIB, resultante do maior *excesso de gravame*, sobre os setores de fumo e bebidas alcoólicas.

Primeiro avaliaremos os efeitos do aumento da taxaço de fumo e bebidas sobre os índices de criminalidade. No caso específico do álcool é bastante plausível supor que a redução no consumo deve levar, *ceteris paribus*, a uma redução de crimes ocorridos em razão de estados descontrolados de embriaguês. No entanto, não podemos desconsiderar o fato que o estímulo ao consumo de bebidas contrabandeadas e ao próprio tráfico de drogas ilegais pelo que chamamos de efeito substituição perverso em decorrência do aumento das alíquotas de impostos são indicativos de um efeito oposto ao combate à criminalidade em todas as suas formas. Observe-se o exemplo histórico de Chicago nos anos da Máfia, onde o principal alvo do crime organizado foi o contrabando de bebidas alcoólicas estimulado pela *Lei Seca* vigente. Cabe postular, de qualquer forma, a possibilidade de que o aumento da lucratividade desse tipo de atividade ilícita, decorrente do aumento da cunha fiscal nas bebidas alcoólicas tenha algum impacto nos índices de criminalidade⁽⁷⁾.

Outros objetivos do governo que podem ser afetados pela medida estão ligados ao próprio valor do PIB. Uma redução na demanda desses produtos deve levar a uma redução na produção de fumo e bebidas com efeitos negativos no nível de emprego. De acordo com a tabela abaixo, a partir dos últimos dados disponíveis no anuário estatístico do IBGE, os valores brutos das produções de fumo e bebidas⁽⁸⁾ no Brasil em 1985 foram de CR\$ 6379 bilhões e CR\$ 11486 bilhões, respectivamente. O percentual do valor bruto da produção geral do setor de fumo em relação à indústria geral foi de 0.56% enquanto que a mesma relação para o setor de bebidas fica em 1.01%. O percentual agregado dos dois setores fica em 1.58%. A última coluna da tabela mostra o percentual de pessoal ocupado na produção em 31 de dezembro como proporção do total, que agregado para os dois setores resulta em uma proporção de 1.87%. Nesse caso, pequenas mudanças nas quantidades transacionadas derivadas de aumentos marginais na taxaço desses dois produtos não devem ter um efeito significativo sobre o PIB total da economia brasileira.

No que tange a esse efeito, deve-se levar em consideração ainda o efeito da realocação na economia que resultará da elevação da cunha fiscal específica desses setores. Nesse caso, o valor do que se convencionou chamar na teoria das finanças públicas de *excesso de gravame* (que seria uma medida teórica da perda de eficiência da economia derivada da sobretaxação) seria ainda menor no longo prazo, quando uma parcela dos recursos empregados nos setores de fumo e bebida se direcionam para outros setores. Esse último fator atenua ainda mais os possíveis efeitos negativos da sobretaxação de bebidas e cigarros sobre o PIB total do Brasil.

Além disso, o aumento da taxaço desses bens gera um impacto favorável no PIB decorrente de um possível aumento na produtividade dos trabalhadores. Desde um elevado grau de absenteísmo de trabalhadores aos locais de trabalho até um menor grau de agilidade manual-mental do trabalhador são conseqüências esperadas da utilização abusiva de bebidas alcoólicas. Tais valores não devem ser negligenciados já que algumas estimativas desses custos para países desenvolvidos e para o Brasil revelam ser essa uma questão relevante.

Juntando os custos relativos à produtividade aos da saúde (incluindo mortes prematuras devido a doenças e acidentes de trânsito relacionados ao álcool), Richardson (1990) apresenta alguns números de países desenvolvidos. Na Grã-Bretanha estudos concluíram que o custo total estava entre 0.42% e 0.55% do PIB e nos EUA entre 3.4% e 4.8%⁽⁹⁾. Segundo o mesmo autor, um estudo realizado na Austrália definiu o custo do hábito de beber de acordo com as

(7) Esse ponto também é acentuado por Maypole(1991).

(8) O dado refere-se a bebidas em geral, incluindo, portanto, refrigerantes, não estando disponível o dado sobre bebidas alcoólicas em particular.

(9) Essa diferença, segundo Richardson, seria mais de caráter metodológico que real. No caso da Grã-Bretanha a metodologia era tal que não se computou os custos com bebedores menos frequentes, assim como não se consideraram determinados males de bebedores mais assíduos como provenientes do hábito frequente da bebida.

perdas de emprego, produtividade reduzida, mortes prematuras e cuidados médicos extras resultando em um total que variava entre US\$ 4,5 bilhões e US\$ 5,5 bilhões por ano.

No caso do Brasil, o Ministério do Trabalho e a Organização Internacional do Trabalho estimam que, com 10 milhões de pessoas vitimadas pelo álcool, existe uma perda de produtividade para a economia de mais de 0.15% do PIB por ano, o que daria cerca de US\$ 500 milhões.

De qualquer forma, a rigor, o efeito líquido do aumento da taxaço é dúbio no que diz respeito aos impactos sobre o PIB. Dependerá da participação relativa da atividade econômica relacionada com a produção de bebidas alcoólicas *vis a vis* os efeitos negativos gerais sobre a produtividade. Dados os fatores apontados para o caso Brasil, nos parece razoável que o aumento da taxaço deva resultar em benefícios líquidos para o PIB do País.

TABELA I
Participação dos Setores de Fumo e Bebidas na Indústria Geral - Produção, Transformação e Pessoal Ocupado - 1985. (Em CRS bilhão)

	Valor Bruto Produção	Valor Bruto Transformação	Pessoal Ocupado em 31/12
Indústria Geral	1132812	523907	5608704
Indústria de Transformação	1079878	477916	5501328
Bebidas	1148	5936	77167
Fumo	6379	3637	27924
Bebidas/Ind. Geral(%)	1,01	1,13	1,38
Fumo/Ind. Geral(%)	0,56	0,69	0,50
(Fumo + Bebida)/Ind. Geral (%)	1,58	1,83	1,87

Fonte: Anuário Estatístico do IBGE - 1992

IV. INCENTIVOS ECONÔMICOS X OUTROS INCENTIVOS: QUAL A MELHOR FORMA DE REDUÇÃO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E FUMO.

O aumento da preocupação dos governos dos países desenvolvidos com a questão dos efeitos do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas sobre a consecução de objetivos públicos tais como a saúde da população tem resultado em uma legislação cada vez mais restritiva para aquisição e consumo desses bens. Medidas típicas para coibir o ato de fumar têm sido restrições e/ou proibições ao ato de fumar em lugares como restaurantes, elevadores, ônibus, táxis e hospitais. As medidas relativas à restrição ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas tem se concentrado principalmente à proibição de jovens adquirirem a bebida além da previsão de punições mais severas para motoristas que dirijam embriagados⁽¹⁰⁾, a redução no número de dias em que a bebida pode ser livremente vendida, redução no percentual de álcool nas bebidas, exigência de idade mínima para comprar bebidas, racionamentos, estabelecimento de distâncias mínimas das escolas para com os locais de venda e proibições de distribuição, propaganda negativa, especialmente dentro dos comerciais de fumo e bebidas, ou mesmo proibição de propaganda em alguns meios de comunicação.

Podemos nesse ponto fazer um interessante paralelo com os estudos relacionados ao meio-ambiente a respeito da coibição à ação de indústrias poluidoras causadoras de externalidades negativas sobre a sociedade que se verifica através basicamente de duas linhas: os que enfatizam a utilização de incentivos econômicos para a redução ótima das atividades danosas ao meio-ambiente de forma a que os prejuízos causados pelo aumento da poluição sejam compensados por um aumento equivalente na taxaço dessas atividades; os que propugnam apenas proibições e restrições para as atividades poluidoras.

As mesmas linhas podem ser avaliadas para a discussão do caso da restrição do consumo

(10) A preocupação em regular o uso de bebidas alcoólicas visando a melhoria da saúde da população se mostrou de tão grande monta nos países nórdicos, que a atividade industrial nesse setor se tornou monopólio estatal.

de fumos e bebidas. Será mais eficaz se apoiar em instrumentos tributários, que além do mais, são importantes fontes de receita para o governo, ou simplesmente fortalecer as proibições e restrições ao costume de beber e fumar. Nessa segunda linha, o efeito em termos de variação da receita do governo é sempre negativo, pois a provável redução do consumo é obtida com a mesma estrutura de alíquotas de impostos. Dessa forma, a melhoria na saúde e a redução dos gastos com saúde vêm acompanhados de redução nas receitas tributárias e um certo aumento de gastos no curto prazo referentes ao incremento necessário no aparato fiscalizador e na propaganda negativa.

É importante mencionar alguns números relativos à comparação entre a eficácia de incentivos econômicos (via tributação) e não econômicos à redução do consumo de bebidas e cigarros.

Segundo Grossman (1989), para o caso de bebidas alcoólicas, proibições no consumo da faixa etária com menos de 21 anos teria um impacto menor em termos do próprio consumo e dos acidentes com veículos automotores ligados à bebida que um aumento na taxa que mantivesse a tributação real nos EUA entre 1951 e 1983. Além disso, o número de jovens que bebem cerveja freqüentemente seria 32% menor. No caso da fixação de um mínimo de idade para consumo de bebidas, a redução seria de 28%. As mortes na faixa dos 18 e 20 anos no período de 75/81 se reduziram em 8% com a fixação de uma idade mínima, em 15% no caso da manutenção da tributação real em 21% caso se equalizasse a tributação da cerveja com a de vinhos e bebidas destiladas.

Na Califórnia, o biênio 1990-91 se configurou como um dos momentos de maiores esforços anti-tabagismo feitos por um governo local, tendo sido fortemente baseado na utilização dos meios de comunicação de massa. Segundo um estudo realizado na Universidade da Califórnia, a literatura que trata de avaliar os resultados das campanhas de educação anti-fumo (e mesmo outras campanhas relacionadas com a educação para a saúde) têm concluído por resultados bastante variáveis. No caso da educação anti-fumo, as estatísticas sobre o consumo revelar uma baixa correlação.

De acordo com estudos econométricos efetuados por Peterson *et al* (1992) avaliando mudanças na taxa de cigarros por estado nos EUA existe uma forte correlação do consumo com a taxa. As amostras analisadas se concentraram no período entre 1955 e 1988, totalizando 248 aumentos de taxa nos estados. A elasticidade de demanda encontrada chegou a -0,49, atentando-se para uma conclusão importante do trabalho de que um dado aumento na taxa têm se tornado cada vez menos relevante no sentido do impacto na redução no consumo. Por outro lado, os resultados encontrados na Califórnia não permitem concluir afirmativamente pela correlação entre a legislação restritiva do hábito de fumar dentro de recintos fechados e o consumo de cigarros. Iriam ainda mais além, concluindo que todas as regulações legais restritivas não afetam significativamente o consumo de cigarros. No entanto, os autores aceitam a hipótese de que tal legislação deve apresentar seus efeitos de uma forma muito mais forte no longo prazo, o que não poderia ser detectado pelo estudo, dada a própria forma de elaboração do modelo de regressão.

Segundo Novotny *et al* (1992) os estudos econométricos de Lewitt & Coate revelam que os aumentos nos impostos específicos nos EUA apresentaram uma correlação maior com a redução do consumo do que a legislação restritiva do hábito de fumar em ambientes fechados. No entanto, outros estudos citados por Wasserman (1992) utilizando técnicas econométricas, mostram o contrário, concluindo que a legislação restritiva do uso do cigarro em ambientes fechados são bastante eficazes no sentido de reduzir o consumo de fumo. De qualquer forma, parece claro que a utilização concomitante dos dois instrumentos é desejável e se potencializam um ao outro. Segundo os próprios autores citados *a imposição de um aumento na taxa de 25 cents por maço de cigarro associada com um grande programa anti-tabagismo promovido pelo governo gerou um declínio de 15% na venda de cigarros na Califórnia.*

No caso de forte peso dos objetivos financeiros do governo, como é principalmente o caso dos governos de países subdesenvolvidos, tal resultado pode não ser ótimo do ponto de vista das autoridades públicas. Quanto mais os objetivos financeiros do governo forem proeminentes, maior deverá ser o peso de mecanismos tributários/financeiros⁽¹¹⁾ *vis a vis* legislação

(11) Isso supondo uma correlação positiva entre alíquotas e receita fiscal.

restritiva para fins de redução do consumo de fumo e bebida que gerem incrementos na saúde da população.

V. VINCULAÇÕES

A) Alguns Aspectos Teóricos e Evidência Internacional¹²

A justificativa teórica para a vinculação de um determinado percentual das receitas tributárias no caso de cigarros e bebidas com gastos governamentais na área de saúde tem a ver com a efetiva implementação de um dos princípios básicos da teoria da tributação: O *princípio do benefício*. De acordo com o livro clássico de Finanças Públicas de Musgrave *num regime de estrita obediência ao princípio do benefício, cada contribuinte seria tributado de acordo com a sua demanda de serviços públicos*. Relacionando esse princípio com questões relativas à vinculação, o mesmo autor utiliza o exemplo dos gastos com manutenção e construção de rodovias. Como os principais beneficiários desses gastos são agentes consumidores de álcool combustível, nada mais justo que taxar esse produto e gastar as receitas fiscais obtidas na manutenção e construção de rodovias.

Similarmente, a partir da constatação que quanto maior o consumo de fumo e bebida por um grupo de indivíduos, maior a demanda relativa desse grupo por serviços de saúde do estado, então o mesmo argumento favorável à vinculação vale nesse caso. Mais uma vez recorrendo ao autor, teríamos ainda que a vinculação nesses exemplos seria desejável para favorecer a chamada *revelação das preferências dos consumidores e conseqüentemente contribuir para a melhoria nas decisões sobre dispêndios públicos*⁽¹²⁾.

O problema crucial é que o mercado por si só é incapaz de fazer com que os consumidores revelem corretamente suas preferências quando se tratam de bens públicos. Assim, o que queremos destacar é simplesmente o fato que a vinculação *induzindo* uma certa revelação de preferências pelos consumidores, também gerará uma tendência de evidenciar a grosso modo o próprio grau de dispêndio ótimo do governo em um determinado setor (dentro do interesse específico desse trabalho, os exemplos seriam os gastos com saúde, principalmente os relacionados com os distúrbios derivados do fumo e bebida).

Tais considerações têm justificado a implementação efetiva de alguns esquemas de vinculação. Em primeiro de janeiro de 1989 o estado da Califórnia nos EUA aumentou o seu *excise tax* sobre o fumo em 25 cents por maço de cigarro a partir de um plebiscito realizado naquele estado. Um percentual de 20% das novas receitas geradas foram utilizadas para custear políticas de controle ao uso do tabaco, melhoramentos na assistência médica, pesquisas relacionadas com os males gerados pelo fumo e programas de conservação ambiental⁽¹³⁾. A chamada proposição 99 que estabeleceu essa sobretaxa fixava a alocação das receitas de acordo com o quadro abaixo, reproduzido de Bal *et al* (1992).

De acordo com Novotny *et al* (1992), vários casos de vinculações da receita tributária relativa ao fumo nos estados tem se verificado nos EUA para fundos de programa ao controle do fumo. Segundo Cummings e Sciandra (1990), em Minnesota o aumento da taxaço do fumo em 1985 de 5 cents por maço, apresentou uma vinculação de 1 cent para um fundo de saúde pública. Um quarto da receita desse fundo foi dedicado para a implementação de programas de educação anti-tabagismo nas escolas.

Segundo Mueller (1991), introduziu-se ainda na legislação da Califórnia, dispositivo que

(12) De acordo com a teoria clássica de bens públicos, a principal justificativa para a produção desses pelo governo é a oferta sub-ótima daqueles quando apenas o livre jogo das forças de mercado estão atuando.

O problema crucial é que o mercado por si só é incapaz de fazer com que os consumidores revelem corretamente suas preferências quando se tratam de bens públicos. Assim, o que queremos destacar é simplesmente o fato que a vinculação *induzindo* uma certa revelação de preferências pelos consumidores, também gerará uma tendência de evidenciar a grosso modo o próprio grau de dispêndio ótimo do governo em um determinado setor (dentro do interesse específico desse trabalho, os exemplos seriam os gastos com saúde, principalmente os relacionados com os distúrbios derivados do fumo e bebida).

(13) Nesse caso da vinculação para fins ambientalistas, obviamente não estaria sendo mais considerado o princípio do benefício.

faz com que as companhias produtoras de fumo sejam tributadas diretamente pelos custos dos sistemas Medicaid e Medicare americanos, associados com os males do fumo. Mueller acredita que tal sistemática renderia bem maiores frutos se aplicada a um nível nacional.

Existem propostas nos EUA [Ver Mueller (1991)] de implementação de uma *Taxa Nacional de Seguro* que seria aplicada ao fumo e à bebida. Uma característica importante dessa taxa é que essa deveria ser recalculada todo ano de forma a igualar os custos com cuidados médicos ocorridos no ano imediatamente anterior. Tomando um exemplo prático, o autor afirma que em 1984 foram vendidos 34 bilhões de maços de cigarro nos EUA. Sendo assim, a taxação para 1985 teria que ser 68 cents por maço, resultando em uma receita estimada (supondo o volume de vendas iguais ao ano passado) de US\$ 23 bilhões, justamente o valor dos gastos em saúde derivados do hábito do fumo. Em 1988 foram vendidos 27,7 galões de álcool. Isso implicaria por aquela sistemática, em uma tributação de US\$ 1,45 por litro de cerveja, financiando os gastos com saúde relacionados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

TABELA II
The Proposition 99 Mandate: Estimated Revenues and Purpose

Account	% Surtax Fund	Estimated Revenues (In Millions, \$)t	Purpose of Appropriation
Health education	20	294.0	Community and school health education programs to prevent and reduce tobacco use, primarily among children.
Hospital services	35	514.4	Payments to public and private hospitals for treatment of hospital patients who cannot afford to pay and for whom payment is not made through private coverage or any program funded in whole or in part by the federal government.
Physician services	10	147.0	Payments to physicians for services to patients who cannot pay and for whom physician services are not made through private coverage or any program funded in whole or in part by the federal government.
Research	5	73.5	Tobacco-related disease research
Public resources	5	73.5	In equal amounts: programs to protect, restore, enhance, or maintain fish, waterfowl, and wildlife on an equal basis, and programs to enhance state and local park and recreation resources.
Unallocated	25	367.5	Any of the above purposes and for fire prevention programs.

Data from the Conference Report Summary: Assembly Bill 75. Sacramento: California Legislature, 1989, and the California Revenue and Taxation Code.

Vale enfatizar que a mensagem importante que devemos levar em conta é que essas medidas são teoricamente bem fundamentadas: uma parcela dos recursos arrecadados com a taxação (ou sobre-taxação) dos consumidores de fumo e bebidas serão, em última análise, ou revertidos para eles mesmos na forma de maiores gastos com o setor de saúde (pelo qual, em média, tais agentes serão os maiores demandantes) atenuando as externalidades negativas causadas pelo uso desses bens ou canalizados para a própria prevenção desses vícios nas

faixas de população mais jovem. A destinação da parcela arrecadada para gastos com saúde, especialmente os derivados dos males causados por fumo e bebidas, estarão consistentes com a utilização do *princípio do benefício* na tributação.

B) Vinculações, Objetivos Públicos e Problemas da Prática Orçamentária no Brasil

Com relação ao objetivo público da melhoria da saúde da população, o aumento da taxa de fumo e bebida pode, em tese, trazer benefícios ainda maiores no caso do estabelecimento da vinculação orçamentária dos recursos adicionais a gastos com saúde. Nesse caso, levaria-se em consideração, *ceteris paribus*, o aumento da oferta de serviços de saúde decorrente do aumento de gastos no setor com a vinculação. A suposição implícita é de que continua se gastando com saúde o mesmo que se gastava anteriormente, a partir de recursos ordinários não-vinculados, mais o adicional proveniente das novas receitas vinculadas.

Supondo que isso efetivamente ocorre, a vinculação mesmo gerando melhores resultados quanto ao objetivo *saúde*, gera um efeito negativo às finanças públicas do governo no lado da despesa, dado o próprio aumento dos gastos com saúde. Como já assinalado, não obrigatoriamente ocorrerão aumentos de receita tributária do imposto com a alíquota majorada e quase certamente se reduzirá o montante arrecadado dos outros impostos. Nesse caso, a vinculação também quase que certamente reduz o montante arrecadado dos recursos ordinários redundando, portanto, em efeitos negativos tanto pelo lado do gasto quanto da receita. Esse é um claro aspecto negativo da vinculação de receitas de um modo geral e tem sido o principal mote das críticas à vinculação. Nesse aspecto, poderíamos assim dizer que a decisão de vincular ou não no caso da taxa adicional de fumo e bebidas envolveria resolver um *trade-off* entre os objetivos saúde da população *vis a vis* a saúde das finanças públicas.

Além disso, algumas observações são pertinentes nessa questão da vinculação quando observamos a prática orçamentária no Brasil. Primeiro a suposição de que o montante dos recursos ordinários não-vinculados será o mesmo que antes da vinculação certamente é equivocada. Nada garante que a vinculação representará efetivamente recursos a mais para a saúde, pois o governo pode (e normalmente o faz) realocar outros recursos que antes se dirigiam para o setor saúde de forma a manter constante a participação e/ou até o próprio volume dos gastos. Como a vinculação é hoje tida como uma amarra que deve ser contornada e minimizada no processo orçamentário brasileiro, é pouco provável que tal mecanismo resulte em um efetivo aumento dos gastos com saúde. Observe-se o caso da vinculação constitucional de 18% para a educação. Todas as despesas do Ministério da Educação são cobertas com esses recursos, do lápis até o salário do ascensorista do elevador. Nenhum centavo a mais que os 18% se encaminham para o setor e procura-se enquadrar uma série de despesas como sendo de educação.

Na verdade, a tendência do processo orçamentário brasileiro é de que quando há uma vinculação para uma determinada despesa, ou simplesmente não são previstos outros recursos além dos definidos pela própria vinculação ou ocorre uma forte redução nesses recursos não vinculados. Nesse caso, vincular uma fonte de recursos a uma determinada despesa pode significar uma redução do total de recursos direcionados para essa mesma despesa, o que é o efeito oposto ao que se deseja. Assim, apenas seria vantajosa a vinculação quando o volume de receitas vinculado é grande o suficiente para compensar a provável redução (ou eliminação) do fluxo de recursos ordinários existente antes da vinculação.

Observemos a tabela a seguir que apresenta o total de recursos direcionados para gastos com o setor saúde de 1990 até 1993. É crucial avaliar a evolução ocorrida nos recursos transferidos à saúde pelo tesouro e INSS nesse período. Em 1990 e 1991, os percentuais de recursos do INSS como proporção do total de recursos direcionados ao setor saúde chegava a 80% e 83%, com montantes de US\$ 6,79 e US\$ 8,8 Bilhões, respectivamente. Já com relação aos recursos provenientes do tesouro, observa-se apenas uma magra participação nos dois anos com recursos de US\$ 1,3 e US\$ 1,4 Bilhão para 1990 e 1991, respectivamente. No ano de 1992, a participação do INSS nos gastos com saúde despencou para 54%, enquanto a participação do Tesouro se eleva substancialmente, atingindo quase US\$ 3 Bilhões.

É importante colocar, no entanto, que o ano de 1992 apresenta uma substancial queda no valor total de recursos gastos na área de saúde de 26%, passando de US\$ 8,7 Bilhões em 1991

para US\$ 6,5 Bilhões em 1992. Essa mudança representa o começo do processo de desvio de recursos da área no orçamento da seguridade para a área de previdência, onde os gastos com benefícios vão se tornando maiores e mais rígidos. Os dados para o ano de 1993 demonstram um grande aprofundamento nesse processo. A participação do Tesouro nos gastos com saúde pulam de 46% em 1992 para 83% em 1993. Os valores transferidos pelo Tesouro à saúde apresentam um forte incremento, atingindo US\$ 5,7 Bilhões em 1993. Nos anos de 1992 e 1993, a taxa de crescimento dos valores transferidos do tesouro à saúde, cresceram 106% e 93%, respectivamente. Observe-se que a partir de Maio de 1993, o INSS, com exceção de Junho, não repassa mais nada para a saúde.

Nesse contexto, torna-se pertinente comparar essa tabela de gastos no setor saúde com a tabela que descreve a evolução do IPI fumo e IPI bebidas alcoólicas, utilizando o raciocínio da prática orçamentária apresentado no início dessa seção.

No orçamento de 1990, o volume de recursos do Tesouro direcionado para o setor saúde representou 56% do volume de recursos arrecadados com IPI fumo e bebidas alcoólicas. Nesse caso, qualquer vinculação do IPI fumo-bebidas alcoólicas de mais de 56% do total desses recursos, representaria um volume maior daquilo que foi efetivamente gasto, valendo a pena a vinculação para o setor. Para o ano de 1991, a vinculação valeria a pena, a partir de percentuais de vinculação superiores a 51%. Assim, nesses dois anos, a vinculação plena (ou total) do IPI fumo-bebidas alcoólicas para o setor saúde representaria, de fato, uma maior disponibilidade de recursos do Tesouro para a saúde.

Já para 1992 e 1993, com a radical mudança do perfil das duas fontes de financiamento da saúde (tesouro e INSS), nem uma vinculação plena dos recursos do IPI-fumo e bebidas alcoólicas, asseguraria maiores recursos para a área de saúde. As transferências do Tesouro passam a representar 127% e 236% do total de recursos arrecadados com o IPI fumo e bebidas alcoólicas. Dado que o tesouro toma o lugar do INSS no grosso do financiamento da saúde, a vinculação de uma parte do primeiro, representado por toda a arrecadação do IPI fumo e bebidas alcoólicas seria muito arriscado. A possível redução de outras fontes do orçamento fiscal, conforme a hipótese descrita no começo dessa seção, faria com que a vinculação pudesse implicar até em uma redução nos recursos disponíveis para a saúde. Como acreditamos que o Tesouro continuará cobrindo o vazio do financiamento da saúde deixado pelo INSS, que cada vez estará mais comprometido com a rigidez dos gastos com benefícios, então não entendemos ser desejável um esquema de vinculação para o IPI fumo e bebidas na área de saúde. Essa crença está sendo confirmada durante o qual a saúde não recebeu nada do INSS, dispondo apenas de recursos do tesouro, o que está gerando uma crise sem precedentes no setor.

Existe ainda fortes agravantes que fortalecem essa conclusão. Primeiro, dificilmente em uma proposta de vinculação será factível dispensar especificamente o IPI fumo-bebidas alcoólicas da transferência aos Fundos de Participação a Estados e Municípios, previsto na Constituição. Nesse caso, retirando-se o montante desses recursos, que representam 57% do IPI (Fundo de Part. Municípios 22,5%, Fundo de Part. Estados 21,5%, Fundode Compensação a Estados Exportadores 10% e Fundo de Desenvolvimento Norte-Nordeste e Centro-Oeste 3%), a conclusão fica ainda mais forte. Em qualquer um dos anos do período 1990-93, nem a vinculação plena do IPI fumo e bebidas alcoólicas à saúde geraria mais recursos que o transferido pelo tesouro, como pode ser observado na tabela V. No ano de 1993, o total das transferências de recursos do tesouro para a saúde representam 548% do IPI fumo e bebidas alcoólicas líquido das transferências constitucionais, o maior valor obtido no período.

TABELA III								
Evolução Mensal das Transferências de Recursos Financeiros Para o Ministério da Saúde								
Meses	Tesouro	% Transf.	Cresc.	INSS	% Transf.	Cresc.	TOTAL	Cresc.
1990								
Jan	20,6			352,3			372,9	
Fev	168,1			242,7			410,8	
Mar	127,2			288,3			415,5	
Abr	116,3			355,8			472,1	
Mai	160,9			738,8			899,7	
Jun	175,6			372,7			548,3	
Jul	146,7			663,4			810,1	
Ago	79,3			664,4			743,7	
Set	78,4			414,6			493	
Out	81,3			465,6			546,9	
Nov	113,4			489,1			602,5	
Dez	98			382,6			480,6	
Total	1365,8	20%		5430,3	80%		6796,1	
1991								
Jan	66,4			212,3			278,7	
Fev	63,3			613,9			677,2	
Mar	290,6			690,6			981,2	
Abr	105,9			654,5			760,4	
Mai	176,5			730			906,5	
Jun	103,3			581,5			684,8	
Jul	217,2			1050			1267,2	
Ago	84,8			742			826,8	
Set	73,2			554,7			627,9	
Out	95,1			641,9			737	
Nov	101,4			281,9			383,3	
Dez	73,4			567,2			640,6	
Total	1451,1	17%	6%	7320,5	83%	35%	8771,6	29%
1992								
Jan	266,8			514,1			780,9	
Fev	297			404,9			701,9	
Mar	278,7			293,7			572,4	
Abr	217,8			334,4			552,2	
Mai	377,6			235,3			612,9	
Jun	309,7			265,6			575,3	
Jul	239,1			238,1			477,2	
Ago	106,3			306,6			412,9	
Set	77,8			392			469,8	
Out	230,4			131,6			362	
Nov	380,6			143,8			524,4	
Dez	207,8			265,5			473,3	
Total	2989,6	46%	106%	3525,6	54%	-52%	6515,2	-26%
1993								
Jan	258,9			347,6			606,5	
Fev	365,4			279,4			644,8	
Mar	405,6			199,2			604,8	
Abr	317,7			296,8			614,5	
Mai	205,8			0			205,8	
Jun	568,6			86,9			655,5	
Jul	724,2			0			724,2	
Ago	657,8			0			657,8	
Set	530,1			0			530,1	
Out	638,8			0			638,8	
Nov	451,6			0			451,6	
Dez	636,3			0			636,3	
Total	5760,8	83%	93%	1209,9	17%	-66%	6970,7	7%

TABELA IV
ARRECAÇÃO IPI/FUMO e BEBIDAS ALCOÓLICAS. (US\$ Milhões)

Ano	IPI-Fumo	IPI-Bebidas Alcoólicas	IPI (Fumo + Bebidas Alc.)	IPI-Total	IPI (Fumo + Bebidas Alc.) / IPI Total
1973	974			3266	
1974	1198			4126	
1975	1439			4416	
1976	1678			4881	
1977	1924			5227	
1978	2091			5901	
1979	2110			6020	
1980	1903			5632	
1981	2506			6526	
1982	2969			7309	
1983	1934			4809	
1984	1509			4015	
1985	1126			4817	
1986	1370			6108	
1987	1838			7568	
1988	1452			7295	
1989	1686	735	2421	9662	30%
1990	1866	996	2862	11266	35%
1991	1609	741	2350	8752	32%
1992	1567	841	2408	9137	35%
1993	1853	855	2708	9684	32%
1994(*)	1982	885	2867	10172	31%

Fonte: Coordenação Geral do Sistema de Arrecadação da Secretaria de Receita Federal - MINIFAZ

Obs: Os valores do IPI - Bebidas Alcoólicas é obtido por estimativa. Cerca 90% do IPI-bebidas é gerado pela tributação do IPI sobre bebidas alcoólicas.

O dado sobre o IPI bebidas, que inclui refrigerantes, é disponível, sendo a base utilizada

TABELA V
DADOS CONSOLIDADOS PARA O ESTUDO DA VINCULAÇÃO À SAÚDE

	1990	1991	1992	1993
Transferência do Tesouro (A)	1365,8	1451,1	2989,6	5670,8
IPI (Fumo + Bebidas Alcoólicas) (B)	2421,3	2862,3	2349,7	2407,6
Transf. Const. (54%=22,5%+21,5%+10%+3%)(C)	1380,1	1631,5	1339,3	1372,3
IPI (Fumo + Bebidas Alc.) Líquido (D=B-C)	1041,2	1230,8	1010,4	1035,3
Transf. do Tesouro/IPI/ (Fumo+Bebidas Alc.) (E=A/B)	56%	51%	127%	236%
Transferências do Tesouro/IPI/ (Fumo+Bebidas Alc.) Líquido (F=A/D)	131%	118%	296%	548%

Fontes: Secretaria da Receita Federal e MINIFAZ

O segundo agravante deriva do fato que uma vinculação no orçamento fiscal para a saúde pode afetar negativamente além dos recursos não vinculados do orçamento fiscal para saúde, os recursos do orçamento da seguridade, reduzindo ainda mais a disponibilidade de recursos para a saúde.

Além dessas restrições de natureza mais técnica para a adoção da vinculação do IPI fumo/bebida para a saúde, devemos ter em mente ainda duas ordens de restrições de cunho político. Primeiro, a vinculação completa de uma fonte de receita preciosa para o governo como o IPI fumo-bebida sofre ampla resistência, especialmente nessa fase de aguda escassez de recursos no orçamento, onde as vinculações têm sofrido forte ataque no sentido de que têm retirado flexibilidade no orçamento. Segundo, é difícil crer também que estados e municípios aceitarão uma perda de recursos dos fundos de participação de cerca de US\$ 1,6 bilhões (valores estimados para 1994). As negociações em torno do programa de ajuste fiscal do Ministro Fernando Henrique Cardoso revelaram quanto é sensível politicamente essa questão dos fundos de participação, especialmente para os estados mais dependentes desses recursos do Norte e Nordeste.

Por fim, é fundamental ter claro que o processo orçamentário brasileiro apresenta algumas distorções da inflação que permite ao Tesouro Nacional burlar uma boa parte da vinculação. Isso porque o simples gerenciamento dos recursos na boca do caixa do tesouro permite uma ampla margem de flexibilidade ao executivo desviando em termos reais, recursos vinculados de uma determinada despesa para outra. Por exemplo, imaginemos que o Tesouro, apesar de já ter disponível o recurso do IPI fumo-bebida vinculado em sua conta no Banco Central, prefere mantê-lo parado. Em tese não haveria problemas caso esse dinheiro vinculado fosse corrigido monetariamente. No entanto, não é o que ocorre. Apesar do recurso efetivamente render correção monetária paga pelo Banco Central, essa correção se transforma em uma outra fonte de recursos, vinculada a outra despesa que não a de saúde. Esse recurso gerado pela correção monetária se transforma na chamada Fonte 188-Remuneração das disponibilidades de Caixa do Tesouro Nacional- que é um recurso normalmente pouco disponível para despesas outras que não os juros e amortização da dívida interna. Quanto maior a inflação, maior o valor da correção monetária e menor o valor real do recurso vinculado. Assim, o Secretário do Tesouro pode simplesmente reter, o máximo possível, os recursos vinculados na conta do BACEN, gerando uma transferência de despesas com saúde para despesas com juros e amortização da dívida pública. Dessa forma, a efetividade da vinculação dependerá fortemente do prestígio do Ministro da Saúde reinvidicar liberações mais rápidas do recurso vinculado pelo Tesouro. Os verdadeiros condicionantes da situação do fluxo e recursos para a saúde, portanto, parecem ser os mesmos com ou sem vinculação: prestígio político do Ministro da pasta.

VI. IMPLICAÇÕES DISTRIBUTIVAS DO AUMENTO NA TAXAÇÃO DE ÁLCOOL E FUMO

A tributação sobre o consumo é normalmente considerada regressiva. Isso porque não leva em consideração a capacidade de pagamento dos consumidores dos produtos gravados. Nesse caso o percentual de renda gasta com o produto gravado é bem maior nas classes de renda menor do que nas maiores, gerando essa regressividade. Como tanto o fumo como a bebida são consumidos em todas as faixas de renda, a proposta de aumento na tributação desses bens, em tese, deve gerar um efeito regressivo no sistema tributário. Essa fator pode se potencializar ainda quando verifica-se que as classes de maior nível de renda apresentam maiores facilidades de acesso a mercadorias contrabandeadas escapando à taxaço.

No entanto, a evidência empírica sobre esses aspectos da regressividade, que foi analisada por Ashton *et al* (1989) para a Nova Zelândia no caso da taxaço das bebidas alcoólicas, conclui que a regressividade não é tão acentuada no caso específico desses impostos. Segundo os autores apesar do imposto sobre o consumo de bebidas alcoólicas apresentar um peso maior para as faixas de rendas menores, o ônus médio dessas não pode ser considerado excessivo. De acordo com os autores *isso sugere que deveria ter havido um aumento bem maior na taxaço de bebidas alcoólicas para que esse aumento tivesse um impacto significativo na distribuição*

de renda, que pudesse estar em sério conflito com os objetivos maiores de equidade do governo.

É importante observar ainda outros efeitos distributivos da taxaço não estritamente ligados com classes de renda diferenciadas, especialmente para se avaliar a maior fonte de pressões político-sociais contrárias à taxaço. O ônus do aumento das alíquotas de um determinado imposto terá que ser dividido entre plantadores de fumo (ou usineiros no caso do álcool), industriais, varejistas e consumidores. Essa divisão dependerá da própria base de incidência do imposto, das funções de produção de cada ofertante na cadeia produtiva até o consumidor final (ou seja, as características das curvas de oferta de plantadores, usineiros, industriais e varejistas) do comportamento dos consumidores frente a variações de preços desses bens (ou seja, a elasticidade-preço da demanda) e das estruturas de mercado em questão. Essa análise demanda um instrumental microeconômico mais denso e um conhecimento mais profundo da estrutura da atividade com um todo, o que está fora do escopo desse trabalho.

VII. FORMAS DE TAXAÇÃO: IMPOSTO ESPECÍFICO X AD-VALOREM

A) Problemas da Forma de Taxação nos EUA

No caso dos EUA a forma de taxaço seletiva federal tanto de álcool como de cigarros é via *imposto específico*. Dado que não há indexação, os valores em dólares da taxaço de cigarros se mantiveram constantes de 1951 até 1982, levando a uma redução real da alíquota de imposto.

Várias propostas foram feitas desde 1951 visando corrigir o valor real da taxaço das bebidas alcoólicas, tanto via indexação do valor do imposto por produto como pela conversão do mecanismo de *imposto específico* para *imposto ad-valorem*, tornando-o automaticamente indexado. Mesmo o aumento verificado em 1985 no imposto relativo às bebidas destiladas (a taxaço do vinho e cerveja permaneceu constante), ainda manteve as alíquotas reais 200% menores que as vigentes em 1951.

Cummings & Sciandra (1990) analisando os efeitos do aumento na taxaço de cigarros no estado de Nova York concluem que o mecanismo de imposto específico deveria ser substituído por um imposto *ad valorem* equivalente como no Brasil, evitando o problema da redução real do valor dos impostos no caso do imposto específico. Uma proposta alternativa seria indexar a variação da taxaço do imposto específico com o aumento de preços de cigarros.

B) Problemas da Forma de Taxação no Brasil

No caso do Brasil as bebidas (alcoólicas e não-alcoólicas) são tributadas pelo IPI de forma progressiva de acordo com uma classificação que vai de **A** a **Z** (Classificação da TIP). A principal referência para o enquadramento é o teor alcoólico, sendo que quanto maior este, mais a letra que define a classe a ser enquadrada a bebida estará longe da letra inicial **a** e portanto, maior a alíquota. Em anexo, incluímos, a tabela I do Ato Declaratório 146 de 28 setembro de 1993 que estabeleceu os valores para cada classe de bebidas para o mês de outubro de 1993. Observa-se que esse é um mecanismo de imposto sobre vendas *específico* no qual não importa o preço presente (ou o preço no mês) dos produtos para a definição do valor cobrado, diferentemente do esquema *ad-valorem* puro aplicado no caso dos cigarros. Dada a inflação, todo o mês é publicada uma nova tabela de valores pela Receita Federal, de forma a tornar o imposto específico de bebidas indexado na prática. Nesse sentido se aproxima da tendência geral dos impostos sobre valor agregado no Brasil de apresentar uma sistemática *ad-valorem* (diretamente sobre o preço *c*, portanto, automaticamente indexado).

Como vimos no caso dos EUA, a não indexação do *imposto específico* federal fez com que esse se desvalorizasse ao longo do tempo, gerando aumentos razoáveis no consumo de cigarros ao longo de tempo. Nesse caso, a indexação automática do mecanismo *ad-valorem* parece mais adequado tanto para bebidas como para o fumo. No caso específico do setor de bebidas, uma grande virtude da adoção do mecanismo *ad-valorem* é evitar as pressões recorrentes do *lobbies* das indústrias de bebidas em cada edição da portaria que estabelece os valores

mensais do imposto. Além disso, com uma inflação muito alta, a própria perda de valor real dentro do mês pode ser relevante para gerar frustração de receita.

No caso do imposto sobre cigarros a forma de incidência do IPI já é *ad-valorem*, sendo que a alíquota é de 330% sobre 12,5% do preço do cigarro resultando em uma alíquota efetiva de 41,25%. Acresce-se a isso 4,04% (pontos percentuais) do selo de controle (uma fonte de recursos que reverte para a modernização da própria receita federal) atingindo-se um valor de alíquota *ad-valorem* do IPI de 45.29%. No entanto, essa tributação já foi maior, atingindo 365% sobre um valor tributável de cerca de 18% do preço. A redução da carga tributária se deveu em grande parte ao *lobby* dos setores industriais e varejistas.

O quadro *Componentes do Preço do Cigarro* mostra a evolução das margens do IPI, do fabricante, do varejista e do ICM incidente sobre o IPI desde 1977 até 1989. Observe-se que a margem do IPI se mantém constante de 1977 (1976 também foi igual) a maio de 1982 em 66.11% do preço, distribuindo-se 22.89% para o fabricante e 11% para o varejista. Até dezembro de 1983 a margem do IPI aumenta para 68,42%, onde atinge o valor máximo da série histórica. Os ajustes antes de 1984 são feitos através de redução da margem do fabricante, mantendo as margens do varejista intactas. Em 1984, ao mesmo tempo que se introduz o ICM incidente sobre o IPI, eleva-se a margem bruta do fabricante, com o ajuste caindo integralmente sobre a margem do IPI que despenca do seu valor máximo de 68.42 para 57.92 em 1984. A partir daí, a margem do IPI oscilará entre 50% e 57,21% até atingir o seu menor nível em 1989 de 44,35%. Segundo informações da Secretaria da Receita Federal, atualmente (Setembro de 1994), essa margem está ainda menor em 41,25%.

ATO DECLARATÓRIO N° 146, DE 28 DE SETEMBRO DE 1993

O SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL, no uso da delegação de competência conferida pela Portaria MF n° 678, de 22 de outubro de 1992,

Declara que a partir de 1° de outubro de 1993, os produtos sujeitos ao regime tributário de que tratam os arts. 1° e 3° da Lei n° 7.798, de 10 de julho de 1989, estarão sujeitos ao Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI fixado conforme as Tabelas anexas.

OSIRIS DE AZEVEDO LOPES FILHO

TABELA 1

CLASSES	IPI - CRS	CLASSES	IPI - CRS	CLASSES	IPI - CRS
A	6,66	I	31,29	R	185,22
B	8,01	J	37,96	S	226,00
C	9,67	K	46,41	T	275,63
D	11,62	L	56,42	U	336,19
E	14,31	M	68,78	V	410,14
F	17,43	N	83,89	X	500,15
G	20,99	O	102,17	Y	610,31
H	25,47	P	124,65	Z	908,27
		Q	151,74		

CÓDIGO TIPI	DESCRIÇÃO DO PRODUTO RECIPIENTE	IPI - CRS	UNIDADE
2106.90	Preparações não-alcoólicas, para elaboração de bebidas ("postmix")		
	1. Cilindros	55,54	litro
2201.10	Águas Minerais, artificiais e águas gaseificadas		
	I - Garrafa de vidro, retornável	11,88	12
	2. até 260 ml	14,76	12
	3. de 261 a 360 ml	17,28	12
	4. de 361 a 660 ml	33,72	12
	II - 5. de 661 a 1.100 ml		
	Garrafa de vidro não retornável	42,96	24
	6. até 260 ml	50,88	24
	7. de 261 a 360 ml	50,76	12
	8. de 361 a 660 ml	84,24	12
	III - 9. de 661 a 1.100 ml		
	Garrafa de plástico, não retornável	36,42	12
	10. de 661 a 1.100 ml	48,00	12
	IV - 11. acima de 1.100 ml		
	Embalagens plásticas	20,40	48
2202.90	12. até 260 ml		
	I - Refrigerantes e Refrescos		
	Garrafa de vidro retornável	22,80	12
	13. até 260 ml	29,28	12
	14. de 261 a 360 ml	48,00	12
	15. de 361 a 660 ml	106,32	12
	16. de 661 a 1.100 ml	127,92	12
	II - 17. de 1.101 a 1.300 ml		
	Garrafa de vidro não retornável	58,56	24
	18. até 260 ml	64,80	24
	19. de 261 a 360 ml	58,32	12
	III - 20. de 361 a 660 ml		
	Garrafa de plástico retornável	161,28	12
	21. de 1.301 a 1.600 ml	91,68	6
	IV - 22. de 1.601 a 2.100 ml		
	Garrafa de plástico não retornável	175,68	12
	23. de 1.301 a 1.600 ml	100,08	6
	24. de 1.601 a 2.100 ml	100,08	6
	V - 25. acima de 2.100 ml		
	Embalagens plásticas	65,28	48
	VI - 26. até 260 ml		
	Latas	64,80	24
	VII - 27. de 261 a 360 ml		
	Cilindros ("pre-mix")	8,00	litro
2203.00	28. cilindros		
	I - Cervejas de malte		
	Garrafa de vidro retornável	103,20	12
	29. até 260 ml	115,68	12
	30. de 261 a 360 ml	169,32	12
	31. de 361 a 660 ml	327,96	12
	II - 32. de 661 a 1.100 ml		
	Garrafa de vidro não retornável	165,36	24
	33. de 261 a 360 ml	248,40	24
	34. de 361 a 660 ml	432,72	24
	III - 35. de 661 a 1.100 ml		
	Lata	198,00	24
	36. de 261 a 360 ml	332,64	24
	IV - 37. de 361 a 660 ml		
	Barril	25,76	litro
	V - 38. Barril		
	Recipiente especial não retornável	30,14	litro
	39. Embalagem até 5,1 litros		

Nota: No caso de produtos classificados nos códigos referidos na Notas Complementares NC (21-1) e NC (22-1) da FIPPI, os valores do IPI ficam reduzidos a 50%, quando atendidas as condições ali indicadas.

TABELA VI
I.P.I. - FUMO
COMPONENTES DO PREÇO DO CIGARRO - HISTÓRICO DE EVOLUÇÃO (%)

PERÍODO	MARGEM I.P.I.	M. BRUTA FABRICANTE	M. BRUTA VAREJISTA	I.C.M. INCID. S/I.P.I.
1977	66,11	22,89	11,00	-
1978	66,11	22,89	11,00	-
1979	66,11	22,89	11,00	-
1980	66,11	22,89	11,00	-
1981	66,11	22,89	11,00	-
1982 (01)	66,11	22,89	11,00	-
1982 (02)	67,63	21,37	11,00	-
1983 (03)	67,63	21,37	11,00	-
1983 (04)	68,42	20,58	11,00	-
1984	57,92	23,16	11,00	7,7
1985	54,64	23,16	11,00	11,17
1986 (05)	50,00	28,76	11,00	10,24
1986 (06)	57,21	21,42	9,64	11,72
1987 (07)	57,21	21,42	9,64	11,72
1987 (08)	54,34	24,89	9,64	11,13
1988 (09)	54,34	24,89	9,64	11,13
1988 (10)	53,34	24,89	10,84	10,93
1988 (11)	49,40	29,63	10,84	10,13
1989 (12)	48,80	29,65	10,84	10,71
1989 (13)	46,37	29,72	10,83	12,08
1989 (14)	44,35	29,60	11,27	14,78

OBS.

(01) 01/01 a 30/05/82 (08) 16/11 a 31/12/87
 (02) 01/06 a 31/12/82 (09) 01/01 a 10/04/88
 (03) 01/01 a 15/05/83 (10) 11/04 a 28/08/88
 (04) 16/05 a 31/12/83 (11) 29/08 a 30/04/89
 (05) 01/01 a 09/09/86 (12) 02/05 a 31/05/89
 (06) 09/09 a 31/12/86 (13) 01/06 a 30/06/89
 (07) 01/01 a 15/11/87 (14) 01/07/89 a ..

Nesse contexto, a queda compensa tanto o aumento da margem do ICM que atinge 14.78% em 1989, um ligeiro aumento do nível histórico da margem do varejista (de 11% para 11.27%) e uma elevação sem precedentes da margem bruta do fabricante qua a partir de agosto de 1989 ultrapassa os 29%.

VIII. A PERFORMANCE TRIBUTÁRIA DO IPI FUMO E IPI BEBIDAS

As duas tabelas seguintes resumem os dados sobre a carga tributária atual sobre cigarros e bebidas no Brasil⁽¹⁴⁾.

O total de impostos e contribuições arrecadados pelas indústrias fumageiras atinge um percentual de 76% do faturamento da indústria (US\$ 3.8 bilhões comparado a um faturamento

(14)Essas tabelas são frutos de um trabalho recente da Receita Federal que visou dar subsídios à proposta de emenda do capítulo tributário da Constituição do Dep. Luis Roberto Ponte.

bruto estimado de US\$ 5.1 bilhões). Observe-se a forte participação dos impostos e contribuições sobre vendas que incluem principalmente o IPI de 72,6% do faturamento bruto. A característica de seletividade desse imposto é que permite ao governo estabelecer alíquotas bastante altas para esses produtos.

Em matéria do dia 19 de novembro de 1993 na Gazeta Mercantil, líderes industriais do setor asseveram a dificuldade de competição do cigarro brasileiro nesse contexto tributário quando comparado a EUA e Paraguai, onde as cargas tributárias somam 31% e 13%, respectivamente. Tendo em conta ainda o fato de que, segundo a mesma matéria, a queda no consumo de cigarros em 1992 e 1993 (estimativa) foram de 22.3% e 8%, respectivamente, faz-se necessário maior cuidado na proposição de sobretaxas no produto. Observe-se ainda, como já citado anteriormente, que o potencial de aumento no contrabando é muito alto no Brasil, contando hoje com um suprimento de cigarro paraguaio de 10% no mercado interno. No caso da sobretaxa estimular ainda mais o aumento do contrabando, pode-se esperar mesmo uma redução da arrecadação tributária do próprio IPI pela redução do consumo dos produtos que pagam imposto (sem contar dos outros impostos e contribuições) sem as outras vantagens analisadas nesse trabalho, já que estaria apenas se substituindo consumo de cigarros que pagam imposto por cigarros contrabandeados.

No caso de bebidas, a carga tributária total é alta, mas bem menor que no caso dos cigarros, chegando a 40,95% do faturamento bruto. Este atinge US\$ 16.3 bilhões, gerando uma arrecadação de impostos e contribuições mais que US\$ 3 bilhões superior à indústria do fumo. Nesse caso, também os impostos e contribuições sobre vendas, dada a característica de seletividade, apresentam forte peso sobre a carga tributária total (35.06% do faturamento bruto total). Nesse caso das bebidas, devemos atentar para o fato de que se quisermos concentrar nas bebidas alcoólicas, o faturamento bruto estimado cai de mais 1/3 (US\$ 16.3 para US\$ 10.7) já que o grupo de refrigerantes representa o segundo faturamento (US\$ 5.6 bilhões).

C I G A R R O S

FATURAMENTO:

Vendas anuais médias = 130.800 milhões de cigarros
= 6.540 milhões de maços

Preço unitário médio = US\$ 0,78 por maço

Faturamento Bruto Estimado = US\$ 5.100 milhões

TRIBUTAÇÃO:

Impostos e contribuições s/ vendas = 72,6% do preço
Encargos Sociais = 1,2% do faturamento bruto
Impostos e contribuições s/ lucros = 2,2% do faturamento bruto
Carga Tributária Total = 76,0% do faturamento bruto

Total de Impostos e Contribuições = US\$ 3.876 milhões

PROPOSTA DE DEP. LUÍS ROBERTO PONTE:

Manter o mesmo nível de preços (e faturamento) e
manter a carga tributária atual = 76,0%

Estimativa da SRF para Cigarros = US\$ 3.876 milhões

Fontes: Indústrias Fumageiras
Sistemas de Processamento de Dados da SRF

BEBIDAS

FATURAMENTO:

PRODUTO	Vendas anuais médias		Preço unitário médio (US\$)	Faturamento bruto estimado (US\$ milhões)
	Quantidade	Unidade		
Cervejas	8.000,00	gf 0,61	1,04	8.320
Refrigerantes	16.500,00	gf 0,291	0,34	5.610
Aguardentes	1.000,00	gf 0,61	1,15	1.150
Uisque	22,8	litros	9,21	210
Vinho	330,0	litros	1,21	400
Vodga	27,6	garrafas	4,00	110
Rum	8,4	garrafas	5,00	40
Gin	2,0	garrafas	5,00	10
Vermute	36,0	garrafas	2,78	100
Conhaques	74,5	garrafas	2,68	200
Cidra	15,0	garrafas	2,00	30
Champanhe	5,0	garrafas	6,00	30
Aperitivos	30,0	garrafas	1,00	30
Licores	13,4	garrafas	4,47	60
TOTAL	—	—	—	16.300

TRIBUTAÇÃO:

Impostos e contribuições s/ vendas = 35,06% do faturamento bruto
 Encargos Sociais = 2,84% do faturamento bruto
 Impostos e contribuições s/ lucros = 3,05% do faturamento bruto
 Carga Tributária Total = 40,95% do faturamento bruto

Total de Impostos e Contribuições = 6.675 milhões

PROPOSTA DO DEP. LUÍS ROBERTO PONTE:

Manter o mesmo nível de preços (e faturamento) e
 manter a carga tributária atual = 40.95%

Estimativa da SRF para Bebidas = US\$ 6.675 milhões

A tabela seguinte mostra os dados relativos à evolução da arrecadação do IPI fumo desde 1973. A arrecadação desse imposto cresceu quase que continuamente de 1973 (US\$ 974 milhões) até 1982, quando atinge seu ponto máximo de US\$ 2.969 milhões. Isso ocorre a despeito da margem do IPI, conforme o Quadro *IPI-Fumo*, ter se mantido constante nesse período em 66.11%. A partir daí a arrecadação do IPI fumo fica oscilando chegando ao valor de US\$ 1677 milhões realizado em 1992 e valores estimados para 1993 e 1994 de US\$ 1835 e US\$ 1982, respectivamente. No ano de 1983, quando a margem do IPI se eleva duas vezes atingindo 68.4% entre maio e dezembro, a arrecadação do imposto apresenta uma queda de mais de US\$ 1 bilhão. Nos anos de 1984 e 1985 a margem do IPI cai abruptamente para 57,92% e 54,64%, respectivamente, coincidindo com uma queda também forte da arrecadação do IPI que despensa para US\$ 1.126 milhões, o menor valor desde 1973. Em 1986, apesar do ano apresentar 9 meses com uma margem ainda mais reduzida de 50% até setembro, a arrecadação se recupera ligeiramente para US\$ 1370 milhões. Em 1987 uma margem média ligeiramente maior é acompanhada de arrecadação que excede quase US 500 milhões o ano anterior. Em 1988 uma queda da margem média é acompanhada também de uma queda na

TABELA VII
PRODUÇÃO DO FUMO EM FOLHA POR ESTADO (88/89)
PRODUÇÃO-QUANT.(TONELADA)

	1988	1989	%
Brasil	430979	446041	100,00
Acre	350	294	0,07
Amazonas	123	3	0,00
Pará	372	346	0,08
Maranhão	83	83	0,02
Piauí	62	57	0,01
Ceará	100	144	0,03
Rio G. Norte	45	52	0,01
Paraíba	403	476	0,11
Pernambuco	262	278	0,06
Alagoas	26578	22085	4,95
Sergipe	3036	1627	0,36
Bahia	17552	14710	3,30
Norte/Nordeste	48966	40155	9,00
Minas Gerais	3184	2454	0,55
Espírito Santo	8	8	0,00
Rio de Janeiro	5	-	0,00
São Paulo	307	223	0,05
Sudeste	3504	2685	0,60
Paraná	44482	41972	9,41
Santa Catarina	148464	159978	35,87
Rio G. Sul	185428	201200	45,11
Sul	378374	403150	90,38
Mato Grosso	5	8	0,00
Goiás	130	43	0,01
Centro Oeste	135	51	0,01

Fonte: Anuário Estatístico do Brasil/1992.

arrecadação de quase US\$ 400 milhões. Em 1989, apesar de uma margem ainda menor do IPI, a arrecadação cresce mais de US\$ 200 milhões.

Sem entrar em considerações estatísticas mais complexas, parece difícil apontar uma forte correlação entre a margem do IPI e a arrecadação. Sendo assim, é difícil inferir com certeza que um aumento nas alíquotas para cigarro levará a um incremento na arrecadação no Brasil.

Apenas existem dados sobre a arrecadação do IPI (alcoólicas e não alcoólicas) após 1989. Nesse período, a arrecadação do IPI bebidas variou entre US\$ 816 milhões (1989) e US\$ 1107 milhões (1990). Em 1989 o valor arrecadado atinge menos da metade que o total da arrecadação do IPI fumo, sendo que a diferença nunca fica menor que US\$ 700 milhões, revelando que em termos de potencial de receita tributária o IPI fumo leva nítida vantagem.

O setor de fumo atualmente, segundo recente reportagem da Gazeta Mercantil de 16/11/93, está atravessando um período de crise com um encalhe de 135 mil toneladas, atribuído ao grande aumento da produção brasileira e mundial que foram de 57% e 10,6% entre 1991 e 1993 e às restrições às importações impostas pelos EUA. A queda na comercialização entre novembro de 1992 e novembro de 1993 no mercado interno foi de 8%. De qualquer forma, observe-se que mesmo nessa conjuntura, a Souza Cruz, a maior fabricante de cigarros na América Latina, atingiu um lucro líquido de janeiro a setembro de 1993 de US\$ 128 milhões.

Esses fatores têm feito com que os empresários do setor aumentem suas reivindicações de reduções nas alíquotas ICMS estadual (hoje em 8,5%), especialmente isentando as exportações, além de reduções no IPI federal. Outros dois fatores que têm estimulado uma atitude defensiva do setor com respeito a mudanças tributárias são importantes. Primeiro, em boa parte das propostas de reforma tributária que estão em discussão hoje no País, se prevê mecanismos de extinção do IPI que seria substituído por *excise taxes*. Dois dos principais produtos alvo desse *excise tax* são o fumo e as bebidas. Para compensar plenamente a queda na arrecadação, é quase inevitável que tais propostas embutam aumentos na carga total de fumo e bebidas. Além disso, é importante ter em mente que o plano de saúde do Presidente Clinton nos EUA prevê um aumento de impostos sobre fumo e mesmo bebidas alcoólicas para cobrir as despesas adicionais, o que cria um clima mais favorável para aumentar a carga tributária desses produtos em outros países como o Brasil.

Uma restrição importante de ordem política para qualquer tipo de intenção do governo federal de aumentar o IPI fumo é a grande concentração da produção que se verifica nos estados da Região Sul que conta com 90,38% do total do país, conforme mostra a tabela anterior de produção de fumo em folha. Qualquer tentativa de elevação do IPI fumo deverá contar com forte oposição dos governos locais.

CONCLUSÕES

Nesse trabalho procuramos elencar argumentos favoráveis e contrários ao aumento da taxação de fumo e bebidas no Brasil.

O objetivo normalmente mais buscado pelos governos quando desejam aumentar as alíquotas de impostos sobre cigarros e bebidas é de natureza financeira, especialmente visando um incremento na receita tributária. Conforme vimos, no entanto, vários condicionantes atuam no sentido de questionar a relação positiva alíquotas-receita fiscal. A despeito de se acreditar que no Brasil, assim como em outros países, a elasticidade da demanda por cigarros e bebidas é baixa, entende-se que o forte potencial de incremento no contrabando desses produtos deve ser levado em consideração para efeito de avaliação do potencial aumento da arrecadação derivado do aumento das alíquotas de impostos. O efeito-contrabando é imprevisível e pode simplesmente ter um efeito dramático sobre a participação do mercado formal no total comercializado desses mercados no Brasil.

No entanto, não devemos levar em consideração apenas os potenciais efeitos sobre a receita fiscal. Como vimos, no que tange aos efeitos do aumento da taxação sobre as finanças públicas, temos a potencial redução dos gastos governamentais com saúde, especialmente no longo prazo quando as alíquotas de impostos sobre fumo e bebidas são maiores. Além disso, independente da questão das finanças públicas, temos de levar em conta os efeitos positivos sobre a saúde da população e sobre os índices de criminalidade gerado pelo aumento na

taxação. Os efeitos sobre o PIB também são importantes, mas ambíguo. De qualquer forma, dados o tamanho relativo desses setores dentro da economia brasileira e o impacto positivo do menor consumo de álcool sobre a produtividade do trabalho, o efeito líquido de um aumento da taxaçoão deve ser positivo.

Por outro lado, alertamos para o fato de que caso se tente um aumento muito grande é previsível que caia substancialmente a arrecadação tributária, sem uma contrapartida na redução real no consumo desses produtos (que passariam a ser supridos pela contravenção).

De qualquer forma, aparentemente existe uma margem de manobra no sentido do aumento da taxaçoão sobre cigarros se considerarmos a experiência histórica. Isso porque os fabricantes do setor já trabalharam com margens de lucro menores que hoje, o que é demonstrado pela tabela das margens relativas do fabricante, varejista, IPI e ICMS, que mostra a continua elevação da margem bruta do fabricante na década de oitenta, concomitantemente à redução da margem do IPI. Quanto ao setor de bebidas, é menos clara a margem de manobra para aumentos na taxaçoão no Brasil.

Finalmente, quanto à idéia de vinculação, entendemos que os números atuais do orçamento e a prática orçamentária brasileira desaconselham qualquer tipo de vinculação de despesas na área de saúde ao IPI fumo ou bebidas, apesar do otimismo das considerações meramente teóricas relativas ao *princípio tributário do benefício* e da experiência internacional.

BIBLIOGRAFIA

- ASHTON, T *et al* Acohol Taxes. Do the poor pay more than the rich? *British journal of Addiction* (1989) 84.
- BAL, D.G. *et al* Reduction Tobacco Consumption in California. *JAMA*, September 26, 1990-Volume 264 n. 12.
- CUMMINGS, K.M. and SCIANDRA, R. The public Benefit of Increasing tobacco taxes in New York State *New York State Journal of Medicine*. April 1990.
- DIMENSTEIN, G. Pais gasta US\$ 1 Bil por ano com viciados. *Folha de São Paulo* 29/8/93.
- FLEWLLING, R. *et al* First Year of the 1989 California Cigarette Tax Increase on Cigarette Consumption June 1992, vol. 82, n. 6.
- GAZETA MERCANTIL. Tabaco-Souza Cruz mantém lucro apesar de as vendas de cigarros terem diminuido 08/11/93.
- GAZETA MERCANTIL Fumo-Brasil tem sobra de 135 mil toneladas em estoque. 16/11/93.
- GAZETA MERCANTIL Fumo-setor reivindica redução de Impostos 19/11/93.
- GORDON, L. Taxation of alcoholic beverages. *BMJ* Volume 303. 12/October 1991.
- GROSSMAN, M. Health Benefits of Increases in alcohol and cigarette taxes. *British Journal of Adiction* (1989) 84.
- HORVERAK, O. and OSTERBERG, E. The prices of alcoholica beverages in the nordic countries. *British Journal of Addiction* (1992) 87.
- KAISERMAN, M J. Forty Years Trends in Canadian Tobacco Sales. *Revue Canadienne de Santé Publique* Volume 83, n. 6.
- MARWICK, C. Advocates say smoke-free society eventually may result from curbs, Taxes on Tobacco Use. *JAMA*, February 10, 1993, vol. 269,n 6.
- MAYPOLE, D.E Alcohol Control: Issues in Taxing, Production and distribution *The International Journal of the addictions* , 26(9). 1991.
- MUSGRAVE, R. and MUSGRAVE, P. *Finanças Públicas: Teoria e Prática*. Editora Campus USP 1973
- NOVOTNY, T.E. *et al*. The Public Health Practice of Tobacco Control. *Annual review of Public Health*, 1992.
- PETERSON, D.E. *et al*. The effect of State Cigarette Tax increses on cigarette sales, 1955 to 1988 *American Journal of Public Health*, January 1992, vol. 82, n. 1.
- RICHARDSON, J. Alcohol Taxes: the case for reform *The medical Journal of Australia*, vol. 152 June 18, 1990.
- SULLIVAN, P. 700000 complaints against high tobacco taxes fail to sway government or MDs. *Can Med Assoc J* 145 (3) August, 1, 1991.
- TOWSEND, J. Cigarette taxation and sigle european market. *BMJ* Volume 305-5/september 1992.
- WASSERMAN, J. How Effective are Excise Tax Increases in Reducing Cigarette Smoking? *American Journal of Public Health* January 1992, vol. 82, n. 1.
- WALSH, B. Alcoholic Beverages in Ireland: market forces and government policy. *Brltish Journal of Addiction* (1989) 84.

COMENTÁRIOS SOBRE FINANCIAMENTO E GASTOS EM SAÚDE NO BRASIL

Eugênio Vilaça Mendes

INTRODUÇÃO

A questão do financiamento e dos gastos em saúde ocupa, no cenário internacional, um lugar protagônico nas discussões setoriais.

As razões dessas preocupações estão ligadas, de um lado, aos crescentes e incontroláveis custos dos serviços de saúde e, de outro, à constatação do baixo impacto que esses recursos têm sobre os níveis de saúde das populações e sobre a opinião pública.

No Brasil, o financiamento sempre esteve em pauta mas, nos últimos anos, adquiriu transcendência até colocar-se, no momento, talvez, como o principal ponto da agenda da saúde no país.

São inumeráveis os seminários, reuniões, painéis etc. onde esse tema é discutido por especialistas como, também, é prolífica a produção de documentos sobre a questão, por instituições e técnicos nacionais e internacionais.

Apesar disso, permanecem muitíssimas dúvidas e uma única certeza: a de que os gastos públicos federais caíram nos últimos anos.

A explicação é clara. Não há informação confiável, a não ser sobre o volume dos gastos públicos federais. Volume dos gastos estaduais e municipais, estrutura e composição dos gastos públicos, gastos privados no sistema de atenção médica supletiva, gastos por desembolso direto das pessoas e famílias são aproximações, mais ou menos grosseiras, de confiabilidade discutível.

Pior, ainda, quando as informações das agências nacionais e internacionais trazem, entre si, enormes diferenças, o que dificulta análises comparativas.

É possível deduzir, então, que há seminários e “papers” demais e estudos esclarecedores de menos.

Esse quadro de desinformação generalizada não tem impedido que vá se consolidando uma “verdade”: a de que o Brasil gasta pouco em saúde. Menos mal que, recentemente, já se ouvem alguns tímidos sussuros: gasta pouco e gasta mal.

Esses comentários têm, pois, dois objetivos. Um primeiro, o de apontar as distorções das informações existentes; um segundo, a partir de dados mais ou menos confiáveis, discutir a “verdade” mencionada, mais para problematizá-la do que para esclarecê-la.

A PRECARIEDADE DAS INFORMAÇÕES E A DANÇA DOS NÚMEROS

Não carece sublinhar a precariedade das informações a partir das quais se formulam as políticas de financiamento e gastos em saúde no País. Ou inexistem, ou são construídas por caminhos distintos gerando incomparabilidades, ou são arrancadas por metodologias grosseiras, ou são arrançadas por manifestações ideológicas ou de interesses.

As informações mais confiáveis são as relativas aos gastos públicos federais mas, mesmo aí, é possível encontrar diferenças significativas entre trabalhos nacionais, dadas pelo método de dolarização dos valores. Só que essas diferenças, compreensíveis, chegam, às vezes, a valores próximos a 1 bilhão de dólares. Os números das agências internacionais, então, dão diferenças exorbitantes, como é o caso dos dados da OPS/OMS para o ano de 1990⁽¹⁾ quando comparados com as informações nacionais disponíveis.

Se há dados razoáveis sobre o volume de gastos públicos federais, o mesmo não se pode dizer sobre a estrutura e composição desses gastos. Aí há uma brutal carência de informações.

No que concerne ao volume dos gastos estaduais e municipais próprios agregados há só um estudo para a série histórica de 1980/90, realizado pelo IESP/FUNDAP⁽²⁾. Contudo, não há informação disponível, globalizada em nível nacional, para os anos posteriores a 1990, que possam mostrar tendências recentes. Os gastos estaduais continuaram estabilizados, cresceram ou diminuíram? O que passou com os gastos municipais? Continuaram sua tendência crescente, estabilizaram ou diminuíram? O movimento detectado no estado de São Paulo pela CEPAM⁽³⁾, onde os gastos municipais próprios em saúde cresceram, em termos reais, 150% no período 1987/92, expressa uma tendência nacional ou é fenômeno regional? Como e em que estão concentrados esses gastos?

A situação torna-se muito mais complicada quando se trata da informação sobre gastos privados.

A complementaridade entre o sistema público de saúde, o sistema de atenção médica supletiva e o sistema de desembolso direto, impõe, para o exercício da função regulatória do Estado, um conhecimento do financiamento e dos gastos do setor privado.

Com relação ao sistema de atenção médica supletiva as informações são precárias e profundamente discordantes.

Tome-se, como exemplo, dois estudos muito conhecidos, um da Towers e Perrin, para o ano de 1989⁽⁴⁾ e, outro, da ABRAMGE, para o ano de 1992⁽⁵⁾. O primeiro dá, para uma população beneficiária de 31.140.000, um volume de faturamento anual de 2,4 bilhões de dólares; já o segundo, para uma população beneficiária de 32.000.000, estima um faturamento global anual de 6,1 bilhões de dólares. Como explicar um incremento, dessa ordem, no faturamento, quando o número de beneficiários se manteve constante? Isso desconsiderando as bruscas mudanças internas entre as modalidades assistenciais distintas do sistema, detectadas na comparação dos dois estudos.

Por fim, no que concerne ao sistema de desembolso direto, as informações são defasadas e contraditórias.

A última PNAD que permite inferir dados nacionais sobre os gastos diretos das pessoas e das famílias é a de 1986. Tomando, apenas, o volume total anual, um trabalho de Médiçi, estima esses gastos, em dólares de 1989, em 2,07 bilhões⁽⁶⁾; dados da OPS/OMS, para o ano de 1990, chegam a um valor anual superior a 11 bilhões de dólares⁽¹⁾.

No campo das comparações internacionais também prevelece o conflito das informações.

TABELA 1
GASTOS NACIONAIS PER CAPITA EM SAÚDE
PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA (EM US\$)

PAÍS	GASTO OPS/OMS*	GASTO B. MUNDIAL**	VARIAÇÃO (A/B)
ARGENTINA	337	138	2,44
BOLÍVIA	39	25	1,56
COLÔMBIA	82	50	1,64
CHILE	155	100	1,55
EQUADOR	78	43	1,81
HAITI	8	30	0,26
PARAGUAI	49	37	1,32
VENEZUELA	220	89	2,47

(*) OPS/OMS⁽¹⁾

(**) BANCO MUNDIAL⁽⁷⁾

Como exemplo, comparemos as informações do gasto nacional em saúde per capita, em dólares, relativos ao ano de 1990, de países selecionados da América Latina, propiciadas pelo Banco Mundial e OPS/OMS, conforme Tabela 1.

Quando se trata de comparar as informações dessas duas agências, sobre a participação percentual no PIB dos setores público e privado da saúde, as discrepâncias são significativamente maiores.

O BRASIL GASTA POUCO EM SAÚDE

Para analisar esta "verdade" torna-se necessário, de início, qualificá-la através da questão: gasta pouco em relação a quê?

Sem dúvidas, se o nível de gastos é confrontado com as necessidades sanitárias da população, essa verdade se afirma. Contudo, a problemática econômica da escassez de recursos para dar conta de todas as necessidades, relativiza essa alternativa.

Por isso, analisaremos os gastos nacionais em saúde comparando-os com aqueles despendidos por países da América Latina e com níveis de desenvolvimento semelhantes.

Para tal, utilizaremos a tipologia de análise de países segundo condições de vida utilizada pela OPS/OMS que agrupou os países da região segundo níveis de desenvolvimento semelhantes. Um dos grupos está composto por Argentina, Brasil, Colômbia, Chile, Costa Rica, México, Uruguai e Venezuela, conforme Tabela 2⁽⁸⁾.

TABELA 2
GRUPO DE PAÍSES LATINOAMERICANOS COM O PIB PER CAPITA
CORRIGIDO EM ANOS PRÓXIMOS A 1990 (EM US\$)

PAÍS	PIB PER CAPITA CORRIGIDO*
ARGENTINA	4.310
BRASIL	4.951
COLÔMBIA	4.068
CHILE	4.987
COSTA RICA	4.413
MÉXICO	5.691
URUGUAI	5.805
VENEZUELA	5.908
MÉDIA	5.179

(*) PIB corrigido pelo poder aquisitivo da moeda pelo PNUD
Fonte OPS/OMS⁽⁸⁾

Esse grupo de países foi tomado como um grupo para análise tendo em vista a proximidade de seus valores de PIB per capita corrigido. O Brasil situa-se numa situação intermediária, bem próxima à média.

Para análise dos gastos nacionais em saúde tomaram-se dados disponíveis para o ano de 1990.

Resolvemos utilizar 1990 pelo fato de as informações dos gastos públicos estaduais e municipais só estarem disponíveis até aquele ano.

Demais, dentro de toda precariedade já mencionada, optou-se pelos dados de menores valores globais para o ano, para evitar possíveis superestimações. Com esse critério foi possível construir a Tabela 3.

Com base nesses dados é possível inferir o gasto nacional em saúde como percentual do PIB para o ano de 1990. É o que se apresenta na Tabela 4.

TABELA 3
GASTOS NACIONAIS EM SAÚDE EM 1990 (EM US\$)

TIPO DE GASTO	VALOR GLOBAL	VALOR PER CAPITA ⁽⁴⁾
GASTO PÚBLICO (1)	12.930.700.000	90,04
. FEDERAL	9.404.800.000	65,49
. ESTADUAL	1.995.900.000	13,89
. MUNICIPAL	1.530.000.000	10,66
GASTO PRIVADO	4.493.500.000	31,28
. ATENÇÃO MÉDICA SUPLETIVA ⁽²⁾	2.423.500.000	16,87
. DESEMBOLSO DIRETO ⁽³⁾	2.070.000.000	14,41
GASTO NACIONAL EM SAÚDE	17.424.200.000	121,32

Fontes:

(1) IESP/FUNDAP⁽²⁾

(2) GOUVEA⁽⁴⁾

(3) MEDICI⁽⁶⁾

(4) População de 1990, 143.609.552 habitantes, DME/SAE,PR

TABELA 4
GASTO NACIONAL EM SAÚDE COMO PERCENTUAL DO PIB EM 1990

TIPO DE GASTO	% DO PIB*
PÚBLICO	2,72
PRIVADO	0,94
TOTAL	3,66

(*)PIB de 1990, US\$ 476 609.552.000,00, Contas Nacionais, Conjuntura Econômica, agosto de 1994.

Os dados nacionais devem, então, ser comparados com aqueles dos demais países do mesmo grupo. Para isso, optamos, inicialmente, pela comparação do gasto nacional em saúde per capita, aproveitando, dentro do mesmo critério já mencionado, as informações do Banco Mundial para 1990; como o Banco não tem dados de Costa Rica, abandonamos esse país (Tabela 5).

TABELA 5
GASTO NACIONAL EM SAÚDE PER CAPITA EM 1990
PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA(EM US\$)

PAÍS	GASTO PER CAPITA/ANO ⁽¹⁾
ARGENTINA	138
BRASIL	121
COLÔMBIA	50
CHILE	100
MÉXICO	89
URUGUAI	124
VENEZUELA	89
MÉDIA	101

Fonte:

(1) BANCO MUNDIAL⁽⁷⁾

O exame da tabela 5 mostra que, no ano de 1990, o gasto nacional em saúde per capita, no Brasil, só foi inferior aos da Argentina e Uruguai; superou os demais países e esteve acima da média desses países selecionados.

Outra forma de analisar a “verdade” mencionada é pela comparação dos gastos nacionais em saúde em termos de percentual do PIB, o que é feito para os mesmos países na Tabela 6.

TABELA 6
GASTOS NACIONAIS EM SAÚDE EM PERCENTUAL DO PIB
EM PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA, 1990

PAÍS	GASTO NACIONAL EM SAÚDE % DO PIB
ARGENTINA	4.2
BRASIL*	3.7
COLÔMBIA	4.0
CHILE	4.7
MÉXICO	3.2
URUGUAI	4.6
VENEZUELA	3.6
MEDIA	3.9

Fontes:
BANCO MUNDIAL (7)
(*) Tabela 4

Em termos dos gastos nacionais em saúde, em percentagem do PIB, o Brasil encontra-se abaixo da media dos países selecionados, só apresentando uma situação favorável em relação ao México e igualando-se à Venezuela. Aqui, percentualmente ao PIB, pode-se afirmar que o Brasil gasta pouco em saúde.

O BRASIL GASTA MAL EM SAÚDE

Para analisar essa assertiva procuramos comparar, no mesmo grupo de países, os gastos per capita/ ano em saúde com alguns indicadores de níveis de saúde e de serviços de saúde, o que se contém na Tabela 7. O gasto per capita da Costa Rica foi proporcionado pela OPS/OMS⁽¹⁾.

A tabela 7 mostra uma situação contraditória. De um lado, em termos de gastos per capita o Brasil tem uma situação acima da média dos países selecionados; de outro, seja em indicadores de níveis de saúde, seja em indicadores de serviços, a sua situação está sempre desfavorável em relação à média desses países. O Brasil apresenta a pior situação nos três indicadores de níveis de saúde escolhidos e uma situação muito desfavorável, em relação à maioria dos outros países, no que concerne à cobertura vacinal anti-sarampo e à atenção pré-natal.

Ainda que os níveis de saúde não dependam, exclusivamente das ações dos serviços de saúde, uma análise de nosso País, comparativamente com outros países latino-americanos de níveis de desenvolvimento semelhantes, fortalece um entendimento de que o Brasil gasta mal em saúde.

Uma hipótese é o padrão inercial dos gastos que tendem a concentrar-se na atenção médica em detrimento de ações preventivas e promocionais. Tal padrão deriva da forma como se conformou, a partir da metade dos anos 60, o modelo médico-assistencial privatista que surge com o privilégio da atenção hospitalar⁽¹⁰⁾.

Até o momento, não obstante o discurso principista do SUS, não houve vontade política suficiente para alterar, significativamente, essa situação inercial. Até porque, a descentrali-

TABELA 7
GASTOS PER CAPITA EM SAÚDE E INDICADORES DE NÍVEIS DE SAÚDE E DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM PAÍSES SELECIONADOS

PAÍS	GASTO PER CAPITA EM US\$ (1)	EVN (2)	TMI (3)	TMM (4)	COB. VAC. (5)	COB. APN (6)
ARGENTINA	138	71,1	26	52	94,9	96
BRASIL	121	65,8	54	140	77,7	65
COLÔMBIA	50	69,0	38	140	93,6	59
CHILE	100	71,9	15	41	92,5	91
COSTA RICA (7)	155	76,0	14	40	81,5	91
MÉXICO	89	69,9	24	54	91,3	50
URUGUAI	124	72,4	19	38	80,0	95
VENEZUELA	89	70,1	23	60	63,2	74
MÉDIA	108	70,8	26	70	84,3	77

Fontes:

(1) Tabela 5

(2) Expectativa de vida ao nascer, anos próximos a 1992, PNUD ⁽⁹⁾

(3) Taxa de mortalidade infantil por 1 000 nascidos vivos, anos próximos a 1992, OPS/OMS ⁽⁸⁾

(4) Taxa de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos, anos próximos a 1990, OPS/OMS ⁽⁸⁾

(5) Cobertura de vacina anti-sarampo, em percentual da população de 0 a 1 ano de idade, anos próximos a 1993, OPS/OMS ⁽⁸⁾

(6) Cobertura de atenção pré-natal, em percentual de gestantes, anos próximos a 1990, OPS/OMS ⁽⁸⁾

(7) OPS/OMS ⁽¹⁾

zação dos serviços para estados e municípios, se não acompanhada de mudanças no modelo assistencial, não transformará esse padrão de gastos que cristaliza uma alta ineficiência alocativa dos recursos.

Tendo-se, como média histórica dos gastos federais, 75% em atenção médico-hospitalar e extrapolando-se essa média para estados e municípios e, ademais, considerando que todo o gasto privado dá-se nesse rubro, pode-se estimar um dispêndio em assistência médica e hospitalar, no Brasil, em 1990, da ordem de 14,2 bilhões de dólares, o que representa 81,5% dos gastos nacionais em saúde.

Se essa composição do gasto nacional em saúde, em termos globais, é muito ineficiente, provavelmente, será muito pior quando se puder discriminá-la segundo gastos em atenção hospitalar/ambulatorial, alto custo/atenção básica etc.

Portanto, parecem razoáveis os tímidos sussurros que se começam a ouvir a respeito de que se gasta mal em saúde no Brasil.

É PRECISO AUMENTAR OS GASTOS EM SAÚDE

A consequência imediata da “verdade” gasta-se pouco é a constatação de que se necessita aumentar os gastos em saúde.

Mas, cabe a pergunta: mantido o padrão de gastos atual qual o impacto de um incremento dos recursos sobre a saúde da população?

É, por isso, que recorremos a um estudo recente da OPS/OMS sobre condições de vida em países da região da América Latina e Caribe ⁽⁸⁾, onde um dos grupos de países é composto pelos oito que vimos analisando: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Uruguai e Venezuela.

Para comparar esses países, o estudo considera que as condições de vida das populações estão relacionadas com o nível de desenvolvimento econômico alcançado, expresso na magnitude dos recursos econômicos disponíveis, e com o modelo de desenvolvimento predominante,

o qual se traduz na acessibilidade acumulada pela população aos recursos básicos para o bem estar.

O nível de desenvolvimento econômico está definido pelo PIB per capita corrigido, tal como se vê na Tabela 2, e a participação no desenvolvimento social é medida pela acessibilidade a algumas características básicas da vida e que se relacionam com os perfis de saúde das populações.

Para tal, compôs um indicador global de acessibilidade ao desenvolvimento social acumulado (IGDSA) com cinco componentes:

- a. Um indicador de acessibilidade acumulada aos serviços básicos de saúde construído com base na percentagem de cobertura de atenção aos partos e na percentagem da cobertura de registros de mortalidade;
- b. Um indicador de acessibilidade acumulada aos recursos econômicos construído pela relação entre a renda dos 20% mais ricos e dos 20% mais pobres e, quando disponível, pelo índice de Gini da distribuição de renda;
- c. Um indicador de acessibilidade acumulada ao sistema educativo construído com base no percentual de população alfabetizada e na média de anos de escolaridade;
- d. Um indicador de acessibilidade acumulada a nutrientes com base na disponibilidade de calorias e de proteínas per capita;
- e. Um indicador de acessibilidade acumulada ao saneamento básico residencial, com base na acessibilidade à água potável e à disposição de excretas.

Cada um dos indicadores individuais pode assumir valores de 1 a 5 e o IGDSA é a média aritmética dos cinco indicadores básicos. O IGDSA para o grupo de países considerados está na Tabela 8.

TABELA 8
IGDSA PARA PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA
ANOS PRÓXIMOS A 1990

PAÍS	AC. SAU	AC. ECON.	AC. EDUC.	AC. NUTR.	AC. SAN.	IGDSA
ARGENTINA	5	4	5	5	5	4,8
BRASIL	3	2	2	2	5	2,8
CHILE	5	3	4	2	5	3,8
COLÔMBIA	3	3	4	2	5	3,4
COSTA RICA	5	5	4	4	5	4,6
MÉXICO	3	3	3	4	3	3,2
URUGUAI	5	5	4	4	5	4,6
VENEZUELA	3	3	4	2	5	3,4
MÉDIA						3,8

Fonte: OPS/OMS⁽⁶⁾

Pelo que se vê, o Brasil, no conjunto dos países latino-americanos de desenvolvimento econômico próximo, tem o pior IGDSA, 2,8, bem inferior à média de 3,8. Esse resultado é particularmente influenciado pelo acesso aos bens econômicos, à educação e aos nutrientes e, em menor escala, aos serviços básicos de saúde.

No mesmo estudo, a OPS/OMS⁽⁶⁾, estabelece as brechas redutíveis de mortalidade por país com relação ao grupo de países. No caso brasileiro, essas brechas são dadas pela diferença entre as taxas brasileiras e as taxas mais baixas estimadas para algum país do mesmo grupo, no mesmo período, no mesmo sexo e no mesmo grupo de idade.

Os resultados mostram que no grupo de idade de 0 a 65 anos, há um total de 55% de mortes redutíveis em relação aos países do mesmo grupo; essas brechas redutíveis atingem mais de 70% no grupo de 0 a 1 ano; 87% no grupo de 1 a 4 anos e 73% no grupo de 5 a 14 anos.

Esse desperdício de vidas deve constituir a preocupação central na busca de uma eficiência alocativa dos escassos recursos financeiros do país para diminuir as brechas redutíveis de mortalidade.

Nesse sentido, é que deve ser questionada a afirmativa de que os recursos para a saúde devem ser aumentados. Aumentados até que patamar de gasto per capita/ano? Qual seria a eficiência alocativa desses recursos incrementais, obedecidos os padrões inerciais de gastos em saúde? Qual o custo de oportunidade social desses recursos incrementais frente a outros espaços de acessibilidade social? Ou, mais claramente, deve-se aumentar os gastos em atenção médica ou é preferível utilizar esses recursos aumentando a acessibilidade social à educação ou à alimentação?

Não são perguntas fáceis de serem contestadas mas que devem estar na preocupação de quantos perseguem a construção de uma sociedade mais justa num ambiente de fortes constrangimentos de recursos.

CONCLUSÕES

1. A precariedade das informações sobre financiamento e gastos em saúde no Brasil são precárias e não permitem a definição de políticas racionais nesses campos;

2. Torna-se urgente organizar a produção e a análise dessas informações num esforço articulado, da SEPLAN/IPEA, do IBGE, do Ministério da Saúde, do Ministério da Fazenda, da Associação Brasileira de Economia da Saúde, de Universidades e de instituições de prestadores de serviços, apoiado por agências internacionais como Banco Mundial, PNUD e OPS/OMS;

3. Não parece tão certo como postula-se, com frequência, que o país gaste pouco em saúde, senão quando essa afirmativa é tomada em termos de percentual do PIB. A única certeza é a de que, em anos muito recentes, o gasto público federal diminuiu e suas fontes de financiamento tornaram-se inestáveis;

4. Há evidências de que os gastos em saúde estão inercializados e que se realizam com baixas eficiências alocativa e técnica.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS - Gasto nacional y financiamiento del sector de la salud en America Latina y el Caribe: desafios para la década de los noventa. Washington, Programas de Políticas de Salud, Serie Informes Tecnicos nº 30, 1994.
2. IESP/FUNDAP - Gastos em saúde nas três esferas de governo. São Paulo, mimeo, 1993.
3. CEPAM - Gastos sociais em municípios de São Paulo. São Paulo, Dados preliminares, mimeo, s/ data
4. GOUVEA, L.R. de - Planos de assistência médica: evolução, mercado, tendências. São Paulo, Towers e Perrin, mimeo, 1990.
5. FERREIRA NETO, W. - Sistemas privados de salud. Buenos Aires, VI Congreso ALAMI, mimeo, 1992.
6. MEDICI, A.C. - Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, ENCE, 1991.
7. BANCO MUNDIAL - Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington, Oxford Univ. Press., 1993.
8. OPS/OMS - Las condiciones de salud en las Américas, 1994. Washington, borrador, mimeo, 1994.
9. PNUD - Relatório do desenvolvimento humano, 1994. Lisboa, Tricontinental Ed., 1994.
10. Para aprofundar esse movimento, veja:
MENDES, E.V. - As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: MENDES, E.V. (Organizador) - Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 1994.

Coordenação Gráfica
Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Editoração Eletrônica
APS Computação Gráfica Ltda.

Revisão
Cecilia Eiko Fujiwara

Impressão
Gráfica e Editora Universigraf
Rua Mossoró, 399
Tel/Fax (043) 321-1723
CEP: 86020-250 - Londrina - PR

