

Título do capítulo	OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Autores(as)	Solon Magalhães Vianna Sérgio Francisco Piola
DOI	

Título do livro	FORUM O NOVO PACTO FEDERATIVO
Organizadores(as)	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Volume	
Série	
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	1993
Edição	
ISBN	
DOI	

OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola
(nov. 1993)

OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Solon Magalhães Vianna
Sérgio Francisco Piola
(nov., 1993)

I. Por que o Estado ?

A crescente responsabilidade estatal no campo da saúde tem sido identificada como característica comum na evolução dos diferentes sistemas de saúde contemporâneos. Se a participação do estado como provedor direto de serviços pode variar de intensidade de país para país, praticamente em todos o Poder Público se destaca quer como agente regulador, quer como fonte de financiamento.

02. Custos em ascensão, externalidades e a impossibilidade dos sistemas de saúde funcionarem com um mínimo de equidade, quando ao sabor das forças de mercado, explicam, em grande medida, porque em pleno clamor universal por menos governo, os sistemas de saúde tem resistido ao ímpeto da onda neoliberal que varre o mundo nos últimos anos.

03. Na Grã Bretanha, o Serviço Nacional de Saúde - graças ao o apoio da opinião pública - vem conseguindo neutralizar as sucessivas investidas contrárias desde quando os conservadores, com a Sra. Thatcher, assumiram o poder. Nos Estados Unidos, o último bastião de resistência à presença estatal, o governo ampliará seu papel se o Plano Clinton (Hillary) vencer as dificuldades que tem pela proa. Cuba, onde o mercado, até bem pouco herético, começa a ganhar espaço diante

da insolvência da economia estatizada, dificilmente deverá alterar a concepção básica do modelo médico-assistencial, a despeito da crise e das mudanças políticas e econômicas que, mais cedo ou mais tarde, serão introduzidas.

04. O primeiro fator a justificar a presença do estado na saúde - custos crescentes - não decorre apenas da incorporação acelerada de novas tecnologias e da cartelização do setor. Tem explicação também no imperativo ético de estender a cobertura a segmentos ainda desassistidos.

05. O segundo, a presença de externalidades, tem a ver com o fato - os serviços de saúde não beneficiam apenas os seus usuários diretos, mas a toda a comunidade. Isto, embora melhor evidenciado em determinadas ações como as de vacinação e aquelas que, por sua natureza, não podem ser prestadas individualmente, como o controle de vetores e a vigilância sanitária e epidemiológica, não descaracteriza como bens públicos ou bens de mérito, outras ações inclusive as de assistência médico-hospitalar.

06. O terceiro fator está na imperfeição e, não raramente, - na perversidade do mercado. Imperfeição, porque no campo da saúde não prevalece a soberania do consumidor: o paciente não escolhe o momento de demandar o sistema, dada a imprevisibilidade da doença. Além disso, desconhece as medidas (tratamento) que deve tomar, transferindo a um especialista a prerrogativa de decidir em seu lugar sobre o que consumir. Perversidade, porque mesmo as modalidades de pré-pagamento são, no Brasil, inacessíveis à grande maioria da população, salvo quando proporcionadas como fringe

benefits patronal. A penalização dos idosos é ainda maior: quanto mais elevada a idade, maior o valor do prêmio mensal a ser pago ao seguro saúde. É por esta razão que somente pessoas de renda mais alta tem acesso a qualquer modalidade de, assim chamada, medicina supletiva, salvo quando subsidiada, total ou parcialmente, pelo empregador ⁽¹⁾.

07. Ademais, os planos médicos não proporcionam assistência integral. Serviços de custo muito elevado como hospitalizações de longa duração, tratamentos ambulatoriais psiquiátricos e odontológicos, doenças crônicas ou contraídas antes da adesão ao plano, não são cobertos.

08. A presença do estado parece, ainda, assegurar custos globais menores. Nos EEUC, onde o mercado é hegemônico, a indústria da saúde absorve 12% do PIB. Nada obstante 37 milhões de pessoas permanecem desassistidas ⁽²⁾. Como a atenção oferecida, pelo governo ou pelo mercado, não é integral, famílias mesmo dispendo de algum tipo de cobertura podem, literalmente, tornar-se insolventes depois de enfrentar algum problema de saúde não previsto no plano de saúde ao qual se associaram.

09. Não surpreende, portanto, o fato de apenas 10% da população americana estar satisfeita com o sistema. Em contrapartida, na Inglaterra e no Canadá, países

(1) A despeito da notória insatisfação nacional com os serviços públicos de saúde, particularmente os de assistência médico-odontológica, apenas 20% da população brasileira estão protegidos por alguma das múltiplas formas organizacionais supletivas sob as quais a velha medicina liberal procura se adaptar aos novos tempos.

(2) Além dos pobres (Medicaid) e dos idosos (Medicare) apenas outros grupos menos numerosos como ex combatentes e índios contam com assistência médica provida pelo governo federal.

onde a quase totalidade do financiamento da saúde vem do orçamento público e a atenção integral a saúde está universalizada, os dispêndios setoriais giram ao redor de 7% do PIB.

2. O que é o sistema único de saúde ?

10. O conceito de seguridade social - "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social (C. F., Art. 194) constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição promulgada em 5 de outubro de 1988.

11. Não menos relevante foi a decisão dos constituintes de incorporar entre as obrigações do estado a de assegurar saúde como direito de todos "mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (C. F., Art. 196). Cabe ao sistema único de saúde - SUS prover essas ações e serviços (C. F., Arts. 198 e 200).

12. O Sistema Único de Saúde - SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Lei nº 8080/90, Art. 4º caput). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (C. F., Art. 199, § 1º; Lei nº 8080/90, Art. 4º, § 2º).

13. Organizado em rede regionalizada (em cada espaço geo-populacional pré-definido) e hierarquizada (segundo complexidade tecnológica), o SUS segue diretrizes de descentralização e participação da comunidade, prioridade para atividades preventivas, direção única em cada esfera de governo e atendimento integral (C. F., Art. 190).

14. Todos esses princípios e diretrizes, salvo direção única e atenção integral, já estavam presentes em inúmeras políticas públicas que antecederam o processo constituinte como o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, 1976-1977), as AIS (Ações Integradas de Saúde, 1982) e o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, 1986-1988). A ANC de 88 não fez mais que consolidar esses princípios e diretrizes em um corpo de doutrina, concedendo-lhes hierarquia jurídica mais alta.

3. Teoria E Prática Da Descentralização

15. A Constituição de 1988 apresenta, de um modo geral e no campo da saúde em particular, visível propensão descentralizadora.

16. No geral, em função da própria repartição tributária que fortaleceu Estados e Municípios em detrimento da União. No setor de saúde por dois motivos básicos: em primeiro lugar porque dos três componentes da federação o município é o único a merecer menção, clara e específica, quanto a sua competência setorial: "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da

população" (C. F., Art. 30, VII); a competência comum que alcança União, Estados e Municípios - "cuidar da saúde e assistência pública" (C. F., Art. 23, II) é genérica. Em segundo lugar, porque quando a competência de legislar for concorrente, com ocorre no campo saúde (C. F., Art. 24, XII), a União deve se limitar a estabelecer normas gerais (C. F., Art. 24, § 1º).

17. Nada obstante, a diretoria da descentralização permite diferentes leituras, não tendo, por conseguinte, ao menos no campo da saúde, entendimento lauro a controvérsia. Em outubro de 88 o Congresso Nacional reunido em Assembléia Nacional Constituinte entendeu que o sistema de saúde deveria ser descentralizado, e até municipalizado ⁽³⁾. Dois anos depois, ao aprovar a Lei nº 8080/90 que regulamentou esse sistema, minimizou a decisão anterior mediante a adoção de vários dispositivos legais inequivocamente recentralizadores.

18. Esperava-se da Lei Nº 8080/90, disposta "sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes", a explicitação do que parecia ser a intenção da Assembléia Nacional Constituinte - ANC, no que diz respeito à descentralização.

19. Mas, a regulamentação frustrou as expectativas mais otimistas. Em certa medida a Lei limitou o alcance da descentralização. Inúmeros dispositivos assim indicam: a manutenção dos hospitais universitários fora

(3) A municipalização do atendimento à saúde, tal como finalmente consagrada (C. F., Art. 30, VII) só ficou definida na etapa final do processo constituinte. A intenção, até a última versão do projeto de Constituição, foi no sentido de uma municipalização mitigada, vale dizer, limitada aos serviços básicos (atenção primária) de saúde.

do comando da autoridade sanitária da área onde se encontram localizados (Art. 45) é um exemplo. Ainda que possa estar justificada pela autonomia universitária (C. F., Art. 207), essa decisão do legislador comprometeu a unidade de comando no nível local, mantendo centralizada, sob gestão federal, cerca de 10% da oferta pública de leitos hospitalares.

20. A preservação do INAMPS (4) e a manutenção da Fundação das Pioneiras Sociais - FFS e do Instituto Nacional do Câncer - INCA (Art. 41) sob supervisão da direção nacional do SUS (Ministério da Saúde) configura a intenção de manter, em caráter permanente, sob execução federal, ações típicas de assistência médica-hospitalar, que em um sistema realmente descentralizado, devem ser competência municipal ou, no máximo, estadual. Adicionalmente, abre espaço para a União ampliar sua ação direta no campo da atenção médica especializada. A intenção, de certa forma velada, de federalizar centros de excelência é identificável na Lei: a descentralização de serviços e ações de saúde está restrita aos de abrangência estadual e municipal (Lei Nº 8080/90, Art. 16, XV).

21. A face centralizadora da Lei está ainda mais exposta quando esta trata do financiamento do SUS. A necessidade de "programação aprovada" (Art. 33, § 4º) e de "análise técnica de programas e projetos" (Art. 35, caput) é pré-requisito para o repasse de recursos federais para estados e municípios, um anacronismo abandonado ainda na década de 70 em relação aos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM). Exigências como estas não disfarçam o intento de manter sob o poder discricionário da burocracia federal,

(4) O INAMPS só foi extinto em julho de 1993 (Lei nº 8689 de 22-07-93)

recursos cuja responsabilidade de gestão pertenceria a Estados e Municípios ⁽⁵⁾.

22. O MS, ainda, "acompanhará, através de seu sistema de auditoria a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios?" aplicando, no caso de "maiveração, desvio ou não aplicação dos recursos", "... as medidas previstas em Lei" (Art. 33, § 4º).

23. O controle e a fiscalização dos recursos públicos, inclusive os transferidos pela União, provavelmente podem ser bem mais eficazes se forem descentralizados. Neste sentido, os Conselhos de Saúde estaduais e municipais são os instrumentos adequados. Na esfera federal compete ao Tribunal de Contas da União - TCU, "fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União" "... a Estado, ao Distrito Federal ou a Município (C. F., Art. 71, VI). A competência atribuída ao MS traz o risco de levar, mais cedo ou mais tarde, à criação de uma enorme estrutura burocrática federal de eficácia duvidosa, pois são mais de quatro mil municípios, além das unidades federadas, a serem fiscalizados.

24. O viés centralista não é menos nítido no estabelecimento da gratuidade das ações e serviços de saúde públicos e privados contratados (Art. 43), regra que a ANC recusou status constitucional. Por que não deixar que cada município decida sobre se quer ou não serviços gratuitos ? A presumível intenção de proteger os mais pobres acaba por beneficiar os mais ricos. A

(5) Posteriormente, a Lei Nº 3142 de 26/12/90 tentou remediar a questão, instituindo o repasse automático e regular. Na prática, entretanto, nada ou muito pouco foi alterado.

aparente generosidade da regra nacional parece ser o principal obstáculo a impedir que SUS seja ressarcido dos atendimentos que faz a pacientes protegidos por planos de saúde.

25. As relações entre o SUS e os serviços privados contratados continuam normatizadas pelo nível central (Art. 16, XIV). A despeito da regra constitucional que trata da competência para legislar concorrentemente (C. F., Art. 24, XII), a União não tem-se restringido a editar normas gerais (C. F., Art. 24, § 4º). Vai mais além, chegando ao detalhe quando trata das relações com os fornecedores de serviços médicos: é o MS quem estabelece "critérios e valores para a remuneração de serviços e parâmetros de cobertura assistencial" (Art. 26, caput).

26. A competência concedida pela Lei à esfera federal se contrapõe a uma compreensão mais ampla da diretriz constitucional da descentralização. A autonomia de estados e municípios que, obviamente, não exclui a prerrogativa de contratar a compra de bens e serviços com fornecedores privados, fica restrita no campo da saúde, pois limitada, aparentemente, à escolha do provedor e, expressamente (Art. 18, X), à assinatura do contrato e ao controle e avaliação de sua execução. O preço é fixado pela direção nacional do SUS. Tarifas padronizadas desatendem as peculiaridades locais e diminuem a capacidade do gestor local (ou estadual) de formular a política de saúde. Com preços tabelados nacionalmente pela direção central do SUS, estimula-se a cartelização e subtrai-se do município um instrumento importante para (des)incentivar participação do setor privado.

27. O desvio rescentralizador não está só no que, implícita ou explicitamente, diz a Lei. Está, também, no que deixou de dizer em razão dos vetos a dois dispositivos aprovados pelo Congresso, com a inusitada justificativa de se tratarem de "adiúcias impróprias a Lei" (D. O., 20 set. 90, p. 18069).

28. O primeiro veto (Art. 33, § 2º) eliminou a referência ao automatismo das transferências financeiras, o que parece sinalizar para a intenção de preservar a forma negociada de repasse para estados e municípios. O segundo (Art. 35, § 5º), reforça essa suspeita pois possibilitou a manutenção do convênio como instrumento das transferências negociadas. Para não mencionar a não regulamentação do Art. 35 da Lei 8080, que define os critérios de rateio dos recursos objeto de repasse para Estados e Municípios.

29. A Lei Nº 8142, de 31-12-90, foi mais uma tentativa, frustrada na prática, para regular essas transferências e restaurar o espírito da Lei 8080/90 tal como aprovada pelo Congresso. O novo instrumento determina que os recursos federais destinados à cobertura das ações implementadas pelos Municípios, Estados e Distrito Federal sejam repassados de "forma regular e automática" (Art. 3º), exclusivamente segundo critério populacional (Art. 3º, § 1º), e que 70% desses recursos seriam destinados aos municípios "afetando-se o restante aos Estados" (Art. 3º, § 2º). A Lei Nº 8142 estabelece ainda requisitos (criação do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde, elaboração do Plano de Saúde, etc) para que Estados e Municípios passassem a receber suas cotas

30. Na operacionalização dessas regras, entretanto, o MS, através do ex-INAMPS, urdiu inúmeros

mecanismos de preservação do status quo. Para o financiamento da atividade ambulatorial criou a Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA ⁽⁴⁾. Enquanto a assistência hospitalar é remunerada através de cotas mensais de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, cuja quantidade equivale a 1/12 (um duodécimo) de 10% da população. Os Municípios que atendam determinados pré-requisitos previstos para a "municipalização" das ações de saúde recebem essas cotas diretamente.

31. Por estes mecanismos Estados e Municípios passaram a conhecer o seu lote de despesas ambulatoriais financiadas com recursos federais e a quantidade de internações que seriam remuneradas com esses recursos. Além disso, passaram também a administrar a distribuição das AIHs entre prestadores (públicos e privados) e a (des)credenciar serviços. Antes do SUS essas competências eram da previdência social (INAMPS).

32. Essas regras, aceitáveis como transitórias, já se aproximam do terceiro ano de vigência. O mais grave porém é sua lógica centralista: em síntese, Estados e Municípios passaram a receber por produção, ou seja, de forma bastante similar àquela que o INAMPS tradicionalmente adotava para remunerar os prestadores privados.

33. Não há, por conseguinte, incentivos para utilização mais eficiente dos recursos. Em primeiro lugar porque a "fatura" dos serviços produzidos

(4) O valor da UCA - diferente por grupos de estados - é fixado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) sucessora do INAMPS e está baseado na série histórica do gasto ambulatorial no Estado. Esse valor é multiplicado pela população (UCA anual); o valor mensal corresponde a um duodécimo.

localmente é quitada por um terceiro (MS/SAS), em Brasília, e não pelo gestor municipal ou estadual. Segundo, porque como os recursos são repassados em função de serviços prestados, diminuir internações "economizando" AIHs não gera recursos para, por exemplo, ampliar programas de prevenção e controle de doenças. Em última análise isto implica na redução da capacidade estadual e municipal de formular suas próprias políticas e estratégias de ação <7>.

34. A forma engendrada para condução do processo de descentralização tem ainda outros efeitos colaterais:

(i) favorece a aliança entre prestadores públicos (Estados e Municípios) e privados, gerando lobby articulado cujo interesse comum é o aumento da quantidade de AIHs e do valor das tarifas fixadas e pagas pelo MS;

(ii) desestimula a evolução do processo, na medida em que preserva poder central de um lado e, de outro, torna o contexto confortável para estados e municípios que

<7> Este ano o MS introduziu algumas alterações (Portaria Nº 545, de 20 mai. 93), ainda por implementar, no processo de descentralização, criando diferentes estágios de gestão (incipiente, parcial, e completa) que configuram diferentes graus de autonomia estadual e municipal na gerência do SUS. A novidade mais importante é o estabelecimento de tetos financeiros para estados e municípios. Dependendo do estágio de gestão em que se enquadram passarão a receber transferências globais, mas somente aqueles em estágio de gestão completa responsabilizar-se-ão pelo pagamento dos serviços. Independente de seu mérito intrínseco como mais um avanço no processo de distensão gradual e de redução da tutela federal sobre os entes subnacionais a nova estratégia do MS tem um aspecto bastante sugestivo: a ausência de qualquer menção a gestão estadual e/ou municipal plena.

recebem hoje mais recursos que no passado recente sem assumirem responsabilidades concretas, exclusivas e intransferíveis sobre os sistemas que gerem ou deveriam gerir com total autonomia: e,

(iii) consolida a cultura de dependência ao poder central, caracterizando o que se tem chamado de descentralização tutelada.

35. A etiologia de todas essas práticas parece estar na atrofia de nossa organização federativa e na cultura centralizadora que permeia a sociedade bras-leira. Não se pode esquecer que metade dos últimos sessenta anos de nossa história foi vivida sob regimes que podem ser classificados de forma clara como ditatorial (primeiro governo Vargas) ou, eufemisticamente, como autoritário (1964-1985).

36. No setor de saúde a causa específica tem ainda raízes no formidável crescimento da assistência médica provida pela previdência social, sobretudo a partir dos anos 50, e na reforma tributária centralizadora na segunda metade da década seguinte. Se a expansão da assistência médica previdenciária contribuiu, ao fim e ao cabo, para que se chegasse ao "acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde" não menos certo é que a estratégia para essa mesma expansão, associada ao centralismo tributário, inibiu iniciativas comunitárias e locais e aumentou a dependência das secretarias de saúde ao financiamento federal.

3. Rediscutindo A Divisão De Encargos

3.1. O QUE DIZ A CONSTITUIÇÃO

37. Uma das críticas com presença mais frequente no repertório revisionista refere-se à postura generosa dos constituintes de 88 na descentralização dos recursos públicos, contrastante com a parcimônia com que distribuíram encargos.

38. É inegável que a promulgação da nova Constituição reverteu o centralismo fiscal consolidado nos anos autoritários. A partir de 1990, quando a nova partilha tributária passou a ter vigência efetiva, a União ficou relativamente mais pobre. Conseqüentemente, estados e municípios fortalecidos, tornaram-se menos dependentes do poder central.

39. A repercussão da nova partilha tributária no financiamento do sistema de saúde foi pouco significativa. Na verdade, as perdas relativas na receita administrada pela União limitaram-se aos recursos de origem tributária: imposto de renda e imposto sobre produtos industrializados que compõem o Fundo de Participação dos Estados - FPE e Fundo de Participação dos Municípios - FPM.

40. As fontes tributárias, todavia, tem importância marginal no financiamento do SUS. Apenas 10% do financiamento federal destinado ao setor tem origem nessas fontes. Já era assim antes de 1988. A parte mais substancial do financiamento é proveniente das contribuições sociais que conformam o Orçamento da Seguridade Social - OSS. As Contribuições Sociais, ao contrário dos tributos, não são objeto de partição automática, permanecendo sob gestão federal. A

disponibilidade histórica de recursos federais e a presença de outras responsabilidades exclusivas a serem atendidas com recursos próprios, desestimularem, aparentemente, Estados e Municípios a concentrar nos seus sistemas de saúde o acréscimo de receita proporcionado pela nova Constituição. Com sabedoria (ou aspereza) política, pareceu no início preferir, mantida inócuamente a retórica descentralizadora, continuar na dependência do poder central.

41. Também é verdade que a Constituição vigente não é suficientemente explícita na divisão de responsabilidades no campo da saúde. É certo, como já mencionado, que ao município foi concedida competência para "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento a saúde da população" (C. F., Art. 30, VII). Mas essa atribuição, ainda que expressa, não é exclusiva.

42. Primeiro, porque estão previstas duas atribuições comuns aos três entes federativos: guardar da saúde e assistência pública (C. F., Art. 23, II) e legislar sobre proteção e defesa da saúde (C. F., Art. 24, XII) ⁽⁸⁾. Segundo porque ao estado (unidade federada) foram reservadas "as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição" (C. F., Art. 25, § 12), o que aumentou a ambigüidade e abriu espaço para ações paralelas. Assim, os estados não estão proibidos de prestar serviços de atendimento à saúde da população, ainda que esta missão seja, como já referido, atribuição municipal explícita.

(8) Limitar, no campo da legislação concorrente, a competência da União ao estabelecimento de normas gerais (C. F., Art. 24, § 12) ajuda mas não resolve tudo, dada a impossibilidade prática de precisar o que sejam normas gerais.

43. Em princípio não haveria nada de errado em competências concorrentes. No campo da saúde isto é inevitável. Os municípios brasileiros jamais poderão prestar todos os serviços de saúde; em determinadas situações, razões tecnológicas ou de escala podem tornar a execução municipal inconveniente ou desaconselhável, mesmo quando esta seja possível.

44. As dificuldades surgem quando a divisão de encargos é obscura, aumentando a possibilidade de conflitos, paralelismos e superposições, como tem sido tradição no sistema de saúde brasileiro. Cabe a lei regulamentadora eliminar ou, no mínimo, reduzir essa possibilidade.

3.2. A LEI Nº 8080/90

45. A regulamentação dos dispositivos constitucionais referentes a saúde (Lei Nº 8080 de 18/09/90), entre outros objetivos, procurou clarear as ambigüidades constitucionais. O papel supletivo do Estado, em relação ao município, ficou evidenciado. Enquanto à União, a despeito de conservar atribuições executivas que deveria ter abdicado, coube a direção geral do SUS e outras funções típicas do nível central, particularmente em um país federativo de grande extensão territorial e diversidades regionais marcantes.

46. A participação das diferentes esferas de governo e do setor privado ficou assim distribuída:

(i) União

. Coordenação, normalização e financiamento do SUS; vigilância sanitária de

portos, aeroportos e fronteiras; execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais (ocorrência de agravos com risco de disseminação nacional que escapem ao controle dos estados); regulação das relações do SUS com setor privado; cooperação técnica e financeira à estados e municípios; serviços de atendimento à saúde à população; de forma permanente, por força de Lei (Lei nº 8080/90, Art. 41), através do Instituto Nacional do Câncer - INCA (administração direta) e da Associação das Pioneiras Sociais (contrato de gestão); e de forma, que se ancora seja transitória, através de vasta rede própria integrada por hospitais, postos de assistência médica, centros e postos de saúde ainda não integralmente transferidos para gestão municipal ou estadual, espalhados por mais de 700 municípios;

O componente federal do SUS, entretanto, não se limita ao MS. Integram também o sistema único, os hospitais universitários e de ensino do MEC (Lei Nº 8080/90, Art. 45, caput). Podem também fazer parte do SUS, mediante convênio, os serviços de saúde das Forças Armadas (Lei nº 8080/90, Art. 45, § 2º).

Embora não expressamente excluídos, quer pela Constituição quer pela Lei ordinária, tem sido considerados, na prática, como não integrantes do SUS, os serviços de saúde das diferentes órgãos públicos dos poderes executivo (administração direta, indireta e

fundacional), legislativo e judiciário das três esferas de governo que proporcionam assistência médica, hospitalar e odontológica a seus funcionários, empregados e dependentes.

. Estado:

Não tem atribuição constitucional específica no campo da saúde. Suas atribuições, exercidas pelas respectivas Secretarias de Saúde, são similares as da União. Cabe-lhe, entre outras atribuições, "gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional".

. Município:

Incumbe ao Município "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população" (C. F., Art. 30, VII).

. Setor privado:

Participa de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (C. F., Art. 199, caput; Lei nº 8080/90, Arts. 4º, § 2º, 24, 25 e 26).

47. Tudo isto levaria a supor que a questão da repartição de encargos estaria adequada e definitivamente equacionada; por conseguinte, não seria

necessário alterar a Constituição nesse aspecto. Em certa medida isso também é verdadeiro.

48. Não se pode esquecer, porém, que, no Brasil, a instabilidade da lei ordinária leva as pessoas a acreditarem que só o que está codificado na Constituição, por ter imunidade a Medidas Provisórias, portas e outros instrumentos herdados dos tempos do arbítrio, tem maior chance de perenidade e, até mesmo, de acatamento.

49. Admitida essa premissa, a repartição de encargos fixaria melhor explicitada, com a substituição da atual competência concorrente - "guardar da saúde e assistência pública..." (C. F., Art. 23, II) - por competências específicas assim discriminadas:

(i) União: coordenar o sistema único de saúde, promover a equidade e desenvolver ações de alcance coletivo que, por sua natureza não possam ser de responsabilidade municipal ou estadual, nos termos da lei;

(ii) Estado: organizar e coordenar o sistema único de saúde e, quando couber e em caráter supletivo aos municípios, prestar serviços de atendimento à saúde da população, como a lei definir;

(iii) Município: prestar serviços de atendimento à saúde da população.

4. Financiamento: o calcanhar de Aquiles do SUS

50. O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (C. F., Art. 198, Parágrafo Único). O gasto público (União, Estados e Municípios) com saúde, da ordem de US\$12,93 bilhões (1990), assim se distribui entre as três instâncias:

União:	72,7%
Estados:	15,4%
Municípios:	11,9%

51. Como se observa, o Governo Federal tem sido hegemônico no financiamento setorial. No início dos anos 60 a União respondia por 75% do gasto público com saúde, os Estados por 18% e o conjunto dos municípios por 7%.

52. As despesas federais no setor tem decrescido dramaticamente nos últimos anos. O dispêndio federal no último ano da série abaixo, equivale a 1,67% do PIB, correspondendo a um per capita de US\$44,19, o mais baixo desde 1980.

1989	US\$ 11.319.957.000
1990	US\$ 9.450.965.000
1991	US\$ 7.847.021.000
1992	US\$ 6.571.231.000

53. A quase totalidade dos recursos federais é gerada pelas Contribuições Sociais (C. F., Art. 195): em 1992, as principais fontes tiveram a seguinte participação relativa no financiamento do componente federal do SUS:

Fontes	% (1992)
Contribuições Sociais	83,76
Finsocial/Cofigins	43,12
Cont. Empregados e Empregadores	29,77
Cont. sobre lucro das empresas	2,42
Receita Concursos Prognósticos	2,50
Impostos (Orçamento Fiscal)	10,95
Outras Fontes	11,24

54. Em 1990, último ano para o qual se dispõe de informação consolidada, o gasto das três esferas do governo foi de US\$ 12,93 bilhões, correspondendo a um per capita de US\$ 90 e a 3,19% do PIB. Em 1989, o melhor ano da década, o gasto público total atingiu o US\$ 14,54 bilhões, US\$ 103 per capita e 3,24% do PIB.

55. A origem (federal) da maior parte dos recursos setoriais tem trazido dificuldades não só para a descentralização do SUS como para o próprio financiamento do sistema como um todo. No primeiro caso pela natureza dos mecanismos de repasse. No segundo, em virtude da prioridade absoluta do pagamento de benefícios previdenciários. Com isso a saúde hoje, como foi a assistência médica no passado, é financiada com o que "sobra" do atendimento dos compromissos previdenciários.

56. A diversificação de fontes do Orçamento da Seguridade Social - OSS buscou dar maior estabilidade às receitas. Entretanto, a revisão dos valores dos benefícios rurais e urbanos e a reformulação da forma de cálculo dessas prestações, inclusive com a fixação do piso de um salário mínimo, por mandato constitucional, passaram a comprometer percentuais crescentes das receitas. A esses fatores se agregam, em um contexto recessivo e inflacionário, o retraimento das fontes fiscais e a frustração da receita da Contribuição sobre o faturamento (FINSOCIAL/COFINS).

seja como decorrência da queda da atividade econômica e das contestações judiciais ⁽⁹⁾, seja por puro e simples aumento da sonegação.

57. Ao se integrar à previdência e à assistência social, o SUS entrou em uma competição que lhe é desfavorável. O custeio das prestações a cargo do INSS (pensões e aposentadorias, principalmente) demanda um volume crescente de recursos que, a médio e longo prazo, tende a absorver a totalidade das contribuições sociais. Ao mesmo tempo, o governo não só tem mantido os valores insatisfatórios ⁽¹⁰⁾ as transferências do Tesouro para o SUS previstas na Constituição (C. F., Art. 195, caput e Art. 190, Parágrafo Único), como também passou a incluir, entre as responsabilidades da seguridade social, programas que, até 1988, eram atendidos pelo orçamento fiscal.

58. Tudo isso torna cada vez mais problemático o financiamento do SUS. A fatia de 30% habitualmente pleiteada pela saúde e poucas vezes alcançada - mesmo antes da Constituição de 88 - embora sabidamente aquém do necessário para prover, com padrões qualitativos aceitáveis, o "acesso universal e igualitário às ações e serviços" de promoção, e proteção e recuperação da saúde, começa a configurar-se como uma imagem-objetivo cada vez mais distante. Entre 1971 e 1988 somente em 4 exercícios orçamentários as despesas do INAMPS atingiram percentual superior a 30% do dispêndio total do SINPAS.

(9) As estimativas sobre o valor da Contribuição Social sobre o faturamento das empresas depositado judicialmente indicam um montante que varia entre US\$ 7 bilhões e US\$ 9 bilhões.

(10) A contribuição da União (recursos ordinários do Tesouro) tem representado menos de 10% da receita total da seguridade social.

59. Em uma conjuntura econômica recessiva, onde as receitas públicas costumam decrescer, esse cenário gera uma disputa perversa por recursos escassos. De um lado, pensões e aposentadorias, de outro, os serviços de saúde. É certo que essa disputa já existia no SINPAS: a assistência médica concorria com os benefícios previdenciários e a assistência social. A diferença é que, agora, a competição não se limita a assistência médico-hospitalar, mas alcança todos os serviços de saúde.

60. Estes dificilmente deixam de ser sacrificados: uma coisa é competir com iniciativas de prioridade duvidosa, como os projetos de construção do caça submarino AMX, do submarino nuclear ou com emendas clientelísticas que os parlamentares costumam enxertar na proposta orçamentária anual. A luta não seria fácil, mas a opinião pública estaria a favor. Outra coisa, porém, é concorrer com mais de 12 milhões de aposentados e pensionistas cuja sobrevivência está, na grande maioria dos casos, condicionada ao recebimento regular de modestos benefícios mensais.

61. De qualquer forma a partilha dos recursos do OSS poderia estar sendo ainda mais desfavorável ao sistema de saúde. Não o foi porque o gasto do INSS com prestações em dinheiro (pagamento de pensões e aposentadorias, principalmente), foi mantido represado por algum tempo.

62. A demora na implementação da Lei de Custeio da Previdência Social (Lei Nº 8212/91), retardou por mais de 2 anos a adoção das novas regras para o cálculo do valor das aposentadorias, mais favoráveis ao trabalhador (C. F., Art. 201, § 3º) e a equiparação dos

benefícios rurais aos urbanos. Até mesmo o dispositivo constitucional (C. F., Art. 201, § 5º) que se supunha auto aplicável, segundo o qual nenhum benefício pode ter valor mensal inferior ao salário mínimo, teve que esperar a instituição do Plano de Custeio para a sua efetivação. Enquanto a ausência da Lei Orgânica da Assistência Social, tem postergado pelo menos as despesas com o pagamento de um salário mínimo mensal para os deficientes carentes (C. F., Art. 203, V). Se essas medidas estivessem em vigor desde 89, provavelmente o financiamento do SUS teria sido ainda mais insatisfatório.

63. As repetidas tentativas de proteger o SUS não tiveram a eficácia desejada. A preocupação surgiu pela primeira vez no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT (Art. 55), determinando que, até que fosse elaborada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, 30% dos recursos do OSS, excluído o seguro-desemprego, fossem destinados à área da saúde. Essa determinação, apesar de reeditada em algumas LDOs jamais foi efetivamente cumprida.

64. A uma conjuntura difícil se contrapõe uma abundante safra de projetos para criar recursos novos. As sugestões vão desde o puro e simples aumento das alíquotas de contribuições até a inovações de risco como o imposto Único sobre transações financeiras.

65. A primeira foi repelida pelo Congresso Nacional. A segunda concretizou-se, ironicamente, como um imposto adicional, para enredar ainda mais o cipal tributário brasileiro, que acabou eliminado (ou adiado) pelo Supremo Tribunal Federal.

66. Na área da saúde, a alternativa mais cogitada para garantir recursos é a vinculação. Esta, contudo, não assegura maiores recursos por si só, particularmente em um ambiente de crise fiscal ou quando a prioridade da área beneficiária não tem contornos nítidos.

67. Um bom exemplo dessa incerteza e da fragilidade da vinculação como panacéia para o problema de escassez de recursos e/ou de falta de vontade política, pode ser encontrado na área de educação. Apesar de prevista pela Constituição (C. F., Art. 212) que obriga a União a aplicar no desenvolvimento da educação, 13% da receita de impostos⁽¹¹⁾, os recursos federais para esse setor tiveram queda real de 40% entre 1990 e 1992.

68. Ademais, o mandamento constitucional é negligenciado. Muitos estados e municípios não o cumprem. E a União, para efeito de dá-lo como atendido, computa como em educação despesas que, em outras circunstâncias, são consideradas como pertencentes a outras funções de governo. É o caso das despesas com aposentados e pensionistas do INEC (Função Assistência e Previdência) usualmente contabilizadas como despesa com educação.

69. Como habitualmente acontece quando se discute o financiamento do sistema de saúde, retorna à pauta a proposta da instituição de fonte(s) específica(s) para o setor. Apesar dos conhecidos inconvenientes das vinculações em geral, a idéia tem dois méritos: por um lado anula a disputa entre "aposentadorias e hospitalizações"; por outro, cria a oportunidade de

⁽¹¹⁾ Estados e Municípios: 25%.

automatizar a partilha de recursos entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) integrantes do SUS. A partição ocorreria em modalidade similar ao FPE e FPM e, com isso, estaria neutralizado o casuísmo inerente às transferências negociadas e dar-se-ia efetividade ao princípio constitucional da descentralização do sistema de saúde.

70. As propostas já conhecidas vão desde a especialização de fontes, passando pela separação de alíquotas de cada fonte para cada uma das áreas que compõem a seguridade social, até a explosão da seguridade social, passando saúde a ser financiada com recursos de impostos (Orçamento fiscal).

71. A tendência mais forte, pelo menos no âmbito do legislativo, combina todas essas opções. Nesse sentido, existem duas propostas de emenda constitucional.

72. Uma, de iniciativa do Deputado Chafik Farah, dispõe que "a União aplicará no sistema único de saúde, anualmente, nunca menos de 10% da receita de impostos e contribuições". Outra, patrocinada pelos Deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, propõe a destinação de "nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõem o OSS e dez por cento da receita resultante de impostos". Propõe, ainda, que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apliquem, anualmente, na implementação do SUS, nunca menos de 10% da receita resultante de impostos.

73. Ainda que se admita a vinculação como um mal necessário, a emenda Chafik Farah apresenta três inconvenientes:

(i) vincula à área da saúde percentual de contribuições que já tem finalidade específica, como o salário-educação;

(ii) concentra a responsabilidade do financiamento em fontes federais; e

(iii) desconsidera a questão da partilha automática dos recursos entre os três entes da federação, proporcional às responsabilidades de cada um.

74. A segunda emenda fixa um percentual sobre um montante, contribuições sociais que compõem o OSS, que poderá ser alterado - e em muito - a depender das modificações que venham a ser aprovadas em relação ao plano de benefícios e de custeio da previdência. Além disso, ao estabelecer um percentual de dez por cento da receita de impostos de estados e municípios, pode estar fixando um piso inferior ao que já vem sendo aplicado, nos últimos anos. Estimativas recentes informam que os municípios vem despendendo em saúde cerca de 9% de sua receita disponível, receita esta que é bem maior do que a receita de impostos.

75. Para avançar na descentralização da gestão e garantir o automatismo nas transferências federais se poderia pensar na instituição para a área de saúde de mecanismos similar ao FPE e ao FPM, onde os montantes a serem transferidos são definidos "a priori" mediante critérios simples e objetivos.

76. Adotada essa modalidade de partilha acabam os casuísmos sempre presentes nas chamadas transferências voluntárias ou negociadas, via de regra, objeto de convênio entre as partes. Nessa nova situação a

transferência de recursos via convênio ficaria limitada a casos específicos, bem definidos, como:

(i) remuneração de ações ou serviços de responsabilidade federal eventualmente delegados a outra esfera de governo. Pode ser conveniente que a União delegue a algum estado vigilância sanitária de fronteiras ou entregue a laboratórios públicos não federais a análises de medicamentos para efeito de controle de qualidade e licenciamento;

(ii) apoio financeiro da União a projetos de investimentos para expansão da rede de serviços previstos em planos diretores estaduais. A participação da União, nesse caso, deveria obedecer a critérios francamente redistributivos visando a equalização da oferta assistencial.

77. O ponto central, adotada a partição automática, é o conjunto de critérios de rateio dos recursos arrecadados pela União. Uma questão prévia à discussão desses critérios é a definição do papel que devem ter os recursos transferidos pela União. Se o objetivo básico for essencialmente redistributivo, os critérios população e renda per capita poderiam ser suficientes.

78. Contudo, se além desse objetivo, se quiser uma participação mais equitativa no custo da assistência à saúde, outros critérios deveriam ser incorporados. Nesse caso, poder-se-ia adotar um fator de correção, com base no perfil demográfico da população, por exemplo, uma vez que populações mais velhas apresentam um custo assistencial mais elevado.

5. Considerações Finais

79. Cinco anos depois de promulgada a Constituição e três após a regulamentação dos dispositivos constitucionais concernentes ao sistema único de saúde, duas questões cruciais ainda não foram resolvidas de forma satisfatória: a redistribuição de encargos e a partilha dos recursos intra-segurança social e inter-esferas de governo.

80. A distribuição de encargos entre União, Estados e Municípios encontra dois pontos de vista antagônicos. Uma corrente entendendo que a Lei Nº 8080/90 explicita, com razoável clareza, as competências de cada esfera de governo, resolvendo assim a ambigüidade decorrente da competência concorrente estatuída pelos Constituintes de 88.

81. O ponto de vista contrário sustenta que a lei ordinária (Lei Nº 8080/90) preservou para a União atribuições incompatíveis com a diretriz constitucional da descentralização, e que só a definição, na própria Constituição, das competências de cada ente da federação, poderá assegurar perenidade e eficácia a essa diretriz e erradicar a possibilidade de conflitos, paralelismos e superposições.

82. No âmbito do financiamento do SUS, o consenso parece menos distante. As propostas em discussão parecem convergir para alguma forma de vinculação, a despeito dos conhecidos efeitos colaterais e frequente ineficácia dessa terapêutica contra a escassez de recursos.

83. A definição de fontes específicas para o SUS e/ou a criação de alíquotas individualizadas sobre as

fontes já existentes (Contribuições Sociais) para cada um dos componentes da Seguridade Social, são as alternativas mais aventadas. Qualquer uma delas teria duas vantagens objetivas: resolveria o contencioso da partilha, até agora desvantajosa para a saúde, dentro do OSS, ao mesmo tempo em que viabilizaria o financiamento da descentralização, se adotada modalidade de partição similar a vigente no FPE e FPM.