

370
3
!

1ª Conferência Nacional de Saúde

17 A 21 DE MARÇO DE 1986.

TEMA - Financiamento do Setor
SUBTEMA - Alternativas de Financiamento da
Atenção à Saúde
Dr. ANDRÉ CESAR MÉDICI
Dr. PEDRO LUIZ BARROS SILVA

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA - Financiamento do Setor

SUBTEMA - Alternativas de Financiamento da Atenção à Saúde

Dr. André Cesar Médici*

Dr. Pedro Luiz Barros Silva **

* Economista do IBGE e Professor da Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

** Sociólogo e Professor Assistente do Instituto de Economia da UNICAMP

APRESENTAÇÃO

A análise realizada neste texto tem como objetivo proporcionar aos participantes desta Conferência um conjunto de informações que subsidiem o debate sobre a natureza, alcance e limites do financiamento das políticas sociais e da política de atenção à saúde em particular.

Em sua primeira parte discutimos aspectos dessa questão em suas relações com um contexto de ampliação dos direitos sociais e constituição de uma cidadania plena, utilizando algumas comparações internacionais.

Na segunda parte examinamos de modo detalhado os padrões de financiamento e gasto social e em atenção à saúde no Brasil procurando fornecer ao leitor um painel dos principais problemas e obstáculos a superar.

Finalmente indicamos para o debate algumas alterações e novos procedimentos que poderiam auxiliar a viabilizar a proposta da atenção à saúde como direito de cada cidadão e dever do Estado.

Agradecemos profundamente a colaboração de Carlos Eduardo Souza e Silva na revisão e discussão de partes deste texto, sem o que não teríamos concluído o trabalho em tempo hábil. Também o auxílio de Eduardo Fagnani, que desenvolve com Pedro Luiz Barros Silva um trabalho de identificação dos perfis da política social brasileira merece destaque.

PARTE I

FINANCIAMENTO À SAÚDE: DIREITO SECURITÁRIO OU ATRIBUTO DE CIDADANIA

1 - INTRODUÇÃO

Nas sociedades avançadas, independentemente da forma de governo e organização social da produção, o conceito de cidadania vem evoluindo sistematicamente. A desagregação do feudalismo e o surgimento dos estados nacionais europeus foram os pontos de partida para a discussão, criação e estabelecimento de um conjunto de direitos e deveres do Estado para com a população e do indivíduo para com a sociedade e o Estado. Esse processo, responsável inicialmente pelo reconhecimento dos chamados "direitos civis" foi se ampliando, com o tempo, com a incorporação de novos direitos. As lutas pela derrubada do Estado Absolutista e as Revoluções Burguesas como a francesa, alargaram ainda mais o conceito de cidadania com a incorporação dos direitos políticos do cidadão, tais como liberdade de expressão, organização, sufrágio universal, etc.

Mas no que tange ao campo dos direitos sociais, pode-se dizer que as revoluções burguesas e o advento do capitalismo pouco contribuíram para o seu estabelecimento. As nações que conquistaram tais direitos só o conseguiram depois de um contínuo movimento de lutas da classe trabalhadora em torno de uma maior igualdade na apropriação da riqueza social. Vários foram os caminhos percorridos para a obtenção de benefícios como o seguro social, o direito universal, as ações de saúde, educação, moradia, etc., e o papel do Estado foi fundamental nesse processo.

O desenvolvimento econômico capitalista, sem a presença do Estado, traz em si o aprofundamento das desigualdades sociais, as quais, quando acirradas, podem impedir a continuidade do desenvolvimento. Dadas essas circunstâncias, a crescente participação do Estado na gestão dos aparelhos econômico e social tem atuado

no sentido de corrigir os desequilíbrios decorrentes do processo de crescimento econômico.

Dessa forma, as políticas sociais passam a ser importantes instrumentos de estabilidade política e acomodação ideológica, buscando corrigir, pela via dos benefícios, as desigualdades decorrentes da repartição da renda entre os agentes produtivos. Corrigir as injustiças existentes na esfera da produção, através de uma maior regressividade indireta (via benefícios) na esfera da distribuição, constitui uma das funções primordiais do Estado nas sociedades avançadas. O desenvolvimento dessa cidadania plena e universal atingiu o seu auge a partir da 2a. Guerra, concretizando-se, em algumas nações, no chamado Estado de Bem Estar (Welfare State), onde as políticas sociais e econômicas estão estreitamente articuladas nos moldes da teoria econômica Keynesiana.

O conceito de cidadania inerente a esta forma de intervenção do Estado incorpora o social. O Estado compactua com a sociedade pela garantia à população do acesso universal aos bens e serviços de natureza pública. Ao mesmo tempo o Estado aciona mecanismos tributários progressivos sobre a renda, com vistas a gerar recursos adicionais que possam garantir um patamar mínimo de equidade no suprimento desses bens e serviços.

Pode-se dizer que o desenvolvimento da cidadania social apresentou historicamente 3 estágios: O primeiro é referente às primeiras medidas ligadas ao fornecimento de determinados bens e serviços públicos para a população urbana, inerente aos primórdios do capitalismo. São exemplo dessa fase as "poor laws" inglesas; as medidas de saneamento e saúde pública levadas a efeito nos séculos XVIII e XIX; as instituições de educação e trabalho para crianças e adolescentes como as "work houses" da Inglaterra da mesma época; por último as legislações específicas sobre jornada de trabalho e insalubridade.

O segundo estágio refere-se ao nascimento e desenvolvimento do Seguro Social. A criação de mecanismos de aposentadoria, pensões, seguros de acidente do trabalho e de saúde, auxílio natalidade, creches, etc., embora restritos a população trabalhadora, foram as inovações trazidas ainda no final do século XIX. Vale destacar no entanto, que nesse estágio, só era beneficiário aquele trabalhador que descontava mensalmente uma parcela de sua renda para formação, junto com a contribuição dos empregadores e do Estado, de um fundo pecuniário para este fim.

O terceiro estágio foi aquele alcançado com a universalização do seguro social e dos benefícios, obtido em alguns países como a Inglaterra, Alemanha, França e outros, a partir do pós-guerra. Nesses casos a cidadania social foi assegurada de uma forma plena, através da universalização do acesso aos bens e serviços de natureza pública, independentemente da contribuição ou vínculo previdenciário por parte da população. Dessa forma, o Estado passou a assegurar a equidade na prestação desses serviços, garantindo um patamar mínimo de bem estar social a qualquer cidadão.

O primeiro estágio foi uma decorrência natural das mudanças sociais trazidas pela desagregação do feudalismo e o estabelecimento dos Estados Nacionais. Nesse estágio a participação da população foi pequena, sendo a burocracia absolutista e o pensamento iluminista o principal elemento no desenvolvimento dessas medidas. Já na passagem do primeiro para o segundo e do segundo para o terceiro estágios do estabelecimento da cidadania social, foi decisiva a participação da população, em geral, e dos trabalhadores, em particular. Estes últimos, através de seus segmentos organizados, propiciaram uma dinâmica social específica responsável em última instância pela ampliação dos direitos sociais.

Pode-se dizer que, no atual estágio do desenvolvimento do capitalismo, ainda existem nações desenvolvidas que não atingiram o terceiro estágio e grande parte dos países subdesenvolvidos

4.

com formas ainda embrionárias do segundo estágio sem ter passado, por motivos históricos, pelo primeiro.

2 - EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Um clássico exemplo onde, no campo da saúde e previdência, o terceiro estágio - o da universalização e equidade - foi atingido é o da Inglaterra. Até o terceiro quartil do século XIX, a evolução da medicina social inglesa restringia-se a medidas de saúde pública. O Public Health Act de 1848 foi a primeira grande medida no plano assistencial, com o estabelecimento, a nível do governo, de um General Board of Health. Tal medida orientou, de uma forma descentralizada (municipalidades) a responsabilidade de prestação de serviços de saúde no campo das doenças transmissíveis e saneamento ambiental.

As medidas de alcance coletivo se alargam no início do século XX com a criação dos serviços gratuitos de merenda escolar e de saúde. Seguiu-se o Maternity and Child Welfare Act (1918) estabelecendo a nível local, os serviços gratuitos de assistência médica à gestante e a crianças na primeira infância.

Em 1911 foi baixado o National Insurance Act; o primeiro programa de seguro social inglês com base em contribuições previdenciárias, fornecendo serviços médicos gratuitos aos trabalhadores que auferissem renda inferior a 160 libras anuais. Situações de doença e desemprego eram também avaliadas para o recebimento do seguro. O financiamento desse programa era baseado em contribuições de empregados, empregadores e do Estado, caracterizando assim, pela primeira vez, a forma clássica de operação dos serviços de saúde e previdência social, ainda em vigor no Brasil e em muitos países.

Por volta da década de 40 cerca de 21 milhões de pessoas estavam protegidas pelo National Insurance Act, ou seja, qua

se a metade da população inglesa no período. Mas a principal limitação do programa estava na não inclusão da família do trabalhado como beneficiária do sistema. Por outro lado, serviços mais complexos, que envolvessem internação hospitalar, não estavam previstos.

Com o final da guerra foi criado, em 1948, o Serviço Nacional de Saúde Britânico, montado a partir de um sistema de saúde organizado em três níveis. O primeiro composto pelos Serviços Médicos Gerais, que ofereciam consultas, incluindo serviços odontológicos, farmacêuticos e de oculista, administrado pela antiga Comissão de Seguro Social. Os conselhos executivos dessas comisões eram compostos por indicações dos profissionais de saúde e pelas comunidades locais, cabendo a sua direção ao Ministério da Saúde.

O segundo nível, administrado pelas comunidades locais, correspondia aos serviços de assistência médica e saúde pública e incluía as maternidades, os serviços médicos para crianças, os visitantes sanitários, a educação para a saúde, os programas de vacinação e imunização e os serviços de ambulância.

O terceiro nível correspondia aos serviços hospitalares, administrados pelos conselhos hospitalares regionais (CAR); pelos comitês de administração hospitalar (CAH); pelos hospitais de ensino (universitários) e pelo conselho de governadores (CG). Estes últimos faziam parte da antiga estrutura de direção dos hospitais voluntários e estavam em estreito contacto com o Ministério da Saúde. A grande maioria dos hospitais estava sob supervisão dos conselhos hospitalares regionais. Os membros desses conselhos eram indicados pelo Ministro da Saúde e estes escolhiam os integrantes dos comitês de administração hospitalar.

O financiamento de todo o sistema hospitalar era feito

diretamente pelo Ministério da Saúde que passava recursos aos CHRs e esses repassavam aos CAHs.

Em termos gerais os recursos que, até hoje, mantêm o sistema de saúde inglês passaram a ser do Tesouro, sendo que apenas uma pequena parcela é proveniente das contribuições previdenciárias dos trabalhadores. Paralelamente, o sistema prevê atenção universal à população, embora os clientes possam optar por serviços particulares e pagar por eles.

Neste breve histórico da constituição do sistema de saúde de inglês cabe destacar que:

a) o processo de transição demográfica na Inglaterra ocorreu, fundamentalmente ao longo do século XIX, propiciando uma relativa estabilidade no tamanho da população a partir de meados do século XX. Isso fez com que as ações básicas de saúde naquele país não necessitassem assumir a magnitude que hoje é demandada pelos países em desenvolvimento;

b) enquanto as medidas de saúde pública foram decorrentes dos avanços técnico-científicos da medicina social e da incorporação desses valores por parte da burguesia e do estado inglês, as ações no campo da assistência médica foram, em grande medida, reivindicações bem sucedidas dos movimentos trabalhistas;

c) a Segunda Guerra Mundial e seus efeitos sobre o quadro de saúde da população foram fundamentais na tomada de posições quanto à necessidade de universalização da atenção médica;

d) em todo processo, os profissionais de saúde, particularmente os médicos, tiveram papel fundamental na organização, estruturação, e gestão do sistema de saúde. Dessa forma as resistências da antiga "medicina liberal" foram enfraquecidas com a introdução parcial de um sistema de remuneração por parte do Esta

do, que além de não quebrar a autonomia do médico no exercício profissional, manteve como facultativa a forma privada de prestação dos serviços de saúde.

Processo distinto ocorreu na Alemanha onde a industrialização deu-se conjuntamente com a fase monopolista do capitalismo, assumindo, à via de revolução burguesa, características autoritárias e centralizadoras.

"No último quartil do século XVIII tinha-se alcançado nos estados alemães um sistema de pensamento e comportamento administrativo que atribuía, como norma, ao estado absoluto, todas as atividades para o bem estar. O desenvolvimento desta linha política e administrativa foi paralela a um igualmente significativo interesse dos médicos nas relações entre os problemas de saúde e a sociedade e - em particular - o Estado" (Rosen: 1983). Permeou, portanto, grande parte do pensamento social alemão até a unificação por Bismark, a ideologia de que o Estado deveria criar e promover uma polícia médica com vistas a regulamentar a educação médica, supervisionar farmácias e hospitais, prevenir epidemias, combater o charlatanismo e esclarecer o público.

A partir da unificação em 1874, foram criadas as leis de seguro doença, seguro de acidentes, seguro invalidez e por veíhice, entre 1881 e 1887, estabelecendo, na época, o sistema mais bem montado de assistência social existente no mundo até então, apesar de seu caráter centralizador. Inicialmente essa legislação abrangia apenas algumas categorias de trabalhadores, tendo sido, nos primórdios do século XX expandida para todas as categorias incluindo autônomos, artesãos e estudantes.

Os programas de saúde voltados para os pobres e indigentes sempre foram financiados com recursos do Tesouro, enquanto os de seguro social eram financiados por contribuições de empregados

e empregadores. Com o tempo foram criados sistemas de seguro social e de saúde não contributivos, como os para as vítimas da Segunda Guerra, e os programas para militares, funcionários públicos, etc.

Pode-se dizer que foi com o advento da República de Weimar (1919) que o seguro relativo a assistência médica se desenvolveu mais. Foi criado o auxílio maternidade, e em 1932, foi reestruturado o sistema de assistência médica. Nessa estrutura, "os médicos credenciados são profissionais que preenchem determinados requisitos e que, acima de tudo, estão preparados para exercer as atribuições especiais correspondentes a essa condição (...) Os médicos credenciados estão reunidos em associações especiais que participam, em igualdade de condições, da responsabilidade pela manutenção de um amplo sistema de saúde. A base desse esquema é um acordo coletivo que as entidades de seguro-doença mantêm com as associações de médicos credenciados quanto a remuneração destes. Cada entidade paga as contas do seu segurado a associação respectiva e essa, por sua vez, acerta as contas com cada médico". (Zacher: 1983).

A extensão e cobertura da assistência média na Alemanha envolve todos os trabalhadores incluindo autônomos, estudantes e suas respectivas famílias. Esta ampla cobertura tem trazido, recentemente, problemas relativos ao elevado custo de sua manutenção.

Como vimos, as principais características do sistema de saúde na Alemanha dizem respeito ao seu caráter centralizado, modelo distinto do que se desenvolveu na Inglaterra que tem, mais instâncias regionais descentralizadas, o seu principal instrumento de atuação.

Recentemente a Alemanha vem sofrendo um rápido envelhecimento de sua população, o que tem tido algumas implicações no direcionamento das modalidades assistenciais. O surgimento e a

hegemonia de serviços médicos de maior complexidade decorrem das mudanças nos padrões de morbidade relativos a uma população de perfil etário mais envelhecido.

A comparação dos modelos de desenvolvimento do sistema de saúde em países de industrialização originária, com forte conteúdo liberal na formação do Estado, como a Inglaterra, e em países de industrialização atrasada, onde o Estado se estabeleceu pela via autoritária, como a Alemanha, mostra que, apesar das diferenças quanto a concepção e gestão dos sistemas, existe grande similaridade do papel do Estado na formação, regulamentação e estruturação de mecanismos de financiamento.

Nos países subdesenvolvidos não industrializados ou de industrialização tardia, existe grande heterogeneidade nas formas de constituição do setor saúde. Sabe-se que em quase todas as experiências conhecidas o Estado toma a frente na constituição e organização do setor. O que se modifica, no entanto, é a pouca representatividade dos interesses explícitos da população na política implementada pelo Estado. Em certa medida, a tecno-burocracia antecipa etapas que, nas experiências anteriormente relatadas, foram fruto de reivindicações dos movimentos organizados da população, particularmente dos trabalhadores. Mas a baixa participação da população na estruturação desses sistemas faz com que, dificilmente sejam eficientes na eliminação dos problemas de saúde da grande maioria. Por outro lado, a organização a eles dada pelo Estado cria estruturas de favorecimento de interesses de fatias seletivas do setor privado que passam a se estabelecer nesse ramo.

3 - SAUDE E CIDADANIA NO BRASIL

No plano da cidadania e dos direitos sociais, o Brasil encontra-se ainda no segundo estágio da nossa classificação. Avançou-se no estabelecimento de algumas medidas de caráter coletivo, como a educação gratuita e universal, saneamento ambiental, vigilância epidemiológica, no que refere especialmente as grandes en

demias sendo ainda escassos os programas de universalização da atenção médica e dos benefícios previdenciários, tais como o FUNRURAL, o Programa de Pronta Ação e, recentemente, as Ações Integradas de Saúde. Muitos condicionantes políticos, administrativos e financeiros impedem a efetiva universalização destas medidas. Assim, a natureza do sistema de assistência e previdência social é marcada pela necessidade do vínculo previdenciário para concessão dos benefícios. Tal vínculo só é conferido a população trabalhadora que contribui diretamente para a Previdência Social e aos seus dependentes. Dessa forma, no desenvolvimento dos direitos sociais brasileiros, a conquista da cidadania se deu de forma a fragmentar a classe trabalhadora, concedendo benefícios como privilégios de certas frações. Tal estratégia foi mantida pelo governo autoritário dos últimos vinte anos dado ser vantajoso, em termos políticos, o partilhamento e corporativização do movimento social.

Conforme afirmado em recente documento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABASCO "da Primeira a Nova República observamos a consolidação de uma postura discricionária, cooptativa, centralizadora e privatizante da atuação estatal no campo das políticas sociais" (ABRASCO): 1985). Depois de um período relativamente inócuo de atuação estatal na concessão de benefícios sociais, que se estende até a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923, pode-se dizer que a partir da década dos trinta é que foi esboçada uma estratégia concreta, por parte do Estado, no campo da política social. As diversas Constituições Federais que se estendem de 1934 a 1967 ilustram essa evolução. Em todas elas a saúde nunca foi encarada como um direito social da população e um dever do Estado para com os cidadãos, e sim garantida a trabalhadores e dependentes ligados a Previdência Social, configurando, para os demais brasileiros, uma situação de pré-cidadania.

É verdade que, ao longo dos últimos setenta anos a cobertura previdenciária, através do vínculo do trabalhador contri

buinte, aumentou sistematicamente. Mas a perspectiva de universalizar os benefícios e a assistência médica previdenciária com base na expansão das contribuições compulsórias da população brasileira, como postulavam os menores da reforma de 1967, quando da ocasião da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), configurou-se, na prática, como inviável nestes últimos anos. Isto porque a estrutura do mercado de trabalho no Brasil perpetuou situações de grande desigualdade, onde parcela substancial dos empregados não tem sequer carteira de trabalho assinada. Por outro lado, a grande maioria dos autônomos é constituída por trabalhadores por conta própria, biscateiros e tarefeiros que integram as fileiras do chamado setor informal do mercado de trabalho. Existe, portanto, um componente estrutural, ligado a própria natureza segmentada do mercado de trabalho no Brasil, que impede a universalização do direito a assistência médica pela via da contribuição a Previdência, mesmo que esta fosse financiada a partir de critérios de justiça fiscal, o que não é o caso.

Por outro lado, fatores de ordem conjuntural, como a crise econômica do início dos anos oitenta, fazem com que a elevação dos níveis de desemprego e a queda da massa de salários aumente a parcela dos empregados sem carteira e a dos autônomos não contribuintes, o que não só traz efeitos na diminuição da receita do sistema, como veremos adiante, mas também exclui os mais necessitados dos programas de benefícios, configurando situações de forte iniquidade, além da virtual redução de cobertura.

As tabelas 1 a 3 do anexo mostram que, além do estruturalmente baixo contingente de empregados e contribuintes da Previdência, a recente crise econômica reduziu em termos relativos o número de ocupados contribuintes do SINPAS. Naturalmente que, pelo fato dos benefícios previdenciários se estenderem as famílias dos contribuintes, o percentual de cobertura deve ser maior do que a relação contribuintes/ocupados. Mas isto não invalida nosso argumento.

Além do mais, como veremos adiante, o fato do sistema ser financiado predominantemente por alíquotas baseadas na folha de salários, acarreta graves reduções de receita em períodos recessivos, tornando a oferta de serviços médicos e benefícios extremamente frágil as flutuações de conjuntura. Este é o paradoxo do sistema, pois, a função da previdência social deveria ser assegurar a oferta de benefícios e serviços exatamente nesses períodos recessivos, quando as demandas sociais são maiores e os orçamentos familiares mais minguados.

PARTE II

FINANCIAMENTO A SAÚDE: QUEM PAGA E QUEM RECEBE

1 - INTRODUÇÃO

A análise do financiamento da política da atenção a saúde no Brasil, no período recente passa necessariamente, e em primeiro lugar pelo exame das relações entre a política social e a política econômica em geral e as políticas tributárias e fiscal em particular.

Apesar desse aspecto não ser objeto específico de este texto, cabe lembrar aqui alguns pontos importantes da relação entre a política econômica e a política social no Brasil, dado sua centralidade para nosso tema.

Em primeiro lugar, a política social brasileira beneficiou-se muito precariamente da capacidade financeira estatal possibilitada pela reforma tributária de 1967. Naquele momento e posteriormente, apesar de se estruturarem mecanismos de captação de recursos sobre bases financeiras transformadas não se montou esquemas de financiamento para o gasto social que refletissem o alargamento da capacidade da intervenção estatal.

Ao contrário pode ser observado nas últimas duas décadas:

- . a inexistência de mecanismos reais de distribuição indireta da renda, que se concentrava via programas sociais de porte;
- . a adoção, onde fosse possível, de uma estratégia de financiamento que se ancorava sobre bases independentes do orçamento fiscal na medida em que incide sobre a folha de salários, penalizando direta e indiretamente os assalariados.

Em segundo lugar, a própria condução da política econômica no campo da renda e dos salários foi, até muito recentemente

te, antagônica aos interesses dos assalariados e da população de baixa renda em geral. A estrutura tributária francamente regressiva e os variados processos de contenção dos salários reais são exemplos claros dessa situação.

A combinação destes dois aspectos que marcaram profundamente a natureza, o alcance e os limites da política social no Brasil, foi em parte responsável pela especificidade do desenvolvimento brasileiro: A conveniência de níveis de desigualdade na repartição da riqueza social gerada com um desenvolvimento econômico pujante e dinâmico.

Em outras palavras, é inegável que nos últimos vinte anos o Brasil sofreu um rápido processo de desenvolvimento econômico. Do rol dos países subdesenvolvidos passou para o oitavo Produto Interno Bruto do mundo. A base de sustentação econômica do país deixou de ser definitivamente a agricultura, surgindo nas atividades urbanas, a indústria e os serviços — o grande polo de absorção de empregos, geração de riquezas e divisas. As transformações que se processaram nestas duas décadas são responsáveis, no plano econômico, por um país moderno, exportador de manufaturas, com forte dinamismo industrial e um grande potencial de desenvolvimento tecnológico.

No plano social, não entanto, as transformações destes dois decênios, quando ocorreram, trouxeram o agravamento dos bloqueios existentes antes de 1964. A renda nacional tornou-se cada vez mais concentrada. O déficit habitacional é maior, principalmente pelo rápido aumento das taxas de urbanização e pelo inchamento desordenado das periferias e favelas das grandes e médias cidades. Os níveis de desnutrição dos segmentos excluídos do desenvolvimento continuam altos e a produção de alimentos para o mercado interno sequer acompanhou a taxa histórica de crescimento da população. Apesar da redução das taxas de mortalidade infantil, determinados bolsões de pobreza, principalmente no Nordeste, continuam a apresentar variações deste indicador entre 100 e 200 por mil, enquanto a média dos países desenvolvidos é de 5 a 10 vezes menor.

Mas, deixando de lado a análise dos efeitos sociais per

versos da política econômica adotada nos anos de autoritarismo, já por demais conhecidos, fixemo-nos na análise das relações entre esta política e os programas sociais, examinadas pelo ângulo do financiamento e do gasto.

Dentro dos limites colocados pelo processo de concentração de renda e regressividade do sistema tributário, nota-se uma distribuição do gasto estatal com recursos do orçamento fiscal, na qual os programas sociais recebem recursos reais cada vez menores. Exemplificando, políticas como a de saúde pública e de transportes coletivos urbanos que dependem exclusivamente de dotação orçamentária, foram sistematicamente esvaziadas. Em síntese, o gasto estatal direto em programas sociais, por sua participação irrisória no gasto social geral e no gasto orçamentário total, não funcionou como mecanismo efetivo de redução das desigualdades. Além disso, as políticas sociais que se encontravam dependentes de recursos orçamentários experimentaram uma profunda deterioração, deixando de prestar serviços essenciais para as classes populares.

Fica, entretanto a pergunta: de que forma são financiados os programas sociais reconhecidamente importantes como o de seguridade social, educação, habitação popular, etc?

Trata-se, nestes casos, de um outro mecanismo de financiamento que, se examinado pelo ângulo da justiça fiscal e social, agrava ainda mais o quadro aqui delineado. De um lado temos aquelas fontes de financiamento que se sustentam através da contribuição direta de empregados e empregadores, como é o caso do complexo previdenciário e de assistência médica e social. Neste caso, é preciso salientar que a contribuição dos empregados constitui um novo tributo direto incidindo sobre a renda dos assalariados. A parte que formalmente é atribuída às empresas, e contabilizada como encargos sociais, é transferida aos consumidores via mecanismos de fixação de preços. Tal transferência é possível, dadas as características oligopólicas de funcionamento da economia brasileira. Essa fonte de financiamento é sustentada, por

tanto, diretamente pelos assalariados e indiretamente pelos consumidores em geral.

Paralelamente, existem os fundos específicos baseados em recolhimento das empresas, também com base na folha de salários, tais como o FGTS. Estes se destinariam a financiar projetos de desenvolvimento social (habitação, saneamento básico e desenvolvimento urbano), desde que garantidos seus valores reais, através da fixação de juros e correção monetária aos empréstimos feitos a partir deles. Neste caso aparecem dois problemas: o repasse das contribuições das empresas aos preços; dada a necessidade de manutenção de sua rentabilidade, eles tem sua aplicação definida não pela lógica da urgência social e sim pela lógica da rentabilidade das aplicações efetuadas.

Esse fenômeno é particularmente evidente nas políticas habitacional e de saneamento básico no Brasil dos anos setenta. Exemplificando, no caso da habitação, a natureza do mecanismo de financiamento criado condicionou a alocação de recursos quase que exclusivamente para programas destinados a famílias com renda superior a 3 salários mínimos. No caso do saneamento básico, prioriizou-se a extensão das redes de água em detrimento dos programas de esgoto, independentemente da carência destes últimos ser maior. Isto porque a operação das redes de água é mais rentável a curto prazo que as de esgoto, as quais tem custos mais elevados e exigem maiores prazos de implantação e retorno do investimento.

Dessa forma, observou-se a ausência de uma articulação solidária entre a política de financiamento e o gasto social. Isto se materializou em formas de financiamento, poderosas, porém inadequadas do ponto de vista da justiça fiscal e social. Essa articulação perversa e não solidária cristalizou-se em um padrão de intervenção estatal na esfera social, atingindo, apenas, aquelas áreas onde pudessem ser estruturados mecanismos financeiros auto-sustentados do gasto social. Tal estratégia fez, não só, o peso do financiamento recair compulsoriamente sobre as camadas as

salariadas, como levou ao estabelecimento, em alguns programas, da chamada "armadilha da rentabilidade empresarial".

A consequência mais séria desse padrão de intervenção estatal é que, na maioria dos casos, mesmo pagando pelos serviços que deveria receber, a população assalariada, e especialmente a de baixa renda, não os recebe. A contribuição compulsória não livra o usuário do pagamento direto dos bens e serviços públicos que necessita ter acesso. Tais pagamentos, expressos nas taxas de água, esgoto, prestação da casa própria, adicionais de serviços de saúde, são elevados e corrigidos por índices muito superiores a correção dos salários:

Observou-se, portanto, a estruturação de mecanismos de financiamento auto-sustentados que limitam a adoção de critérios de justiça social até mesmo na alocação dos recursos, dada a necessidade de contemplar, em maior ou menor grau, taxas de remuneração compatíveis com a rentabilidade do setor financeiro. Consta-se, assim, uma prática cuja lógica interna dificultou formas de subsídio ou aplicações de recursos a fundo perdido para os programas sociais prioritários.

As tabelas, em anexo, sobre a composição das receitas previdenciárias e dos recursos para a habitação e desenvolvimento urbano, ilustram, de forma clara, o fenômeno acima descrito.

Duas outras questões merecem, ainda, ser discutidas neste tópico: o comportamento destes mecanismos frente aos ciclos econômicos e os encadeamentos com o setor privado proporcionados pelo gasto público realizado com políticas sociais. Estas duas questões nos parecem relevantes pois, além de examinar o grau de justiça social e equidade dos mecanismos de financiamento da política social, cabe verificar sua estabilidade no tempo e seu papel na interação com a iniciativa privada, favorecendo ou não perfis de política mais próximos das necessidades da população.

No que diz respeito ao primeiro problema, observa-se

que todos esses fundos de financiamento do desenvolvimento social tiveram, ao longo do crescimento econômico continuado dos anos setenta, um forte acúmulo de reservas, por estarem lastreados no crescimento do número de empregos, no aumento do salário real e na elevação do número de contribuintes.

Parece-nos, também, evidente que qualquer alteração de política econômica que implique na redução da atividade produtiva e conseqüente queda dos níveis de emprego e dos salários reais, reduzindo, dessa forma, a massa global de salários, é suficiente para desestabilizar os mecanismos de financiamento do gasto social existentes. Tem-se, portanto, uma política social no Brasil que, afora os problemas já mencionados, é extremamente vulnerável aos ciclos econômicos e as políticas de estabilização e de controle ortodoxo das crises. Um exemplo deste fato é a política econômica de estabilização praticada, no Brasil, entre 1979 e 1984, a qual ocasionou não só um agravamento das condições de vida (de desemprego, queda da renda real, queda dos fundos de poupança dos assalariados) como simultaneamente impôs limites restritivos ao financiamento das políticas destinadas a fazer frente a essas mesmas condições de agravamento.

Por exemplo, a redução da arrecadação da previdência entre 1980 e 1984 foi um reflexo direto da contração da massa salarial no Brasil, a qual é o resultado de um duplo movimento. De um lado, do aumento do nível de desemprego do chamado setor formal do mercado de trabalho. Segundo dados da RAIS (Relação Anual de Informações Sociais) entre 1980 e 1983 a indústria de transformação teve um decréscimo de quase um milhão de empregos formais. De outro lado, das constantes quedas nos salários propiciada pela política salarial restritiva do governo autoritário, especialmente no que tange os segmentos trabalhadores de renda média. Os dados da pesquisa mensal de emprego do IBGE revelam que a renda média dos empregados com carteira de trabalho assinada cai em cerca de 18.7% e 27.9% entre novembro de 1982 e novembro de 1984 nas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro respectivamente.

Isso provocou drásticas reduções no recolhimento das contribuições compulsórias da previdência, especialmente em 1980 e 1981. Em dezembro de 1981 a taxa de contribuição a previdência aumentou substancialmente, proporcionando uma razoável alta na arrecadação em 1982, a qual voltou a cair em 1983 e 1984, conforme pode ser visto na tabela 4, em anexo.

Em 1985 a arrecadação voltou a crescer sem que nenhum mecanismo adicional tenha sido introduzido. A recuperação dos salários reais dos empregados formais, que atingiu patamares de 9.3% e 10.1% entre novembro de 1984 e novembro de 1985, nas regiões metropolitanas do Rio de Janeiro e de São Paulo, surgiu em quanto efeito do crescimento econômico acionado neste primeiro ano de Nova República. Ao mesmo tempo as fortes reduções dos níveis de desemprego aberto favoreceram a elevação da arrecadação das contribuições compulsórias da previdência social.

Mas a recente recuperação dos fundos da previdência não garante nem equidade nem estabilidade ao sistema, dado que mais de vinte milhões de trabalhadores continuam indiretamente desassistidos. Por outro lado, a forte vinculação da receita previdenciária ao crescimento ou redução da folha de salários provoca, não só forte instabilidade das receitas que são sempre desequilíbrios na relação receita/despesa, pois nas épocas de crise a demanda por benefícios e assistência médica tende, necessariamente, a aumentar.

No que se refere a política habitacional pode-se dizer que menos de 30% dos recursos do BNH são voltados para o financiamento de moradias para as famílias com renda de até 5 salários mínimos, enquanto mais de 50% destina-se aos financiamentos das famílias com renda superior a 10 salários mínimos. Vale dizer que os programas do BNH são financiados com recursos do FGTS o qual é constituído, em sua maioria, pelas contas dos trabalhadores de baixa renda. Segundo dados da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 1983, cerca de 88% dos trabalhadores brasileiros auferiam renda mensal igual ou inferior a 5 salários mínimos. Esses dados demonstram a grande iniquidade tanto na receita quanto nas aplicações dos recursos alocados na política habitacional.

Assim o paradoxo da montagem de mecanismos financeiros para a política social, como os aqui descritos não só é aberrante em conjunturas econômicas favoráveis, como acentua-se nos momentos de crise. Contraditoriamente, a intervenção estatal nas questões sociais, através de programas sociais, debilita-se justamente no momento em que a demanda aumenta, em função da deterioração da condição de vida das camadas de baixa renda nessas conjunturas.

No que diz respeito as relações entre o gasto público e a iniciativa privada, a análise também não conduz a conclusões animadoras, em face do desempenho passado da política social. O volume de recursos destinados ao gasto social tem crescido de modo os programas sociais são, até hoje, extremamente atraentes a determinados segmentos empresariais especializados no fornecimento de bens e serviços sob encomenda do setor público. Mais do que isso, no contexto centralizado e escludente que caracterizou o cenário político brasileiro nos anos de autoritarismo foram montadas conexões burocráticas que tiveram um duplo resultado:

- . primeiro, a estruturação de jurisdições fechadas - verdadeiras "reservas de mercado" - onde os setores empresariais delas participantes puderam se desenvolver e expandir sem risco, financiados por fundos públicos.
- . em segundo lugar, a existência de pressões crescentes no sentido de aumentar os programas existentes na direção da adoção de projetos complexos do ponto de vista tecnológico e operacional e que significassem maiores taxas de rentabilidade para o setor privado, maiores custos para o setor público e não necessariamente melhores resultados para o usuário.

É preciso, portanto, ficar claro que as regras complexas e paradoxais que orientam neste país a articulação entre a

política econômica e a política social, até recentemente, foram:

- . os assalariados pagam duplamente pelo que potencialmente deveriam receber;
- . na maioria das vezes os mais necessitados não recebem sequer o que lhes é devido;
- . nos momentos de maior necessidade em ter acesso aos programas sociais os usuários são informado que os recursos se esgotaram, sendo-lhes negado até o mínimo que já recebiam anteriormente;
- . o Estado continuou orientando o gasto público para atender os interesses capitalistas predatórios e inoperantes.

A análise desenvolvida até aqui não significa, entretanto, julgarmos irrelevantes a criação de mecanismos de sustentação financeira com relativa autonomia do orçamento fiscal. O que procurou ser demonstrado foi o caráter mistificador e perverso dos mecanismos montados e a precariedade de sua opulência.

2 - FONTES E MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DO SETOR

Os mecanismos de financiamento da intervenção estatal em atenção à saúde podem ser divididos em três grandes blocos:

a) No primeiro bloco, o financiamento é efetuado através da destinação dos recursos originários do orçamento fiscal, os quais tem sido aplicados prioritariamente no desenvolvimento das ações em atenção médica sanitária e correlatas (serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, produtos profiláticos e terapêuticos, alimentação e nutrição). Além disso algumas ações no campo médico hospitalar são financiadas com recursos do orçamento fiscal, destacando-se a manutenção dos hospitais do Ministério da Saúde, do MEC e dos ministérios militares.

b) No segundo bloco, os recursos provem dos mecanismos de financiamento do SINPAS, isto é, das contribuições compulsórias de empregados, empregadores e das contribuições da União. Estas últimas são destinadas a cobrir, em tese, as despesas de custeio e eventuais insuficiências do SINPAS. Tais recursos estão voltados, de modo geral, ao financiamento das ações de natureza médico hospita

lar para a clientela do complexo médico previdenciário.

c) No terceiro bloco, os recursos provem, em parte, do orçamento fiscal e de outra parte, das receitas tributárias próprias dos estados e municípios. Destinam-se a financiar as ações das secretarias estaduais e municipais de saúde ligadas a manutenção de postos e centros de saúde, voltados a atenção primária para as populações locais. São utilizados, também, na manutenção dos hospitais gerais, estaduais e municipais, onde funcionam serviços clínicos e cirúrgicos bem como atendimentos de emergência com maior complexidade.

Ainda que a separação desses três blocos venha, nos anos mais recentes tornando-se menos clara, em virtude da participação de recursos previdenciários em programas financiados de forma usual pelo orçamento fiscal, bem como, pela transferência de recursos do SINPAS as secretarias de saúde estaduais e municipais, através das Ações Integradas de Saúde, vale configurar, neste trabalho a existência de três mecanismos de financiamento bem distintos. Ao examinar sua natureza, pretende-se aferir os padrões prevalescentes de financiamento do desenvolvimento social no Brasil.

Deve-se admitir, ainda, a existência de um quarto bloco de recursos oriundos de fundos sociais extra-orçamentários, tais como o FINSOCIAL, FGTS, PIS/PASEP, Salário-Educação, PIN/PROTERRA, FAS e Contribuição Sindical. Esses recursos, se somados a receita previdenciária, constituiriam 83% da receita tributária da União em 1984, significando um segundo Orçamento Fiscal. As transferências desses fundos para o setor saúde são elevadas. No entanto, a natureza e a possível utilidade desses recursos para uma nova política nacional de saúde serão vistos mais adiante, quando forem arroladas as propostas concretas de financiamento setorial.

2.1 - RECURSOS DO ORÇAMENTO FISCAL

Na análise do financiamento com recursos do orçamento fiscal, duas questões são importantes:

a) qual o grau de progressividade (carga tributária cres

cente segundo os rendimentos da população) ou de regressividade da estrutura tributária brasileira no passado recente?

b) qual a participação das políticas sociais, e da de atenção a saúde, na alocação desses recursos?

Em relação a primeira questão, segundo Serra "...a carga tributária mais elevada incide sobre os que recebem menos de um salário mínimo mensal, que destinam cerca de 36% de seus rendimentos a pagamentos de impostos: a menor carga tributária incide sobre os que ganham mais de 100 salários mínimos por mês: cerca de 14%. Entre ambas as classes de rendimentos, o volume de impostos como proporção da renda declina continuamente". Isso responde nossa primeira indagação, mostrando que os recursos obtidos penalizam proporcionalmente mais os segmentos de menor renda, dada a estrutura tributária ser extremamente regressiva.

Além da regressividade da estrutura tributária brasileira, a distribuição da renda é injusta conforme pode ser visto nas tabelas em anexo. (tabela 20).

Quase 70% da população recebe menos de 2 salários mínimos mensais, sendo, portanto, a maioria da população - justamente os de mais baixa renda - que sustenta o orçamento fiscal.

Em relação a segunda indagação, tomando-se a evolução da composição dos recursos orçamentários nos anos setenta, podemos verificar que a participação média dos chamados setores sociais na despesa total foi da ordem de 9%, aproximadamente. A participação do Ministério da Saúde nestras despesas não atingiu 2% entre 1970 e 1984, consideradas as previsões orçamentárias para os dois últimos anos da série. Há evidências de que os gastos realizados foram maiores que o orçado nestes anos, sendo que em 1985, eles atingiram seu ponto mais alto, ainda que pouco significativo face a participação de outros ministérios.

Considerando a participação dos programas sociais no gasto total da União, verifica-se que , a despeito do seu crescimento em termos reais nos anos setenta, o ritmo observado foi inferior ao

ritmo de crescimento do gasto total e do PIB. Esse fato também é verdade em relação a outros programas governamentais, excetuando-se as ações ligadas a defesa nacional e segurança pública.

Restaria, ainda, uma indagação: qual a participação dessa fonte de recursos no gasto público federal total em atenção a saúde que também envolve recursos previdenciários e de outros fundos especiais?

A participação é baixa. Em 1978 ela era da ordem de 18% e, em 1973, aproximadamente, 17%. Nas tabelas em anexo, pode ser observada a reduzida participação dos programas em controle de doenças transmissíveis e alimentação e nutrição, que são financiados, majoritariamente por esta fonte de recursos. Cabe notar que os programas de atenção médico-hospitalar e de produção de medicamentos, os quais consomem quase 90% do total de recursos, sustentam-se a partir de recursos previdenciários.

A primeira conclusão importante, ao observarmos estes dados, é que; se somarmos a reduzida destinação de recursos orçamentários para o gasto em atenção a saúde com a reconhecida regressividade do sistema tributário brasileiro, verificaremos que o padrão de financiamento adotado, pelo ângulo do orçamento fiscal, não funciona como um mecanismo de redistribuição indireta da renda. Ao contrário, além de penalizar mais do que proporcionalmente os assalariados de baixa renda, no momento da captação dos recursos, o orçamento fiscal não se destina a financiar bens e serviços sociais que poderiam, em tese, compensar a regressividade da estrutura tributária que prevaleceu até recentemente.

2.2 - RECURSOS ORIGINÁRIOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A receita do complexo previdenciário é composto pelas seguintes fontes de recursos:

a) contribuições compulsórias, constituídas pelos recursos formados pelo recolhimento de 8% da folha de salários das empresas e 8% dos salários dos empregados; 16% do valor dos serviços prestados por trabalhadores autônomos contribuintes e 16% dos ren

dimentos declarados pelos empregadores contribuintes. Constituem, ainda, esta fonte, o recolhimento de 2.5% do valor arrecadado com a receita auferida pelos produtores agrícolas;

b) remuneração recebida pela prestação de serviços de arrecadação, fiscalização e cobrança por conta de terceiros, bem como da prestação de outros serviços e arrendamento de bens;

c) outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras;

d) doações e subvenções recebidas;

e) receitas das outras entidades integrantes do SINPAS, a partir do momento de sua constituição.

Em 29/12/81, a estrutura da composição da receita previdenciária sofreu as seguintes alterações principais:

- contribuição dos empregados urbanos: modifica-se a alíquota única de 8% para uma que varia de 8.5% a 10%, de forma progressiva sobre o salário, até o teto de 20 salários mínimos.

- contribuição das empresas urbanas: modifica-se a alíquota única de 8% para 10%.

- autônomos, contribuintes, em dobro e ministros de profissão religiosa: passam a contribuir 19.2% sobre sua remuneração mensal de acordo com a tabela de salário base progressiva em função do tempo de contribuição.

A análise do comportamento das receitas previdenciárias entre 1970 e 1982 mostra que, em média, as contribuições compulsórias respondem por 89% da receita total; as transferências da União, por 7%; e as outras receitas por apenas 4%. No item contribuições compulsórias a arrecadação sobre os empregados representa 33% do total, e a das empresas, 63%; ambas calculadas sobre a folha de salários urbanos; finalmente, a contribuição sobre a produção rural situa-se em 4%.

Dois aspectos destacam-se na análise dessa estrutura de financiamento:

- "85% da receita total decorre de contribuições sobre a folha de salários urbanos... sendo que ... a variação da receita do SINPAS é determinada, teoricamente, pela variação da receita urbana e do salário médio real;

- 28% da receita total ... é ... paga diretamente pelos segurados a previdência. O restante é pago pelas empresas ou pela sociedade em geral, através de uma possível, porém não quantificável, repercussão da contribuição das empresas sobre os preços" (Oliveira e Azevedo: 1983).

Evidencia-se que o mecanismo de financiamento do complexo previdenciário, e por seu intermédio, da parcela predominante de recursos da política de atenção a saúde, tem sido feita com base na receita advinda das contribuições de empregados e empregadores. Cabe lembrar que só a parcela dos empregados pode ser considerada como tributo direto. O recolhimento das empresas é um custo relativo a encargos sociais, sendo transferido aos consumidores sob a forma de aumento nos preços dos bens e serviços.

Em síntese, fica claro que são os próprios segurados contribuintes que acabam suportando esse setor da política social: diretamente, através do desconto compulsório nos salários, e indiretamente, ao consumir os diferentes produtos e serviços que compõem suas cestas de consumo.

2.3 - RECURSOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

A primeira questão a ser colocada neste campo é: como tem evoluído a participação das receitas estaduais e municipais no total da arrecadação tributária da União?

Entre 1968 a 1983, as receitas transferidas aos estados e municípios nunca passaram de 20% das receitas da União. O ano de maior participação foi o de 1968 (17.9%) enquanto o de mais baixa ocorreu em 1970 (10%). A participação dos estados e municípios nas receitas exclusivamente tributárias tem sido um pouco maior; mas mesmo assim, não chegou a 20% ao longo das décadas de 70 e 80. Portanto, as transferências federais as esferas administrativas descentralizadas tem sido irrisória quando comparada aos recursos arrecadados na esfera federal. Vale dizer, ainda, que apenas a receita tributária da União tem quotas-parte estaduais e municipais, dado que as outras receitas não inclusas no orçamento fiscal não estão obrigatoriamente atreladas a um partilhamento regional.

As receitas tributárias adicionadas as outras receitas constituem o conjunto das receitas fiscais da União. São formadas pela arrecadação de uma série de tributos onde os mais importantes são o imposto de renda e o imposto sobre produtos industrializados os quais constituem a base da composição dos fundos de participação dos estados e municípios (FPE e FPM). Seguem-se, em ordem de importância, o IUEE, o IUM, o ISTR, e a TRU; todos com transferências partilhadas para os estados e municípios. No plano dos tributos onde não há partilha para as administrações locais e regionais, destaca-se o imposto sobre operações financeiras (IOF) o qual, nos últimos anos, constitui-se em poderosa fonte de arrecadação federal em face forte especulação financeira que lastreou esses anos de crise.

O orçamento fiscal, no entanto, não é a única fonte de receita tributária da União. Como já foi citado, boa parte das políticas sociais do governo tem sido financiadas com base no recolhimento de diversos fundos criados nos últimos 20 anos. Esses fundos não só garantiram larga autonomia aos programas sociais do governo como incentivaram práticas clientelísticas e de favoritismo político de diversas instâncias institucionais. A pulverização dos recursos desses fundos impedia um efetivo controle dos recursos e das transferências, aumentando a multiplicidade e a superposição de programas financiados, por um lado, e a escassez de recursos em diversas áreas, por outro.

A soma dos recursos dos fundos sociais atingiu nos anos 80, dimensões próximas a da receita tributária da União. Compõem esses recursos, as contribuições compulsórias da previdência, o FGTS, o PIS-PASEP; o FINSOCIAL, o salário-educação, a quota da previdência, o PIN, o PROTERRA, o FAS, e a contribuição sindical. Alguns desses fundos operam programas de transferência de recursos aos estados e municípios, como é o caso do FAS, do FINSOCIAL, e das contribuições compulsórias da previdência. No caso dessas últimas, as transferências têm sido efetuadas pelo INAMPS com vistas a operacionalização das Ações Integradas de Saúde nos estados e municípios.

No entanto as transferências desses fundos têm sido feitas assistematicamente, não propiciando equidade na partilha dos recursos. Nos últimos vinte anos apenas os municípios que detinham al

guma capacidade técnica ou política de barganha conseguiram assegurar maiores parcelas desses recursos. Normalmente os municípios detentores de tal capacidade são os mais ricos e mais bem situados em relação aos demais.

Os recursos estaduais e municipais são compostos ainda por impostos e taxas de exclusiva competência dessas entidades, no que tange ao recolhimento e destinação orçamentária. É o caso do ICM, arrecadado pelos estados e distribuído parcialmente aos municípios, e do ISS e IPTU, de competência municipal. A arrecadação e distribuição destes impostos também tende a privilegiar os estados e municípios mais ricos; justamente aqueles que detem maior movimento comercial e de serviços, ou aqueles onde a renda do solo urbano é mais elevada.

As transferências do FPM e do FPE, bem como as receitas tributárias partilhadas da União, constituem a principal fonte de receita da maioria dos estados e municípios brasileiros, especialmente aqueles de maior carência no campo das políticas sociais. Assim, enquanto no Acre 87.8% das receitas derivam destas transferências, em São Paulo, apenas 7.5% dos recursos provem das contribuições federais (dados de 1983).

Dessa forma, nos estados e municípios mais pobres, a dependência das transferências federais nos orçamentos locais é maior. A redução do volume de transferências nestes primeiros anos da década de 80 tem aprofundado a dificuldade de criar e operar programas sociais ao nível local.

As limitações encontradas, no lado da receita, fazem com que as despesas per capita dos estados e municípios com a função saúde sejam bastante desiguais. As localidades mais ricas conseguem implementar programas e manter suas redes de assistência médica, enquanto que as mais pobres não podem sequer, manter um médico. Vale dizer que mais de 20% dos municípios brasileiros não têm nenhum posto de saúde.

O aumento das transferências do INAMPS aos municípios por conta do programa de Ações Integradas de Saúde, foi um passo necessário para reduzir as inequidades decorrentes da repartição de

sigual da receita tributária da União. Isso, porém, não seria suficiente. É importante deslanchar uma reforma tributária com vistas a destinar maiores recursos as administrações locais e regionais para que estas possam implementar, com autonomia, seus programas sociais.

2.4 - FAS e FINSOCIAL

Como foi visto, além das tradicionais fontes de recursos descritas anteriormente, os Fundos Sociais tem se constituído em importantes mecanismos de financiamento e geração adicional de receitas para os programas sociais. No campo da saúde destacam-se dois destes fundos: o FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social e o FINSOCIAL.

O FAS foi criado em 1974, tendo se constituído como um dos mais importantes instrumentos de financiamentos dos projetos nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, assistência e previdência social.

Administrado pela Caixa Econômica Federal, o FAS é formado por recursos provenientes das rendas líquidas das loterias esportiva e federal e, subsidiariamente, de dotações do orçamento operacional da CEF, de recursos do orçamento da União e de outros recursos de origem interna e externa. Os recursos do FAS são, em sua maior parte, aplicados a juros subsidiados (6% a.a.), embora grande parte do orçamento seja repassado a fundo perdido.

Ao longo da década dos setenta, os recursos do FAS na área de saúde foram utilizados na ampliação das redes pública e, especialmente privada, de estabelecimentos de saúde. Esta última tendência se reverte nos anos oitenta, com o grande aporte de financiamentos realizados por este fundo na ampliação da rede pública de ambulatórios e postos de saúde. A receita do FAS vem caindo paulatinamente ao longo dos anos oitenta. Pode-se dizer que em 1984 ela equivalia, apenas, a 0,4% da receita tributária da União e 7.6% do FINSOCIAL.

O fundo de investimento social - FINSOCIAL - foi criado em 1982 com o propósito de complementar financeiramente programas nas áreas de alimentação, habitação popular, saúde, apoio ao pequeno produtor rural e educação. Esse fundo é administrado pelo BNDES e seus recursos são formados pela "Contribuição Social", de 0.5% da receita bruta das empresas públicas e privadas que realizam venda de produtos, bem como das instituições financeiras e seguradoras (no caso das empresas públicas a taxa de 5.0% incide sobre o imposto de renda devido ou como se devido fosse).

Os recursos do FINSOCIAL montavam a quase 6.0% da receita da União em 1984. No que se refere ao financiamento do setor saúde, a sua participação tem sido cada vez maior.

No que diz respeito a função saúde, os programas de alimentação e nutrição e de doenças transmissíveis tem recebido os maiores recursos do fundo. Entre 1982 e 1983 a participação do FINSOCIAL no custeio dos programas de saúde aumentou 4 vezes, sendo que, tendo em vista o aquecimento da economia brasileira em 1985, sua perspectiva de crescimento é ainda maior.

Esta fonte de recursos, juntamente com uma série de outros fundos sociais, foi no entanto, utilizada em muitos casos, para cobrir deficits orçamentários dos Ministérios envolvidos, tornando-os inócuos em relação aos seus objetivos. Por outro lado, esses recursos não vinham sendo transferidos para as administrações locais e regionais, nem tem sido dada a devida transparência aos programas financiados, dificultando a gestão democrática e participativa de sua aplicação. Assim, seria oportuno que os fundos sociais viessem a integrar um orçamento social único, voltado para o financiamento das políticas públicas do setor.

3 - ALCANCE E LIMITES DOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA POLÍTICA GOVERNAMENTAL EM ATENÇÃO À SAÚDE

Em relação aos recursos do orçamento fiscal, duas ordens de consideração se fazem necessárias: a primeira se refere a baixa participação do setor, indicando, até o presente, o pequeno alcance desse mecanismo de financiamento. A segunda se refere a necessidade de importantes reformas no campo tributário, objetivando, entre ou

tras coisas, obter maior progressividade desse mecanismo na captação, e maior regressividade na distribuição dos recursos do orçamento fiscal.

A análise das formas de mecanismos de financiamento da previdência social e o comportamento das receitas arrecadadas durante a década dos setenta nos permite afirmar que:

a) o crescimento dos recursos a disposição do setor de atenção a saúde e, portanto, a ampliação em tese do alcance dessa política, se devem, sem dúvida, ao crescimento extraordinário das receitas previdenciárias e, particularmente, do item contribuições compulsórias;

b) estando as contribuições compulsórias, suporte principal das receitas previdenciárias, diretamente amarradas aos salários, o seu crescimento ao longo da década ficou dependente da velocidade de incorporação de parcelas da população ainda não cobertas e do crescimento do número de empregos. Isso porque o aumento da massa geral de salários, via aumento do salário médio, era obstaculizado por uma política de contenção salarial vigente até 1985. Assim, ao final da década dos setenta, as receitas previdenciárias tenderam a cair, mostrando a fragilidade da sustentação dessas políticas em situações de crise econômica;

c) a receita de contribuições, calculada principalmente sobre a folha de salários da população urbana, onera os custos de mão de obra, elevando o custo relativo do fator trabalho com relação aos demais fatores da produção.

d) como a incidência das contribuições previdenciárias tende a onerar mais as empresas com maior relação trabalho/capital, a vulnerabilidade desse sistema nos momentos recessivos da economia é também muito forte pelo lado da parcela, recolhida pelos empregados. Isso porque esse tipo de empresa é a que demonstra menor estrutura de sustentação durante as crises, podendo daí decorrer uma inadiplência automática das mesmas com relação ao recolhimento das contribuições previdenciárias, rebaixando, ainda mais, o volume de recursos recolhidos sob essa rubrica.

e) o financiamento da previdência rural, ao ser insuficiente para cobrir as necessidades de gastos nesse setor, promove uma transferência dos contribuintes e consumidores urbanos aos beneficiários do sistema previdenciário rural.

f) as quedas progressivas das transferências da União e a inexistência de um fundo de reserva da previdência social que cubra a queda das receitas de contribuições, e conseqüentemente da receita total, em momentos de desaceleração da economia, indicam um problema financeiro latente da própria estrutura do complexo previdenciário.

Assim, no que diz respeito a estrutura de financiamento do setor saúde como um todo, é possível concluir que:

a) apesar do crescimento expressivo das receitas globais do SINPAS, especialmente do item contribuições compulsórias, este mecanismo não favorece nenhuma estratégia redistributiva. Isso ocorre porque são os assalariados, enquanto contribuintes e consumidores, que arcam com a maior parte deste ônus;

b) do lado do gasto público direto, a baixa participação do setor saúde na distribuição de recursos do orçamento fiscal e, em consequência a ausência de uma política efetiva de destinação desse tipo de recursos para o setor faz com que não ocorra nenhum mecanismo compensatório a regressividade da estrutura tributária;

c) do lado do gasto estadual e municipal, a regressividade da composição das receitas totais dessas entidades (FPE, FPM e Receitas Próprias), faz com que só as esferas descentralizadas maiores e mais ricas possam promover programas ligados ao setor saúde. Torna-se necessária uma reforma tributária que corrija essa regressividade e amplie a participação dos estados e municípios nas receitas tributárias da União, capacitando as Secretarias de Saúde a atuarem não apenas como co-gestoras, mas também como co-financiadoras de programas como o das Ações Integradas de Saúde;

d) no que diz respeito aos fundos sociais, é necessário unificá-los no mesmo orçamento como forma -e evitar a multiplicidade de instâncias executoras e dar maior transparência as aplicações desses recursos.

4 - PADRÕES DO GASTO PÚBLICO EM ATENÇÃO A SAÚDE NO BRASIL: UMA SÍNTESE

O exame dos principais trabalhos que analisam o gasto público no Brasil, mostram a ausência de prioridade para medidas e programas de atenção coletiva ao longo de toda a década dos setenta refletida na queda dos gastos referentes aos programas de assistência médico-sanitária com relação aos demais programas, não de saúde como de outros setores de intervenção governamental.

saúde como de outros setores de intervenção governamental

É importante ter em mente que a redução de gastos em atenção médica sanitária ocorre a despeito de uma deterioração das condições de saúde da população. Essa redução é o reflexo, desde 1964, da gradativa emergência, ao nível das decisões político-econômicas, de um modelo de atenção a saúde que dá ênfase ao aspecto médico-assistencial operado pelo setor privado, pelo lado da prestação dos serviços, e pela (in)gerência estatal, pelo lado do financiamento. Observa-se, desde meados da década dos sessenta, um descaso com as medidas de saúde pública e uma ênfase na assistência médica. Mais do que isso, no interior da própria administração direta federal, ocorreu uma pulverização de recursos, fazendo com que a direção do gasto com a função saúde e saneamento saia, em termos relativos, do comando do Ministério da Saúde.

Examinemos, com maior detalhe, o comportamento das despesas em saúde em seu conjunto de programas setoriais, a nível federal, entre 1978 e 1984. Nestes seis anos, o programa de atenção médico-hospitalar foi responsável, em média por 84.3% do total do gasto realizado. Note-se que, embora a participação do programa em serviços básicos de saúde venha crescendo, ela ainda não chega a 3.0% do gasto total. A participação percentual do programa de controle de doenças transmissíveis está em torno de 2,5%, o que ilustra a situação de marginalização dos programas de saúde de natureza propriamente coletiva.

A evolução do comportamento do gasto público no setor saúde no período recente, quando encarada do ponto de vista dos programas setoriais, parece apontar para quatro traços básicos:

a) a inquestionável predominância do gasto de natureza hospitalar, ainda que os patamares de dispêndio permaneçam estagnados, entre 1978 e 1980, e em declínio, entre 1981 e 1983;

b) a evolução positiva dos patamares de gasto em alimentação e nutrição e em serviços básicos de saúde, até 1983, o que indica uma linha, embora tímida, de direcionamento dos gastos para medidas de caráter coletivo;

c) o absoluto descaso com o controle de doenças transmissíveis que, a despeito de um propalado consenso entre as autoridades técnicas do setor quanto a sua alta prioridade, vem recebendo um volume baixo e oscilante de recursos;

d) a progressiva redução dos patamares reais do gasto total de saúde realizado pelo governo federal, com destaque para o período 1981/82; tal fato é significativo pois, a União é responsável por aproximadamente 60% dos gastos totais do governo na área.

4.1 - O GASTO PÚBLICO EM ASSISTÊNCIA MÉDICA PREVIDENCIÁRIA

A análise da evolução das despesas com assistência médica previdenciária, entre 1970 e 1985 revela que:

a) a participação desse item no total do gasto previdenciário, que era de 19% em 1970, chegando a 31.6% em 1976, diminuiu a sua participação atingindo 22% em 1982, voltando a situar-se em torno dos 26% em 1985;

b) a evolução dos valores reais dispendidos com assistência médica previdenciária também apresenta comportamento semelhante: tomando-se 1970 como base, verificamos que até 1978 os valores crescem a uma taxa média anual de 15.6%. A partir daí, observa-se um declínio que é particularmente forte no primeiro ano (6%) e, entre 1980 e 1981 (7,6%); tal situação reverte-se a partir de 1984, ocorrendo um crescimento real em 1985 da ordem de 11%;

c) no período 1979-1982, caracterizado por uma contenção e/ou declínio dos patamares de gasto, as atividades que sofreram maiores cortes foram: assistência psiquiátrica, assistência fisiológica, assistência médico-hospitalar a maternidade, assistência odontológica, assistência médica em geral e assistência hospitalar em clínica médica. Essas atividades, em 1979, são responsáveis por 36,3% do gasto e por 17% em 1982;

d) as duas atividades que congregam entre 50 e 60% do total do gasto realizado em assistência médica pelo INAMPS - assistência ambulatorial e assistência hospitalar cirúrgica - também representam reduções, especialmente entre 1980 e 1981, embora esta última tenha voltado a crescer substancialmente;

e) no período 1970/80, quando as despesas com assistência médica cresceram a uma média de 12,5% ao ano, a destinação do gasto dirigiu-se, predominantemente, para o setor privado prestador de serviços de saúde;

f) a despeito das diferentes tentativas de racionalização dos gastos em assistência médica previdenciária, como o plano do CONASP, a introdução da AIH em substituição a Unidade de Serviço, etc., até 1984, o setor privado continuava sendo responsável pela maioria dos serviços de nível hospitalar e ambulatorial, recebendo a maior parcela dos recursos financeiros destinados a esta atividade. Tal situação só é revertida em 1985, quando pela primeira vez o setor privado recebeu menos de 50% dos recursos.

4.2 - O GASTO GLOBAL EM ATENÇÃO A SAÚDE NO BRASIL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS ESTIMATIVAS EXISTENTES

As informações acerca do total de recursos dispendidos em atenção a saúde no Brasil são parciais e problemáticas. Isto porque a consolidação dos fluxos de recursos entre diferentes níveis de governo, entre o setor público e o setor privado e no interior do setor privado são, praticamente, inexistentes. Esta constatação leva-nos a considerar as estimativas de forma cuidadosa. As afirmações que seguem refletem ordens de grandeza e valores aproximados, sendo, portanto, apenas indicativas.

Inicialmente tomemos a questão do gasto público total realizado nos níveis federal, estadual e municipal. Os estudos existentes indicam que:

a) em 1967, o nível federal (a exceção da assistência médica previdenciária), o nível estadual e o nível municipal eram responsáveis por 56% do gasto total, enquanto a Previdência Social respondia pelos 44% restantes;

b) já em 1975, nota-se uma retração no gasto estatal direto em seus três níveis do governo, participando neste ano com 43%, enquanto que a previdência social participou com 57%;

c) em 1980, o gasto estatal direto em assistência médica recua ainda mais em sua participação, situando-se em 36% contra 64% pela previdência social.

d) em 1982, a previdência social foi responsável por cerca de 50% dos gastos realizados, enquanto que a União, os Estados e os Municípios participaram com 14%, 25% e 11%; respectivamente.

Tais informações mostram que, apesar da recente melhoria, o gasto público em saúde depende, em sua maior parte, dos gas

tos realizados pelo governo federal com os recursos da previdência social.

Do lado do gasto privado propriamente dito, ou seja, aquele efetuado por pessoas físicas, sistemas patronais, securitários, sindicais e por outras entidades filantrópicas, as informações e o nível de conhecimento dos fluxos de recursos, embora precárias, permitem indicar que o gasto privado seja estimado em 37,8% do gasto total. Destaca-se a total predoiminância dos gastos realizados pelas pessoas físicas (25,75). Essa indicação merece, sem dúvida, a realização de investigações que possibilitem um maior detalhamento, pois tal volume de recursos altera a elaboração de qualquer cenário alternativo de ordenamento dos gastos públicos, notadamente naquilo que diz respeito as relações entre as esferas pública e privada.

4.3 - ALGUNS REFLEXOS DA CRISE POLÍTICO-ECONÔMICA DO INÍCIO DOS ANOS OITENTA NOS MECANISMOS DE FINANCIAMENTO E PADRÕES DE GASTO DA POLÍTICA DE ATRIBUIÇÃO A SAÚDE

A forma de enfrentamento e administração da crise em que o país mergulhou mais fortemente a partir dos anos oitenta, acabou por levar a opção por um conjunto de diretrizes de política econômica que, simultaneamente, vieram a agravar as condições de vida da população de baixa e média renda, obstaculizando a expansão e, até mesmo, a continuidade do gasto estatal no campo social e na atenção a saúde em particular. Tal fato ocorre, quer a nível do gasto público direto (recursos do orçamento fiscal), que a nível do complexo previdenciário.

Pelo lado do gasto público, isto é resultado da adoção de uma política econômica estabilizadora para o enfrentamento da crise, onde o governo federal passou a atribuir ao déficit do setor público a responsabilidade pela aceleração do processo inflacionário. O deficit público, nesta visão, seria derivado do crescimento desordenado do setor público. Vários estudos demonstram, no entanto, além do equívoco da visão oficial da época de como administrar a crise, que, a despeito das dificuldades de controlar os programas de investimento e gasto das empresas estatais de maior porte, vinham ocorrendo, de fato, reduções naqueles setores que apresentam menor nível de resistência, dentre os quais destacam-se as políticas sociais.

Pelo lado da receita da previdência social, ocorreu fenômeno semelhante, ou seja, perda da capacidade de gasto real, em função da queda das receitas que atingem, em 1983, patamares inferiores aos de 1978.

As estratégias aparentemente adotadas com relação ao gasto previdenciário, para contrabalançar essa queda de receitas, foram, em primeiro lugar, os cortes e contenções progressivas dos programas. Tais medidas afetaram, principalmente, os programas de assistência médica, passíveis de serem mais facilmente reduzidos que os de benefícios. Nesse sentido, observa-se que, no bojo de um conjunto de medidas racionalizadoras e que, pela sua complexidade e magnitude, demandam tempo para surtir efeito, vinha ocorrendo uma progressiva diminuição de recursos para a assistência médica que não podia ser considerada, simplesmente, como resultado das mudanças efetuadas. Isso porque, tais mudanças não foram acompanhadas por transformações nos programas de atenção coletiva, e/ou pela criação de redes integradas, hierarquizadas e regionalizadas, em ritmo e volume suficiente para proporcionar tais resultados.

Outras medidas foram adotadas além do corte e/ou contenção de despesas no sentido de contornar os impactos da crise, destacando-se as seguintes:

- a) a criação do FINSOCIAL já discutida anteriormente;
- b) a adoção de medidas destinadas a reforçar a receita previdenciária, tais como a elevação das alíquotas de contribuição de empregados, empregadores e pensionistas; o pagamento de parcelas da dívida da União para com o SINPAS, através da emissão de ORTN's especiais, resgatáveis em cinco anos, e com correção monetária limitada; agilização da cobrança de devedores, aumento do teto de contribuições, etc.

Note-se que em ambos os casos não se adotou nenhuma medida que implicasse em reordenamentos mais profundos, na medida em que tais soluções implicariam numa revisão da política econômica em vigor. Essas medidas representaram, ao contrário soluções convencionais de contenção de gastos e estabilização de receitas, que acabaram, em última instância, penalizando os assalariados direta (aumento do valor das contribuições) ou indiretamente (repasse das novas

alíquotas para os preços dos bens e serviços).

4.4 - A REORDENAÇÃO DOS GASTOS E O COMPORTAMENTO DAS RECEITAS PREVIDENCIÁRIAS NA NOVA REPÚBLICA

Com o advento da Nova República, explicitou-se a vontade política em priorizar as políticas sociais e inverter o sentido regressivo do fornecimento de bens, serviços e benefícios públicos. Os documentos oficiais a respeito são claros nesse ponto. O texto elaborado pelo Ministério da Saúde, "Subsídios para a Elaboração do Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República" (MIN. SAÚDE: 1985) reconhece todas as desigualdades atinentes a política de saúde em pauta nos últimos vinte anos e levanta a bandeira de que a saúde deve ser reconhecida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para atingir tais objetivos, define-se como necessário:

a) reformulação do fundo nacional de saúde e a constituição de fundos estaduais de saúde, como formas jurídicas de administração dos orçamentos consolidados.

b) agilização da captação de recursos adicionais para investimentos, junto a agências como o BNDES/FINSOCIAL, Banco Mundial e CEF/FAS.

c) gestão colegiada, interinstitucional do sistema de saúde, de forma descentralizada e participativa, envolvendo as instituições e demais instâncias representativas da população, destacando-se, ainda, o papel fundamental dos Estados e Municípios, numa relação pragmática e sem hegemonias. A forma que se pode recorrer para a viabilização dessa estratégia é a dos "Convênios de Ações Integradas de Saúde", celebrados entre o governo federal e os governos estaduais e municipais. As instâncias de gestão podem, também, ter por base, as já existentes CIPLAN, CIS, CRIS, CLIS/CIMS, desde que investidas de maior representatividade.

Tais objetivos, definidos como de médio e longo prazo, não poderiam, de imediato, ser implantados, dados os resquícios autoritários ainda vigentes no sistema: centralização excessiva, privatização da atenção médica via repasses estatais com controles e formas de conveniamento ineficazes, descoordenação inter-institucional e inequidade na estrutura de financiamento e prestação de serviços.

Nesse sentido as medidas tomadas no ano de 1985 cum
priram, basicamente, quatro finalidades:

1) saneamento administrativo e financeiro da área de
saúde e previdência;

2) fortalecimento das estratégias já iniciadas de re
gionalização e hierarquização dos serviços básicos de saúde, nos
moldes das AIS;

3) reaparelhamento institucional da rede assistencial
e reordenamento da partilha dos recursos para os setores público e
privado;

4) medidas emergenciais no campo do controle dos pre
ços de medicamentos, distribuição de alimentos e saneamento.

Assim, em 1985, pelo lado da despesa, houve significaca
tivo combate as fraudes e exames mais cuidadosos dos recursos re
passados ao setor privado. As receitas, por sua vez, tiveram sen
sível aumento, em função do crescimento dos níveis de emprego for
mal e da elevação dos salários, dado que as categorias mais organiza
zadas puderam negociar seus reajustes num clima político mais fa
vorável. Essas medidas e circunstâncias permitiram que, em 1985, a
questão financeira imediata deixasse de ser o problema mais central.

No campo das estratégias de regionalização e hierarquiza
ção das ações de saúde, entre 1984 e 1985 aumentou em cinco ve
zes o número de municípios que assinaram o termo de adesão ao con
vênio AIS, embora uma parte dos municípios ainda não esteja cober
ta. No entanto a cobertura potencial das AIS já atinge a 67% da po
pulação brasileira. Paralelamente, os recursos alocados nas AIS cres
ceram 153% neste período, embora ainda correspondam a 10% do orça
mento do INAMPS.

A cobertura real dos serviços do INAMPS junto a popu
lação aumentou significativamente, caminhando no sentido de chegar,
em 1989, ao padrão de duas consultas médicas/habitante/ano e 10
internações por 100 mil habitantes/ano, nas áreas de maior carên
cia. Da mesma forma o atendimento dos PAMs do INAMPS elevou-se em
20%. Estima-se, para 1986, um crescimento similar.

No campo do reordenamento da partilha de recursos fo

ram propostas novas formas de relacionamento com o setor privado, concretizadas num convênio padrão, já aprovado, que permitira um efetivo controle, acompanhamento e avaliação das ações, direcionando-as no sentido apontado pelas diretrizes da política de assistência médica. Ao mesmo tempo, a participação dos gastos do INAMPS no conjunto das despesas com assistência médica previdenciária com os estabelecimentos privados, reduziu-se de 58.3% em 1978 para 42.4% em 1985, fazendo com que pela primeira vez, nos últimos dez anos, os gastos com a rede pública fossem maiores do que os com a rede privada.

No entanto, para 1986, persistem alguns problemas. As receitas da previdência podem não ter o mesmo desempenho do ano passado, em função da rápida eliminação dos níveis de ociosidade das empresas e da perspectiva de manutenção dos atuais patamares salariais, fatores impeditivos do crescimento do emprego e da renda e consequentemente da massa global de salários, a qual está ainda vinculada a maior parte das receitas previdenciárias. Por outro lado, faz-se necessário uma rápida política de investimento no reaparelhamento da rede pública (do INAMPS e das Secretarias de Saúde estaduais e municipais). Uma maior humanização e expansão da cobertura da Assistência médica, objetivos prioritários da presente gestão, só é viável com estratégias de racionalização administrativa, no que tange aos recursos humanos, materiais e financeiros, e investimento social, o que exigira, certamente, um grande volume de recursos.

PARTE III

AS ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO PARA A ATENÇÃO A SAÚDE

Como vimos até aqui, as iniquidades da política social brasileira e, particularmente da política de atenção à saúde, são resultado tanto da estrutura de arrecadação, que é extremamente regressiva, como da estrutura de gasto, que é excludente, como tem sido evidenciado pelos poucos recursos aplicados nos programas destinados às populações mais carentes.

Além disso, sua forma e seu conteúdo, tendem a acirrar o corporativismo dos beneficiários, o quais, na luta cotidiana pela manutenção de sua posição relativa em termos de acesso às políticas previdenciárias, dificultam o estabelecimento de estratégias mais redistributivas e universalistas. Assim, os assalariados que participam com cerca de 1/3 das contribuições compulsórias da Previdência (o restante incide sobre a folha de salários das empresas urbanas e sobre a receita da produção rural), tem fortes restrições à universalização dos serviços de saúde utilizando recursos previdenciários, preconizando a manutenção da atual estrutura de custeio e distribuição dos serviços.

Nesse sentido, não apenas por ser socialmente mais justo, mas também por bloquear o corporativismo, torna-se necessário que os recursos para a atenção à saúde provenham de fontes que garantam os princípios de universalidade e equidade.

A busca da universalidade e equidade implica, por sua vez, numa diretriz política, por parte do governo, que defina a saúde como um direito de cada cidadão e dever do Estado. Isso para deixar de ser apenas uma utopia, pressupõe o desenvolvimento de mecanismos de financiamento que possibilitem:

a) uma maior estabilidade das receitas frente aos ciclos econômicos;

b) uma maior justiça na distribuição do ônus das contri
buições;

c) uma maior descentralização e autonomia financeira pa
ra a aplicação de recursos a nível regional e local;

d) um aumento das receitas, visando interromper e reverter
o processo de deterioração dos recursos humanos, materiais, e
quipamentos e instalações alocados à política de atenção a saúde;

e) criação de mecanismos de participação e controle pú
blico das ações estatais;

f) o desenvolvimento de novas formas de relacionamento
do setor público com os prestadores privados de serviços de aten
ção à saúde.

Examinemos de forma sintética cada um destes pontos, pro
curando alternativas de financiamento que se coadunem com estes
princípios.

3.1 - A Estabilidade das Receitas frente aos Ciclos Econômicos.

A questão da estabilidade das receitas passa, em primei
ro lugar, por modificações nas bases de contribuição das receitas
previdenciárias, fonte principal de recursos para as políticas de
atenção à saúde.

Isto porque o saneamento financeiro alcançado em 1985
não significa que os problemas de financiamento do complexo previ
denciário estejam resolvidos.

Torna-se, assim, importante diversificar as bases de in
cidência das contribuições previdenciárias, agregando outras, dis
tintas da folha de salários, tornando o fluxo de recurso menos vul

nerável às crises (queda da massa de salários) e, simultaneamente, fazendo com que a repartição do ônus dessas contribuições seja mais equânime e justa.

Não é aceitável que se retroceda na direção de esquemas clássicos de financiamento do seguro social, elevando a contribuição previdenciária dos trabalhadores sob a alegação de que os benefícios e serviços obtidos no âmbito da previdência social estão restritos aqueles formalmente considerados contribuintes. Já vimos que, com a transferência da contribuição, dois empregadores para toda a sociedade, através do mecanismo de formação de preços, e sendo esta responsável pela maior parte das receitas, a questão da relação contribuição/benefício e serviços, foi histórica e politicamente ultrapassada.

Dessa forma é mais correto falar-se, não em direitos individuais aos benefícios e serviços de saúde, mas sim em direitos coletivos; o que faz com que a diversificação que será aqui proposta seja considerada como um princípio de justiça social e não como uma dívida do Estado.

Como proposta, sugerimos que seja alterada, de forma gradual, a base de incidência das contribuições previdenciárias patronais. Essa alteração, consistiria em fazer com que parte da contribuição dos empregadores fosse calculada tendo como base uma "proxy" que refletisse o desempenho operacional da empresa. Inicialmente, a alíquota sobre tal proxy seria pequena substituindo parte da contribuição patronal sobre a folha de salário das empresas. Gradualmente, e a partir de testes sobre a consistência de tal base, essa alíquota seria ampliada até substituir totalmente a contribuição patronal sobre a folha de salários.

O objetivo dessa modificação é o de dar maior estabilidade ao fluxo de receitas, visto que, os lucros são menos sensíveis à redução das atividades econômicas que a folha de salário,

que tende, nestas circunstâncias, contrair-se rapidamente. Esse fenômeno é resultado do funcionamento dos mecanismos de defesa do capital que são postos em ação pelos empresários de forma a defender as suas margens. Isto é particularmente notório naquelas empresas que se encontram intimamente ligadas aos movimentos na órbita financeira.

Dessa forma, a diversificação das bases de contribuição aumenta a possibilidade do governo em administrar a receita previdenciária nos momentos recessivos. Note-se que, mais do que obter um aumento da receita, a alteração proposta procura resolver, ao menos parcialmente, o problema da instabilidade financeira.

Em segundo lugar, é preciso reconhecer que parte dos recursos captados pelo orçamento fiscal devem passar a compor, juntamente com os recursos advindos do Fundo de Previdência e Assistência Social, a massa financeira destinada aos programas em atenção à saúde. Através de modificações na estrutura tributária tornando o sistema progressivo e melhor repartido entre a União, estados e municípios, teríamos um outro mecanismo de captação de recursos relativamente estável. A combinação dessas duas fontes permitiria uma programação de médio prazo que revertesse as iniquidades que hoje são prevaletentes.

3.2 - Uma maior justiça na repartição dos ônus das contribuições.

Ambas as modificações propostas no item anterior contribuem para esse objetivo, se não vejamos. A diversificação da base da contribuição patronal, faz com que a carga seja melhor distribuída, atingindo aquele contingente de empresas com maior intensidade de capital e maior lucratividade e que, pela forma atual, tendem a ser proporcionalmente menos penalizados do que aquelas empresas que utilizam maior quantidade de mão de obra no processo produtivo. Estas últimas tendem a contribuir relativamente mais e, por estarem na maior parte das vezes em setores mais competitivos,

elas têm menor capacidade de repassar este ônus ao consumidor final. Esta proposta de mudança de base, além disso, diminuiria os incentivos para a utilização de tecnologias cada vez mais capital intensivas, exacerbando mais os problemas de desemprego e a demanda por serviços públicos de assistência à saúde.

O aumento da participação de recursos do tesouro no financiamento da assistência à saúde, recursos obtidos, principalmente, da arrecadação do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas, de natureza progressiva, segue o mesmo princípio de justiça: a obtenção de recursos daquela parcela da sociedade que pode proporcionalmente contribuir mais para a redução das desigualdades que o próprio processo de acumulação, que serve de sustentação a esses mesmos agentes sociais e econômicos, ajudou a criar.

Nesse sentido, a melhor repartição dos ônus, está pressupondo que os programas sociais devem, tanto pelo ângulo dos mecanismos de financiamento, quanto pelo da distribuição de bens, e serviços, auxiliar o processo de redistribuição da renda que é extremamente concentrada no Brasil.

Cabe destacar outras duas medidas que significam o término de determinados privilégios que contribuem para uma injusta distribuição do ônus previdenciário.

A primeira delas refere-se a eliminação do atual teto de contribuições patronais sobre a folha de salários, limitado a 20 salários mínimos. Nos parece claro que a manutenção desse limite somente beneficia aquelas empresas que possuem uma estrutura de salários concentrada em níveis elevados. Estas empresas não têm por que ser beneficiadas e poderiam contribuir proporcionalmente a sua folha salarial total, enquanto esta persistir como base de contribuição.

A segunda medida seria eliminar o privilégio de dedução

local, estadual e federal, pelos colegiados responsáveis pela operacionalização do referido Orçamento Social, naquilo que diz respeito a atenção à saúde. Isso permitiria eliminar as distorções do setor privado, fazendo com que apenas as empresas mais eficientes e mais alinhadas com a nova estratégia governamental possam continuar operando de forma semelhante. Pretende-se com isso restaurar a credibilidade, competitividade e eficácia do setor público.

Obviamente, aquela parcela dos prestadores de serviço que não queira submeter-se a tais procedimentos, que sem dúvida garantirão a operação equilibrada dessas organizações, mas não permitirão ganhos e procedimentos operacionais predatórios, terão a possibilidade de operar segundo as regras do mercado.

Nesse sentido, contarão também com um subsídio estatal indireto proporcionado pelas isenções mantidas embora, com teto, para as pessoas físicas na declaração do Imposto de Renda. Terão coerentemente com as regras de mercado, de estruturar-se de forma competitiva para poder atrair o gasto privado daqueles segmentos da sociedade que preferem usufruir de formas mais exclusivas de atendimento médico.

Cabe, entretanto, considerar que o conjunto de medidas aqui preconizadas induzem, dependendo do formato de operação pretendido para a rede geral de atendimento universalizado e financiado pelos fundos públicos, conseqüências diferenciadas para a organização dos prestadores privados que pretendem aí operar. Chamamos atenção para este fato ainda que sua solução fuja do âmbito deste trabalho. Certamente outros profissionais poderão refletir mais adequadamente sobre a questão. O que nos cabe apontar é a necessidade de uma regulamentação governamental que não favoreça a conglomeração excessiva dos prestadores, o que levaria, em nosso juízo, a formas cartelizadas de operação as quais redundam normalmente na penalização dos consumidores.

total do imposto de renda por parte das pessoas físicas e jurídicas, das despesas privadas com atenção à saúde. Tal dedução, seguramente efetuada por segmentos de mais alta renda e que têm acesso a serviços médicos "exclusivos", ou pelas empresas com maior porte e complexidade, é atualmente paga pela sociedade em seu conjunto pela perda de receita do fisco. Isto nos parece injustificado.

O estabelecimento de um teto para estas deduções nas pessoas físicas e a sua eliminação nas jurídicas, restabeleceria o princípio da equidade, além de obter um fluxo adicional de recursos utilizável em programas coletivos de assistência à saúde.

Na mesma direção, pode ser pensada também a hipótese da eliminação da dedução de empregados e empregadores das despesas com previdência complementar, previstas na atual sistemática de tributação sobre a renda. Do mesmo modo é a sociedade que arca em seu conjunto com um benefício que atinge um número limitado de empresas e assalariados.

É preciso ficar bem claro que não somos contra a existência desses sistemas complementares mas tão somente quanto a forma atual (indiretamente pública) de seu financiamento.

3.3 - A questão do aumento das receitas.

A principal medida para promover uma efetiva elevação das receitas para as políticas de atenção à saúde seria a promoção de uma reforma tributária que aumentasse o poder de gasto das esferas estadual e local de governo, associada a criação de um mecanismo de gestão dos recursos já existentes que evitasse duplicações e desperdícios que hoje prevalecem em todas as esferas de governo.

As outras medidas que auxiliaria o aumento de recursos

são aquelas citadas no item anterior que limitam ou eliminam deduções do imposto de renda das despesas com atenção à saúde (médicos) e previdência complementar. O montante que hoje não é arrecadado por força dessas deduções seria transferido para a composição de um orçamento social e de financiamento de programas médico-sanitários e hospitalares para o conjunto da população. Cabe destacar que em relação às deduções com gastos em saúde, a legislação atual do imposto de renda constitui um poderoso subsídio ao consumo da medicina privada. Em 1981, por exemplo, cerca de 14.3 bilhões de cruzeiros (a preços de 1984) deixou de ser arrecadado em função das deduções realizadas por pessoas físicas. Tal quantidade representou 24% dos gastos federais em saúde daquele ano. Dados com relação às deduções com previdência complementar não são tão disponíveis, mas existem indicações de que essa seja uma importante fonte potencial de recursos adicionais.

Cabe lembrar também que a liberação do teto de contribuições patronais sobre a folha de salários possibilita um aumento real das receitas sem significar ônus futuro para a Previdência Social. Parte desses recursos também poderia ser canalizada para o financiamento de programa de atenção à saúde. A própria diversificação das bases de contribuição, anteriormente proposta, pode significar um aumento adicional ainda que não tenha esse objetivo.

Finalmente, é preciso deixar claro que a adoção deste conjunto de medidas deve ser precedido de uma análise de carga fiscal total que incidira sobre os diferentes setores, evitando um ônus demasiadamente pesado para as empresas de modo a não comprometer a sua capacidade de operação e sustentação financeira.

3.4. Descentralização e autonomia financeira dos Estados e Municípios

Em relação a esses aspectos, duas medidas já citadas merecem especial atenção.

A primeira delas é a implantação de uma reforma tributária que garanta aos Estados e Municípios um fluxo de recursos que possibilite sua maior participação no gasto estatal com atenção à saúde, modificando o panorama de centralização descrito na parte II deste trabalho.

Tal medida deveria ser acompanhada pela estruturação de mecanismos de gestão de recursos que funcionassem em cada esfera de governo como a câmara de compensação que permita a consolidação dos recursos oriundos de diferentes fontes.

Na esfera federal teríamos a constituição de uma caixa única, acoplada funcionalmente a recém-criada Secretaria do Tesouro e que consolidaria recursos provenientes da Previdência Social, Ministério da Saúde, Educação, FINSOCIAL, FAS, etc. Nesse locus seriam decididas, com a participação de técnicos desses setores e de representantes da sociedade civil diretamente envolvidos nos programas, tanto a alocação programática, quanto o volume de transferências para os estados e municípios.

Semelhante procedimento seria instituído nos estados e para conjuntos de municípios, dependendo das especificidades regionais. Também aí, a definição da participação dessas esferas de governo que seria agregada às transferências federais seria decidida por um colegiado composto de representantes dos órgãos estaduais e locais de saúde, das ramificações regionais dos órgãos federais e por representantes da sociedade (prestadores privados, profissionais de saúde, sindicatos e outras organizações de representação de interesses). A tarefa a cumprir nesses níveis de governo seria dar conteúdo programático específico às políticas de âmbito nacional adaptando-as às necessidades regionais e locais. Com isso teríamos garantida a interação entre as esferas de governo controlando o gasto, permitindo o atingimento das metas específicas propostas e resguardando as linhas de atuação prioritárias.

Tal complexo de caixas únicas deveria abranger no futuro não só a política de atenção à saúde mas o conjunto de políticas sociais permitindo o planejamento setorial e regional de forma simultânea. A operacionalização de tal idéia precisa ser ainda amadurecida. Poder-se-ia, entretanto, partir das experiências em curso no âmbito das Ações Integradas de Saúde, reformulando o que fosse necessário, aumentando a representatividade dos colegiados existentes e dotando-os de infraestrutura técnica compatível com essas novas responsabilidades de natureza gerencial.

3.5. Mecanismos de controle e participação públicos da ação estatal na área social

A adoção de uma sistemática de consolidação e aplicação de recursos provenientes de diferentes fontes, aqui chamada, ainda que imprecisamente, de Orçamento Social, consistiria condição necessária para a superação desse obstáculo.

Fica, no entanto, por sugerir o quem e o como dessa participação de gestão colegiada desses mecanismos de orçamentação nas três esferas de governo.

As instâncias burocráticas de representação das organizações prestadoras de serviços, de representação profissional e trabalhista sempre são lembradas. Isto se deve certamente ao grau de organização alcançado por estas instâncias de representação de interesses. A questão fica porém mais complexa quando desejamos, como é o caso, buscar a participação de outras instâncias da sociedade não organizadas via processos de representação sindical, profissional, patronal ou burocrática. Nesse momento nos ocorrem algumas dúvidas: que tipos de organizações seriam adequadamente representativas para exercer esse papel que ora se propõe. Seriam representações partidárias? Seriam representações de movimentos sociais e comunidades fora dos partidos? Que outras possibilidades se apresentam? Como se faria uma combinação que levasse em

conta também as diferentes abrangências e complexidades dos problemas em cada nível de governo.

Não temos respostas prontas para estas indagações. Elas aparecem aqui com o intuito de chamar a atenção dos participantes desta Conferência da necessidade de reflexão sobre o tema. Isso por que se não avançarmos em relação a essas questões, teremos deixado um espaço aberto, que se vier a ser ocupado indevidamente poderá diminuir em muito a efetividade dos programas sociais na resolução dos graves problemas da população.

3.6. Novas formas de relacionamento do setor público e os prestadores privados de serviços de atenção à saúde.

Parece claro que dada a importância da participação dos prestadores privados de serviços é necessário rever as suas formas atuais de relacionamento com a Previdência Social, principal financiadora de suas operações. Nessa direção, e de forma coerente com a diretriz política — a atenção à saúde é um direito de cada cidadão e dever do Estado — os serviços por ela englobados devem ser concebidos como PÚBLICOS, independentemente da natureza do agente operador. Tal perspectiva gera a necessidade do estabelecimento de normas e procedimentos, jurídicos, econômicos, e administrativos que sustentem adequadamente esta diretriz.

É conveniente ressaltar que a aplicação desse novo conjunto de normas, já expressadas em parte no novo contrato-padrão que regulamenta essas relações, abrangerá tão somente aqueles prestadores privados de natureza filantrópica ou lucrativa que pretendam operar a rede de unidades que darão tratamento universal e equânime à população brasileira.

Nesse caso, nada mais razoável, que de forma semelhante, organizações públicas e privadas devam ter suas operações, custos, padrões de atendimento, rigorosamente controlados a nível

local, estadual e federal, pelos colegiados responsáveis pela operacionalização do referido Orçamento Social, naquilo que diz respeito a atenção à saúde. Isso permitiria eliminar as distorções do setor privado, fazendo com que apenas as empresas mais eficientes e mais alinhadas com a nova estratégia governamental possam continuar operando de forma semelhante, pretende-se com isso restaurar a credibilidade, competitividade e eficácia do setor público.

Obviamente, aquela parcela dos prestadores de serviço que não queria submeter-se a tais procedimentos, que sem dúvida garantirão a operação equilibrada dessas organizações, mas não permitirão ganhos e procedimentos operacionais predatórios, terão a possibilidade de operar segundo as regras do mercado.

Nesse sentido, contarão também com um subsídio estatal indireto proporcionado pelas isenções mantidas embora, com teto, para as pessoas físicas na declaração do Imposto de Renda. Terão, coerentemente com as regras de mercado, de estruturar-se de forma competitiva para poder atrair o gasto privado daqueles segmentos da sociedade que preferem usufruir de formas mais exclusivas de atendimento médico.

Cabe, entretanto, considerar que o conjunto de medidas aqui preconizadas induzem, dependendo do formato de operação pretendido para a rede geral de atendimento universalizado e financiado pelos fundos públicos, conseqüências diferenciadas para a organização dos prestadores privados que pretendem aí operar. Chamamos atenção para este fato ainda que sua solução fuja do âmbito deste trabalho. Certamente outros profissionais poderão refletir mais adequadamente sobre a questão. O que nos cabe apontar a necessidade de uma regulamentação governamental que não favoreça a conglomeração excessiva dos prestadores, o que levaria, em nosso juízo, a formas cartelizadas de operação as quais redundam normalmente na penalização dos consumidores.

A N E X O

E S T A T I S T I C O

TABELA 1
 PERCENTUAL DE EMPREGADOS COM CARTEIRA DE TRABALHO,
 SEGUNDO O SETOR DE ATIVIDADE
 BRASIL 1976-1984

ANOS DE REFERÊNCIA	SETORES DE ATIVIDADE			
	TOTAL	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	TERCIÁRIO
1976	61,27	18,33	83,46	57,63
1977	58,94	12,20	83,63	59,96
1978	59,89	14,22	83,45	61,19
1979	59,92	13,53	82,52	61,53
1981	58,09	13,26	76,65	61,01
1983	52,78	10,67	65,49	57,78

FONTE: IBGE - PNAD's 1976 a 1984.

TABELA 2
 TAXAS DE CONTRIBUIÇÃO À PREVIDÊNCIA SOCIAL DAS PESSOAS OCUPADAS
 SEGUNDO O SETOR DE ATIVIDADE
 BRASIL 1978-1984

SETORES DE ATIVIDADE	ANOS DE REFERÊNCIA				
	1978	1979	1981	1983	1984
TOTAL	48,26	49,14	49,92	47,69	46,78
Primário	5,60	5,94	7,87	10,75	7,80
Secundário	79,06	78,69	73,44	61,62	71,03
Terciário	64,77	64,76	60,50	61,27	57,84

FONTE: IBGE - PNAD's 1978-1984.

TABELA 3
 PESSOAS OCUPADAS QUE NÃO CONTRIBUEM PARA A
 PREVIDÊNCIA SOCIAL (ESTIMATIVA)
 BRASIL 1978-1984

ANOS	OCUPADOS QUE NÃO CONTRIBUEM PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL
1979	22 451 697
1981	22 764 437
1983	25 351 463
1984	26 719 044

FONTE: IBGE - PNAD's 1978-1984

TABELA 4
 EVOLUÇÃO DA ARRECADAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
 BRASIL 1980-1984

em Cr\$ bilhões de 1984

ANOS	VALOR EM Cr\$ BILHÕES DA CONTRIBUIÇÃO	CRESCIMENTO SOBRE O VALOR ENCONTRO DO ANO ANTERIOR
1980	19 524,3	- 5,8%
1981	19 126,1	- 2,0%
1982	24 050,6	25,7%
1983	19 125,9	-20,5%
1984	17 081,4	-10,7%

FONTE: IBGE/FGV.

TABELA 5
 EVOLUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DOS ITENS DE RECEITA
 NA RECEITA TOTAL DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
 BRASIL 1970-1983

(Em %)

ANOS	CONTRIBUIÇÕES COMPULSÓRIAS	CONTRIBUIÇÕES DA UNIÃO	OUTRAS RECEITAS	TOTAL
1970	04.60	10.02	5.38	100.00
1971	83.44	10.98	5.58	100.00
1972	85.42	9.80	4.78	100.00
1973	87.05	8.49	4.46	100.00
1974	88.81	6.95	4.24	100.00
1975	88.21	6.24	5.55	100.00
1976	88.04	6.21	5.75	100.00
1977	89.68	7.09	3.23	100.00
1978	87.97	5.96	6.07	100.00
1979	92.10	4.94	2.96	100.00
1980	91.62	5.21	3.17	100.00
1981	87.61	9.53	2.86	100.00
1982	93.06	4.57	2.37	100.00

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS e Balanços do FPAS.

OBS. : Excluídos os encargos previdenciários da União que passa ram a ter trânsito orçamentário somente em 1980, a contri buição da União em 1980 passa a ser 3,45% da receita total. No valor de contribuições da União em 1982 o balanço não contabilizou como receita os Cr\$ 180 bilhões de ORTNs que foram apenas abatidos da dívida da União.

TABELA 6

EVOLUÇÃO DAS RECEITAS DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
POR CATEGORIA - BRASIL 1970-1983

(EM MILHÕES DE 1983)

ANOS	CONTRIBUIÇÕES COMPULSÓRIAS		CONTRIBUIÇÕES DA UNIÃO		OUTRAS RECEITAS		TOTAL	
	VALOR	INDICE	VALOR	INDICE	VALOR	INDICE	VALOR	INDICE
1970	1843343	100	218445	100	117144	100	2178933	100
1971	2027912	110	266904	122	135646	116	2430462	112
1972	2601946	141	298458	137	145743	124	3046147	140
1973	3295337	179	321009	147	169014	144	3785360	174
1974	3764495	204	294646	135	179525	153	4238665	195
1975	4420154	240	312886	143	277901	237	5010941	230
1976	5017328	272	354046	162	327429	280	5698803	262
1977	5561627	302	439952	201	200291	171	6201870	285
1978	6051651	328	410110	188	417319	356	6879080	316
1979	6467075	351	347068	159	207948	178	7022091	322
1980	6084208	330	346026	158	210681	180	6640914	305
1981	5965319	324	648840	297	194590	166	6808750	312
1982	7540600	409	370190	169	191900	164	8102770	372

FONTE: GRUPO DE CUSTEIO DO MPAS E BALANÇOS DO FPAS

OBS: EXCLUIDOS OS ENCARGOS PREVIDENCIARIOS DA UNIÃO QUE PASSARAM A TER TRANSITO ORÇAMENTARIO SOMENTE EM 1980. A CONTRIBUIÇÃO DA UNIÃO EM 1980 PASSA A SER CR\$ 229.110 BILHÕES (A PREÇO DE 1983).

NO VALOR DE CONTRIBUIÇÕES DA UNIÃO EM 1982 O BALANÇO NÃO CONTABILIZOU COMO RECEITA OS CR\$ 180 BILHÕES DE ORTNS QUE FORAM APENAS ABATIDOS DA DIVIDA DA UNIÃO.

INFLATOR UTILIZADO: IGP/DI

TABELA 7

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO COMPLEXO
PREVIDENCIÁRIO

BRASIL 1970-1983

(Milhões de 1983)

ANOS	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM	SINPAS
1970	1429017	638773	116904	11042	8642	2204378
1971	1532803	651302	125872	15559	8378	2333914
1972	1944997	754394	137410	16496	7483	2860780
1973	2328758	922031	159394	17464	8140	3435787
1974	2643990	1028500	182055	16906	7820	3879271
1975	3083891	1382940	239139	20236	8814	4735019
1976	3605729	1824801	315776	19294	11398	5776998
1977	3993271	1879929	225199	38657	14463	6151518
1978	4510433	2041118	221870	54164	19760	6847347
1979	4789710	1919141	152731	76083	20720	6958385
1980	4849254	1950216	211297	91239	27691	7129698
1981	5051218	1801399	419586	95912	32171	7400287
1982	5701828	1839476	236344	91162	29399	7898209

FONTE: Grupo de Custeio do MPAS, Balanços Gerais do FPAS e Balanços da LBA e da FUNABEM.

OBS. : Os dados referentes aos exercícios anteriores a 1978 foram estimados com vistas a reconstituir a despesa do SINPAS se existente a partir de 1970.

Inflator utilizado: IGP/DI.

TABELA 8

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
EXPRESSAS COMO PERCENTAGENS DA RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES COMPULSORIAS
BRASIL 1970-1983 (EM %)

	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM	TOTAL
1970	77.52	34.65	6.34	.60	.47	119.59
1971	75.59	32.12	6.21	.77	.41	115.09
1972	74.75	28.99	5.28	.63	.29	109.95
1973	70.67	27.98	4.84	.53	.25	104.26
1974	70.23	27.32	4.84	.45	.21	103.05
1975	69.77	31.29	5.41	.46	.20	107.12
1976	71.87	36.37	6.29	.38	.23	115.14
1977	71.80	33.80	4.05	.70	.26	110.61
1978	74.53	33.73	3.67	.90	.33	113.15
1979	74.06	29.68	2.36	1.18	.32	107.60
1980	79.70	32.05	3.47	1.50	.46	117.18
1981	84.68	30.20	7.03	1.61	.54	124.06
1982	75.61	24.39	3.13	1.21	.39	104.74

FONTE: GRUPO DE CUSTEIO DO MPAS, BALANÇOS GERAIS DO FPAS E
BALANCOS DA LBA E DA FUNABEM.

OBS.: OS DADOS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS ANTERIORES A 1978
FORAM ESTIMADOS COM VISTAS A RECONSTITUIR A DESPESA
DO SINPAS (SE EXISTENTE) A PARTIR DE 1970.
PERCENTUAIS SOMAM MAIS DE 100% PORQUE A RECEITA DE
CONTRIBUIÇÕES REPRESENTA CERCA DE 95,5% DA DESPESA
TOTAL.

TABELA 9

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS DAS ENTIDADES DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
EXPRESSAS COMO PERCENTAGENS DA RECEITA TOTAL
BRASIL 1970-1983 (EM %)

	INPS	INAMPS	IAPAS	LBA	FUNABEM	RECEITA TOTAL
1970	65.58	29.32	5.37	.51	.40	101.17
1971	63.07	26.80	5.18	.64	.34	96.03
1972	63.85	24.77	4.51	.54	.25	93.91
1973	61.52	24.36	4.21	.46	.22	90.77
1974	62.38	24.26	4.30	.40	.18	91.52
1975	61.54	27.60	4.77	.40	.18	94.49
1976	63.27	32.02	5.54	.34	.20	101.37
1977	64.39	30.31	3.63	.62	.23	99.19
1978	65.57	29.67	3.23	.79	.29	99.54
1979	68.21	27.33	2.18	1.08	.30	99.09
1980	73.02	29.37	3.18	1.37	.42	107.36
1981	74.19	26.46	6.16	1.41	.47	108.69
1982	70.37	22.70	2.92	1.13	.36	97.48

FONTE: GRUPO DE CUSTEIO DO MPAS, BALANÇOS GERAIS DO FPAS E
BALANÇOS DA LBA E DA FUNABEM.

OBS.: OS DADOS REFERENTES AOS EXERCÍCIOS ANTERIORES A 1978
FORAM ESTIMADOS COM VISTAS A RECONSTITUIR A DESPESA
DO SINPAS (SE EXISTENTE) A PARTIR DE 1970.

TABELA 10

CRESCIMENTO REAL EM NÚMEROS RELATIVOS DA RECEITA
DE IPI, IR, ICM E DO COMPLEXO PREVIDENCIÁRIO
BRASIL 1972-1983 (1972=100)

.	IPI	IR	ICM	RECEITAS FPAS
1972	100	100	100	100
1973	114	111	120	124
1974	129	133	129	139
1975	125	133	135	165
1976	127	147	137	187
1977	121	164	145	204
1978	126	187	159	226
1979	107	191	160	231
1980	110	195	167	218
1981	100	194	158	224
1982	101	209	165	266
1983	76	212	144	221

FONTE: CONJUNTURA ECONÔMICA, JUNHO DE 1983,
VOL. 37 N 6
BOLETIM MENSAL DO BANCO CENTRAL DO
BRASIL, JUNHO E JULHO DE 1984, VOL.
20 N 6-7

DEFLATOR UTILIZADO: IGP/DI

TABELA 11

GASTO ESTIMADO EM SAÚDE
BRASIL 1982

FONTE	GASTO EM %	
PÚBLICAS	62.24	
FEDERAIS	39.61	
TESOURO E OUTROS		8.59
PREVIDÊNCIA SOCIAL (FPAS)		31.01
ESTADUAIS	15.02	
TESOURO (SAÚDE/SANEAMENTO)		12.16
PREVIDÊNCIA SOCIAL		3.65
MUNICIPAIS	6.82	
TESOURO		5.00
PREVIDÊNCIA SOCIAL		1.02
PRIVADAS	37.76	
PESSOAS FÍSICAS		25.66
SISTEMAS PATRONAIS		5.07
SISTEMAS SECURITÁRIOS		3.94
SISTEMAS SINDICAIS		2.20
ENTIDADES FILATRÓPICAS		0.89
TOTAL		100.00

FONTE: GAP

IPEA/CNRH

TABELA 12

PARTICIPAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NA DESPESA GERAL DA UNIÃO

(CR\$ MILHÕES DE 1984)

ANO	DESPESAS GERAIS DA UNIÃO	DESPESAS DO MINISTÉ- TÉRIO DA SAÚDE	
1970	16467342	183328.6	1.11
1971	12681600	178997	1.41
1972	15884003	188373.6	1.19
1973	18343613	189698.6	1.03
1974	20153406	189569.7	0.94
1975	22806899	256965.8	1.13
1976	26139168	413897.1	1.58
1977	26987371	486719.0	1.80
1978	27935584	506848.2	1.81
1979	26557091	482897.0	1.82
1980	30346527	417617.2	1.38
1981	27329340	379586.3	1.39
1982	28688784	446666.7	1.56
1983	27955790	311581.6	1.11
1984	21586600	319925	1.48

FONTE: 1970/82: BALANÇOS GERAIS DA UNIÃO
1983/84: ORÇAMENTOS GERAIS DA UNIÃO

DEFLATOR: IGP/DI

TABELA 13

EVOLUÇÃO DAS DESPESAS EM SAÚDE POR PROGRAMAS SETORIAISBRASIL 1978-1984 (EM %)

	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1980</u>	<u>1981</u>	<u>1982</u>	<u>1983</u>	<u>1984</u>
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	2.83	3.00	3.28	3.97	4.76	5.95	5.84
SERV.BÁSICOS DE SAÚDE	.87	1.46	2.14	2.87	3.06	2.89	2.36
ATENÇÃO MÉDICO HOSPITALAR	86.48	86.64	86.29	85.21	83.95	80.46	81.33
CONTROLE DE DOENÇAS TRANS.	2.91	2.81	2.12	1.76	2.21	2.93	2.72
PROD.PROFI.E TERAPEUTICOS	.41	.28	1.89	2.78	2.56	2.81	2.23
OUTROS	6.52	5.81	4.28	3.42	3.46	4.94	5.49
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FONTE: CONSOLIDAÇÃO PLURIANUAL DE PROGRAMAS DE GOVERNO-
CPPG.SER/CNRH/IFER.1983-MIMEO.

TABELA 14

RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO E FUNDOS SOCIAISBRASIL 1980 - 1984

(EM CR\$ BILHÕES DE 1984)

<u>ANOS</u>	<u>RECEITA TRIBUTÁRIA DA UNIÃO</u>		<u>FUNDOS SOCIAIS</u>		<u>(B) / (A)</u>
	<u>CR\$ (A)</u>	<u>VAR%</u>	<u>CR\$ (B)</u>	<u>VAR%</u>	<u>%</u>
1980	44190.8	5.4	32622.3	-	73.8
1981	41366.2	-6.4	31592	-3.2	76.4
1982	42597.2	3.1	37884.8	19.9	88.8
1983	42454.4	-5	31925.6	-15.7	75.2
1984	34621.4	-18.4	28714.6	-10.1	82.9

FONTE: IBRE/FGV. IN REZENDE DA SILVA, F. OP.CIT.

TABELA 15

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICIPIOS
NAS RECEITAS TRIBUTARIAS DA UNIÃO
BRASIL 1968-1983

ANOS	(1) PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	(2) PARTICIPAÇÃO DOS MUNICIPIOS (%)	(1) + (2) (%)
1968	12.53	8.64	21.17
1969	9.96	4.69	14.65
1970	10.71	5.34	16.05
1971	10.48	4.86	15.34
1972	10.07	4.69	14.76
1973	11.56	4.45	16.01
1974	10.91	4.41	15.32
1975	10.57	4.07	14.64
1976	12.51	5.03	17.54
1977	12.28	5.21	17.49
1978	13.02	5.63	18.65
1979	12.58	5.86	18.44
1980	10.79	5.22	16.01
1981	9.54	5.85	15.39
1982	10.85	6.58	17.43
1983	10.98	7.25	18.23

FONTE: AFONSO, J.R.R., "FONTES DE FINANCIAMENTO DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS NO BRASIL.

TABELA 16

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

NA DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS FEDERAIS TOTAIS

BRASIL 1968-1983

ANOS	(1)	(2)	(1) + (2)
	PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	(%)
1968	10.58	7.30	17.88
1969	7.28	3.43	10.71
1970	6.65	3.31	9.96
1971	9.66	4.48	14.14
1972	9.15	4.26	13.41
1973	10.68	4.11	14.79
1974	10.10	4.09	14.19
1975	9.70	3.73	13.43
1976	11.29	4.54	15.83
1977	10.92	4.63	15.55
1978	11.27	4.87	16.14
1979	11.19	5.21	16.40
1980	8.80	4.26	13.06
1981	7.83	4.80	12.63
1982	8.47	5.14	13.61
1983	7.54	4.98	12.52

FONTE: AFONSO J.R.R. "FONTES DE FINANCIAMENTO DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DO BRASIL.

TABELA 17

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

NAS RECEITAS TRIBUTÁRIAS DA UNIÃO

BRASIL 1968-1983

ANOS	(1)	(2)	(1) + (2)
	PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	
1968	12.53	8.64	21.17
1969	9.96	4.69	14.65
1970	10.71	5.34	16.05
1971	10.48	4.86	15.34
1972	10.07	4.69	14.76
1973	11.56	4.45	16.01
1974	10.91	4.41	15.32
1975	10.57	4.07	14.64
1976	12.51	5.03	17.54
1977	12.28	5.21	17.49
1978	13.02	5.63	18.65
1979	12.58	5.86	18.44
1980	10.79	5.22	16.01
1981	9.54	5.85	15.39
1982	10.85	6.58	17.43
1983	10.98	7.25	18.23

FONTES: AFONSO, J.R.R., "FONTES DE FINANCIAMENTO DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS NO BRASIL.

TABELA 18

PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

NA DISTRIBUIÇÃO DAS RECEITAS FEDERAIS TOTAIS

BRASIL 1968-1983

ANOS	(1)	(2)	(1) + (2)
	PARTICIPAÇÃO DOS ESTADOS (%)	PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (%)	(%)
1968	10.58	7.30	17.88
1969	7.28	3.43	10.71
1970	6.65	3.31	9.96
1971	9.66	4.48	14.14
1972	9.15	4.26	13.41
1973	10.68	4.11	14.79
1974	10.10	4.09	14.19
1975	9.70	3.73	13.43
1976	11.29	4.54	15.83
1977	10.92	4.63	15.55
1978	11.27	4.87	16.14
1979	11.19	5.21	16.40
1980	8.80	4.26	13.06
1981	7.83	4.80	12.63
1982	8.47	5.14	13.61
1983	7.54	4.98	12.52

FONTE: AFONSO J.R.R. "FONTES DE FINANCIAMENTO DOS GOVERNOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DO BRASIL.

TABELA 19

RECEITA TRIBUTARIA DA UNIÃO E FUNDOS SOCIAISBRASIL 1980 - 1984

(EM CR\$ BILHÕES DE 1984)

<u>ANOS</u>	<u>RECEITA TRIBUTA-</u> <u>RIA DA UNIÃO</u>		<u>FUNDOS SOCIAIS</u>		<u>(B) / (A)</u>
	<u>CR\$ (A)</u>	<u>VAR.%</u>	<u>CR\$ (B)</u>	<u>VAR.%</u>	<u>(%)</u>
1980	44193.8	15.4	32622.3	-	73.8
1981	41366.2	-6.4	31592.	-3.2	76.4
1982	42697.2	3.1	37884.8	19.9	88.8
1983	42434.4	-.5	31925.6	-15.7	75.2
1984	34621.4	-18.4	28714.6	-10.1	92.9

FONTE: IBRE/FGV, IN REZENDE DA SILVA, F, OP.CIT.

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PESSOAS
OCUPADAS NO BRASIL SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO (1)
 1979-1984

CLASSES DE RENDIMENTO MENSAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	1 9 7 8		1 9 8 4	
	%	% ACUM.	%	% ACUM.
TOTAL (2)	100	100	100	100
ATÉ 1SM(3)	43.84	43.84	42.86	42.86
DE 1 A 2SM	25.69	69.53	22.63	65.49
DE 2 A 5SM	20.37	89.90	22.36	87.85
DE 5 A 10SM	6.54	96.44	7.72	95.57
MAIS DE 10 SM	3.38	100.00	4.43	100.00

FONTE: IBGE, PNAD'S 1979 E 1984

- (1) SÃO CONSIDERADOS APENAS OS RENDIMENTOS DAS OCUPAÇÕES DECLARADAS
 (2) EXCLUI OS SEM DECLARAÇÃO DE RENDIMENTO
 (3) INCLUI OS TRABALHADORES SEM RENDIMENTO