

LI
—
DE
LI
—

financiamiento del desarrollo

O financiamento do sistema
público de saúde brasileiro

Rosa Maria Marques



financiamiento del desarrollo

O financiamiento do sistema público de saúde brasileiro

Rosa Maria Marques



NACIONES UNIDAS



Proyecto CEPAL/GTZ "Reformas a los sistemas de salud en América Latina"

Santiago de Chile, agosto de 1999

Este documento fue preparado por la Sra. Rosa María Márques, consultora del proyecto CEPAL/GTZ “Reformas a los sistemas de salud en América Latina” de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional y Financiamiento del Desarrollo, CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/L.1233-P

ISBN: 92-1-321499-5

Copyright © Naciones Unidas, agosto de 1999. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.99.II.G.14

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, EE.UU. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Sumário

Resumen	5
Introdução	7
I. Características estruturais e dinâmicas do sistema de saúde no Brasil	9
A. O setor público de saúde	9
B. O setor privado de saúde	20
II. Seguridade social e financiamento da saúde	25
A. As principais características do financiamento no período anterior à constituição	25
B. A constituição de 1988 e a seguridade social.....	28
C. A crise da previdência social e o financiamento da saúde ..	28
D. A situação financeira do sistema único de saúde	33
E. O avanço da descentralização e as experiências de um novo modelo assistencial.....	37
III. As propostas de reordenamento do financiamento do sistema único de saúde brasileiro	41
A. Quadro referencial das propostas	41
B. As propostas	45
C. O financiamento da saúde no contexto da recente proposta de reforma tributária do Ministério da Fazenda ...	54
D. Considerações finais.....	58
Referências bibliográficas	59
Anexo	61

Sumário do quadros e gráficos

Quadro 1	Distribuição dos leitos cadastrados no sus, segundo a natureza do prestador de serviços, 1991 a 1997	18
Quadro 2	Número de internações realizadas no sus, segundo a natureza do prestador de serviços, 1991 a 1997	19
Quadro 3	Cobertura vacinal de menores de 1 ano-Brasil, 1995, 1996, 1997	19
Quadro 4	Evolução dos usuários da assistência médica supletiva Brasil, 1987, 1989, 1991-1993	22
Quadro 5	Distribuição da cobertura e do faturamento do sistema de saúde privado Autônomo no Brasil 1987 e 1994	22
Quadro 6	Distribuição percentual da cobertura e do faturamento do sistema de saúde privado autônomo no Brasil: 1987 e 1994	23
Quadro 7	Saúde, gasto federal consolidado por fontes.....	26
Quadro 8A	Receitas do SINPAS	27
Quadro 8B	Gasto das entidades do SINPAS	27
Quadro 9	Evolução da quantidade e da despesa com benefícios.....	31
Quadro 10	Distribuição da cofins e da contribuição sobre o lucro líquido	32
Quadro 11	Receitas federais arrecadadas pela SRF, contribuições de empregadores e empregadores e receitas da seguridade social.....	33
Quadro 12	Gasto público com saúde nas três esferas de governo	34
Quadro 13	Gasto federal com saúde	35
Quadro 14	Distribuição dos recursos do ministério da saúde, por fontes.....	36
Quadro 15	Percentual de descontingencionamento de alguns programas do MS, 1997	37
Quadro 16	Brasil: consórcios existentes, municípios consorciados e população coberta segundo estados e regiões (1997).....	43
Quadro 17	Estimativa recursos para a área da saúde conforme diferentes propostas para 1999.....	49
Quadro 18	Estimativa recursos para a área da saúde, conforme diferentes propostas para 2003.....	49
Quadro 19	A proposta de reforma tributária.....	57
Gráfico 1	Evolução da arrecadação bancária e do gasto com benefícios.....	29

Resumen

A partir de la Constitución Federal de 1988 el Brasil avanza en la búsqueda de nuevos principios que guíen la motivación y organización de la política social. En este contexto, la discusión sobre reformas al sistema de salud ha adquirido una creciente importancia en los últimos años, en particular, lo que se refiere a la configuración de un *sistema único de salud* que debiera propiciar respuestas más adecuadas a los problemas de cobertura y provisión de servicios de salud.

El presente trabajo discute en el contexto de un *sistema único de salud* el papel que debiera jugar el sector público y privado en el financiamiento de la provisión de servicios de salud. Además, examina las fuentes de recursos que actualmente financian el sector ya sea desde la seguridad social o directamente desde el presupuesto fiscal.

Finalmente, se analiza la viabilidad de la propuesta financiera para el sector que actualmente se debate en el congreso centrándose en las implicaciones que tiene sobre el proceso de descentralización y su interrelación con propuestas más generales sobre reformas tributarias.

Introdução

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil avança na consagração de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos em nível das definições, modificaram alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social. Influenciada pelo ambiente político-social da abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira, herdada do regime militar, a Constituição procurou garantir direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e previdência em um capítulo específico-da Seguridade Social.

Particularmente, no que diz respeito à área da saúde, a Constituição e, em seguida, as leis 8.080/90 e 8.142/90¹, apontaram as diretrizes gerais para a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde do Brasil. A trajetória desse sistema, no período pós-constitucional, tem sido bastante tumultuada e criticada, particularmente quanto a sua capacidade de garantir o acesso e a qualidade de seus serviços.

¹ A Constituição brasileira estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um comando único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (Art.198 da CF). Seu financiamento é composto de recursos provenientes dos orçamentos dos governos federal, estaduais e municipais, e de contribuições sociais, calculadas sobre o salário, o faturamento e o lucro (Art.195). Os instrumentos jurídico-legal básicos, que regulamentam a implementação do SUS, foram concluídos ao final de 1990, com a edição da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) e da Lei nº 8.142/90. Esta última dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Acrescenta-se, ainda, o problema de seu financiamento-insuficiência de recursos e baixo grau de eficiência e eficácia na sua aplicação, além de dificuldades de relacionamento entre as esferas de governo e o setor privado prestador de serviço, comprometendo os resultados alcançados e tornando problemática a situação atual da política de atenção à saúde pelo SUS.

As deficiências e as distorções apontadas são reconhecidas como suficientemente fortes para diagnosticar a inviabilidade de seu modelo, no qual define a atenção à saúde como universal, integral e gratuita, onde o acesso a qualquer nível de atendimento parte da iniciativa do usuário.

Há vários diagnósticos que centralizam a discussão da limitação do SUS às restrições impostas pelo governo federal. Embora este nível de governo tenha apoiado a criação do sistema, vem apresentando comportamentos contraditórios ao desenvolvimento do SUS em diferentes gestões do Ministério da Saúde, ainda hoje principal responsável pela condução do processo de descentralização da área, uma vez que os recursos financeiros, em maior parte, provêm dele. Os principais obstáculos à questão têm se pautado pela baixa prioridade concedida pelo governo federal à área da saúde-mesmo porque o elevado déficit público da nação impõe restrições orçamentárias- e, ainda, a falta de instituição de critérios técnicos e transparentes para a distribuição da totalidade dos recursos.

Por último, há quem-mesmo reconhecendo a falta de recursos-atribua importância ao fato de o modelo assistencial continuar voltado prioritariamente ao atendimento hospitalar e não às ações e serviços básicos de saúde, incluindo, ainda, as ações mais custo/efetivas.

Qualquer que seja o diagnóstico, no entanto, é crescente a percepção que a área da saúde enfrenta problemas no seu esquema de financiamento, inviabilizando a realização de uma política mais efetiva. Em outras palavras, com o quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no país-deterioração das condições de vida; desemprego; baixos salários; e concentração na distribuição de renda- aliadas ao aumento de população e ao surgimento de doenças velhas e novas epidemias, evidenciam, ainda mais, a crise da saúde.

Com o agravamento da crise da saúde, a agenda foi estreitando-se, até fixar-se, principalmente, na discussão do volume de recursos financeiros do governo federal, caracterizando-se em um mero “incrementalismo” do financiamento.

É importante assinalar, a importância de se construir uma nova agenda que, sem ignorar os generosos princípios do SUS, considere que sua implementação depende de um conjunto de transformações, tanto gerenciais quanto assistenciais, bem como da solução dos problemas macroeconômicos do país.

Diante desse quadro do sistema público de saúde brasileiro, o presente trabalho procura apontar os principais determinantes que dão origem ao problemático financiamento da saúde, bem como discutir as propostas recentes que visam superá-lo.

Assim, pretende-se apresentar o tema Financiamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, abordando os seguintes aspectos: o papel do setor público e do setor privado no financiamento e na provisão das ações e serviços de saúde no Brasil; a relação da Seguridade Social e o financiamento da saúde, procurando registrar o volume de recursos arrecadados por suas principais fontes, bem como sua aplicação no setor; o tratamento da área da saúde no âmbito do déficit público, via a transferência de parte de seus recursos ao Fundo Social de Emergência e ao Fundo de Estabilização Fiscal; um levantamento de inovações em termos de gestão e de programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, após a criação do SUS e pelos municípios; uma discussão da viabilidade das propostas de financiamento da saúde atualmente em pauta no Congresso Nacional, em conjunto com uma análise em relação ao contexto das propostas de reforma tributária; por fim, uma análise das propostas que modificam a atual relação entre público e privado na área de saúde.

I. Características estruturais e dinâmicas do sistema de saúde no Brasil

A. O Setor público de saúde

Em geral, a trajetória dos diferentes sistemas de saúde na América Latina tem se caracterizada por um desenvolvimento problemático: alocação equivocada de recursos, em termos do custo/benefício; desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; falta de eficiência dos gastos, na utilização dos leitos e na distribuição de pessoal; e custos em níveis altos, advindos da disponibilidade de novas tecnologias combinadas à emergência de certas modalidades de seguro saúde. Particularmente, no caso da situação brasileira, pode ser acrescido a esses aspectos, a insuficiência de recursos financeiros para a saúde, bem como as iniquidades das ações e serviços de saúde, de um lado, e de outro, as repercussões sociais decorrentes da falta de direitos de cidadania no cotidiano da saúde.

Diante dos problemas apontados, no Brasil, vem se impondo a figura do Estado no encaminhamento das soluções e resoluções desta área. Mesmo considerando as diferentes filiações político-ideológicas dos interesses reunidos em torno da saúde, há consenso sobre a necessária participação do Estado no setor. Ademais, é importante ressaltar que os recursos de natureza pública respondem por mais da metade do gasto em saúde no País, o que não é diferente nos países desenvolvidos.

As questões de dissenso entre as várias correntes de pensamento, manifestam-se no tocante ao papel que o Estado deve desempenhar.

Neste sentido, trata-se de melhor caracterizar o papel reservado ao Estado na organização dos serviços de saúde. No caso brasileiro o papel desempenhado historicamente pelo Estado no Sistema de Saúde tem sido o de organizar os consumidores, orientar a destinação do financiamento e o de conciliar os interesses estruturados em torno da saúde, principalmente os decorrentes da articulação com os produtores privados, seja de serviços, insumos ou equipamentos.

Como é sabido, o Estado no Brasil logrou demonstrar competência no desenvolvimento das políticas relativas ao seu papel no setor saúde. Não obstante as alterações ocorridas no período recente-implantação do SUS, praticamente não alteraram o modelo de Estado direcionado aos interesses privados, e com pouca capacidade de regulação, configurando uma organização ainda precoce dos serviços de saúde com várias formas de articulação entre os setores público e privado voltados para ocuparem alguns níveis de assistência. Em relação a esse quadro brasileiro, Elias(1996) afirma que, nessa situação, ao invés de se estabelecer um único sistema, tem-se a presença de dois ou mais sistemas de saúde, que acabam por segmentar a assistência conforme distintos critérios, com ênfase a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica. De acordo com este último, pode-se dizer que resultou na institucionalização de um modelo dual de bem estar social, representado por dois pólos: os trabalhadores dos setores econômicos de ponta e partícipes do processo de globalização econômica, em conjunto com as elites e estratos médios e altos da sociedade, sendo cobertos pelo sistema privado de saúde; e da outra ponta, uma massa de trabalhadores vinculados aos setores economicamente atrasados, empobrecidos, os socialmente excluídos-desempregados e subempregados, dependentes de um sistema público de saúde, cada vez mais problemático, em relação ao atendimento e ao acesso.

No tocante às bases de financiamento do setor público, é perceptível a grande dependência dos fundos públicos, sendo que o governo federal se constitui no principal provedor de recursos, centralizando o seu controle, apesar da reforma tributária decorrente do novo pacto federativo consubstanciado pela Constituição de 1988.

No caso brasileiro não se coloca a questão de privatização dos serviços estatais na saúde, dada a expressividade do setor privado da saúde na assistência hospitalar e o elevado grau de dependência do Estado dos produtores privados de serviços de saúde, que será abordado mais adiante. Assim, da perspectiva do financiamento, coloca-se uma situação de indefinição em que o sistema em vigor, no Brasil, não se caracteriza por se apoiar em recursos fiscais-sistema público universalista, ou exclusivamente nas contribuições sociais calculadas sobre as folhas de salário. Na prática, nem o atual sistema público (Sistema Único de Saúde-SUS) comporta-se como universalista, devido as várias dificuldades que enfrenta para realizar a cobertura e o acesso aos serviços, nem o sistema privado (complementar/supletivo) comporta-se claramente como modalidade seguro, dados os incentivos fiscais do Estado e os subsídios que recebe dos serviços públicos, sobretudo nos procedimentos assistenciais de alto custo. Assim, a caracterização de um sistema de saúde seletivo na sua clientela é apontado como de difícil reversão por alguns estudiosos, e compromete o princípio constitucional da universalização exigido na estruturação do SUS.

Em síntese, a atual organização dos serviços de saúde no Brasil configura uma situação de dualidade no interior da política de seguridade social, apresentando duas institucionalidades distintas: 1) uma que assegura o acesso aos serviços de saúde pela via do mercado aos estratos sociais de maior renda e aos melhores situados no mercado de trabalho; 2) outra dependente dos serviços públicos de saúde aos estratos pior situados no mercado de trabalho e aos excluídos (Elias, 1996).

É importante assinalar que o acesso aos serviços enquanto direito implica a adoção de modelos de sistemas de saúde que se contraponha às modalidades assistenciais organizadas por clientela ou grupos sociais específicos como forma de eliminar ou restringir de forma acentuada o privilégio e a discriminação social. As desigualdades sociais na área da saúde manifestam-se por meio dos seguintes aspectos: no direito ao acesso; na distribuição dos recursos; na utilização dos serviços; nos resultados das ações de saúde; e no financiamento. É nesta perspectiva que a organização dos serviços públicos de saúde no Brasil será analisada a seguir.

A Organização dos serviços no período anterior aos SUS

A Construção de um sistema público centralizado

Até a década de 30, o Brasil não contou sequer com uma política nacional de saúde. As ações de saúde pública eram de caráter higienista e desenvolvidas esporadicamente por diferentes organismos estaduais ou do governo federal; e os serviços de atenção média eram prestados de forma pulverizada.

Com o advento da Lei Eloy Chaves, em 1923, começaram a ser criadas Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizadas por empresas ou categoria profissional². A partir da criação, em 1930, do Ministério de Educação e Saúde e de seu Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, organizam-se duas estruturas no país: a de saúde pública, desenvolvida pelo Ministério através de Campanhas Nacionais, outra de seguro-saúde-realizada pelos serviços médicos associados aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Os Institutos eram organizados por ramo de trabalho. Ao longo dos anos 30, foram criados seis Institutos: o dos bancários, ferroviários, portuários, trabalhadores da indústria, marítimos e comerciários. Na década dos quarenta foi criado o dos servidores do Estado. Embora os Institutos mantivessem suas próprias estruturas de assistência médica, com hospitais e ambulatórios, também contratavam serviços de estabelecimentos de saúde privados, fossem eles lucrativos ou filantrópicos. Alguns estabelecimentos filantrópicos prestavam serviços a famílias pobres e a indigentes. O Ministério da Saúde mantinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria. Nas demais esferas de governo, eram raros aqueles que dispunham de serviços de assistência médica adequados.

A assistência médica, assim constituída, apresentava vários problemas. Além de excluir os trabalhadores rurais e os do setor informal urbano, muitos trabalhadores do próprio mercado formal não pertenciam a ramos de atividade cobertos pelos Instituto ou a categorias profissionais abrangidos pelo sistema de caixas ainda remanescente.

Por outro lado, os serviços prestados pelos Institutos não eram homogêneos quanto à qualidade e grau de complexidade. Enquanto categorias mais organizadas e estabelecidas tinham excelentes estruturas de assistência médica, outras eram apenas sofríveis. Por último, é importante salientar que a estrutura de saúde era eminentemente urbana, pois os ramos de atividade contemplados pelos Institutos concentravam-se em poucas cidades de alguns estados do país.

A existência desses problemas vai alimentar a discussão sobre a necessidade de unificação dos Institutos. Contudo, essa unificação só vai ocorrer quando começam a apresentar dificuldades financeiras e quando o golpe militar de 1964, dá início aos governos autoritários. Em 1967, no bojo das reformas empreendidas pelo regime militar, é realizada a reforma previdenciária, sendo criado

2 As Caixas eram financiadas pelos empregados, pelas empresas e pelos governos. Sua criação e funcionamento eram objeto de regulação do Estado, embora fosse restrita sua capacidade efetiva de fiscalização.

o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse Instituto unificou a estrutura anterior, ficando apenas de fora o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado.- Ipase³.

O INPS passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais e seus dependentes, não importando o ramo de atividade ou a categoria profissional. A única condição de acesso era a contribuição, do empregado e do empregador. A cobertura também foi ampliada, mediante contribuição prévia, para os autônomos e empregadores.

A estrutura provinda dos antigos Institutos foi insuficiente para dar conta do aumento decorrente da ampliação da cobertura. Foi preciso não só aumentar a rede própria como contratar um maior número de estabelecimentos privados. Esse, contudo, com exceção do setor filantrópico, não contava com uma rede de tamanho e complexidade expressivos. É interessante salientar que boa parte da expansão da rede privada foi financiada com recursos públicos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAS⁴.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e, nos próximos anos, o INPS foi desmembrado em três institutos: o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS) -destinado a administrar e recolher os recursos; o INPS- que ficou restrito aos benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)-destinado a administrar o sistema de saúde. Também foram incorporadas ao Ministério a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM), instituições voltadas à assistência de segmentos carentes da população.

Esse processo de reforma se encerra em 1976 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Além das instituições acima mencionadas, contava ainda com duas autarquias: a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e a Central de Medicamentos (CEME)⁵. A CEME era responsável pela compra e distribuição dos medicamentos utilizados na rede e pelo apoio à produção de medicamentos e fármacos considerados estratégicos. Juntamente com o SINPAS, foi criado o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), para lhe dar suporte financeiro.

Além do sub-sistema existente no âmbito da Previdência, o sistema de saúde era ainda formado de mais quatro: o do Ministério da Saúde e suas instituições; o formado pelas administrações estaduais e municipais; a assistência médica das forças armadas e servidores públicos e o sub-sistema privado que não vendia serviços para o INAMPS.

O *Sub-Sistema de Saúde da Previdência Social* era composto de estabelecimentos próprios do INAMPS (hospitais e postos de assistência médica), pela CEME e por uma rede de estabelecimentos privados conveniados. Em 1984, a rede de leitos do INAMPS era formado de 90 mil leitos públicos e de 250 mil leitos privados, os quais representavam 60% dos leitos hospitalares privados disponíveis.

O *Sub-Sistema do Ministério da Saúde* contava com estruturas hospitalares e ambulatoriais próprias, com fundações e instituto. Algumas de suas atividades eram desempenhadas em colaboração com os Estados e Municípios.

O Ministério da Saúde desenvolvia programas nacionais na área de tuberculose, dermatologia, doenças transmissíveis, saúde mental, câncer, atenção materno-infantil, entre outras.

³ Foi extinto nos anos oitenta e suas estruturas de assistência médica foram incorporadas ao sistema.

⁴ Criado em 1974 e formado por recursos de concursos e prognósticos e saldos operacionais da Caixa Econômica Federal-CEF. Esse fundo financiava, também, projetos na área da educação, saneamento, trabalho, assistência social e outros programas sociais. Os recursos eram a fundo perdido quando destinados ao setor público e a juros subsidiados quando dirigidos ao setor privado.

⁵ Nos anos 80, passou a integrar o Ministério da Saúde.

Além disso era responsável pelas ações no campo da vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, farmacológica, alimentar e vigilância dos portos, aeroportos e fronteiras.

A Superintendência Nacional de Campanhas Sanitárias (SUCAM), autarquia que se fazia presente em todo o território nacional, era responsável pela coordenação das campanhas de combate às doenças transmissíveis. Cabia à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP) a interiorização da assistência médica e as ações de saneamento básico, notadamente nas regiões mais distantes do país⁶.

A Fundação Oswaldo Cruz realizava, e atualmente, ainda realiza, atividades no campo do ensino técnico e de pós-graduação, pesquisa e serviços de saúde. Destaca-se na produção de vacinas, no ensino de saúde pública e na pesquisa e desenvolvimento sobre doenças tropicais. Já o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM) tinha como objetivo distribuir alimentos, realizar vigilância nutricional, acompanhar os níveis de desnutrição e realizar estudos de antropometria. O Ministério da Saúde contava, ainda, com os hospitais universitários vinculados às Universidades Federais e Estaduais. Esses, além de ensino e pesquisa, prestavam atenção médica à população em geral⁷.

Os Militares e os Servidores Públicos mantinham sistemas próprios de saúde. Com a extinção do IPASE, nos anos oitenta, a estrutura de assistência médica dos funcionários públicos do governo federal foi incorporada ao INAMPS. Em nível dos Estados, ainda persistem estruturas tais como o Instituto de Assistência aos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e o Instituto de Assistência Médica dos Servidores do Estado de São Paulo. Os militares continuam mantendo seus sistemas próprios de saúde, tanto em nível federal como estadual.

O Sub Sistema dos Estados e Municípios era formado de estrutura de assistência médica extremamente precárias. Com exceção dos Estados mais ricos e das capitais, os demais não tinham condições sequer de assumir tarefas rotineiras de vacinação e de assistência ambulatorial, quanto menos de atender situações de emergência. No máximo podiam colaborar com algumas ações realizadas pelo Ministério da saúde.

Assim, no tocante à organização institucional e às relações entre o setor público e o setor privado, uma característica marcou a política de atenção à saúde até os anos 80. A hipercentralização dos recursos e do poder decisório na estrutura do INAMPS e do Ministério de Previdência e Assistência Social, colocando em segundo plano seja o próprio Ministério da Saúde, sejam as secretarias estaduais e municipais encarregadas de ações nesta área. A grande novidade que virá a ocorrer na segunda metade dos anos 80, no movimento de implantação do SUS, será a descentralização, com forte tonalidade municipalizadora, de todo o sistema.

Período de Transição para o Universalismo

Embora o início da transição da assistência médica previdenciária para a universalista tenha sido convencionalmente estipulado como o ano da implantação do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciativas realizadas durante a década dos setenta já indicavam essa tendência.

A primeira iniciativa notável foi a criação, em 1974, de um programa para atender as demandas dos trabalhadores rurais e seus dependentes. Este programa iniciou-se no âmbito do INPS e depois continuou sob a direção do INAMPS. Fazia parte de um conjunto de ações dirigido para esse segmento populacional. Para dar suporte a essas, foi criado o Fundo de Previdência e

6 Destacou-se no campo de saneamento antes das Companhias Estaduais e o Plano Nacional de Saneamento assumirem o desenvolvimento do programa.

7 Isto é, em regime universal.

Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), o qual deveria ser composto por 2.5% do valor da primeira comercialização dos produtos vendidos pelos estabelecimentos rurais.

Ainda em 1974, foi criado o Programa de Pronto Ação (PPA), que universalizou o atendimento de urgência médica na rede própria e conveniada do INAMPS.

Em 1976, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS). Seu objetivo era criar uma estrutura básica de saúde pública onde elas não existiam. Embora fosse um programa interministerial, era coordenado pelo Ministério da Saúde. O programa contava com o apoio efetivo das demais esferas de governo. Este tipo de iniciativa, voltada à toda a população dos municípios de menos de 20.000 habitantes, criou as condições para, em 1983, ser implantado o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS).

A partir de repasse de recursos do governo federal para os Estados e Municípios, as AIS permitiam a plena utilização da rede pública em programas de atenção universal de saúde. Em sua primeira fase, ainda sob o governo militar, o setor público estadual e municipal consistia apenas em mais um fornecedor de serviços de assistência individual. Já na Nova República-1986-1988, são contempladas ações de caráter coletivo, muito embora o repasse continuasse a ser feito por produção no caso de ações curativas.

Dando prosseguimento às AIS, foram criados, em 1987, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Eram firmados convênios entre o INAMPS e os Estados, onde eram estabelecidos os repasses de recursos e a utilização plena da infra-estrutura de saúde (dos três níveis de governo) a serviço da universalização.

De acordo com o decreto presidencial que criou o SUDS8, a União ficaria encarregada de ações de caráter normativo e centralizaria as atividades de pesquisa, cooperação técnica e de produção e distribuição de medicamentos e insumos de saúde. Aos Estados caberia a execução de serviços de abrangência estadual e a coordenação do planejamento e programação setorial. Os Municípios seriam responsáveis pelo planejamento local e pela execução efetiva dos serviços de saúde.

A fase de transição não chegou a provocar mudanças na estrutura administrativa do sistema de saúde. Contudo, pressões existiam no sentido da extinção do INAMPS e das suas Superintendências Regionais, com a incorporação de suas tarefas pelo Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, respectivamente. Da mesma forma discutia-se que seus hospitais e postos de assistência médica fossem absorvidos pelas redes de atendimento dos Estados e Municípios.

Neste cenário, o novo modelo assistencial, descentralizado e municipalizado, que vem se implantando desde 1987, tende a inverter o modelo hospitalocêntrico, de um lado, e a produzir um certo deslocamento do setor privado, até mesmo porque este último sempre teve reduzida presença na atenção primária à saúde.

O sistema único de saúde

A partir da Constituição de 1988, se firma, no texto da Lei, a idéia da universalização dos serviços de saúde. A saúde passa a ser definida como um direito de todos e dever do Estado. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada (segundo complexidade tecnológica) e constituem um sistema único⁹, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral,

8 Decreto 94.657, de julho de 1987.

9 Não integram o SUS o sistema de saúde das forças armadas.

com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

De acordo com a diretriz da descentralização, a execução dos serviços seria comandada e realizada pelos Municípios e pelos Estados, cabendo à União as atividades de planejamento, acompanhamento, fiscalização e controle. A unicidade de comando, por sua vez, eliminaria a antiga duplicação de esforços que existia entre as estruturas do INAMPS, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais.

Já a participação da comunidade seria garantida através do assento nos Conselhos de Saúde organizados em todas esferas de governo. Esses, teoricamente, planejam e fiscalizam as ações de saúde.

Não obstante o arcabouço legal básico da área da saúde estar praticamente concluído desde 1990, tornando-a a primeira, e até muito recentemente a única, dentre as áreas sociais a ter completa a sua regulamentação após a promulgação da Constituição, suas conseqüências não surtiram os efeitos previstos e desejados em grau e velocidade compatíveis com as exigências para a estruturação do SUS. Exemplos dessa situação podem ser mencionados: decorridos praticamente oito anos da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal de n.º 8.080/90), sequer a estrutura administrativa do Ministério da Saúde encontra-se adaptada às novas normas vigentes. Por outro lado, a situação grave que vem perdurando no sistema de saúde desde o final dos anos oitenta, cuja face mais visível é a da permanente ameaça de colapso da assistência médica, aliada às medidas que vem sendo adotadas para promover o ajuste da economia, obrigou diversos municípios a inovarem na busca de soluções para os problemas de saúde, resultando em experiências criativas, algumas delas ocorrendo totalmente à margem do SUS tal como oficialmente definido.

Cabe menção que as questões relativas à estruturação e funcionamento do SUS são de várias ordens:

- A descentralização ocorre de modo limitado;
- financiamento continua pendente em relação à sua magnitude (montante de recursos disponíveis) e no tocante à sua qualidade (estabilidade e tipo de fontes de recursos), o que será visto na parte dois deste relatório;
- A participação da comunidade, conhecida na Lei como “controle social”, busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, e portanto a um Estado infenso ao controle público.

Nesta perspectiva, o SUS necessita para sua implementação, a estruturação de um amplo projeto que contemple a desigualdade e a exclusão social, de maneira que possa orientar a operacionalização da descentralização em moldes diversos daquele baseado apenas no financiamento.

De acordo com Elias (1996), a estruturação desse projeto, no caso do sistema de saúde brasileiro, exige um enfrentamento mais concreto frente a atual forma de organização dos serviços de saúde no país, pois encontra-se bem distante de merecer a qualificação de sistema, em quaisquer das acepções do termo. É certo que, numa análise do funcionamento concreto dos serviços de saúde não se percebe qualquer base empírica para configurá-los sequer como partes articuladas de um conjunto objetivando atender as necessidades socialmente demandadas pela população.

No sentido mais geral, o sistema de saúde brasileiro, abrange os serviços públicos nas esferas de governo federal, estadual e municipal e os serviços privados em suas várias modalidades de prestação-filantrópicas, lucrativos, beneficentes, dentre outras. Suas principais características são:

- a) Serviços públicos de saúde, prestados através de próprios governamentais ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de baixa renda, e que são financiados historicamente através de um fundo público administrado pelo Estado, formado por contribuições compulsórias dos trabalhadores formais para o sistema de previdência social. Mais recentemente, a partir da Constituição de 1988, ocorre a diversificação da base de financiamento desses serviços com a incorporação de fontes da receita tributária vinculada ao orçamento da Seguridade Social, sendo as principais delas a Contribuição ao Financiamento da Seguridade-Cofins (faturamento bruto das empresas) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (das empresas), ambas criadas a partir das novas diretrizes constitucionais. Assim, a um sistema constitucionalmente previsto para uma cobertura universal na prestação da assistência à saúde, corresponde um financiamento em moldes regressivos e de seguro compulsório. Na parte dois deste relatório, o comportamento dessas fontes no financiamento da saúde será discutido.
- b) Prestação privada de serviços e seguro privado para os grupos de renda mais elevada e parcela dos trabalhadores urbanos das atividades industriais e de serviços pertencentes ao setor mais dinâmico da economia, correspondendo atualmente a cerca de 25% da população, grande parte dela residente nas regiões sul e sudeste do país. O financiamento desses serviços decorre de sistemas coletivos de pré-pagamento administrados por empresas privadas a partir do desembolso das empresas, e ressarcidos através dos mecanismos de renúncia fiscal do Imposto de Renda. Dessa forma, a um sistema pretensamente regulado pelas forças de mercado, corresponde um financiamento fundado na renúncia fiscal pelo Estado, e portanto de base não redistributiva.

Essas características demonstram a constituição de um tipo de “sistema” segmentado no que se refere à prestação da assistência e ao acesso aos serviços, com iniquidades no atendimento das necessidades sociais, sem qualquer tipo de controle público; desarticulado na prestação da assistência e indutor da separação entre as ações de saúde nos planos da atenção individual e coletiva. Na prática, esse “sistema” contraria em grande medida os preceitos constitucionais e legais, geradores de direitos sociais. Dessa forma, esses direitos subsistem somente no plano jurídico legal, configurando no caso brasileiro a necessidade de sua efetividade, norteando o cotidiano das ações e da prestação de serviços de saúde.

1. Perfis e dimensões das clientela-distribuição diferencial dos serviços

Até a década de 70, como já se disse, a característica principal da clientela demandante esteve relacionada à dicotomia entre segurados e não-segurados do sistema previdenciário, com direitos e possibilidades de acesso bastante diferenciadas diante a uma rede também segmentada entre prevenção e cura.

Dada a universalização formalmente ocorrida nos anos 80, a clientela do sistema é hoje constituída por toda a população brasileira, 157 milhões de pessoas (população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE de 1996), evidentemente com demandas diferenciadas segundo as faixas etárias, associadas às de renda, assim como à localização geográfica, ao perfil epidemiológico das regiões onde se encontram e finalmente, às concretas condições do acesso ao sistema público-privado de atendimento. Neste sentido, melhor que dimensionar clientela, o que parece importante é relacioná-las de acordo com suas especificidades tanto à capacidade do sistema quanto aos indicadores de produção que vem demonstrando.

Cabe assinalar que, no caso brasileiro, apesar das determinações legais quanto à universalização, estima-se que pelo menos 1/3 da população não tem acesso a qualquer serviço de saúde, num universo estimado em cerca de 157 milhões de pessoas. Na verdade, a população SUS-dependente configura-se em 120 milhões, cuja imensa maioria ganha abaixo de 5 salários mínimos (R\$ 650,00 mensal). Na categoria dos assistidos, verifica-se 88 milhões - 56% e dos desassistidos, 32 milhões - 20%. Por fim, é importante salientar que, a população usuária do SUS e consumidora de Planos Privados representa um contingente de 39 milhões de pessoas-25%. (Conselho nacional de saúde-CNS-1997).

Número de estabelecimentos (ambulatorios, hospitais e leitos)

É inegável o notável crescimento da capacidade instalada do sistema brasileiro de saúde, entre os anos 70 e os anos 80. Entre 1976 e 1986, o número de estabelecimentos passou de 13.133 para 39.672, representando um incremento de 135% (Azeredo, Castro & Draibe, 1991). Na realidade foi a *rede ambulatorial* que cresceu, passando de 7.823 em 1976 a 23.952 em 1986, sustentada pelo crescimento do setor público que, em 1986, respondia por 71.8% daquela rede, contra 13.3% do setor privado lucrativo, o restante sendo de responsabilidade de entidades filantrópicas e beneficentes.

Na década de 80 foi intenso o crescimento dos estabelecimentos ambulatoriais em todas as Regiões do país¹⁰. De acordo com a pesquisa AMS/IBGE, o crescimento ocorreu em todas as Regiões do país, cabendo destacar o verificado no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Este comportamento permitiu a redução parcial das desigualdades regionais em termos de oferta de serviços de saúde. Contudo, estas desigualdades ainda são muito gritantes.

Nos anos 90, a rede ambulatorial do SUS, apresenta um crescimento considerado. A título de ilustração, esse incremento pode ser verificado, até em estatísticas mais recentes. De acordo com dados do Ministério da Saúde/Sistema de Informações Ambulatoriais, entre 1996 e 1997, o número de estabelecimentos da rede ambulatorial passou de 59.151 para 60.128, respectivamente, sendo a maior presença verificada pelo setor público, sobretudo pela participação dos governos municipais, decorrente do processo de municipalização do Sistema. A participação da rede municipal vem crescendo, representando, em 1996, 51.1% do total de estabelecimentos e, em 1997, passa para 54.0%. No caso da participação do setor privado, enquanto o segundo responsável na oferta de estabelecimentos ambulatoriais, vem ocorrendo uma queda. Os dados indicam que, em 1996, representavam 30.5% do total de estabelecimentos, mas, em 1997, declinam sua participação para 28.4%.

A *rede hospitalar* cresceu a taxas bem mais modestas, passando de 5.310, em 1976, para 6.920, em 1986. O setor público cresceu a uma taxa de 5.2% e o setor privado apenas 2%, sem entretanto alterar substantivamente sua posição relativa: em 1986, o setor privado respondia, ainda, por 76% dos estabelecimentos hospitalares.

Mais particularmente, os anos oitenta, foram caracterizados por um alto crescimento da oferta de serviços de saúde de estabelecimentos públicos. Entre 1980 e 1989, o número de hospitais públicos passou de 1.217 para 1.966 e o de estabelecimento públicos sem internação de 8.828 para 20.817¹¹. As taxas de crescimento para esses dois tipos de estabelecimentos foi de 61.5% e de 135%, respectivamente.

¹⁰ Os dados que permitem essa avaliação são oriundos da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária-AMS do IBGE e do Sistema SIH/S I A do Ministério da Saúde. Para a AMS foi utilizado o dado de 1989.

¹¹ Os dados que permitem essa avaliação são oriundos da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE e do Sistema SIH/SIA do Ministério da Saúde. Para a MAS foi utilizado o dado de 1989.

No caso do setor privado, as taxas, apesar de expressivas, foram menos intensas. O número de hospitais privados passou de 4.893 para 5.238 (7%) e o de estabelecimentos sem internação evoluiu de 3.551 para 6.887 (93.3%). Assim, do ponto de vista geral, o Brasil detinha, no final dos anos oitenta, cerca de 7,2 mil hospitais, com presença hegemônica do setor privado, e 27.7 mil estabelecimentos sem internação, onde era hegemônica a presença do setor público.

Nos anos noventa, essa tendência vem se modificando. Observa-se uma maior presença do setor público (estadual e municipal), tanto no atendimento ambulatorial, como na construção de hospitais públicos nos Estados e Municípios, decorrente do processo de descentralização do SUS.

O número de leitos e as taxas de internação sempre foram muito elevados no Brasil. Contudo, entre 1980 e 1989, esses indicadores se reduziram de 4,28 para 3,70 por 1.000 habitantes. Somente a Região Nordeste apresentou uma elevação do número de leitos hospitalares per capita. (de 2,64 para 2,87). Portanto, apesar do crescimento do número de hospitais, vários leitos foram fechados nos anos oitenta (Médici, 1996).

A análise da distribuição dos leitos e das internações do SUS, por natureza do prestador, no período 1991/1997, permite algumas constatações relevantes, ainda que demandem estudo mais detalhado sobre a tendência da descentralização nos últimos anos, como apontam os quadros a seguir.

Quadro 1
DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS CADASTRADOS NO SUS, SEGUNDO A NATUREZA DO PRESTADOR DE SERVIÇOS, 1991 a 1997

Natureza	Quantidade de Leitos (mil)							Variação % 91/97
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Federal	15.7	15.7	12.0	10.9	10.8	9.3	9.2	-41.4
Estadual	56.2	65.1	64.4	59.3	58.9	57.6	54.0	-3.9
Municipal	17.8	28.8	33.9	35.7	37.7	40.7	44.4	149.4
Contr./filantr.	346.5	355.1	355.7	357.0	353.7	345.5	345.1	-0.4
Universitários	24.3	26.2	39.3	44.8	42.3	42.9	48.0	97.5
Sindicatos	-	0.04	0.02	0.02	0.08	0.08	0.10	-
Total	460.6	491.0	507.4	507.9	503.5	496.1	500.8	8.7

Fonte: Datasus/Ministério da Saúde.

De acordo com o quadro 1, verifica-se que, no período 1991/1997, há um crescimento do número de leitos existentes no SUS, correspondendo principalmente ao incremento da oferta de leitos do governo municipal (149.4%) e dos hospitais universitários (97.5%). O governo estadual registra uma redução de 3.9%, ainda que dos leitos públicos, represente, em 1997, 50.0% do total, ao lado de 41.3% sob gerência municipal. O setor privado - contratado e filantrópico - apresenta uma pequena redução de 0.4% e, é importante assinalar, que o governo federal registra uma queda de 41.4%. Note-se que essa diminuição foi decorrente do processo de descentralização da área da saúde, quando os governos subnacionais assumiram parte do equipamento da esfera federal.

É importante mencionar que, o comportamento dos leitos privados no total de leitos cadastrados no SUS, apresenta na década de 90, uma participação significativa. Embora sua participação venha decrescendo a partir de 1995, ainda representava 70%, em 1997.

Quadro 2
NÚMERO DE INTERNAÇÕES REALIZADAS NO SUS, SEGUNDO A NATUREZA DO PRESTADOR DE SERVIÇOS, 1991 a 1997

Natureza	Quantidade de Internações (mil)							Variação % 91/97
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Federal	274.7	317.9	238.6	154.5	111.4	154.3	148.2	-46.1
Estadual	937.4	1 282.7	1 412.7	1 274.0	1 156.7	1 140.0	1 158.0	23.5
Municipal	602.4	912.3	1 082.4	1 196.6	1 164.9	1 172.8	1 311.8	117.8
Contr./filantr.	10 933.8	11 183.9	11 045.6	10 614.0	8 707.4	7 980.5	7 540.7	-31.0
Universitários	820.1	885.1	1 049.7	1 457.2	1 469.1	1 478.8	1 486.6	81.3
Sindicatos	-	-	0.7	2.6	3.7	3.9	4.3	-
Total	13 568.5	14 583.1	14 829.8	14 699.0	12 613.2	11 930.3	11 649.6	14.1

Fonte: Datasus/Ministério da Saúde.

No período 1991/1997, o crescimento de leitos foi seguido de uma redução no número de internações (14.1%) (quadro 2). A diminuição decorreu, em grande parte, pela implantação de mecanismos racionalizados da atenção hospitalar empreendida a partir de 1995.

Contudo, ao se verificar a evolução na esfera municipal, nota-se que houve uma expansão de 117.8% do número de internações. A participação do governo estadual no total de internações passou, no mesmo período, de 7.0% para 9.9%. Já os hospitais universitários, passaram a ser responsáveis por 12.8% das internações do SUS em 1997; sua participação era de 6.0%, em 1991. O setor privado (contratado e filantrópico) e os hospitais federais apresentam redução no número de internações, ao longo do período.

Imunizações

Quadro 3
COBERTURA VACINAL DE MENORES DE 1 ANO-BRASIL, 1995, 1996, 1997

Imunos	Quantidade de Doses aplicadas (mil)				Variação % 97/95
	1995	1996	1997		
BCG	2 985.0	2 559.8	2 908.5		-2.6
Pólio Campanha	1 763.9	2 704.7	6 737.4		282.0
Pólio	7 082.6	6 254.0	7 634.0		7.8
Sarampo	2 396.5	1 913.5	2 604.2		8.7
DPT(tríplice)	7 572.4	6 131.4	6 843.0		-9.6
Total	21 800.4	19 563.4	26 727.1		22.6

Fonte: SIH/SUS, Ministério da Saúde.

O quadro 3 apresenta algumas informações sobre o desempenho de programas de atenção básica de saúde, do ponto de vista de cobertura. Ao longo dos anos 1995/1997, as principais aplicações de vacinas, em menores de 1 ano, apresentaram um crescimento de 22.6%. É perceptível o crescimento para Pólio Campanha, Pólio e Sarampo, embora apresente queda na cobertura da vacinação BCG e Tríplice.

Emprego em saúde

O emprego em saúde registrou forte crescimento entre as décadas de 80 e 90. O número de médicos evoluiu de 206.382, em 1986, para 290.759, em 1996. Neste último ano, algumas informações constataam a expansão do emprego de outros profissionais da área de saúde: o número de enfermeiros atingia 66.504; o número de dentistas 126.662 e o de farmacêuticos 52.358.

Por fim, alguns exemplos da produção de serviços do SUS de 1996: 638 vistorias em indústrias farmacêuticas com 161 interdições; 1 bilhão de atendimentos ambulatoriais; 318,4 milhões de consultas médicas; 3 milhões de partos; 50 mil cirurgias cardíacas; 1.530 transplantes renais; 71 transplantes de outros órgãos; 3,5 milhões seções de hemodiálise em 25 mil doentes renais crônicos (CNS, 1997).

B. O setor privado de saúde

Atualmente, o sistema privado de saúde brasileiro atende a 25% da população (39 milhões de pessoas), movimentando US\$ 13 bilhões anuais. Dispõe de 345 mil leitos em 4.300 hospitais e 120 mil médicos (CNS, 1997).

O setor privado da saúde apresenta significativa complexidade, subdividindo-se em dois principais segmentos: lucrativo e não lucrativo.

Entre as instituições integrantes do segmento não lucrativo destacam-se as filantrópicas, especialmente as Santas Casas de Misericórdia. Boa parte delas são vinculadas ao SUS, através de convênios de prestação de serviços.

O segmento lucrativo, à exceção de uma parcela da rede hospitalar, não mantém qualquer tipo de vínculo com o SUS. Esta tendência predomina na sua fração mais expressiva, isto é, aquela representada pelo Sistema Supletivo de Assistência Médica.

É certo que, de acordo com a Constituição de 1988 (Artigo 199, parágrafo 1º), esse sistema deveria ser denominado “sistema complementar”. Este segmento do setor privado compreende as seguintes modalidades de produção e gestão de serviços: medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro saúde, autogestão e planos de administração.

Esse Sub-sistema Privado, Autônomo do Inamps, ganhou importância especialmente a partir da década dos oitenta. De início, o setor privado prestava serviços tanto para o INAMPS como para empresas e pessoas físicas, pois como contava com uma estrutura pequena, precisou se valer de recursos públicos para se expandir. Contudo, desde 1983, o INAMPS deixou de assinar novos contratos com o setor privado e não renovou os antigos que se extinguíam. Esta situação, aliada à deterioração progressiva da qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo setor público, contribuiu para o crescimento da contratação, pelas empresas, do setor de medicina supletiva (ou setor privado autônomo). Embora as empresas não tivessem grandes estímulos econômicos para abraçar esta estratégia, o fato de as despesas médicas poderem ser alocadas como despesas operacionais na contabilidade das empresas, favoreceu, em parte, o crescimento da medicina supletiva. Sendo assim, no contexto inflacionário dos anos oitenta, e dada a estrutura de oligopólio diferenciado, os gastos com saúde das grandes empresas eram repassados para os preços finais dos produtos.

A modalidade *medicinas de grupos* é financiada através do sistema de pré-pagamento por serviços prestados. Utiliza-se de serviços próprios e/ou credenciados (compra de serviços de terceiros). Apesar da legislação vigente impedir, parte dessas instituições oferece o ressarcimento de despesas, segundo tabelas próprias, o que configura procedimento típico de seguro.

Quanto às *cooperativas médicas*, estas são financiadas pelo sistema de pré-pagamento e operam segundo o sistema universal de cooperativas de autônomos, em que os médicos cooperados participam através do sistema de cotas, cabendo à cooperativa a comercialização dos planos individuais e coletivos de saúde. Esta modalidade não opera com ressarcimento de despesas e, para a atividade assistencial, utiliza-se de serviços próprios e/ou credenciados. O conjunto destas cooperativas, distribuídas por várias regiões do país, constituem o Sistema de Cooperativismo Médico.

No tocante a modalidade *autogestão*, seu financiamento ocorre, geralmente, através de um fundo constituído pelas contribuições compulsórias dos trabalhadores e pelos recursos de cada empresa patrocinadora (privada ou estatais). Operam, basicamente, com serviços de terceiros, ressarcindo as despesas realizadas, conforme tabelas de honorários profissionais e de procedimentos médicos. É comum possuírem serviços próprios de administração, utilizando-se de funcionários e recursos da empresa que a patrocina.

A modalidade referente aos *planos de administração* opera com recursos de terceiros (fundos financeiros constituídos nos mesmos moldes da autogestão) e realiza reembolso de despesas, utilizando-se de tabelas para pagamento de honorários profissionais e de procedimentos médicos. Os planos de administração contratam hospitais e médicos indicados pelas empresas patrocinadoras, sendo remunerados pela atividade de administração desses planos das empresas.

Por fim, os *seguros de saúde* são financiados através de um fundo coletivo constituído pelo pagamento em parcelas mensais do valor do prêmio contratado entre as partes. Operam no sistema de reembolso de despesas, conforme as condições contratuais estabelecidas. Abrangem toda a rede de assistência médica, e no Brasil, a maior parte deles cobre apenas os procedimentos decorrentes de internações hospitalares.

O setor privado utiliza as seguintes formas de financiamento: pré-pagamento, seguro saúde e contribuição compulsória. As duas primeiras implicam um valor atuarial individualmente pago, vinculado a uma série de serviços potenciais, e a última destas modalidades assemelha-se a um sistema de repartição simples. Contudo, em ambos os casos, convergem para estratégias de mercado administrado, uma vez que vinculam a escolha de serviços pelos usuários (ainda que com variação no grau de liberdade) a uma quantidade de recursos definida na negociação entre empresas compradoras e os produtores de serviços (Medici & Marques, 1996). Ademais, o pagamento prospectivo, utilizado pelas empresas de medicina de grupo, junto aos serviços contratados a terceiros, possibilita a contenção de gastos e a racionalização dos serviços de assistência médica (UGÁ, 1996).

Cabe assinalar a versatilidade deste segmento privado de saúde e as estratégias que utiliza para ampliação do mercado. Entre elas se destaca a oferta de vários tipos de planos com preços diferenciados, segundo as condições das acomodações hospitalares e da abrangência da cobertura de procedimentos e das patologias.

A regulamentação legal desse setor é praticamente recente. A nova Lei de Planos e Seguros de Saúde-n.º 9.656/98, de 3 de junho de 1998, foi regulamentada pelo CONSU (Conselho de Saúde Suplementar), estabelecida pela Susep (Superintendência de Seguros Privados), introduzindo mudanças radicais nas empresas de medicina de grupo. Elas deverão dar garantia de equilíbrio econômico-financeiro, por meio de imóveis ou seguros, para poderem continuar operando. A Susep aumentará a fiscalização sobre sua contabilidade; a auditoria externa independente será obrigatória; e todos os Planos de saúde deverão ser protocolados nesse órgão. A Susep terá livre acesso aos livros da empresa e poderá requerer sua liquidação extrajudicial, como se faz ao intervir num banco. A empresa não será liquidada pela lei da falência. Todos os planos de saúde deverão ter cobertura de seguradora. Acrescente-se que as empresas de convênios de saúde lideram as listas de

reclamações do Procon-órgão de proteção ao consumidor. Espera-se que com a regulamentação, possam vir a ser eliminadas as aberrações mercadológicas e sejam exigidos requisitos básicos, que determinam uma seleção natural-um conjunto de regras, clareza, direitos e deveres.

Além de ter concedido maior poder regulatório à Susep, também merece destaque o fato de ter sido ampliada a cobertura desses planos, exigindo-se que serviços e ações de alta complexidade - tais como tratamento de Aids e doenças terminais - sejam objeto de sua atenção.

1. Perfis e dimensões das clientela-distribuição diferencial dos serviços

Segundo dados da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e da Federação Nacional das Seguradoras (FENASEG), referentes ao ano de 1993, o setor privado supletivo atende aproximadamente 34,4 milhões de usuários, apresentando, no período 1987-1993, um crescimento de 53.5 % no número de usuários (ver quadro 4). Vale mencionar que o segmento que melhor desempenho apresentou neste período foi o dos Planos de Administração, com um crescimento de 466.5%, seguindo-se o de Seguro Saúde, com um desempenho positivo de 275%. Os piores desempenhos ficaram por conta dos segmentos de Autogestão e de Medicina de Grupos, mas ainda assim apresentando evolução positiva de 8.5% e 23%, respectivamente.

Quadro 4
EVOLUÇÃO DOS USUÁRIOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLETIVA
BRASIL, 1987, 1989, 1991-1993

(Em milhões) 1987 = 100

Período	1987		1989		1991		1992		1993	
Med. de Grupo	13.0	100	15.0	15	13.5	4	15.0	15	16.0	23
Unimed	3.5	100	7.3	09	8.0	229	8.0	29	8.5	43
Seguro Saúde	0.8	100	0.9	17	1.2	154	2.5	12	3.0	75
Administração	0.3	100	0.4	33	0.7	257	1.4	67	1.7	67
Autogestão	4.8	100	7.5	56	5.0	110	5.1	06	5.2	08
Total	22.4	100	31.1	39	28.5	127	32.0	43	34.4	54

Fonte: Sistema Privado de Saúde no Brasil. Situação Atual e Tendências; Foster Higgins/Unison The Global Team (mimeo).

Ainda, os quadros 5 e 6, a seguir, mostram o rápido crescimento do setor privado autônomo, em relação ao faturamento e cobertura, principalmente no período posterior à promulgação da Constituição de 1988. Observa-se, no entanto, que o aumento do faturamento foi muito superior ao aumento da população coberta. Consequentemente, o gasto por beneficiário dos sistemas privados foi bem elevado, passando de US\$ 75.82 para US\$ 176.80, entre 1987 e 1994, respectivamente.

Quadro 5
DISTRIBUIÇÃO DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO
AUTÔNOMO NO BRASIL 1987 e 1994

Modalidade	Faturamento Estimados (em US\$ bilhões)			População Coberta (em milhões de pessoas)		
	1987	1994	94/87	1987	1994	94/87
Med. De Grupo	1.00	2.10	110	15.1	16.0	7
Coop. Médicas	0.35	1.75	400	3.6	8.5	136
Auto-Gestão	0.42	2.00	376	5.0	8.0	60.0
Planos de Seguro-Saúde	0.08	0.78	875	0.7	5.0	614
Total	1.85	6.63	258	24.4	37.5	53.7

Fonte: Towers, Terin, Foster & Crosby (1987 e 1994), citado em MÉDICI (1996).

É importante observar que, entre 1987 e 1994, ocorreu uma expansão de 54% da clientela e 258% do faturamento do sistema privado autônomo de saúde.

Quadro 6

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA COBERTURA E DO FATURAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE PRIVADO AUTÔNOMO NO BRASIL: 1987 e 1994

Modalidade	Faturamento Estimado		População Coberta	
	1987	1994	1987	1994
Medicina de grupo	54.1	31.7	61.5	42.7
Cooperativas Médicas	18.9	26.4	14.3	22.7
Auto-Gestão	22.7	30.2	21.3	21.3
Planos de Seguro-Saúde	4.3	11.7	2.9	13.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: Towers, Terrin, Foster & Crosby (1987 e 1989).

O crescimento do setor privado autônomo foi diferenciado segundo os distintos sub-sistemas componentes desse setor. Pode-se demonstrar, pelos *quadros 5 e 6* que, tanto em termos de clientela, como em termos de faturamento, o maior crescimento foi registrado nos planos de seguro saúde, seguidos das cooperativas médicas e dos planos de auto-gestão das empresas. A maior clientela, contudo, ainda se concentra nos planos das empresas de medicina de grupo.

Pode-se afirmar que, o significativo crescimento dos planos de seguro saúde deve-se ao fato de que boa parte dos planos de medicina de grupo, entre 1987 e 1994, transformaram-se em seguro-saúde, tendo em vista a obtenção de cláusulas contratuais mais flexíveis e vantajosas para as empresas, diante do forte crescimento de contestações judiciais de não cobertura dos planos de medicina de grupo.

No tocante ao custo per capita dos planos de saúde dos sistemas de saúde privados autônomos, pode-se afirmar que, em 1994, os gastos mais elevados corresponderam ao sub-sistema de auto-gestão das empresas (US\$ 250.00 por ano), seguindo-se os planos das cooperativas médicas (US\$ 205.90). Os sistemas de seguro saúde e de medicina de grupo, apresentam em média os custos mais baixos (US\$ 156,00 e US\$ 131.26). Considerados em termos gerais, no entanto, esses custos são bem superiores àqueles incorridos pelo setor público, como se pode verificar nos quadros anteriores.

As diversas modalidades de assistência supletiva, tomadas em seu conjunto, produziram, em 1993, cerca de 3 milhões de internações, responsáveis por 10,8 milhões de diárias hospitalares (Banco Mundial/IDS, 1993). Isto significa em média 1 internação para cada 12 usuários/ano, ou 1 internação por 139 usuários/mês, com duração média de 3,7 dias. Apesar disso a produção do setor privado corresponde a apenas 19% da produção global do SUS.

No que tange ao número de internações, a despeito das restrições à comparação entre habitantes e usuários, os indicadores do setor privado e do total do SUS apresentam-se relativamente próximos (1 internação por 9,6 habitante/ano e por 12 usuário/ano). Contudo, no que se refere aos dias de internação, a média de permanência registrada junto ao setor privado é a metade da existente no setor público. Há quem atribua essa diferença à busca da eficiência dos serviços privados e/ou ao fato dos casos internados nos hospitais públicos tenderem a apresentar um quadro mais grave.

Assim, os dados apresentados revelam que o setor privado tem crescido nos últimos anos, talvez prenunciando um novo período de capitalização, agora independente dos mecanismos de financiamento direto do Estado, tal como ocorrido nas décadas de 60 e 70. Por outro lado, também revelam o esgotamento relativo de capacidade de financiamento do Estado em prover a ampliação da cobertura da saúde.

Nesta perspectiva, as novas bases de financiamento do setor privado de saúde rompem com o padrão historicamente vigente, isto é, o da dependência do setor privado das transferências diretas do Estado, substituindo-o por um outro, mais complexo, em que a nova articulação na relação Estado/setor privado se dá através de mecanismos de renúncia fiscal. Frente a este novo padrão de subsídio é o Estado que passa a depender do setor privado para prover os serviços de saúde.

II. Seguridade social e financiamento da saúde

A. As principais características do financiamento no período anterior à constituição

Durante os anos 80, o financiamento do gasto federal em saúde foi largamente viabilizado através dos recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Conforme pode ser visto na quadro 7, a participação média dessa fonte de financiamento foi de 80%, o que indica sua extrema dependência ao comportamento das receitas que compunham o complexo previdenciário.

Chama atenção, ainda, o aumento da participação do Tesouro, que passou de 13%, em 1980, para 21%, em 1990. Isso não significa, entretanto, que tenha havido um maior aporte de recursos fiscais no período. O que ocorreu foi que o governo federal passou a incorporar o Finsocial como se fosse recurso do Tesouro. Por outro lado, houve também queda do volume de recursos provindos do FPAS, o que também explica o aumento da participação relativa da fonte Tesouro.

Quadro 7
SAÚDE, GASTO FEDERAL CONSOLIDADO POR FONTES
(Porcentagem sobre o total)

Ano	Total	Tesouro			Fpas	Fas	Outras
		Total	Ord. Vinc	Finsocial			
1980	100	12.9	12.9		85.2	1.5	0.4
1981	100	14.5	14.5		83.8	1.2	0.6
1982	100	15.7	15.7		82.2	1.4	0.7
1983	100	18.8	16.8		79.8	1.3	0.2
1984	100	16.8	14.7	2.0	82.4	0.7	0.1
1985	100	20.9	18.4	2.2	78.2	0.8	-
1986	100	22.7	22.4	2.6	76.9	0.5	-
1987	100	19.4	19.4	0.3	80.2	0.3	-
1988	100	19.9	19.9		79.5	0.6	-
1989	100	27.6	27.6		72.4	-	-
1990	100	21.1	21.1		78.9	-	-

Fonte: IPEA/IPLAN/CSP.

A acentuada dependência do financiamento ao FPAS indica a necessidade de se analisar o financiamento do sistema de proteção social como um todo. Registre-se, em primeiro lugar, que a partir da criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social), o conjunto de benefícios e ações concedidos pela Previdência Social, Assistência Social e pelo INAMPS era garantido através das contribuições de empregados e empregadores, da contribuição da União e de outras receitas. Nesse ponto, é preciso salientar que a legislação que regulava o financiamento da área previdenciária determinava que o custo com pessoal, as insuficiências financeiras e as pensões e aposentadorias do funcionalismo federal (EPU-Encargos Previdenciários da União) deveriam ser financiadas através de recursos fiscais, o que caracterizaria a contribuição da União. Contudo, o governo federal quase sempre desconsiderou essa determinação.

Os quadros 8A e 8B apresentam, para os anos 80, a participação de cada fonte no financiamento do SINPAS e a evolução do gasto de suas entidades, respectivamente. Note-se que, de longe, a principal fonte de recursos é derivada das contribuições. Na medida que essa receita é produzida a partir da aplicação de alíquotas sobre o salário, o volume arrecadado depende do nível de emprego do mercado formal de trabalho e do salário médio. Isso significa dizer que a disponibilidade para o financiamento do SINPAS, e por decorrência da saúde nos anos 80, dependia do movimento cíclico da economia.

Dessa forma, se a economia estivesse crescendo, aumentando o nível de emprego e o salário médio, a principal fonte de recursos que sustentava o gasto do conjunto da proteção social estaria em expansão. Por outro lado, se a economia estivesse em recessão ou em dificuldades, as receitas de contribuições passariam a cair, tendo em vista que as empresas reduzem os postos de trabalho e o salário como primeira medida na tentativa de cortar despesas.

A partir dessa lógica inexorável, a queda de 4.41% no PIB de 1981, em relação a 1980, provocou uma retração do volume de recursos de contribuições de 1.98%. Em 1982, a continuidade da crise só não acarretou nova queda dessa receita porque foram aumentadas as alíquotas, o teto e foi exigida a contribuição do aposentado. Note-se, na quadro 8B, que até 1990, a arrecadação provinda das contribuições não havia atingido o nível de 1982.

Durante os anos 80, portanto, o financiamento da saúde, ao ser realizado basicamente através de recursos do FPAS, era extremamente dependente da evolução das contribuições de empregados e empregadores.

Quadro 8A
RECEITAS DO SINPAS
(Porcentagem sobre o total)

Ano	Contr.	Transf. União	Receita de capital	Receita patrimonial	Outras receitas	Receita total
1980	91.62	5.21	0.08	0.53	2.57	100.00
1981	87.61	9.53	0.04	0.54	2.28	100.00
1982	92.58	4.57	0.09	0.87	1.89	100.00
1983	89.56	8.22	0.03	0.71	1.47	100.00
1984	85.95	11.06	0.02	0.99	1.98	100.00
1985	89.64	4.39	0.01	4.24	1.70	100.00
1986	91.83	3.88	0.13	2.82	1.33	100.00
1987	81.39	0.81	0.01	16.82	0.96	100.00
1988	88.62	0.60	0.01	9.08	1.69	100.00
1989	75.49	19.89	0.07	3.19	1.37	100.00
1990	79.33	9.18	0.02	8.85	2.63	100.00

Fonte: tabela elaborada a partir de informações do DATAPREV. Transferências da União-correspondem às transferências de recursos do orçamento fiscal; Receita de Capital-recursos de atividades operadas pela próprio SINPAS; Receita Patrimonial-correspondem a aluguéis e receita financeira.

Quadro 8B
GASTO DAS ENTIDADES DO SINPAS
(Ano base 1982 = 100)

Ano	INPS	INAMPS	LBA FUNABEM	IAPAS	Total	INSS HIST.
1980	68.01	27.35	1.28	2.96	100.00	70.98
1981	68.26	24.34	1.30	5.67	100.00	73.93
1982	72.19	23.29	1.15	2.99	100.00	75.18
1983	74.08	21.91	1.04	2.63	100.00	76.71
1984	70.54	25.34	0.82	3.03	100.00	73.57
1985	69.08	26.74	0.80	3.13	100.00	72.21
1986	70.05	25.21	1.59	2.88	100.00	72.93
1987	53.20	37.85	4.27	3.62	100.00	56.83
1988	53.41	38.06	3.83	4.09	100.00	57.49
1989	55.17	35.79	-	9.04	100.00	64.21
1990	-	33.36	-	-	100.00	66.74

Fonte: tabela elaborada a partir de informações do DATAPREV.

B. A constituição de 1988 e a seguridade social

Tendo em vista os novos direitos introduzidos na área previdenciária e a universalização da saúde, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social¹². Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo SINPAS, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada a receita do Finsocial (hoje Cofins) para seu único uso. A incorporação dessas novas fontes também respondia a preocupação de tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia. Contudo, estudos posteriores indicaram que as novas fontes também são bastante sensíveis ao desempenho da economia.

De qualquer maneira, a diversificação das fontes poderia melhorar sensivelmente o aporte de recursos para a Seguridade. No entanto, não foi isso que ocorreu. Em 1989, primeiro ano após a instituição da Seguridade, não só não foi feito o orçamento da Seguridade, como os novos recursos, que deveriam integrá-lo, foram abusivamente desviados para financiar atividades alheias a ela. Foi assim que 99.92% dos recursos da Contribuição sobre o Lucro foram destinados para o pagamento das despesas com pessoal e administração, o que deveria ter sido financiado através de recursos fiscais. Já o Finsocial foi direcionado para as despesas dos Encargos Previdenciários da União (pensões e aposentadorias do funcionalismo público federal). Embora a situação tenha melhorado em 1990, apenas 58% da arrecadação da Contribuição sobre o Lucro foram destinados ao financiamento das áreas da Seguridade Social. No caso do Finsocial, o uso não passou de 60%.

A Constituição de 1988 dispunha, ainda, em suas disposições transitórias, que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/Pasep que tem uso exclusivo¹³, deveriam ser destinados à área da saúde enquanto não fosse aprovada sua lei orgânica. Dessa forma, manteve-se relativamente alta a transferência de recursos de contribuição de empregados e empregadores para a saúde, por exemplo.

Contudo, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, ao final de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume desse repasse. Assim, a transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33.1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20.9% em 1992. Para 1993, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15.5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde.

A rigor, durante esses anos, houve quase que uma especialização das fontes da Seguridade Social. Os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Finsocial para a área da saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa prática tornou-se rapidamente muito cara para a saúde.

C. A crise da previdência social e o financiamento da saúde

Apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993. Em junho, foram transferidos 140.89 milhões de reais de dezembro de 1997—cerca de 4.6% da receita de contribuições do mês. Cessaram-se, a partir daí, todas as transferências.

A decisão de não efetuar o repasse para o Ministério da Saúde foi tomada com a aquiescência do então presidente da República. A justificativa alegada foi que a Previdência Social estava apresentando problemas de caixa de tal ordem que, caso as transferências prosseguissem,

¹² A Seguridade Social foi introduzida a partir da Constituição de 1988. Compreende a Previdência Social, a Assistência Social, o Sistema Único de Saúde e o Seguro Desemprego.

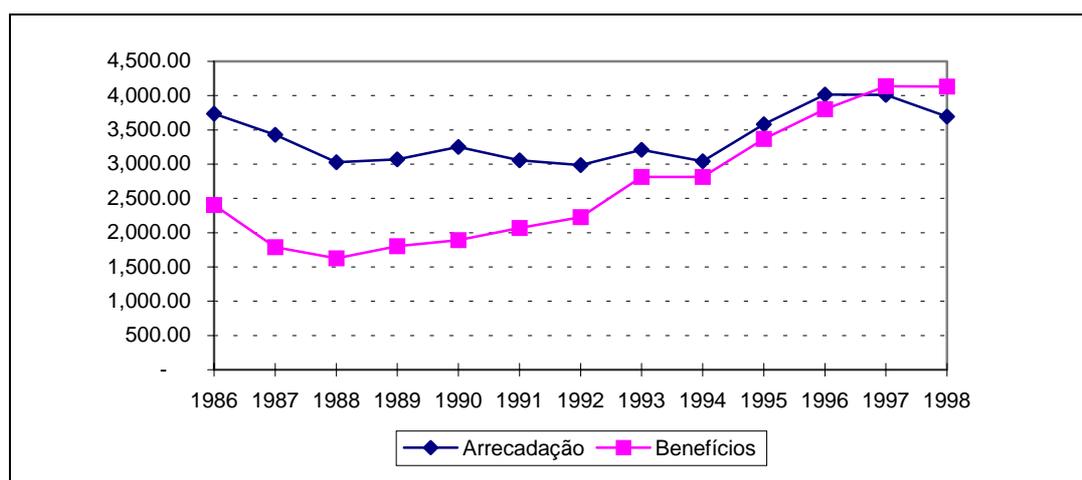
¹³ O PIS/Pasep destina-se ao financiamento do seguro-desemprego e ao pagamento do abono PIS/Pasep. Além disso, 40% de sua arrecadação são transferidos ao BNDES para serem utilizados sob a forma de empréstimo às empresas.

acabaria por encerrar o ano com déficit. Frente à situação financeira criada, o presidente da República decretou situação de calamidade pública na área da saúde. O problema somente foi resolvido quando foram liberados recursos para o INAMPS, sob a forma de empréstimo do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). Tal como ocorrido em empréstimo anterior, o Tesouro Nacional responsabilizou-se pela operação através da emissão de Notas do Tesouro Nacional. O empréstimo, de 942 milhões de reais de dezembro de 1997, era de 6 meses, com juros de 5% ao ano e correção pela TR.

De fato, a Previdência Social teria apresentado déficit em 1993 caso tivesse prosseguido com os repasses. A disponibilidade, que registrou ao final do ano, era suficiente apenas para honrar 4,3 meses de transferências para a Saúde.

A fragilidade da situação previdenciária teve duas causas imediatas: o fraco desempenho da arrecadação das contribuições e o aumento extremamente significativo da despesa com benefícios. Conforme pode ser visto no gráfico 1, nesse ano, as receitas de contribuições estavam abaixo da registrada em 1986 e 1987. Já a despesa com benefícios havia aumentado 15.25% em relação a 1986 e 70.4% quando comparada à situação de 1988.

Gráfico 1
EVOLUÇÃO DA ARRECADAÇÃO BANCÁRIA E DO GASTO COM BENEFÍCIOS
(Milhões de reais de dez/97)



É importante destacar que o aumento considerável do gasto com benefícios foi provocado pelo “desrepresamento” dos novos direitos garantidos¹⁴ pela Constituição que, apenas em 1993, começaram a ser largamente implantados. Do lado da receita de contribuições, o fraco desempenho refletia a instabilidade, o medíocre crescimento da economia, o crescimento do mercado informal de trabalho e o elevado nível de sonegação. O resultado disso foi o aparecimento dos primeiros problemas de manutenção do sistema previdenciário, os quais iriam se agravar nos anos posteriores.

A medida adotada pelo governo federal-de cessar o repasse para a área da Saúde foi bastante criticada por vários analistas. Segundo eles, o governo perdeu a oportunidade de demonstrar para a sociedade que o conjunto da Seguridade Social apresentava dificuldades de financiamento e que

¹⁴ Entre eles se destacam a introdução do piso equivalente a um salário mínimo, o novo cálculo da aposentadoria (passou a ter como base os últimos 36 meses de contribuição), e a extensão dos direitos dos trabalhadores urbanos aos rurais.

essas originavam-se na Previdência Social¹⁵. A escolha política realizada deixou a descoberto a saúde e os problemas daí decorrentes auxiliaram para denegrir sua imagem junto à opinião pública.

As dificuldades financeiras da Previdência Social aprofundaram-se nos anos posteriores a 1993. A gravidade da situação determinou, inclusive, que essa avançasse sobre outras fontes da Seguridade Social, tornando ainda mais difícil o financiamento da área da saúde.

Nos dois últimos anos, a evolução da arrecadação das contribuições de empregados e empregadores tem sido insuficiente para financiar o gasto crescente com benefícios (*gráfico 1*). Contudo, é preciso se ter um certo cuidado ao se analisar essa situação, pois ela, mais que indicar a falência do sistema, traduz a incapacidade da economia brasileira de criar empregos de qualidade e o receio da população trabalhadora brasileira de perder o pouco de proteção que o Estado lhe garante.

Antes de se iniciar a análise dos determinantes da evolução da despesa, é preciso lembrar que o benefício apresenta uma certa relação com o salário recebido pelo trabalhador quando em atividade, que a legislação determina um piso correspondente a um salário mínimo e um teto de valor igual a 10 salários mínimos, e que a imensa maioria daqueles que recebem aposentadoria é composta de trabalhadores com carteira assinada. Isso significa dizer que, até certo ponto, os benefícios pagos no Brasil refletem a estrutura de salários do mercado formal de trabalho.

Para se ter uma idéia., em 1996, do total dos benefícios concedidos¹⁶, 76.04% eram de valor até 3 salários mínimos¹⁷. Abrindo-se os benefícios por tipo de clientela, esse percentual baixa para 71.46% entre os urbanos, e atinge 99.36% entre os rurais. Se forem considerados os valores até 5 salários, o participação entre os benefícios urbanos fica em 83.39% e, entre os rurais, em 99.85% (quadro A, em anexo) Assim, tal como os salários da maioria da população brasileira, os benefícios previdenciários são de baixo valor. Tendo em vista essa realidade, e presente que não houve nenhuma política de recuperação do salário mínimo (que define o piso e regula os demais benefícios), não se pode imputar ao valor dos benefícios pagos o crescimento da despesa.

Como já mencionado anteriormente, houve uma mudança no patamar do gasto em 1993. Nesse ano, finalmente o MPAS passou a pagar os benefícios represados, cujos valores obedeciam às novas regras e direitos introduzidos pela constituição de 1988 e pela leis que a complementam. Mesmo desconsiderando esse fato, a leitura do *gráfico 1* evidencia que a despesa com benefícios apresenta uma tendência ascendente.

O principal fator explicativo do crescimento do gasto com benefícios encontra-se na dinâmica do mercado de trabalho brasileiro. Principalmente nos anos setenta, mas começando mais cedo em alguns setores de atividade, expandiu-se o assalariamento junto ao mercado formal de trabalho, o que vai se reverter em aumento substantivo da demanda previdenciária exatamente nos anos noventa. Isso porque o principal item da despesa compreende as aposentadorias e as regras,

¹⁵ Também defendiam que o tratamento das fontes de financiamento da seguridade social não é distinto de seu conceito. Em outras palavras, consideravam que, ao ser eleita a cidadania, e não o mérito, como a referência para o direito à proteção social, estabeleceu-se que a sociedade deveria, a cada ano, discutir e definir de que forma seria realizada a partilha do conjunto de receitas previstas para a seguridade social. Isso significa dizer que os constituintes se colocaram contra o estabelecimento de vinculação de receitas no interior da seguridade social. A única exceção ficou por conta do PIS/Pasep, que passou a ter uso exclusivo do programa seguro-desemprego e do pagamento do abono PIS/Pasep, sendo que 40% de sua arrecadação é destinada a empréstimos realizados pelo BNDES às empresas. Dessa forma, quando foi estabelecido o vínculo entre a área previdenciária e as contribuições de empregados e empregadores, em 1993, foi rompido o conceito de seguridade social. Para eles a priorização de áreas no interior da seguridade social é uma ação que conceitualmente se opõe à compreensão holística de proteção social.

¹⁶ Segundo definição do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), benefício concedido é “aquele cujo requerimento apresentado pelo segurado junto ao posto de benefícios é deferido e liberado para pagamento, dado que o segurado preenche todos os requisitos necessários para o recebimento da espécie solicitada. A concessão representa, portanto, o fluxo de entrada de novos benefícios no Cadastro de Benefícios mantido pelo Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATPREV).”

¹⁷ Atualmente o salário mínimo corresponde a R\$ 130.00 ao mês.

ainda em vigor, permitem que o trabalhador tenha direito à aposentadoria integral aos 35/30 anos (homem e mulher, respectivamente) e aos 30/25 anos no caso de aposentadoria proporcional. Dessa forma, o crescimento da demanda é produto do dinamismo do mercado de trabalho no período do chamado milagre da economia brasileira. Além disso, é reduzido o número de benefícios que cessam de ser pagos, pois aumentou o número de anos de permanência do aposentado no sistema em função dos ganhos de sobrevivência, ocorridos principalmente na última década.

Contudo, nenhum desses aspectos apresentaria problemas maiores para a previdência caso o mercado de trabalho formal não estivesse sofrendo intensa deterioração. Em outras palavras, apesar de a população brasileira ter começado a envelhecer, esse processo é acompanhado do aumento significativo da participação daqueles com idade para trabalhar, de forma que, se houvesse emprego de qualidade, a fase atual da transição demográfica mais do que garantiria o financiamento dos benefícios dos atuais aposentados. Nos anos noventa, entretanto, especialmente após a estabilização, as taxas de desemprego atingiram níveis nunca antes vistos, e o mercado informal de trabalho ampliou-se às expensas do trabalho com carteira assinada. O resultado disso é uma arrecadação extremamente baixa, de modo que, em 1998, os recursos de contribuições estão ao nível de 1986.

Há ainda outro determinante do aumento do gasto com benefícios que não pode ser desprezado. Trata-se do movimento de antecipação da demanda provocado pela discussão da reforma previdenciária. Considerando-se que as regras para a concessão da aposentadoria irão ficar mais duras, aqueles que já preencheram os requisitos exigidos pela legislação vigente antecipam sua aposentadoria, mesmo que para isso não a recebam integral. Esse fenômeno é observado tanto junto à previdência pública dos trabalhadores do setor privado quanto nos regimes dos funcionários públicos federais, estaduais e municipais. O quadro 9, a seguir, apresenta a evolução do número de benefícios em manutenção e a despesa mensal média realizada com benefícios no período 1988/1997.

Quadro 9
EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE E DA DESPESA COM BENEFÍCIOS
(Médias mensais em R\$ mi dez/97)

Anos	Quantidade de benef. Em manutenção			Despesa c/benefícios
	Urbanos	Rurais	Total	
1988	7 696 718	3 989 845	11 686 563	1 625.35
1989	7 918 589	4 204 616	12 123 205	1 804.57
1990	8 144 393	4 329 345	12 473 738	1 892.47
1991	8 534 205	4 101 366	12 635 571	2 066.76
1992	8 704 040	5 005 727	13 709 767	2 226.87
1993	9 075 487	6 046 648	15 122 135	2 814.92
1994	9 327 033	6 426 147	15 753 180	2 813.63
1995	9 773 846	6 402 741	16 176 587	3 368.73
1996	10 522 038	6 320 450	16 842 488	3 799.48
1997	11 581 652	5 892 188	17 473 840	4 138.45

Fonte: MPAS.

Do lado da receita de contribuições de empregados e empregadores, principal fonte do financiamento do sistema previdenciário¹⁸, a evolução recente reflete a precarização do mercado de trabalho e o baixo crescimento da economia brasileira. Observa-se que, apenas em 1996, o volume de recursos superou o arrecadado dez anos antes. Nos anos seguintes, contudo, voltou a cair (ver gráfico 1). E esse desempenho seria mais desanimador ainda, se não fossem as inovações realizadas na esfera da fiscalização que permitiram, principalmente, nos dois últimos anos, aumentar substantivamente o resultado das ações dos fiscais previdenciários.

O baixo resultado da receita de contribuições de empregados e empregadores e o aumento da despesa com benefícios resultou em alteração estratégica da previdência social no interior da seguridade social. Como mencionado anteriormente, já em 1993, foi introduzida a vinculação com as contribuições. Nos anos seguintes, a Previdência Social passou a avançar sobre as demais fontes da Seguridade Social.

Para se ter uma idéia, em 1997, do total arrecadado pelo Finsocial/Cofins e da Contribuição sobre o Lucro, 33.6% foram destinados ao financiamento dos benefícios previdenciários. A destinação dos recursos dessas duas fontes do custeio da seguridade social pode ser acompanhada na quadro 10, para 1996 e 1997.

Quadro 10
DISTRIBUIÇÃO DA COFINS E DA CONTRIBUIÇÃO SOBRE O LUCRO LÍQUIDO
(Percentual)

Áreas	Cofins		Lucro líquido		Total	Geral
	1996	1997	1996	1997	1996	1997
Saúde	33.08	27.56	41.71	48.90	35.49	33.68
Previdência	14.44	44.40	0.00	6.76	10.40	33.61
Outras áreas	29.10	18.72	20.37	1.03	26.66	13.65
Retido no tesouro nac.	23.38	9.31	37.92	43.31	27.44	19.06
Total geral	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fonte: Secretaria da Receita Federal/SIAFI.

Em 1997, a arrecadação da Cofins e da Contribuição sobre o Lucro representaram 21.4% e 8.6%, respectivamente, do total dos recursos teoricamente disponíveis pela Seguridade Social. Vale esclarecer que 20% da arrecadação das contribuições são destinadas ao Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), o que, para muitos significa o rompimento do disposto na Constituição Federal. A criação desse Fundo permitiu que o governo federal dispusesse de parte dos recursos da Seguridade Social, os quais, pela Constituição de 1988, seriam de seu uso exclusivo. Em outras palavras, possibilitou a flexibilização dos recursos, tão ao gosto dos economistas.

O quadro 11, que apresenta o volume de recursos arrecadados a título de impostos e contribuições, de responsabilidade da Secretaria da Receita Federal e do INSS, permite se verificar o peso das receitas sociais no orçamento do Estado.

O resultado do avanço da previdência social sobre os recursos da seguridade social tem sido o comprometimento das demais políticas, principalmente da área da saúde, o que será objeto de análise mais adiante neste relatório. O que vale destacar aqui é que essa situação está diretamente relacionada à política econômica desenvolvida pelo governo federal. Esse, ao definir a

¹⁸ Essa fonte de recursos representou 87% do total disponível pelo sistema SINPAS no período 1980/90.

estabilização como único objetivo a ser perseguido, colocou a economia refém de juros elevados e de uma moeda sobrevalorizada, de maneira que ficou inviabilizado o crescimento econômico e a geração de empregos. Enquanto a economia não voltar a apresentar taxas expressivas de crescimento e a criar empregos de qualidade, fica comprometido o financiamento do conjunto das áreas da seguridade social de qualidade, fica comprometido o financiamento do conjunto das áreas da seguridade social.

Quadro 11
RECEITAS FEDERAIS ARRECADADAS PELA SRF, CONTRIBUIÇÕES DE EMPREGADORES E EMPREGADORES E RECEITAS DA SEGURIDADE SOCIAL
(RS\$ de dezembro de 1997)

Receita	1997
Imposto sobre importação	5 138.000
Imposto sobre exportação	0.003
Imposto sobre produtos industrializados	16 833.000
Imposto sobre a renda	36 524.000
Imposto sobre operações financeiras	3 785.000
Imposto territorial rural	0.209
<i>Cofins</i>	19 118.000
<i>CPMF</i>	6 909.000
<i>PIS/PASEP</i>	7.590
<i>Contribuição social sobre o lucro</i>	7 698.000
Contribuição plan seg. soc. servidores	2 595.000
Contribuição para FUNDAF	0.404
Outras receitas administrativas	0.256
Total da Receita administrativa pela SRF	107 065.000
Demais Receitas	5 624.000
Total das Receitas Federais	112 689.000
<i>Contribuições de empregados e empregadores</i> ^{a/}	48 082.000
Total	160 771.000
Total dos recursos da seguridade social	89 397.000

Fonte: SRF e MPAS.

^{a/} Contribuição arrecadada pelo INSS.

As receitas em itálicos integram o orçamento da Seguridade Social.

D. A situação financeira do sistema único de saúde

Desde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, a insuficiência de recursos, bem como a ineficiência e a ineficácia de sua utilização, têm estado constantemente em debate. Contudo, é fora de dúvida que a primeira restrição assume principalidade, pois condiciona muitas vezes a eficiência esperada do sistema.

A situação financeira da área da saúde¹⁹ é condicionada por dois determinantes: o tratamento concedido à previdência no interior da seguridade social e a política austera implementada pelo governo federal no campo social, decorrente da realidade de suas contas. Como visto anteriormente, desde 1993, a saúde deixou de contar com os recursos das contribuições de empregados e empregadores, principal fonte de seu custeio, até então. A partir desse momento, ampliou-a dependência da saúde aos repasses do Tesouro Nacional e a variedade de fontes de seus custeio. Em outras palavras, o financiamento da saúde passou a depender, mais do que antes, da disponibilidade de caixa do Tesouro Nacional e de negociações realizadas junto à esfera econômica do governo federal.

Apesar da crise provocada pelo não recebimento do repasse das contribuições, o gasto federal registrou aumento em 1993 (quadro 12). O acompanhamento da série histórica permite se verificar que houve crescimento do aporte de recursos de origem federal, em 1995 e 1997. Comparando-se os anos extremos da tabela, houve um crescimento de 28% de aplicação de recursos federais na saúde pública, o que certamente é muito pouco dada as necessidades.

Quadro 12
GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO
(1980 = 100)

Anos	União	Estados	Municípios	Total
1980	100	100	100	100
1981	92	88	86	91
1982	99	82	114	97
1983	77	76	86	78
1984	80	88	100	83
1985	92	94	114	94
1986	99	112	157	105
1987	143	53	143	128
1988	135	-35	214	111
1989	153	71	214	143
1990	128	94	200	128
1991	107	82	257	113
1992	89	106	257	104
1993	112	71	243	114
1994	99	-	-	-
1995	120	-	-	-
1996	106	-	-	-
1997	128	-	-	-

Fonte: IPEA/CSP e IESP/FUNDAP. Em 1991/92 e 93, o gasto de estados e municípios são estimativas.

Outro aspecto que merece atenção é a diferença de esforço realizado pelas distintas esferas de governo. No período 1980/93, os governos estaduais diminuíram o gasto em saúde em 29% e a esfera municipal aumentou em 143%.

¹⁹ Embora seu financiamento seja composto de recursos das três esferas de governo, estima-se que 78,4% do gasto realizado em 1997 tenha sido de responsabilidade do governo federal. Essa informação justifica porque a análise aqui realizada basicamente está centrada no acompanhamento do gasto em saúde desse nível de governo.

Por outro lado, uma leitura um pouco mais apurada indica que, se forem descontadas as despesas financeiras e os restos a pagar²⁰, em 1997, o volume de recursos efetivamente disponível para as ações e serviços da área da saúde foi inferior ao de 1995.

Mesmo se for considerado o total de recursos disponíveis para a área da saúde (incluindo as despesas financeiras e os restos a pagar), ele é considerado insuficiente, de forma que a gasto federal per capita é extremamente baixo se comparado aos níveis praticados internacionalmente. A quadro 13 permite se acompanhar a evolução do gasto federal nos últimos quatro anos.

Quadro 13
GASTO FEDERAL COM SAÚDE
(Milhões de dezembro de 1997)

Anos	Total 1	Total 2	Total 3	Per capita ^{a/}	% do PIB ^{a/}
1994	13 682.6	13 343.4	13 130.4	89.42	2.19
1995	16 562.6	15 031.4	14 135.6	106.82	2.06
1996	14 597.0	14 164.9	13 131.9	92.93	1.76
1997	17 582.5	16 143.8	13 919.5	109.81	2.13

Fonte: IPEA/DIPOS.

^{a/} calculado com o total 1.

total 1 = total geral da área; total 2 = excluída as despesas financeiras;
total 3 = excluída as despesas financeiras e restos a pagar.

A análise do gasto realizado pelo Ministério da Saúde (MS), indica que a maior parte (57%) da despesa federal é realizada na assistência médico-hospitalar, tanto de provedores privados como públicos. Essa despesa, comparada à realizada em 1994, apresentou um aumento de 89% junto ao sistema AIH/SIA/SUS e de 62% junto aos hospitais do próprio ministério. Esses crescimentos, tendo em vista a retração de recursos ocorrida para o total da área, indica como foi forte a perda ocorrida nas demais atividades, principalmente naquelas de caráter preventivo. Em 1996, por exemplo, destaca-se a diminuição de recursos ocorrida na produção de vacinas (-56.63%), em endemias (-48.29%) e malária (-78.32%).

No que se refere às fontes de financiamento da saúde pública, já que o Ministério da Saúde não poderia mais continuar na política de tomar empréstimos junto ao FAT, o então ministro Adib Jatene sugeriu e lutou pela criação da contribuição sobre a movimentação financeira (CPMF), o que veio a vigorar a partir de 1997. Nesse ano, o volume arrecadado com o CPMF foi de R\$ 6,909 bilhões. Desse total, boa parte foi encaminhada ao Ministério da Saúde, o que seria de se esperar, já que essa Contribuição foi instituída, teoricamente, para financiar a área da saúde. Saliente-se que, R\$ 1,4 bilhão, foi destinado a atividades alheias à saúde, através da desvinculação propiciada pela existência do Fundo de Estabilização Fiscal (FEF).

Contudo, o inusitado ficou por conta da compensação realizada pelo governo federal com as demais fontes de contribuições sociais que vinham financiando as ações e serviços de saúde.

²⁰ As despesas financeiras referem-se à amortização da dívida contraída junto ao FAT para fazer frente ao pagamento da rede hospitalar do SUS. Até o momento foram realizados três empréstimos. Os pagamentos realizados foram de R\$ 339,2 milhões em 1994, R\$ 1.531,2 milhões em 1995, R\$ 423,1 milhões em 1996 e R\$ 1.438,7 milhões em 1997. Os restos a pagar referem-se a pagamentos de autorizações de internação hospitalar (AIH) e de atendimento ambulatorial que foram postergados para o exercício seguinte. Foram de R\$ 213 milhões em 1994, de R\$ 895,8 milhões em 1995, de R\$ 1.030 milhões em 1996 e de R\$ 2.224,3 milhões em 1997 (em valores em dezembro de 1997).

O quadro 14 é bastante ilustrativo a esse respeito. Note-se que a entrada de recursos da CPMF foi realizada mediante a redução da COFINS, que passou a ser transferida crescentemente para a área previdenciária. Desse modo, alterou-se significativamente a composição das fontes de custeio do ministério. Não é por acaso, portanto, que a mídia e os *outdoors* defendam que nada mudou na saúde com a entrada do CPMF.

Os baixos recursos disponíveis para a área da saúde resultaram que algumas atividades fossem relegadas a um segundo plano, muito embora elas assumam importância estratégica no contexto da saúde e exijam reduzido esforço orçamentário. Desse modo suas ações sofreram descontinuidade, comprometendo todo o investimento realizado anteriormente²¹. Esse é o caso da erradicação do *Aedes Aegypti*, mosquito transmissor da dengue e da febre amarela. Esse programa, que exigiria, em três anos R\$ 1,5 bilhão, acabou recebendo apenas 18% do total necessário previsto para 1997. O tratamento dado à dengue não foi diferenciado em relação as demais endemias. Nesse mesmo ano, o controle de endemias foi contemplado com apenas R\$ 405 milhões, o que corresponde a 30% do necessário somente para a dengue.

Quadro 14

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, POR FONTES

Fontes	1996 %	1997	
		R\$ correntes	%
Recursos ordinários	-	115 705 536	0.7
Concursos e prognósticos	0.4	151 093 955	0.9
Alienação de bens apreend.	-		
Títulos tesouro-ref. Divid. Fed.	-	71 137 857	0.4
Títulos tesouro-outr. Aplic.	3.4	460 674 483	2.6
Oper. Crédito inter-moeda	8.4		
Oper. Crédito exter-moeda	0.8	98 983 336	0.5
Oper. Cred. Ext.-bens e serv.	-		
Dpvat	2.1	373 691 240	2.1
Contrib. S/lucro pessoa jurídica	21.1	4 244 174 023	24.1
Cofins	40.5	2 707 690 021	15.4
Cpmf-80%	-	5 486 742 331	31.2
Contrib. Plano seg. Social servidor	2.9		
Doações intern. Contrap.	0.3	26 259 435	0.1
Fef e fse	15.3	3 360 834 683	19.1
Receitas de restos a pagar	2.0	49 284 450	0.3
Rec. Darf sem transf. Finn	2.7	439 978 981	2.5
Recursos diret. Arrecadados	0.1	11 610 185	0.1
Total de receitas	100.0	17 597 860 522	100.0

Fonte: MS.

Também a maneira como o MS tratou o contingencionamento de parte do orçamento (R\$1.3 milhão) teve impacto negativo em alguns programas, especialmente o do controle da dengue e a vigilância sanitária. Esses programas somente tiveram liberado, respectivamente, 57.6% e 46.4%

²¹ As ações de combate a vetores, diferentemente de outras, não podem ser interrompidas por força do ciclo biológico do veto.

dos recursos previstos. O quadro 15 apresenta os programas ou atividades que tiveram maior percentual de contingencionamento no orçamento do ministério, em 1997.

Quadro 15
PERCENTUAL DE DESCONTINGENCIONAMENTO DE ALGUNS PROGRAMAS DO MS, 1997
(Em R\$ 1.000 correntes)

Programas	Orçamento inicial	Valor liberado	% descontingenciado
Sangue e hemoderivados	22 950	683	3.0
Infra-estrutura de unidades	8 205	1 643	20.0
Saneamento básico	225 059	96 082	42.7
Carências nutricionais	1 2750	3 539	27.8
Vigilância sanitária	55 539	25 806	46.4
Programa do leite	200 000	99 896	50.0
Erradicação <i>Aedes Aegypti</i>	243 972	140 603	57.6

Fonte: MS/Conselho Nacional de Saúde.

E. O avanço da descentralização e as experiências de um novo modelo assistencial

Apesar da situação criada pela insuficiência de recursos e pelo tratamento concedido aos programas estratégicos, observa-se avanços no campo da gestão e na implementação de programas mais custo/efetivos. Esse processo, aparentemente contraditório, decorre do fato de a saúde pública contar, há muito tempo, com um amplo movimento de apoio entre seus profissionais. Esse movimento histórico define tanto que muitos de seus participantes estejam colocados em postos estratégicos da burocracia do ministério, dos estados e dos municípios, como determina que seus conselhos sejam extremamente participativos e propositivos. Ao contrário do ocorrido em outras áreas, o movimento sanitário-alma da criação do SUS-continua, apesar dos percalços, atuante.

Embora o SUS tenha sido criado em 1988 e regulamentado através da Leis 8.080/90 e 8.142/90, os avanços em termos de descentralização apenas começaram a se fazer sentir após a Norma Operacional Básica 01/93. Isso porque se entendia que a descentralização das competências e a definição da responsabilidade da União frente aos estados e municípios deveria ser um processo negociado, dada a diversidade de situações existente do país. Desse modo, a NOB 01/93 introduz três modalidades de gestão para os municípios e estados-incipiente, parcial e semiplena. No caso da semi-plena, onde é maior o grau de autonomia, as secretarias de saúde têm total responsabilidade pela gestão da prestação de serviços. Nela os estados e municípios recebem mensalmente do ministério os recursos correspondentes aos tetos financeiros previamente definidos para a assistência ambulatorial e hospitalar, cessando, portanto, qualquer relação intergovernamental de compra e venda de serviços²².

²² Para que um município esteja habitado à gestão incipiente, é preciso cumprir os seguintes requisitos: ter em seu quadro funcional médico responsável pela emissão de AIHs, que não tenha vínculo com prestadores contratados ou conveniados; apresentar condições técnicas e materiais para planejar, controlar e avaliar os serviços; ter Conselho Municipal de Saúde em funcionamento; ter fundo municipal ou, até sua instalação, conta especial para a saúde; manter registro atualizado das informações epidemiológicas, de mortalidade e nascidos vivos, e cadastro referente a estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde. Para a gestão parcial,

Contudo, passado quatro anos da sua introdução, poucos municípios tinham se habilitado para esse tipo de gestão. Certamente um dos fatores que mais contribuiu para o desestímulo foi a incerteza quanto ao recebimento dos recursos da esfera federal, dado o desfinanciamento provocado na área. Ao final de 1997, do total de municípios existentes (5.506), apenas 2.6% estavam na condição de semi-plena, 11.2% na de parcial, 43% na incipiente e 43.2% em nenhuma delas. Vale ressaltar, contudo, que os municípios em semiplena abrangiam 16% da população brasileira, muitos deles capitais do estado²³

A partir da NOB 01/96, foi procedida alteração nas condições de gestão. Os estados passaram a ter duas modalidades: *gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual* e seu papel foi redefinido, devendo as secretarias estaduais de saúde se concentrar nas atividades mais relacionadas ao planejamento e controle.

No caso dos municípios, as três modalidades anteriores foram substituídas pela *gestão plena de assistência básica de saúde* e pela *gestão plena de sistema municipal de atenção integral à saúde*. Na gestão plena de assistência básica, os municípios são responsáveis pela atenção primária. Para isso podem fazer uso de suas próprias unidades ou contratar serviços junto a provedores públicos e privados. O MS garante o repasse direto e automático de, no mínimo, R\$ 10,00 por habitante/ano. Na gestão plena do sistema municipal de saúde, o que equivale à semiplena, o MS se compromete, de início, a repassar valor mensal correspondente à média do gasto com serviços ambulatoriais e hospitalares²⁴. Dessa forma, é garantido que os municípios sejam, no mínimo, gestores das atividades menos complexas do ponto de vista administrativo e tecnológico, o que, por outro lado, são mais custo/efetivas. Os municípios, passam a ser, no mínimo, gestores dos serviços

Para 1998, as metas do Ministério da Saúde eram responsabilizar 3.300 municípios pela assistência básica e 700 na atenção integral. Contudo, já em 23 de março desse ano, a primeira meta havia sido ultrapassada e a segunda estava perto de 50%. Comparada à NOB/01/93, o equivalente à situação de incipiente e parcial apresentou crescimento de 10.8% (2983 para 3.306); e em relação à condição de semiplena, houve aumento de 139.6% (144 para 345).

Em relação às experiências que podem estar desenhando um novo modelo assistencial, é preciso de destacar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O PACS foi criado pelo ministério em 1991, com base na experiência iniciada no Ceará em 1988²⁵. Ao final de 1997, estava implantado em 1973 municípios, sendo 67% na região nordeste. O PSF foi instituído em 1994, com o objetivo de prestar serviços de saúde à comunidade, na unidade local de saúde e no domicílio. Um e outro apresentam alta resolutividade, de forma que chegam à unidades mais especializadas somente os casos mais complexos que não podem se tratados na rede

além das exigências anteriores, o município deve apresentar anualmente à Comissão Bipartite seu Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão; comprovar contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal; e ter constituído comissão para elaborar, ou dispor, de Plano de Carreira, Cargos e Salários para a saúde. No caso de semi-plena, além de apresentar condições técnico-operacionais, o município precisa cumprir as metas aprovadas pelo Conselho Municipal e firmadas em termo de compromisso submetido à Comissão Bipartite. Em termos de processo decisório, o enquadramento em gestão incipiente ou parcial ocorre no âmbito estadual, através do conselho de saúde e da Comissão Bipartite. Já para a semi-plena, a decisão final é de responsabilidade da Comissão Intergestores Tripartite, na esfera federal (Barros, Piola, Vianna, 1996: 36-38). Os municípios que não aderissem a nenhuma dessas modalidades de gestão, continuariam a prover os serviços, sendo financiados segundo sua produção.

²³ São 11 capitais em condição de semiplena: Belém, Natal, João Pessoa, Recife, Teresina, Campo Grande, Cuiabá, Belo Horizonte, Curitiba e Porto Alegre.

²⁴ A autonomia desses municípios permite a alteração, para maior, dos valores dos procedimentos médicos definidos na tabela nacional como referência mínima.

²⁵ Em parte o ministério retomou a experiência de agentes de saúde, realizada nos anos setenta.

básica. Embora o governo federal tenha de fato incentivado esse tipo de programa, já que é altamente custo/efetivo, atinge apenas 3% da população brasileira²⁶.

Contudo, os resultados apresentados sugerem que esse é um dos caminhos a serem trilhados para que ocorra a superação do modelo assistencial atual, que vê no hospital o centro da atividade dos cuidados com a saúde. Em Camaragipe (PE), por exemplo, observou-se progressiva redução da frequência de internações para a faixa etária de 0 a 4 anos, quando comparado a 1994. Em Quixadá (CE), a redução de internações atingiu 100% para o caso de algumas patologias evitáveis. Segundo os municípios, o nível de resolutividade das equipes do PSF varia entre 85 a 92%

Apesar desses resultados bastante animadores, não se pode inferir daí que essa é a solução para os problemas da área da saúde. Por maior efetividade que esses programas possam apresentar, sua implantação isolada é incapaz de anular as conseqüências que a ausência de volume adequado de recursos tem provocado na saúde do povo brasileiro. Para reverter essa situação, contudo, é preciso que o país volte a crescer, gerando emprego de qualidade e redistribuindo a renda. Somente a retomada do desenvolvimento, associado à preocupação com o social, é a garantia que o sistema de saúde público não seja destruído.

Enquanto persistir a restrição orçamentária, imposta pela crise fiscal e financeira do Estado, outras propostas passam a ganhar força junto a sociedade brasileira, o que será objeto das partes posteriores deste relatório.

²⁶ OMS financia a implantação da unidade de saúde e participa de sua manutenção mediante pagamento diferenciado (para maior) nos procedimentos da tabela SIA/SUS. Os recursos assim alocados são insuficientes para cobrir o custeio, de forma que os municípios complementam o restante. Apenas os estados de Minas Gerais e Ceará auxiliam no financiamento do PSF.

III. As propostas de reordenamento do financiamento do sistema único de saúde brasileiro

A. Quadro referencial das propostas

A aceleração da crise econômica, com seus impactos no comportamento das finanças públicas, marcada pela escassez de recursos, tem colocado na agenda atual, a rediscussão do financiamento das áreas que integram o capítulo da seguridade social na Constituição Brasileira – previdência, saúde e assistência social. Em particular, em relação a saúde, é urgente a redefinição de sua base de financiamento a fim de que possa ser assegurado o princípio constitucional de “acesso universal às suas ações e serviços”.

O desfinanciamento da área da saúde, que não é recente, conforme explicado na parte anterior deste relatório, continua presente na arena de decisão do governo federal. Alguns dados sobre a execução orçamentária e financeira do governo federal demonstram, de forma inequívoca, que os gastos com saúde, incluindo as despesas correntes e de capital, ao longo do período 1995 a 1998, cresceram somente 1.2%, enquanto o conjunto das outras despesas orçamentárias aumentou em 15.8%²⁷.

²⁷ O desfinanciamento da área da saúde pelo Governo Federal é demonstrado em recente Nota da Assessoria Econômica do Ministro de Estado da Saúde - novembro de 1998. Os dados aqui relatados foram extraídos deste documento.

O recrudescimento da crise financeira levou a que o executivo federal revisasse o orçamento de 1999. Este, que tinha fixado uma despesa para a área da saúde de R\$ 19,8 bilhões, foi recolhido e reapresentado ao Congresso Nacional com um corte de R\$ 1,0 bilhão na rubrica “Outras despesas de custeio e capital”, que excluem pessoal e dívida. A justificativa foi de estar promovendo o ajuste preconizado pelo Plano de Estabilização Fiscal, anunciado, recentemente, pela atual gestão do governo. O corte implica redução de 6.57%, em média, do item “Outras despesas de custeio e capital”, cujo rubrica abrange as ações e serviços de saúde de responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde (FNS), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Note-se que a maior parte da redução dos recursos foi concentrada no FNS, particularmente junto ao atendimento ambulatorial e hospitalar desenvolvido pelo SUS. Do total do corte realizado, 70% incidiu nesses programas. Em relação ao orçamento geral da área da saúde o corte foi de 5.05%.

Ainda, dentre as medidas do ajuste fiscal, encontra-se o aumento das alíquotas da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, que passa a não ser mais uma fonte exclusiva à saúde, e da Contribuição do Financiamento da Seguridade Social – Cofins. A CPMF passa de 0.20% para 0.38% - segundo as últimas negociações no Congresso, significando 0.2% para a saúde e 0.18% para a previdência. A Cofins aumenta de 2% para 3% e deverá continuar sendo partilhada pela previdência e saúde.

Há quem considere que esse aumento das contribuições pode vir a não beneficiar a área da saúde. Isso porque temem a repetição do ocorrido em 1997, quando simultaneamente ao incremento da fonte CPMF, foi diminuído o aporte de recursos das contribuições sobre os Lucros e da Cofins. Dessa forma, entendem que, mais uma vez, a saúde estaria correndo o risco de estar sendo utilizada para cobrir déficits de outras áreas do governo.

A forma como o governo federal vem conduzindo o processo orçamentário tem exacerbado o conflito entre a área econômica e social. Como vimos na parte anterior deste relatório, essa tensão entre o social e o econômico não é fato recente, colocando na agenda pública a necessidade de se garantir um financiamento suficiente, definido e definitivo para a área, bem como para o conjunto da seguridade social.

Dessa forma, o processo de descentralização da saúde, que ganhou novo ritmo a partir do estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ao ocorrer em meio à dificuldades econômicas e financeiras que caracterizam a realidade brasileira, principalmente nos anos 90, levou ao surgimento de experiências diversas no campo da gestão municipal em saúde, em termos de formulação de novos mecanismos de financiamento. Ainda que cada uma dessas experiências, além de apresentar distintos graus de dependência financeira em relação às outras esferas de governo, algumas vezes inovavam no mix de recursos que sustentavam suas ações. Entre os diferentes exemplos, destacam-se:

- a) *Criação de tabela municipal* de remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares distinta da definida pelo Ministério da Saúde. Esse é o caso do município de São José dos Campos que, com essa atitude, buscou enfrentar o descredenciamento do setor privado que atua junto ao SUS, aumentando o valor das remunerações dos serviços e ações de saúde;
- b) *Exigência de ressarcimento dos planos de saúde* pelo encaminhamento de seus segurados ao SUS. Alguns Municípios, tais como Joinville (no Estado de Santa Catarina), e Itapira (em São Paulo), aprovaram leis municipais que previam essa obrigatoriedade de reembolso. A recente Lei Federal Nº 9.656/98, de 3 de junho de 1998, relativa aos Planos de Saúde, contempla essa preocupação. Contudo, ainda está sendo aguardada a sua regulamentação;

- c) *Estabelecimento de 109 consórcios entre Municípios* visando a otimização de recursos financeiros e equipamentos. O quadro a seguir apresenta a dimensão desta alternativa no território nacional, com destaque na região sudeste, particularmente no Estado de Minas Gerais.

Quadro 16

BRASIL: CONSÓRCIOS EXISTENTES, MUNICÍPIOS CONSORCIADOS E POPULAÇÃO COBERTA SEGUNDO ESTADOS E REGIÕES (1997) ^{a/}

Região/ estado	Consórcios existentes	Municípios consorciados	População coberta
Nordeste	1	10	94 900
Paraíba	1	10	94 900
Sudeste	82	946	16 256 862
Espírito Santo	5	47	978 545
Minas Gerais	59	725	10 760 755
São Paulo	14	173	4 517 562
Sul	23	403	5 811 801
Paraná	16	280	4 496 932
Rio G. do Sul	2	51	520 000
Santa Catarina	5	74	794 666
Centro-Oeste	3	26	497 666
Mato Grosso	3	26	497 666
Total	109	1 386	22 660 329

^{a/} Dados de outubro/97. Total de Municípios no Brasil = 5.500. Fonte: MS/Sec.Exec./CGP - Relatório de Acompanhamento das Ações e Metas Prioritárias, 1997. (Versão preliminar, 4/02/1998)

Além dos objetivos explicitados acima, a formação de consórcios intermunicipais de saúde visava responder a diversidade dos problemas em nível local. No caso do Estado do Rio Grande do Sul, o consórcio da região de Santa Rosa buscava aumentar a resolutividade dos serviços da rede e desconcentrá-la; o consórcio da área de Santa Maria organizou-se de forma articulada com a representação regional da Secretaria Estadual de Saúde, passando a comprar serviços especializados que não eram ofertados pelo SUS, junto à rede privada.

Cabe ainda, mencionar o caso do consórcio da região de São Lourenço, no Estado de Minas Gerais, onde além de contratar serviços médicos não disponíveis na rede pública, foi criada tabela própria de pagamentos de procedimentos que pudesse ser atrativa aos provedores privados.

- d) *Utilização de formas alternativas de organização administrativa, tais como “contratos de gestão”* firmados entre o setor público e o privado, e “terceirização”. Embora a primeira seja ainda pouco explorada, os Municípios já acumularam alguma experiência em relação à terceirização. Essa, no entanto, se restringe aos serviços de limpeza, segurança e, em alguns casos, à nutrição e dietética. É quase inexistente no campo finalístico, tais como as atividades médicas, o laboratório, a radiologia e a anestesia.
- e) *Criação de cooperativas* para suprir deficiências de oferta. É o caso da compra de serviços de anestesistas no município de Angra dos Reis (RJ); dos serviços de plantonistas médicos em fins de semana no Hospital Rocha Faria e Albert Schweitzer da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; da prestação de serviços médicos e de enfermagem no Hospital Lourenço Jorge da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; e da provisão de quadros suplementares de médicos e enfermeiros no Hospital da Posse em Nova Iguaçu (RJ).

Destaca-se, ainda, entre o cooperativismo, o Plano de Assistência à Saúde (PAS) da Prefeitura Municipal de São Paulo, o qual foi aprovado pela Câmara Municipal de São Paulo em setembro de 1995. Constitui de um modelo de gerenciamento de saúde que transfere a gestão da rede pública (transfere inclusive as instalações e equipamentos) para cooperativas formadas, "preferencialmente", por profissionais oriundos do serviço público municipal. O usuário cadastrado ao PAS é portador de um cartão magnético que lhe dá acesso ao atendimento no módulo de saúde no bairro em que é residente. Não há carência e é garantida a universalidade em caso de emergência. O módulo é formado de hospital, pronto-socorro e unidades básicas de saúde, todos eles administrados por uma Cooperativa de Trabalho. As cooperativas firmam convênio com a prefeitura. As bases sobre as quais se assenta o PAS são: gerenciamento privado; financiamento público por capitação; ausência de relações formais de trabalho; e adscrição da clientela a uma unidade de saúde.

Em abril de 1995, foi assinado o decreto que criou o PAS e iniciado o cadastramento dos moradores da região de Pirutuba-Perus. Várias contestações na justiça ocorreram, até que, finalmente, em setembro, foi aprovada a criação do PAS sob a forma de lei. O PAS tem recebido críticas de vários segmentos da sociedade. A mais séria delas afirma que o PAS não garante a integralidade do atendimento, tal como está previsto na Constituição. Por outro lado, a universalidade é prevista somente em casos de emergência (Araújo e Martins, 1995).

- f) *Uso do co-pagamento*, como é o caso do município de Panambi no Rio Grande do Sul. Nesse município o co-pagamento foi objeto de aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Segundo Reis (1998), Panambi possui um único hospital (filantrópico), cujo secretário-executivo é, simultaneamente, o presidente do Conselho Municipal de Saúde. O co-pagamento (de R\$ 15,00) teria sido introduzido para inibir o consumo desmesurado das consultas médicas ocorrido nos plantões noturnos e nos domingos e feriados, não sendo sugerido em caso de urgência e carência de meios evidente. De acordo com o secretário-executivo do hospital, sua introdução provocou a redução do número de consultas de 80 para 20. A receita provinda do co-pagamento é transferida para o Fundo Municipal de Saúde. No período janeiro/outubro de 1996, representou 1.8% do total de recursos disponíveis por esse fundo.

Em meio à carência de recursos provocada pelo esgotamento da capacidade de financiamento do Estado brasileiro, acirra-se a discussão a respeito da maneira mais adequada de garantir o acesso aos serviços e ações de saúde. Como visto acima, os próprios Municípios têm buscado inovar no uso de novas formas de gestão na tentativa de otimizar os recursos disponíveis ou de buscarem fontes complementares de recursos.

Pelo lado do Ministério da Saúde, ainda que o atual Ministro tenha a disposição de buscar uma definição constitucional para o financiamento da saúde, a idéia de solidariedade entre as diversas fontes da seguridade social para financiar previdência, saúde e assistência social parece não ser possível no quadro de dificuldades financeiras e econômicas vividas pelo país. Além disso, especializou-se a fonte de receita sobre a folha de empregados e empregadores exclusivamente para a previdência desde 1993, e também a emenda constitucional sobre a previdência, no seu artigo 167, proíbe a universalidade das fontes da seguridade, uma vez que: "é vedada a utilização de recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o artigo 195 I, parte a e II (recursos da contribuição de empregados e empregadores sobre a folha) para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social de que trata o artigo 201".

Na tentativa de solucionar o problema do financiamento da saúde, várias propostas foram elaboradas e estão hoje sendo objeto de discussão no Congresso Nacional. Essas serão objeto de análise da parte seguinte deste relatório.

B. As propostas

1. Vinculação de percentuais dos orçamentos e de fontes específicas - as propostas de Emendas Constitucionais em discussão há anos no Congresso Nacional

Deputado Eduardo Jorge

Para o Deputado Eduardo Jorge, do Partido dos Trabalhadores (PT) de São Paulo, a única saída para um financiamento seguro na área da saúde seria definir a quantidade de recursos necessária, ainda que de forma percentual, na própria Constituição Federal. Segundo esse deputado, mesmo considerando que no país a desobediência da lei é uma prática comum, seria mais difícil imaginar o não cumprimento quando se trata da Lei maior - a Constituição federal.

Assim, foi encaminhado, em 7 de julho de 1993, uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) que tomou o número de PEC - 169. Esta proposta está ainda em circulação no Congresso Nacional e hoje se faz um esforço pela sua aprovação.

A PEC 169 modifica o artigo 167 da Constituição Federal, instituindo a vinculação para a área da saúde, tal como atualmente existe para a educação. Dessa forma, o artigo 198 da Constituição Federal passa a ter a seguinte redação:

“União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento (30%) das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento (10%) da receita resultante dos impostos. “Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes dos impostos”.

Conforme mencionado anteriormente, o texto constitucional ainda em vigor não estabelece vinculações no interior do orçamento da Seguridade Social, com exceção do recurso oriundo do faturamento (PIS/Pasep) destinado para o seguro desemprego. Dessa forma, a proposta do deputado Eduardo Jorge busca, primeiramente, garantir um volume de recursos definido (mesmo que percentualmente) para a saúde no interior da Seguridade Social. Isso porque, a falta dessa definição tornou a saúde extremamente frágil quando das negociações por recursos com a Previdência Social, nos últimos anos, especialmente a partir de 1993.

Em segundo lugar, a proposta do deputado procura definir mínimos de participação das esferas subnacionais de governo no financiamento da saúde. Assim, mais do que se preocupar com o volume de recursos, a proposta tenta construir um arranjo financeiro que possibilite a distribuição dos recursos da Seguridade Social para todas as áreas sociais e que garanta o comprometimento de todas os níveis de governo no financiamento. Vale notar que os percentuais sugeridos por esse deputado estão fundamentados na prática anterior às dificuldades financeiras da Previdência Social, quando a Seguridade Social destinava não menos que 30% de seus recursos para a saúde. Da mesma forma, o percentual exigido para os Estados e Municípios baseia-se na experiência histórica de aplicação de recursos a partir da segunda metade dos anos 80 - em torno de 10%.

Já o relator da PEC-169, Deputado Darciso Perondi do PMDB do Rio Grande do Sul, modificou a proposta para: trinta por cento (30%) do Orçamento da Seguridade Social e para nunca menos de 10% das receitas resultantes de impostos, acrescentando as compreendidas de transferências dos Estados e Municípios.

Dessa forma, o relator ampliou a base sobre a qual se assenta a proposta do deputado Eduardo Jorge. Isto porque o orçamento da Seguridade Social não é somente compreendido de

contribuições sociais, mas também dos recursos do PIS/Pasep e das receitas de concursos e prognósticos (loterias), por exemplo. Além disso, é preciso se considerar que grande parte dos Municípios brasileiros têm nas transferências de recursos das esferas federal e estadual suas principais fontes de receita.

A substituição do termo impostos por impostos e transferências significa, portanto, substantivo aumento da base sobre a qual seria realizado o cálculo da participação dos Municípios. Há quem considere que o deputado Eduardo Jorge estava, ao encaminhar sua emenda, pensando na totalidade dos recursos disponíveis pelos Estados e Municípios. Nesse sentido, não haveria divergência em relação ao proposto pelo relator. Este teria, apenas, ao incluir as transferências, deixada clara a intenção do deputado Eduardo Jorge.

Deputado José Pinotti

O Deputado José Pinotti, do Partido Socialista Brasileiro (PSB - SP), ex-secretário da saúde do Estado de São Paulo do governo Orestes Quércia (1987/90), defende que o setor saúde seja financiado com recursos equivalentes a 5% do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. A título de ilustração, o PIB brasileiro correspondeu a R\$ 850 bilhões, em 1997. Dessa forma, a proposta do deputado implicaria a destinação de R\$ 42,5 bilhões, em 1998, o que significaria um aumento de 136% (todas as previsões indicam que o gasto federal neste último ano ficará em torno de R\$ 18 bilhões).

Evidentemente que essa proposta, caso fosse aprovada, teria que ser operacionalizada, isto é, as fontes de financiamento teriam que ser definidas, o que está ausente no texto encaminhado para discussão.

Deputado Carlos Mosconi

A proposta de emenda constitucional encaminhada pelo Deputado Carlos Mosconi, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) do Estado de Minas Gerais, defende que toda a arrecadação da Contribuição do Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) seja destinada à saúde, não entrando no mérito dos impostos estaduais e municipais. Essa emenda recebeu o nome de PEC 82/1995.

Essa proposta tem origem na especialização das fontes de receita da Seguridade Social, iniciada em 1993, quando a Previdência Social apresentou seus primeiros problemas financeiros. Naquele momento foi estabelecida a especialização/vinculação das contribuições de empregados e empregados para a área previdenciária e, na prática, nos anos seguintes, a Cofins destinou-se prioritariamente para financiar as ações e serviços de saúde, conforme comentado no relatório anterior. Baseado nessa experiência, o deputado Carlos Mosconi sugere a especialização/vinculação da Cofins e da CSLL para a saúde, não entrando no mérito da vinculação da receita dos impostos e transferências estaduais e municipais.

Vale notar que, em 1997, a Cofins arrecadou R\$ 19,1 bilhões e a Contribuição sobre o Lucro R\$ 7.7 bilhões.

Contudo, o relator desta PEC 82-95, deputado Ursicino Queiroz, do Partido da Frente Liberal (PFL) do Estado da Bahia, modificou a proposta do Deputado Mosconi, tornando-a PEC 82-A, ao atribuir um percentual progressivo dos recursos da COFINS e da CSLL para a saúde. Esse percentual iniciaria em 48%, em 1999, atingindo o patamar máximo de 64%, em cinco anos, ou seja, em 2003.

Além disso, o relator adicionou a da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) como receita específica da área da saúde. Para se ter uma idéia, essa contribuição arrecadou, em 1997, R\$ 6.9 bilhões.

Também o relator confirma a proposta inicial do Deputado Eduardo Jorge, no que tange à vinculação dos orçamentos fiscais dos entes da federação, mas faz uma restrição: coloca para a União apenas a obrigatoriedade dos trinta por cento do orçamento da seguridade social e retira os 10% da sua receita resultante de impostos. No caso dos Estados e Municípios, fica estipulado uma vinculação de crescimento progressivo. Isto é, os Estados iniciariam com uma vinculação mínima de 6% das receitas resultantes de impostos e transferências, em 1999, e, em 2003, essa exigência passaria a ser de 12%. Os Municípios, por sua vez, teriam percentuais definidos entre 9% e 15%, no mesmo período.

Segundo alguns especialistas, o tratamento concedido por essa proposta, à vinculação dos impostos e transferências dos Estados, é mais realista, pois leva em conta o atual esforço desenvolvido por esse nível de governo (em torno de 6%). Seu mérito seria, portanto, sinalizar que esse esforço seria aumentado de forma gradativa.

Por outro lado, a inclusão do CPMF teria justificativa nos próprios motivos que geravam a criação dessa contribuição. Em outras palavras, quando a situação da Previdência Social determinou a vinculação das receitas de contribuições de empregados e empregadores a ela, “desfinanciando” a saúde e comprometendo a realização de suas ações e serviços, o então Ministro Adib Jatene propôs a criação de uma contribuição provisória que permitisse pelo menos amenizar sua situação. Como visto no relatório anterior, a criação do CPMF, que arrecadou R\$ 6.9 bilhões em 1997, não implicou o aumento da disponibilidade de recursos da saúde na mesma magnitude, tendo sido reduzido o aporte de outras fontes - Cofins e Contribuição sobre o lucro. Desse modo, o relator da PEC 82-A/95, deputado Ursicino Queiroz, ao ampliar a proposta do deputado Carlos Mosconi, está resgatando a idéia original do ex-Ministro da saúde, Adib Jatene.

Ministro da Saúde - José Serra

A proposta do Ministro da Saúde José Serra foi introduzida quando em discussão com lideranças partidárias e explicitada no II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, em junho de 1998.

Nela o Ministro sugere a destinação de 30% das Contribuições Sociais para o setor, excluindo, no entanto a receita advinda da Contribuição PIS/Pasep; a manutenção da CPMF, só que financiando a Seguridade Social como um todo e não apenas a saúde. Além disso, defende a vinculação progressiva da receita de impostos e transferências dos Estados e Municípios e também das contribuições sociais, isto é, da Cofins, da CSLL e do próprio CPMF.

O esforço dos Estados iniciaria com, no mínimo, 8% em 1999, o que chegaria a 12% em 2003. A participação dos Estados, por sua vez, seria de 11% a 15%, em igual período. A progressividade da contribuições mencionadas acima iniciaria com 60%, em 1999, e terminaria com 70%, em 2003.

Embora a proposta do Ministro José Serra apenas apresente modificações de percentuais na progressividade, seja das contribuições sociais, seja das receitas de impostos e transferências, ela é significativamente importante no quadro da discussão atual. Trata-se de um político que sempre esteve identificado com os objetivos mais gerais dos governo Fernando Henrique Cardoso. Desse modo, ao assumir a defesa da vinculação de recursos para a área da saúde - modificando opinião expressa em momentos anteriores, especialmente quando da discussão da Constituinte brasileira - fala com a autoridade de quem está vivenciando as reais dificuldades do setor saúde.

Conselho Nacional de Saúde - CNS

A proposta do Conselho Nacional de Saúde²⁸ procura reunir o conteúdo da PEC 82-A/95, do deputado Ursicino Queiroz, e do Ministro José Serra. Desse modo, defende, além da determinação de determinação de 30% do orçamento da seguridade social, que 100% da arrecadação da CPMF seja destinada à saúde. Ao mesmo tempo, aceita a idéia de progressividade para a Cofins e a Contribuição sobre o lucro líquido, alterando, no entanto, o percentual de destinação para o ano 2003, de 70% (proposta Serra) para 80%, permanecendo o percentual inicial para 1999, de 60%.

No que diz respeito à vinculação das receitas resultantes de impostos e transferências dos Estados e Municípios, a proposta do Conselho Nacional defende 7% em 1999 e 13% em 2003 para os Estados e Municípios. Embora inicie com percentual inferior ao da sugestão do Ministro José Serra para os Estados, termina por definir, para 2003, um esforço maior. Já o Ministro, tende a exigir uma maior participação dos Municípios para 2003.

Quadro sintético do volume de recursos previstos nas propostas de reordenamento do financiamento do SUS que defendem a vinculação de receitas.

As diferentes propostas apresentadas e comentadas acima envolvem magnitude de recursos bastante significativa e diferenciada. Para melhor compreensão do que está em discussão, apresenta-se, abaixo, um quadro demonstrativo com as projeções do volume de recursos oriundos das diversas fontes previstas em cada proposta.

²⁸ O Conselho Nacional de Saúde é uma instância deliberativa do SUS que conta com o envolvimento da comunidade no acompanhamento e controle da política de saúde em nível do governo federal. Sua composição é formada por 50% de representantes de usuários do sistema e os outros 50%, divididos entre representantes do poder público federal (Ministério da Saúde), de prestadores de serviços de saúde e trabalhadores do setor.

Quadro 17

ESTIMATIVA RECURSOS PARA A ÁREA DA SAÚDE CONFORME DIFERENTES PROPOSTAS - PARA 1999
(Bilhões de reais)

Fontes – Proponentes	1. Eduardo Jorge	2. José Pinotti	3. Relator Perondi ^{a/}	4. Carlos Mosconi e relator Ursicino		5. Ministro José Serra		6. CNS	
					(%)		(%)		(%)
CPMF				8.087	100	4.852	60	8.087	100
Cofins				9.549	48	11.936	60	11.936	60
CSLL				3.734	48	4.667	60	4.667	60
PIS/Pasep C. Sociais	27.054								
Seguridade Social			31.354						
União - fiscal	4.906		-						
Estados	6.195		6.195	3.717	6	4.955	8	4.336	7
Municípios	3.731		3.731	3.358	9	4.104	11	2.612	7
Total	41.886	42.500	41.280	28.445		30.514		31.638	
Total - per capita	256.85	260.74	253.25	174.51		187.20		194.10	
Total - % PIB	4.93	5.00	4.86	3.35		3.59		3.72	

Fonte: elaboração própria e Carvalho (1998).

^{a/} Os recursos provindos dos Estados e Municípios não divergem da proposta do deputado Eduardo Jorge porque esse relator a estaria interpretando ao incluir as transferências.

Quadro 18

ESTIMATIVA RECURSOS PARA A ÁREA DA SAÚDE, CONFORME DIFERENTES PROPOSTAS - PARA 2003
(Bilhões de reais)

Fontes – Proponentes	1. Eduardo Jorge	2. José Pinotti	3. Relator Perondi ^{a/}	4. Carlos Mosconi e relator Ursicino		5. Ministro José Serra		6. CNS	
					(%)		(%)		(%)
CPMF				8.087	100	5.661	70	8.087	100
Cofins				12.732	64	13.926	70	15.915	80
CSLL				4.978	64	5.445	70	6.223	80
PIS/Pasep C. Sociais	27.054								
Seguridade Social			31.354						
União - fiscal	4.906		-						
Estados	6.195		6.195	7.434	12	7.433	12	8.053	13
Municípios	3.731		3.731	5.597	15	5.597	15	4.851	13
Total	41.886	42.500	41.280	38.828		38.062		43.129	
Total - per capita	256.85	260.74	253.25						
Total - % PIB	4.93	5.00	4.86						

^{a/} Os recursos provindos dos Estados e Municípios não divergem da proposta do deputado Eduardo Jorge porque esse relator a estaria interpretando ao incluir as transferências.

Da análise dos resultados apresentados nos quadros 17 e 18, pode-se dizer:

- Que as propostas 1 e 3 estão superadas, pois a recente reforma previdenciária estabeleceu a exclusividade das contribuições de empregados e empregadores à Previdência Social, abandonando a solidariedade presente na destinação das fontes às

diferentes áreas da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social), tal como regia a Constituição;

- Que a proposta 2 apenas definiu o percentual do PIB teoricamente a ser destinado para a saúde, sem especificar as fontes;
- Que as propostas 4 a 6 ficam circunstanciadas à discussão das fontes restantes da Seguridade Social: (Cofins e CSLL) e da recente CPMF, definindo diferentes percentuais de sua utilização. O mesmo ocorre com relação à participação das receitas de impostos e transferências dos Estados e Municípios.

De uma certa forma, os diferentes percentuais sugeridos são reflexo dos interesses envolvidos na discussão do federalismo brasileiro, que deve redefinir as competências dos três níveis de governo. De qualquer maneira, há um consenso quanto à necessidade dos Estados e Municípios participarem do financiamento da saúde. Ao mesmo tempo, como o governo federal considera que foi prejudicado na Constituição de 1988, ao ter sido ampliada a base das receitas dos governos subnacionais, a discussão do financiamento da saúde é entendida como uma oportunidade para reverter essa situação. Por outro lado, a crise fiscal e financeira da União de certa forma retirou da agenda a discussão da participação da mesma no financiamento da saúde.

- Que o gasto per capita permanece ainda muito baixo, considerada qualquer uma das propostas encaminhadas.

2. Nova forma de organização do SUS-proposta do ministro da administração federal e reforma do estado, Luiz Carlos Bresser Pereira

A Proposta de reforma do sistema de saúde apresentada pelo Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), objetiva condicionar a resolução do financiamento da saúde à reorganização administrativa de seu sistema. Além disso, a garantia de uma melhor qualidade dos serviços e ações pagos pelo Estado seria obtida através de um controle mais adequado do sistema, permitindo reduzir custos numa situação de recursos sempre escassos. Para alcançar esse controle, o Ministro Bresser propõe uma reforma baseada em três estratégias:

- “Descentralização: com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo;
- Montagem de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. O primeiro seria dotado de resolubilidade para os problemas mais comuns de saúde, integralidade das ações básicas do setor (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação de 90% a 95% destes problemas mais comuns), continuidade do cuidado de saúde dos indivíduos e das famílias, evitando a fragmentação e a superposição das ações básicas, além do compromisso com a qualidade do atendimento; a este subsistema compete, também, o encaminhamento para atendimentos de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais: esta rede ambulatorial especializada e os hospitais constituem o segundo subsistema denominado Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar e;

- Montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados (MARE, 1998).

São os seguintes os pressupostos da reforma sugerida pelo Ministro Bresser:

- Que a descentralização permite um controle local muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados, além de favorecer o controle social por parte da comunidade;
- Que a separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para solução de problemas mais simples em nível do indivíduo e da família, e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar permite o surgimento de mecanismo de competição administrada;
- Que o sistema de encaminhamento através de postos de saúde e clínicas gerais, diretamente controlado pelo poder público evitará uma grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias;
- Que a partir da efetiva responsabilização dos Prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria permanente realizada em nível municipal seria mais eficiente, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelos poderes federal e estadual;
- Que a participação e o controle social em nível municipal será mais efetiva dado que o usuário terá acesso direto ao sistema de controle;

De acordo com a proposta do Ministro Bresser, a reforma dos sistema de saúde brasileiro começará pela criação de um Subsistema de Entrada e Controle, em nível do Ministério da Saúde, que estabelecerá suas diretrizes e conteúdos mínimos. As diretrizes, bem como o funcionamento básico desse subsistema e o cronograma de implantação, serão formuladas e debatidas com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e com o Conselho Nacional de Saúde. As diretrizes e normas definirão as bases organizacionais e gerenciais do subsistema e os mecanismos de alocação e de controle dos recursos destinados ao pagamento dos serviços especializados, ambulatoriais, hospitalares. Também definirá a alocação dos recursos necessários para o funcionamento das unidades, das ações de promoção da saúde e da vigilância sanitária e epidemiológica.

Os recursos do Subsistema de Entrada e Controle devem, preferencialmente ser oriundos do Tesouro Municipal, como contrapartida dos recursos federais e estaduais. Estes últimos deverão, prioritariamente, ser destinados à educação continuada, a investimentos e remuneração adicional por desempenho.

Os Municípios organizarão os Entrada e Controle de acordo com uma base populacional e geográfica definida segundo as diretrizes gerais do Ministério da Saúde e ajustada às especificações regionais e estaduais. Os consórcios intermunicipais ou interestaduais de regiões com características sócio-econômicas semelhantes serão estimulados. Haverá adscrição da clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família. Esses serão os responsáveis pelo encaminhamento aos ambulatórios especializados e aos hospitais. Dessa forma, as AIHs (Autorização de Internações Hospitalares) serão sempre identificadas, estando vetado o uso de autorizações para uso próprio por parte dos hospitais, como ocorre atualmente. As AIHs serão distribuídas, mensalmente, pelo Ministério da Saúde às Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios de acordo com o número de residentes no estado/município e com o perfil epidemiológico local. Assim, o município poderá encaminhar o paciente para hospital localizado em outro município, utilizando-se de sua cota de suas autorizações.

O Subsistema de Entrada e Controle deverá ter um gestor municipal e um diretor técnico, sendo que apenas o segundo deve ser de preferência médico. Ao gestor cabe: a) credenciar os hospitais; b) negociar com elas as condições dos serviços, incluindo eventuais pagamentos suplementares com recursos do próprio município; c) encaminhar aos hospitais credenciados os pacientes através dos médicos e das unidades de saúde; d) aprovar as contas dos hospitais correspondentes às AIHs enviadas; e) debitar a despesa, previamente empenhada, no seu controle de verbas de AIH; f) pagar, se for município em estado avançado de descentralização, ou encaminhar eletronicamente as faturas para que o Ministério pague os hospitais, respeitado os limites de dotação mensal do município. Caso o limite seja ultrapassado, o gestor deve encaminhar solicitação de suplementação emergencial ao gestor estadual.

Os Municípios enviarão ao gestor estadual do sistema as informações relativas a esse processo de modo que esse possa realizar o devido acompanhamento (controle, avaliação e auditoria). Caso o município possa vir a ter crédito de recursos - obtidos através de economias realizadas - poderá utilizá-los para complementar o orçamento das demais ações de saúde, especialmente as de caráter sanitário e preventivo.

Subsistema de referência ambulatorial e hospitalar

De acordo com a proposta do Ministro Bresser, os hospitais públicos deverão ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização para celebrar contratos de gestão.

O Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar terá suas normas elaboradas pelo Ministério da Saúde e pelas Comissões Tripartites e Bipartites e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Contará com um sistema de remuneração que conceda prêmio ao desempenho e a qualidade do atendimento através de dois índices de valorização de desempenho: hospitalar e ambulatorial (IVDH e IVDA). O primeiro será construído a partir de vários fatores, tais como taxas de infecção hospitalar, letalidade hospitalar, custo do paciente-dia e do leito, entre outros. O IVDA levará em conta a resolubilidade, a tecnologia incorporada e a qualidade do atendimento. Os dois índices variarão entre 1,0 e 2,0 com frações em décimos, incidindo sobre o total mensal das faturas validadas.

Conforme mencionado anteriormente, é necessário que um médico realize o encaminhamento para que ocorra o atendimento. A única exceção são os casos de emergência.

Considerações sobre a proposta do Ministro Bresser

A proposta do Ministro Bresser no campo da saúde fica melhor explícita quando se analisa o próprio Plano Diretor de Reforma do Estado encaminhado pelo presidente da República através da medida Provisória nº1591-1, de 6 de novembro de 1997 e recentemente, transformada na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Ao comentar sobre os objetivos para os Serviços não-exclusivos, o Plano Diretor estabelece que visa:

"Transferir para o setor público não-estatal estes serviços (principalmente saúde), através de um programa de "publicização", transformando as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do Poder Legislativo para celebrar contrato de gestão com o Poder Executivo e assim ter direito a dotação orçamentária; lograr maior autonomia e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços; lograr adicionalmente um controle social direto desses serviços; lograr, finalmente, uma maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu

financiamento via compra de serviços e doações; aumentar, assim, a eficiência e a qualidade dos serviços" (grifo nosso).

Em síntese, toda a abordagem da proposta do Ministro Bresser está voltada para a adoção de uma nova lógica organizacional do sistema, onde a questão crucial é transformá-lo em Organização Social - entidade não-estatal. Isso permitiria introduzir flexibilidades hoje não existentes no sistema público de saúde, tais como contratar e demitir funcionários e, principalmente, possibilitar o aporte de recursos de origem alheia ao setor público, especialmente do usuário. Contudo, parece que esta proposta encontra problemas de caráter inconstitucional.

Conforme parecer do Subprocurador Geral da República (Ministério Público) a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, no que se refere à saúde, é inconstitucional e ilegal quando:

“Dispensa licitação; autoriza a transferência para a iniciativa privada (com ou sem fins lucrativos) de hospitais e as unidades hospitalares públicas; e, colide frontalmente com as Leis Orgânicas da Saúde (Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90) que ao disciplinarem o SUS, prevêm que o poder público possa contratar instituições privadas de forma complementar, só admitindo-a quando as disponibilidades do sistema forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, hipótese em que a participação complementar pode ser formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público" (entenda-se, especialmente, a Lei Nº 8.666, pertinente a licitações e contratos). Isto não significa que o Poder Público vai abrir mão da prestação do serviço que lhe incumbe para transferi-la a terceiros; ou que estes venham a administrar uma entidade pública prestadora do serviço de saúde; significa que a instituição privada, em suas próprias instalações e com seus próprios recursos humanos e materiais, vai complementar as ações e serviços de saúde, mediante contrato ou convênio" (grifo nosso).

É preciso observar, por fim, que vários dos aspectos contidos no quadro de referência do Ministro Bresser não apresentam novidade nenhuma em relação ao que o Ministério da Saúde tem discutido e implementado desde a criação do SUS, com exceção das *Organizações Sociais*. A idéia do controle social, por exemplo, é base fundadora da descentralização introduzida pelo SUS; a engenharia construída a partir de subsistemas segue a lógica dos componentes do atual sistema em vigor; e a referência e a contra-referência dos serviços de saúde, mencionada pelo Ministro Bresser como uma inovação, é fundamento primeiro da organização regional há muito existente.

3. Cesta básica de serviços de saúde e corte de renda - a proposta da OPAS para o Brasil

O diretor atual da Organização Pan-americana da Saúde, George Alleyne, defende o fim da gratuidade dos serviços de saúde e a garantia, por parte do setor público, de apenas uma cesta básica. Essa seria composta basicamente de consultas ambulatoriais, vacinação, programas de saneamento e atendimentos de baixa complexidade. Os procedimentos mais complexos, que exigiriam tecnologia mais complexa, seriam deixadas para serem atendidos pelo setor privado e o acesso seria mediado pela renda do usuário.

Segundo os defensores dessa proposta, a cesta básica é um mecanismo que garante o acesso universal da população de baixa renda aos serviços e ações de saúde por ela oferecido. Ela constitui um conjunto determinado de atenção à saúde nas áreas de fomento, prevenção e medicina curativa que seria disponibilizado a todos os membros da sociedade, de forma focalizada, conforme o perfil epidemiológico da população e seus diversos graus de risco, atendendo a disponibilidade de recursos de cada país e segundo as preferências sociais e opções da políticas adotadas.

Dessa maneira, a proposta da OPAS busca resolver o problema do financiamento da saúde no Brasil através da combinação da adoção da focalização com a cesta básica, o que contraria os princípios de universalidade e integralidade do atual Sistema Único de Saúde. A bem da verdade, o SUS tem sido basicamente utilizado, nos últimos anos, quando acirra-se a crise fiscal e financeira do Estado, pela população de mais baixa renda, quando se trata da atenção básica em saúde. Contudo, para os serviços mais complexos, que exigem tecnologia mais sofisticada, a demanda já é formada largamente por usuários oriundos da classe média e alta.

C. O financiamento da saúde no contexto da recente proposta de reforma tributária do ministério da fazenda

1. Apresentação da proposta de setembro de 1997²⁹

A proposta apresentada pelo Secretário-Executivo do Ministério da Fazenda, Pedro Parente, em setembro de 1997, na Câmara dos Deputados, fundamenta-se no seguinte diagnóstico da estrutura atual:

- Que o país necessita, mais do que uma reforma tributária, de uma reforma fiscal que modifique a estrutura de gastos atualmente existente. Para seu sucesso é fundamental a realização da reforma previdenciária e administrativa;
- Que a estrutura básica do atual sistema tributário não está em questão, de modo que as alterações propostas visam fundamentalmente conceder maior eficiência e econômica e harmonização do sistema;
- Que a tributação do consumo é a que mais necessita ser alterada, pois inclui um elevado número de impostos, com superposições (ICMS, ISS, IPI, PIS e COFINS), são impostos cobrados nas três esferas de governo e alguns são cobrados em cascata.
- Que a tributação sobre a renda está sendo realizada duplamente, através da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e pelo Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ);
- Que o Imposto sobre Serviço (ISS), da esfera municipal, é um tributo que estimula a guerra fiscal entre os Municípios, dada a diversidade de alíquotas praticada;
- Que a indefinição dos encargos relativos as três esferas de governo e a competição entre elas é prejudicial ao país.

A partir desse diagnóstico, o governo federal propunha a seguintes alterações:

- Criação do Imposto sobre o Valor Adicionado (IVA), no âmbito federal, incidente sobre bens e serviços a uma alíquota única e inferior às atuais alíquotas do ICMS (atualmente cada Estado define a alíquota que irá praticar).
- Criação do imposto sobre vendas a varejo de mercadorias, no âmbito estadual, a uma alíquota única, por Estado, e de maneira uniforme sobre todos os produtos;
- Criação do imposto sobre vendas a varejo de serviços, no âmbito municipal, a uma alíquota única sobre todos os serviços;

²⁹ Essa parte do relatório foi baseada fundamentalmente em Barbosa (1998).

- Criação do Imposto Seletivo (Excise Tax), de competência estadual, incidente sobre a venda ao consumidor final de um número limitado de bens e serviços considerados especiais, por sua elevada capacidade de arrecadação e difícil sonegação, entre os quais fumo, bebidas, telecomunicações, energia e combustíveis;
- Extinção do IPI, ICMS, ISS, CSLL, COFINS e PIS/PASEP;
- Manutenção do IR, com alíquotas ajustadas: com a extinção da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, de forma que não haja perda de arrecadação;
- Manutenção dos impostos regulatórios IOF, II e IE;
- Compor os Fundos de Participação por um percentual único dos impostos e contribuições.

Afora essas modificações, a proposta institui regras de transição, tais como:

- Criação de mecanismos que garantam a manutenção do nível das receitas. A carga tributária global não seria, portanto, elevada. Aumentos de arrecadação, se existentes, adviriam do aumento da base e da simplificação do sistema. Também nenhuma esfera de governo teria redução no montante de recursos que lhe cabe no sistema atual. Para isso, seria instituído um fundo temporário com o objetivo de manter os recursos, bem como realizar uma revisão dos procedimentos de partilha aprovados.
- Estabelecimento de prazo de vigência para as atuais vinculações constitucionais, com sua progressiva redução ao longo do tempo.

Efeitos da implantação da Proposta

- IVA Federal - a criação do IVA, com alíquota única, visa eliminar vários dos problemas hoje existentes com o ICMS: reduziria a possibilidade de sua utilização extradiscal, impediria a manutenção da tributação diferenciada sobre os supérfluos e outros produtos, eliminaria a discussão sobre origem e destino das mercadorias, reduziria significativamente a guerra fiscal entre os Estados; contribuiria para harmonizar a estrutura tributária brasileira em relação a outros países; simplificaria a cobrança;
- Imposto de Vendas a Varejo - teria como objetivo manter uma competência tributária própria, sobre o consumo, para os entes subnacionais de governo, de forma a que a discricionariedade de um deles não afetasse a política tributária dos demais. Embora esse imposto se sobreponha ao IVA, a proposta considera a extinção das contribuições sobre o faturamento e em cascata e do IPI. Também visa oferecer compensação aos Estados, ainda que parcial, pela perda do ICMS, mesmo que às custas da simplificação do sistema.
- Impostos Seletivos - visa inibir e controlar a produção (finalidade extrafiscal) de determinadas mercadorias e serviços, tais como fumo, bebidas, telecomunicações, energia e combustíveis, e arrecadar um volume considerável de receitas através de mercadorias com grande produção e com poucos produtores. Sua competência estadual visa compensar os Estados pela perda do ICMS.
- Segundo alguns especialistas, as empresas consumidoras de serviços de telecomunicações, energia elétrica e combustíveis seriam mais oneradas, provavelmente, do que hoje. Isto porque, atualmente, embora as alíquotas do ICMS sejam elevadas, as empresas creditam o imposto e o abatem de seus débitos, não

onerando os custos de produção ou comercialização do adquirente. Na ausência desse expediente, a tributação seletiva sobre insumos de produção gerará um efeito cascata, o qual a reforma está procurando eliminar do sistema tributário com a extinção das contribuições sobre o faturamento.

- No âmbito das relações federativas - alteração considerável do poder arrecadatório dos membros da Federação, especialmente para Estados e Municípios, uma vez que estes terão que incrementar substancialmente seus sistemas de arrecadação; alteração dos critérios de partilha, ampliando a base de tributação dos impostos a serem compartilhados.
- A proposta deve manter o mesmo volume de receitas atualmente disponível para cada esfera de governo (ver quadro 19). Contudo, dificilmente será mantida a capacidade arrecadatória em cada unidade federativa, pois a forma de incidência dos novos impostos é bastante diferenciada. A passagem para a tributação sobre o consumo pode levar a que um determinado Estado tenha sua arrecadação diminuída, ainda que o montante arrecadado pelo conjunto dos Estados possa se manter inalterado. A nova proposta, de fato, gerará uma redistribuição horizontal de receitas entre Estados e Municípios;
- A União será beneficiada com a substituição do IPI pelo IVA federal, uma vez que este último apresenta base mais ampla e uniforme. “A substituição da COFINS e do PIS/Pasep, incidentes sobre o faturamento, no entanto, exigirá que tal imposto tenha uma alíquota média significativa, cerca de 8.1% contra 11.1% do atual ICMS. Como este imposto incidirá sobre a mesma base do imposto sobre vendas a varejo, tanto na parcela estadual, que incide sobre mercadorias, como na municipal, que incide sobre serviços, haverá um significativo peso tributário sobre a base do consumo, com uma alíquota acumulada de 16.3%, extremamente elevada se for levada em conta a base de consumo agregado, as isenções já existentes, as perdas com sonegação, as não incidências e outras fontes de corrosão da base tributária. Assim, apesar das vantagens do ponto de vista de minimizar distorções econômicas, aumentará a relação benefício/custo da sonegação” (Barbosa, 1998).
- No caso dos Estados e Municípios, a proposta coloca dificuldades de implementação uma vez que exige uma mudança na estrutura de fiscalização mais eficiente, dificilmente ao alcance da grande maioria dos Estados e Municípios. Se essa estrutura não for criada, esses níveis de governo ficarão mais dependentes de transferências da União;
- O sistema de transferências terá que ser revisto para compensar as perdas localizadas com a implementação da reforma. Isso exige clareza no estabelecimento dos critérios de repartição de receitas.

Quadro 19
A PROPOSTA DE REFORMA TRIBUTÁRIA

	Sistema atual	Proposta
<i>União</i>		
Impostos sobre o comércio exterior	4 221.00	4 221.00
Imposto territorial rural - ITR	262.00	262.00
Imposto sobre a renda	33 693.00	40 291.00
Imposto s/ produtos industr. - IPI	15 512.00	-
Imposto s/ cred. camb. seg. - IOF	2 855.00	2 855.00
IVA federal	-	40 794.00
COFINS	17 892.00	-
PIS/Pasep	7 390.00	-
Contrib. Servidor	2 580.00	2 580.00
Contrib.Social sobre o Lucro Líquido	6 598.00	-
Demais contribuições	4 081.83	4 081.83
Contribuições Econômicas	1 541.72	1 541.72
Contribuições Previdenciárias	40 621.10	40 621.10
Total união	137 247.65	137 247.65
<i>Estados</i>		
Imposto s/ Circulação de Merc e Serv. - ICMS	55 697.08	-
Imposto s/ Propr. de Veículos Aut. - IPVA	3 122.17	3 122.17
Imposto s/ Transm.Causa Mort. e Doação - ITCD	201.89	201.89
Contribuições p/ a Seguridade Social	1 419.00	1 419.00
Imposto sobre vendas a varejo - IVV	-	37 066.00
Impostos Seletivos -	-	18 565.00
Total Estados	59 028.06	59 028.06
<i>Municípios</i>		
Imposto s/ Propr. Terr. Urbana - IPTU	3 157.85	3 157.85
Imposto s/ Transm. Bens Imóveis - ITBI	738.94	738.94
Imposto s/ Serviços - ISS	3 796.59	-
Imposto sobre vendas a varejo - IVV	-	3 796.59
Total Municípios	7 948.93	7 948.93

Fonte: Barbosa (1998).

2. Impactos da Reforma Tributária sobre o financiamento do SUS

A proposta de reforma tributária repercute significativamente sobre o Sistema Único de Saúde. Em primeiro lugar, há o temor de que os Estados e Municípios venham a perder receita própria com sua implementação. Isso porque essas esferas estarão diretamente afetadas se não conseguirem criar uma eficiente estrutura de fiscalização, pois a arrecadação incidente sobre o varejo apresenta uma série de dificuldades operacionais. Esse é o resultado aparente da instituição do IVA federal em substituição ao ICMS (do Estado) e o ISS (dos Municípios) e da introdução do Imposto sobre Vendas a Varejo (tanto para Estados como para Municípios). Como mencionado acima, caso os Estados e Municípios tenham constrangimentos para criar a necessária estrutura fiscalizatória, estarão mais dependentes das transferências realizadas pela União. Nessa perspectiva, a reforma tributária pode ser vista como uma recentralização dos tributos pela União, aumentando, conseqüentemente, seu poder discricionário.

Tendo em vista que o SUS tem como uma de suas principais diretrizes a descentralização com base nos Municípios, e que o avanço de sua implementação tem se apoiado cada vez mais nesse nível de governo, concedendo-lhe autonomia crescente no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, a perda potencial de recursos por esse nível subnacional pode vir a comprometer, de maneira inexorável, esse sistema. Há quem diga que a reforma tributária, consolidada com a Constituição de 1988, descentralizou receitas em favor dos Estados e Municípios, possibilitando que os mesmos ampliassem as despesas com as políticas sociais, particularmente na área da saúde. A possibilidade de uma recentralização das receitas pode colocar em risco os avanços obtidos pelo processo de municipalização da política de saúde.

Ademais, é preciso salientar as implicações da extinção da Cofins, da CSLL e do PIS/Pasep, presente na reforma tributária. Em primeiro lugar, destaca-se o fato de essa proposição contrariar o sugerido pelas propostas de financiamento da saúde, atualmente em discussão no Congresso Nacional, inclusive aquela encaminhada pelo próprio Ministro da Saúde do governo Fernando Henrique Cardoso, que se apoiam fundamentalmente na Cofins e na CSLL. Esse fato indica que inexistente uma coordenação entre os diferentes órgãos governamentais, especialmente entre aqueles responsáveis pela área econômica e pela execução das políticas sociais.

Em segundo lugar, é necessário lembrar que a base de faturamento tem historicamente financiado as ações e serviços de saúde do SUS e a proposta de reforma tributária não esclarece, em momento algum, qual fonte iria passar a cumprir esse papel. Na medida que essa indefinição persiste, é razoável supor que a área da saúde ficará mais dependente das metas fiscais do governo federal. Em outras palavras, a extinção de contribuições vinculadas à Seguridade Social fragiliza a negociação de todas suas áreas, especialmente a saúde. Isso porque, mal ou bem a Previdência Social tem sua fonte de receita garantida, através das contribuições de empregados e empregadores, sendo que o mesmo não ocorre para os demais setores da Seguridade Social.

D. Considerações finais

O relatório demonstra que o financiamento da saúde pública no Brasil é uma questão não resolvida. Isso porque, ao mesmo tempo em que está sendo implementado o Sistema Único de Saúde, enquanto nova engenharia organizacional, agrava-se a crise fiscal e financeira do Estado brasileiro, limitando o aporte de recursos para a área da saúde.

Simultaneamente, a discussão da reforma do Estado, envolvendo propostas de alterações substantivas em relação às áreas administrativa, previdenciária e tributária, coloca a possibilidade do próprio sistema de saúde vir a ser alterado nos seus fundamentos.

Nessa perspectiva, propostas como a das Organizações Sociais ou mesmo de instituição da cesta básica podem vir a ganhar corpo, na medida que se extinguirem as fontes de financiamento atuais do sistema e que a escassez relativa de recursos determinar apenas a manutenção dos cuidados com a saúde para a parcela mais carente da população.

A permanência e consolidação do SUS, portanto, está em grande parte na dependência do país resolver seus problemas macroeconômicos, o que lhe permitiria voltar a crescer de forma sustentada. Enquanto permanecer a armadilha juros/câmbio e o elevado déficit público, dificilmente haverá solução para a questão do financiamento da saúde no âmbito do setor público. A continuar o cenário atual, cada vez mais assistiremos a deterioração do serviço público de saúde.

Referências bibliográficas

- Araújo, L. da C. M. e F. C. Martins, (1995) "Saúde", *Boletim de Conjuntura/Política Social*, São Paulo, FUNDAP, p.14 - 18.
- Barbosa, F. de H et alli. (1998) "*Federalismo fiscal, eficiência e equidade: uma proposta de reforma tributária*", São Paulo, FGV.
- Carvalho, G. A. (1998), "*Questão do financiamento suficiente, definido e definitivo para a saúde: as PECs e o ano de 1998*", São Paulo, mimeo.
- "*A reforma administrativa do sistema de saúde*" (1998), Cadernos Mare da Reforma do Estado, Nº 13, Brasília.
- Reis, C. O, S. Piola, e S. Vianna, (1998) "*Gratuidade no sus-a controvérsia em torno do co-pagamento*", Rio de Janeiro, IPEA, mimeo.

Anexo

Quadro A

**DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS BENEFÍCIOS CONCEDIDOS POR CLIENTELA E FAIXA DE VALOR EM SALÁRIOS MÍNIMOS
BRASIL-1996**

Faixas	Quantidade						Valor					
	Total		Urbana		Rural		Total		Urbana		Rural	
	Simple	Acumul.	Simple	Acumul.	Simple	Acumul.	Simple	Acumul.	Simple	Acumul.	Simple	Acumul.
< 1	0.45	0.45	0.43	0.43	0.55	0.55	0.12	0.12	0.10	0.10	0.27	0.27
<1 A 1	49.35	49.80	41.01	41.44	91.80	92.35	21.72	21.84	16.37	16.48	86.90	87.17
>1 A 2	16.68	66.48	18.83	60.27	5.73	98.08	10.48	32.32	10.74	27.22	7.29	94.46
>2 A 3	9.56	76.04	11.19	71.46	1.29	99.36	10.27	42.59	10.87	38.09	2.91	97.37
>3 A 4	5.84	81.88	6.92	78.38	0.35	99.71	8.87	51.46	9.51	47.60	1.13	98.50
>4 A 5	4.21	86.09	5.01	83.39	0.13	99.85	8.25	59.71	8.89	56.48	0.57	99.07
>5 A 6	4.68	90.77	5.58	88.97	0.08	99.92	11.29	71.01	12.19	68.67	0.39	99.46
>6 A 7	3.92	94.69	4.68	93.65	0.04	99.96	11.17	82.18	12.07	80.74	0.23	99.69
>7 A 8	4.05	98.74	4.84	98.49	0.03	99.99	13.14	95.32	14.20	94.95	0.22	99.91
>8 A 9	1.19	99.92	1.42	99.91	0.01	100.00	4.20	99.52	4.54	99.48	0.06	99.97
>9 A 10	0.03	99.95	0.04	99.95	-	100.00	0.12	99.64	0.13	99.61	-	99.97
>10 A 20	0.04	99.99	0.04	99.99	0.00	100.00	0.20	99.84	0.21	99.83	0.01	99.98
>20 A 50	0.01	100.00	0.01	100.00	0.00	100.00	0.09	99.93	0.10	99.92	0.01	99.98
< 50	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.07	100.00	0.08	100.00	0.02	100.00
Total	100.00		100.00		100.00		100.00		100.00		100.00	

Fonte: MPAS.



Serie

financiamiento del desarrollo

Números publicados

- 1 Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
- 2 Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
- 3 Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buirá (LC/L.549), 1990.
- 4 Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
- 5 La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
- 6 Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
- 7 El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
- 8 Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
- 9 Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
- 10 ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
- 11 La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
- 12 Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
- 13 Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
- 14 Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
- 15 Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
- 16 El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
- 17 La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
- 18 Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
- 19 Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980 - 1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
- 20 Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortiz-Durán (LC/L.830), 1994.
- 21 Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.

- 22 La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
- 23 Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosin y Ricardo Ffrench-Davis (LC/L.854), 1994.
- 24 Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
- 25 El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
- 26 Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo Ffrench-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
- 27 Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
- 28 El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
- 29 Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.
- 30 Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
- 31 Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
- 32 Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
- 33 Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
- 34 Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
- 35 Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
- 36 Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
- 37 Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
- 38 Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
- 39 Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
- 40 Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
- 41 Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
- 42 Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
- 43 Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
- 44 Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
- 45 Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Holzmann (LC/L.1007), 1997.
- 46 Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
- 47 La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
- 48 On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Holzmann (LC/L.1012), 1997.
- 49 Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997.
- 50 La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
- 51 Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
- 52 A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997.
- 53 Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997.

- 54 Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.
- 55 El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997.
- 56 Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
- 57 Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
- 58 Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
- 59 Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
- 60 Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
- 61 Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
- 62 Acesso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
- 63 Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzáles Arrieta (LC/L.1045), 1997.
- 64 Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.
- 65 Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
- 66 Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
- 67 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
- 68 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
- 69 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
- 70 Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
- 71 Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
- 72 Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
- 73 Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
- 74 Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
- 75 El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999.
- 76 Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999.
- 77 El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
- 78 El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999.
- 79 Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999.
- 80 La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), Número de venta: S.99.II.G.10 (US\$ 10.0), 1999. [www](#)
- 81 El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, *Rebecca Grynsman y Dennis Meléndez* (LC/L.1212-P), Número de venta: S.99.II.G.xx (US\$ 10.0), 1999. [www](#)
- 82 O financiamento do sistema público de saúde brasileiro, *Rosa María Márques*, (LC/L.1233-P), Número de venta: S.99.II.G.14 (US\$ 10.0), 1999. [www](#)

Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número

Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135), 1998. Serie Políticas Sociales N° 27.

Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), 1996. Serie Políticas Sociales N° 16.

Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), 1996. Serie Políticas Sociales N° 13.

Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), 1995. Serie Políticas Sociales N° 12.

Cobertura, eficiencia y equidad en el área salud en América Latina (LC/L.864), 1994. Serie Políticas Sociales N° 5.

-
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. No todos los títulos están disponibles.
 - Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, publications@eclac.cl.
 - **www**: Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre:
Actividad:
Dirección:
Código postal, ciudad, país:
Tel.: Fax: E.mail: