

Sobre o financiamento da seguridade social e, em particular, da saúde

On the funding of social security and, in particular, health care

Maria Alicia D. Ugá¹

¹ Doutora em Saúde Coletiva;
Pesquisadora titular da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/
FIOCRUZ
domingue@ensp.fiocruz.br

RESUMO *Pretende-se contribuir para desvendar algumas falsas afirmações veiculadas pela grande mídia no que se refere à maior conquista da sociedade brasileira na Constituição de 1988: a criação do Sistema de Seguridade Social, construído sob a égide da cidadania e da solidariedade social. Aborda-se o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto do Orçamento da Seguridade Social e se evidenciam a relevância e pertinência da manutenção da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). Levantam-se algumas questões até hoje pendentes no financiamento do Sistema Único de Saúde.*

PALAVRAS-CHAVE: *Mídia e SUS; Cidadania e Solidariedade Social; Financiamento Público; CPMF*

ABSTRACT *This article intends to contribute to revealing some of the false statements made through the mass media as regards the greatest conquest that Brazilian society achieved through the 1988 Federal Constitution: the creation of the Social Security System, built under the aegis of citizenship and social solidarity. The study approaches the funding of the Brazilian Unified Health System (SUS) within the context of the Social Security Budget and demonstrates the relevance and pertinence of maintaining the CPMF Tax (Provisional Tax over Financial Transactions). It also raises some issues that are still pending today as regards the financing of the SUS.*

KEYWORDS: *The media and the SUS; Citizenship and Social Solidarity, Public Funding, CPMF*

INTRODUÇÃO

Este artigo tem o intuito de contribuir para desmistificar – ou desvendar- algumas falsas afirmações que vêm sendo veiculadas pela grande mídia e que configuram um equivocado cenário de inviabilidade financeira daquilo que talvez tenha sido a maior conquista da sociedade brasileira na Constituição de 1988: a criação do Sistema de Seguridade Social, construído sob a égide da cidadania e da solidariedade social.

Uma segunda seção trata mais especificamente do financiamento do Sistema Único de Saúde no contexto do Orçamento da Seguridade Social, quando se evidenciam a relevância e pertinência da manutenção da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF), hoje posta em xeque e bombardeada por grande parte da imprensa.

Ainda, ao final do artigo, são levantadas algumas questões até hoje pendentes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A FALSA CRISE DE FINANCIAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

Tornou-se senso comum, veiculado por meio da mídia, que existe um suposto ‘déficit da Previdência’. Algumas pessoas até o estendem a um alegado ‘déficit da seguridade social’. Nada é mais irreal.

Faz tempo que Rosa Maria Marques, por meio de diversos artigos, demonstra que não existe déficit

da Previdência Social (MARQUES, 2007). Aqueles que apontam saldos negativos consideram apenas a relação entre as receitas provenientes das contribuições sobre folha de salários e as despesas previdenciárias. Ora, como pretender que um sistema baseado no conceito de cidadania (que estende benefícios previdenciários de um salário mínimo a idosos sem renda que não tenham contribuído com o sistema e, ainda, a trabalhadores rurais que não contribuíram de forma proporcional ao sistema previdenciário) seja financiado apenas com o auxílio de contribuições sobre folha de salário? É evidente que essa não era a idéia dos constituintes ao conceber o financiamento do sistema de Seguridade Social e, nele, o da Previdência Social.

O sistema, financiado por um orçamento integrado por distintas fontes sem vinculação específica, pressupunha que à previdência social, bem como às demais áreas da Seguridade, fossem alocados recursos das diversas fontes do Orçamento da Seguridade Social (OSS).

A composição do Orçamento da Seguridade Social, ‘sem vincular fontes para cada área específica’, contemplou a natureza distinta dos benefícios e serviços por ele financiados: 1) os de caráter contributivo e individualizados (tais como os do regime geral de aposentadorias); 2) os benefícios regidos pela lógica da cidadania (o acesso universal à saúde e o ‘salário cidadão’, com valor de um salário mínimo para a população de mais de 65 anos ou portadora de deficiência); e 3) as ações de assistência social. Assim, as fontes de financiamento incluíram as contribuições sobre a folha de salários (da empresa e do trabalhador), as contribuições sobre o lucro líquido (CSLL) e sobre o faturamento (COFINS) e, o mais importante, ‘os recursos do Tesouro que se fizessem necessários para atender às necessidades decorrentes

desse modelo de proteção social destinado a todos os brasileiros’.

Dessa maneira, é um equívoco calcular o saldo da Previdência Social tomando como receitas apenas as contribuições sobre folha de salários.

E o que acontece com o saldo da Seguridade Social como um todo? Em trabalho recente, Denise Gentil (2007) demonstrou que ela é superavitária. Efetivamente, se consideradas as receitas do OSS e as despesas em Saúde, Previdência e Assistência Social nos últimos seis anos, o saldo vem sendo crescentemente superavitário: foi de R\$ 27,4 bilhões em 2000; de R\$ 36,1 bilhões em 2003; e de nada menos que R\$ 72,2 bilhões em 2006.

Ainda, se descontados os recursos retirados do OSS através da Desvinculação de Receitas da União (DRU) – que absorve 20% dos tributos federais, exceto as contribuições sobre folha de salário – o saldo da seguridade se manteve superavitário ao longo do período, sendo de R\$ 38,5 bilhões em 2006.

Entretanto, isso não é uma virtude da Seguridade Social. Esse superávit decorre de uma contração do gasto social, fruto das políticas de ajuste macroeconômico implementadas desde o início dos anos 1990. Como se evidenciará a seguir, a Saúde e a Assistência Social foram as áreas mais prejudicadas por essas políticas de contração do gasto social.

O (SUB)FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

Breve histórico

Como referido antes, a Carta Magna de 1988 não vinculou um montante de recursos específico a cada área da Seguridade Social. Mas, no que se refere

à saúde, um Ato de Disposições Constitucionais Transitórias que integrou a Constituição Federal dispôs que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A estes recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais que viabilizassem a implementação do nosso novo sistema de saúde.

Entretanto, os anos 1990 foram o palco de sucessivas reduções de recursos para o SUS: a política de ajuste macroeconômico, com a decorrente contração do gasto social e desvinculação de parte das receitas advindas das contribuições sociais, se sobrepujaram aos deveres que o Estado tem perante os cidadãos no âmbito da Seguridade Social.

Dessa forma: 1) não ingressou no OSS a totalidade dos recursos que constitucionalmente lhe pertenceriam; 2) os recursos que ingressaram ao OSS não obedeceram à devida regularidade; e 3) gastos que não correspondem às atividades específicas da Seguridade Social, como os dos Encargos Previdenciários da União, foram pagos com recursos do OSS. Note-se que, deste minguado orçamento, nunca foram destinados os 30% para a Saúde.

Ademais, como apontado em Ugá e Marques (2005), o financiamento do SUS tem sido afetado por fatores extra-setoriais, vinculados, fundamentalmente, às políticas de ajuste macroeconômico. Visto que o eixo condutor dessa política é a busca única do equilíbrio macroeconômico e da eliminação do déficit fiscal, houve uma contração substancial do gasto público na provisão de políticas sociais, ao mesmo tempo que se destinou nada menos que a metade do gasto público ao pagamento as despesas com juros, encargos e amortização da dívida interna e externa. Assim, a saúde tem representado, desde 2000, sempre menos de 17% do orçamento da seguridade so-

cial e cerca de 5% da despesa total efetiva federal (UGÁ e MARQUES, 2005). E mais: a atual DRU (implantada desde 1994 através do Fundo Social de Emergência) é uma evidência da prioridade absoluta do ajuste fiscal, em detrimento do cumprimento do dever do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs.

Por todos esses fatores, o gasto federal *per capita* em saúde diminuiu sensivelmente no início dos anos 1990 – enquanto que em 1989 foram destinados US\$ 81 *per capita* para a atenção à saúde, em 1990 esse valor caiu para US\$ 66 e, no ano de maior contração (1992), chegou ao seu mínimo, de apenas US\$ 45 (UGÁ, 1997). Nestes primeiros anos da década de 1990, portanto, o problema crucial do financiamento setorial foi a contração do volume de recursos.

Como as aposentadorias e pensões são benefícios claramente identificáveis (e, portanto, não redutíveis em termos nominais), foram a Saúde e a Assistência Social as áreas da Seguridade mais prejudicadas na contração do gasto público. Assim, o Ministério da Saúde enfrentou, desde 1993, um penoso processo no Congresso Nacional para aprovar um tributo adicional, ‘vinculado à Saúde’, o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira que, a partir de 1997, se transformou em uma Contribuição, a CPMF, com vigência temporária de um ano, mas renovada sucessivamente desde 1998.

A partir da incorporação em 1997 dos recursos da CPMF ao orçamento do Ministério da Saúde, verificou-se uma recuperação gradual do gasto federal em saúde, passando (em valores constantes expressos em Reais de dezembro de 1998) de R\$ 85 a R\$ 114, no período de 1993 a 1999. A partir do final dos anos 1990, o problema central do financiamento da Saúde em nível federal não foi determi-

nado pelo volume de recursos (embora ainda precário, se comparado com os demais sistemas de saúde de cunho universalista), mas fundamentalmente pela irregularidade com que estes foram repassados ao Ministério da Saúde, o qual afetou – e afeta até hoje – a execução desta política setorial.

Outro fator que tem gerado a necessidade de financiamento do setor público é a ‘renúncia fiscal’ historicamente praticada pelo Estado brasileiro e particularmente aprofundada a partir dos referidos anos. Em primeiro lugar, deve-se mencionar a receita que o Estado deixa de arrecadar através do Imposto de Renda sobre pessoas físicas e jurídicas, mediante as deduções (de gastos privados em saúde, educação, etc.) que, juntos, resultaram numa renúncia fiscal de mais de 2% do PIB (UGÁ, 1997).

Nesse contexto de incertezas advindas de longos anos de hegemonia da política econômica sobre a social, na busca do cumprimento das metas de ajuste fiscal, foi instituída, após um longo processo de negociação, a Emenda Constitucional n. 29 (EC-29) de 2000, hoje vigente, que vincula recursos das diferentes esferas de governo a serem obrigatoriamente gastos em ações e serviços públicos de saúde. Ela estabeleceu que a União deveria aplicar em 2000 o montante de recursos empenhado em 1999, acrescido de pelo menos 5% e, no período 2001 a 2004, destinasse à saúde o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto, PIB.

No que diz respeito às esferas infranacionais, a EC-29 dispôs que os municípios deviam destinar, até 2004, como percentual mínimo para o gasto próprio com saúde 15% da sua receita; por sua vez, os estados e Distrito Federal deviam alocar à saúde, no mínimo, 12% da sua receita.

Essa Emenda resultou em importante aumento da participação das esferas infranacionais no financiamento do SUS: como evidenciado em Ugá & Santos (2006), os estados, que participavam com 12% em 1993, passaram a aportar 20% do financiamento do SUS em 2002. Por sua vez, a participação dos municípios passou de 16% em 1993 a 22% em 2002. Embora, em valores absolutos, não tenha havido uma retração do gasto federal nesse período, dado o aumento do protagonismo das esferas infranacionais no financiamento do SUS, a participação da esfera federal caiu de 72% para 58% nesse mesmo período. Atualmente, estima-se que esse nível de governo se responsabilize por cerca da metade do financiamento do SUS.

A baixa presença do gasto público no financiamento setorial

O modelo de sistema de saúde constitucionalmente definido no Brasil, de caráter universal e integral (e de acesso gratuito aos serviços de saúde) não corresponde ao modelo do seu financiamento: diferentemente dos países que adotaram esse sistema, preponderantemente financiado através de tributos, no nosso país o gasto público é minoritário: ele representa apenas 44% do gasto total em saúde (UGÁ e SANTOS, 2006).

Portanto, predomina aqui o gasto privado e, sobretudo, o gasto direto na aquisição de bens e serviços de saúde (34,5% do gasto total em saúde), participando o gasto em planos e seguros de saúde com 21,7%.

Esta baixa participação do gasto público no financiamento do sistema de saúde brasileiro tem múltiplas determinações. Por um lado, decorre das políticas de ajuste macroeconômico aqui já referidas. Por outro, corresponde à estrutura herdada do siste-

ma de saúde prévio ao SUS, o regime militar, no qual o papel do Estado havia sido sobretudo o de promover a expansão do setor privado (prestadores de serviços médico-hospitalares e operadoras de planos e seguros de saúde). Como resultado dessa herança estrutural e do processo de retração do gasto público em políticas sociais, a participação do setor público (44%) no financiamento setorial é igual à observada nos EUA, cujo sistema de saúde é considerado padrão do modelo liberal.

Sobre a importância da CPMF

Embora de início destinada à Saúde, a CPMF foi pouco a pouco sendo utilizada por outras áreas da Seguridade Social (em especial para a Previdência Social e para políticas de transferências de renda, tais como o programa bolsa-família) e hoje a Saúde retém apenas cerca de 30% dos recursos arrecadados por esse tributo. Entretanto, a receita proveniente da CPMF é ainda de fundamental importância para o SUS: entre 2003 e 2006, foram aportados ao sistema nada menos que R\$ 32 bilhões.

Portanto, é inaceitável, do ponto de vista das políticas sociais – e, em particular, da Saúde –, a extinção deste tributo.

Vale dizer, ainda, que se trata de um tributo particularmente defensável, por vários motivos explicitados em Ugá e Santos (2007):

- Em primeiro lugar, porque tal tributo, ao mesmo tempo que tem um componente indireto repassado à cadeia produtiva, possui também um importante componente direto de caráter progressivo: ele incide sobre os indivíduos que mais renda têm, uma vez que os estratos

mais pobres da população sequer possuem conta bancária e dessa forma estão isentos da sua cobrança direta;¹

- Em segundo lugar, porque é um tributo justo no sentido de que todos aqueles com um nível de renda compatível com a realização de movimentações financeiras o pagam, com menores possibilidades de sonegações que o Imposto de Renda, tendo em vista que a cobrança é feita diretamente pelas instituições financeiras. Por esse mesmo motivo, é um tributo ágil, de fácil arrecadação, que não requer nenhuma processualística no seu recolhimento;

- Em terceiro lugar, a estrutura de arrecadação deste tributo permite ao governo identificar grandes fluxos de recursos financeiros, associá-los ao CPF ou CNPJ de onde eles provêm e para onde se destinam e cruzá-los com informações do Imposto de Renda, tendo um potencial de colaborar na redução da sonegação deste imposto.

Mas o mais importante de tudo: como já mencionado, desde o início dos anos 1990, todas as contribuições sociais, inclusive a CPMF, vêm sendo fortemente atingidas pela desvinculação de recursos da União e por outros mecanismos contábeis-financeiros a favor da remuneração do serviço da dívida pública, afastando esses recursos do seu destino de origem, ou seja, da seguridade social. ‘É hora de reverter esta lógica e passar a priorizar os deveres do Estado para com os cidadãos brasileiros!’

ALGUMAS QUESTÕES PENDENTES

A primeiríssima questão diz respeito à recém mencionada necessidade de reverter a lógica que preside o gasto público, passando a priorizar as políticas sociais, a serem vistas como dever do Estado e, também, como fontes de emprego e renda. Será salutar, portanto, revisitar o ideário de Beveridge e Keynes.

A segunda questão diz respeito à regulamentação da EC-29, que estabelece os recursos mínimos a serem destinados a ‘ações e serviços públicos de saúde’ por parte dos governos federal, estaduais e municipais. A forma e a base de cálculo são diferentes no que concerne ao que cabe vincular por parte da União, de um lado, e por estados e municípios, de outro: enquanto que os recursos vinculáveis na esfera federal são calculados a partir de valores passados e de variações do PIB, os dos níveis estadual e municipal são calculados a partir de determinada base tributária e de percentuais de crescimento anual graduais e ascendentes.

O que é necessário regulamentar é a ‘base vinculável’ e, por outro lado, o que se compreende por ‘ações e serviços públicos de saúde’. Ainda: deseja-se que a participação do nível federal seja calculada sob a mesma lógica do que para as esferas estadual e municipal, ou seja, como um percentual do gasto de cada esfera de governo.

Diversas propostas têm surgido de atores distintos (interessados na contenção do gasto público) que tentam minar a proposta inicial da Emenda, de diversas formas: seja alterando os percentuais mínimos a serem destinados por cada esfera de governo,

¹ Dados de pesquisa realizada por Ugá & Santos (2005) a partir de dados da POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE) sobre consumo familiar, aos quais foi aplicada a matriz insumo-produto desenvolvida por técnicos do BNDES para o cálculo do pagamento de cada imposto pela população ordenada por decil de renda.

seja introduzindo no conceito de ‘serviços públicos de saúde’ ações não setoriais que afetam indiretamente a saúde do indivíduo (como equipamentos de esporte e lazer), seja tomando uma base vinculável de recursos que não abrange a totalidade das receitas de cada esfera de governo.

Para garantir maior volume de recursos ao SUS, a participação do governo federal deveria ser calculada como porcentagem do gasto público.

Por outro lado, deve-se explicitar o que é considerado como ‘ações e serviços públicos de saúde’ por parte dos governos federal, estaduais e municipais: note-se que o Governo Federal vem incluindo, como despesa em saúde, recursos destinados a ações que embora interfiram no estado de saúde da população – como o Programa Fome Zero – não são setoriais. Com isso, o percentual destinado ‘efetivamente’ a ações e serviços de saúde tem sido menor do que o estabelecido pela EC-29. Esta atitude – ao abrir este precedente – gerou um ‘efeito em cascata’ por parte dos governos estaduais e municipais.

Propõe-se que sejam entendidas como despesas em ‘ações e serviços públicos de saúde’ aquelas despesas destinadas a ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito e que, ao mesmo tempo, sejam ações e serviços de responsabilidade específica do setor saúde, não se considerando aquelas relacionadas a outras políticas públicas que possam atuar sobre determinantes sociais e econômicos das condições de saúde (BRASIL, 2000)

Preocupa, por outro lado, a provável redução dos recursos a serem destinados ao setor saúde por parte dos governos estaduais e municipais, tendo em vista as questões em pauta na Reforma Tributária ora em processo, tanto no que diz respeito à desvinculação

de receitas como à prioridade dada ao pagamento da dívida de estados e municípios à União.

A DRU permite ao Governo Federal reter 20% de todas as receitas tributárias, inclusive daquelas que são objeto de transferências automáticas da União para Estados e Municípios (dentre as quais as mais importantes são as do Fundo de Participação dos Estados e do Fundo de Participação dos Municípios, alimentadas através do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados).

Além disso, com a instituição da DRU, que libera os recursos retidos de forma temporariamente irregular, fica ameaçada a regularidade das transferências a estados e municípios e, portanto, as receitas a serem alocadas ao SUS.

‘É urgente, portanto, a extinção da DRU!’

Quanto à composição dos recursos que hoje integram o Orçamento da Seguridade Social, as diversas propostas de Reforma Tributária (que alteram tributos que hoje alimentam o OSS) provavelmente trarão a necessidade de reconstituir as bases de financiamento do SUS nas três esferas de governo, tendo em vista que estão sendo questionadas várias contribuições sociais que hoje financiam o SUS, bem como alguns tributos estaduais.

‘É necessária uma maior participação dos impostos gerais no financiamento das políticas sociais, essenciais para garantir o acesso universal e integral a serviços tais como os de saúde.’

Outra questão pendente, de difícil tratamento pelos interesses nela envolvidos, diz respeito à renúncia fiscal: é cada vez mais evidente a necessidade de resgatar para o SUS os recursos que o Estado deixa de recolher através das deduções dos gastos privados em saúde no Imposto de Renda devido.

Por fim, deve-se mencionar uma questão que afeta a constituição de uma verdadeira rede de prestadores do SUS. É necessário rever o nosso sistema de alocação de recursos a prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares que atuam no SUS: o que está em vigor nada mais é que o pagamento que decorre da mera relação de compra e venda de serviços no âmbito do SUS, em que o gestor é um mero comprador de serviços.

‘O sistema de alocação de recursos aos prestadores deve deixar progressivamente de ser um sistema de pagamento por serviços previamente prestados, orientado apenas pela oferta, para transformar-se num sistema de alocação de recursos no qual os prestadores recebam valores globais sujeitos ao cumprimento do papel e na rede municipal e/ou estadual e metas que lhes devem ser atribuídos pelos respectivos gestores do SUS em cada esfera de governo.’

Em Ugá (1994), defendemos o modelo de orçamento global ajustado segundo níveis de cumprimento de metas, que sirva de ‘instrumento para a condução / gestão do SUS’. Para que essa proposta tenha impacto positivo sobre o desempenho dos prestadores de serviços de saúde, é necessário, em primeiro lugar, que os gestores do sistema de saúde concebam uma verdadeira rede de serviços e, portanto, atribuam claramente um papel a cada prestador e, decorrente dele, metas quantitativas e qualitativas.

Em segundo lugar, a proposta contempla uma relação de ‘accountability’, na qual tanto os gestores do sistema como os prestadores de serviços têm metas e responsabilidades a cumprir. Para isso, é essencial repensar a natureza jurídica dos prestadores públicos, no sentido de que estes possuam um grau de autonomia correspondente à sua responsabilização pelos resultados obtidos.

Acreditamos que esse modelo de contratualização é um instrumento importante para a obtenção de mudanças urgentes, tanto no que se refere à integralidade do acesso a serviços de saúde (via constituição de redes de serviços) como no que tange ao bom uso de recursos públicos (e elevação do nível de eficiência dos serviços médico-hospitalares) e, ainda, a elementos qualitativos tais como a humanização do atendimento.

Ao contrário das experiências de contratualização implementadas nas reformas dos sistemas de saúde europeus, nos quais essa foi apenas um instrumento para fortalecer o elemento central das reformas, que era o estabelecimento de mercados (públicos e privados) de prestadores de serviços, na proposta que defendemos a contratualização é um instrumento para a pactuação de metas e resultados no contexto de redes públicas de prestadores estruturadas sob a égide da integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em. 13.06.2007.

GENTIL, D. L. A política fiscal e a falsa crise do sistema de seguridade social no Brasil: análise financeira do período recente. In: SICSÚ, J. *Arrecadação de onde vem? E gastos públicos para onde vão?* Rio de Janeiro: Boitempo, 2007.

MARQUES, R. M. Uma previdência social para os brasileiros. In: SICSÚ, J. *Arrecadação de onde vem? E gastos públicos para onde vão?* Rio de Janeiro: Boitempo, 2007.

UGÁ, M. A. Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira. In: Vianna, S. et al. *O Financiamento da Saúde no Brasil*. Brasília, DF: OPAS, 1994.

_____; MARQUES, R. M. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: TRINDADE, N. et al. *História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____; SANTOS, I. S. *Por que devemos manter a CPMF*. No prelo.

_____. _____. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, ago, 2006.

Recebido: Out./2007
Aprovado: Out./2007