

FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL¹

André César Médici²

INTRODUÇÃO

Os mecanismos financeiros que sustentam as ações de saúde no Brasil não sofreram grandes modificações nos últimos vinte anos o que permite avaliar sua atuação, sua constituição, seu apogeu e sua crise.

Existe hoje absoluto consenso sobre a necessidade de mudanças no sistema de saúde no Brasil não só porque ele demonstrou ser ineficiente em função de seus propósitos iniciais mas, principalmente, porque mudaram as concepções sobre a finalidade e abrangência das ações e políticas de saúde. As atuais propostas preconizam um sistema universal e equânime para toda a população, independentemente da situação ocupacional ou do vínculo previdenciário de cada indivíduo. Pregam, também, que as ações devem ser prestadas de forma integral, onde é direito do cidadão, e dever do Estado, a garantia de um conjunto básico de ações de saúde.

Quando se realizou a Reforma Previdenciária de 1967, não havia aspirações nacionais de universalizar e tornar equitativas as ações de saúde. Ao contrário, a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificando as instituições previdenciárias, e a de um sistema único de assistência médica para a população coberta pela previdência social, representava o aprofundamento de um sistema que dicotomizava as ações de saúde e vigilância sanitária, de um lado, e as de assistência médica, numa ótica de seguro social, de outro.

Sob esse prisma, os mecanismos de financiamento das ações de saúde existentes em 1967 eram adequados. No entanto, com o passar do tempo, o sistema de assistência médica passou a incorporar clientela que não contribuíam para o sistema previdenciário, como é o caso dos trabalhadores rurais, os necessitados de atendimento de urgência e, mais recentemente, aqueles que procuram as redes públicas dos estados e municípios que assinaram convênio tipo "ações integradas de saúde". Já na segunda metade da década de 70 ninguém

¹ Artigo baseado no trabalho "Financiamento do Setor Saúde no Brasil: Balanço, Perspectivas e Opções de Política", escrito em co-autoria com Pedro Luiz Barros Silva, e no relatório final do grupo técnico de financiamento do setor saúde da Comissão Nacional de Reforma Sanitária.

² Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia Industrial e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Sociologia, Rio de Janeiro, Brasil.

mais acreditava na possibilidade de universalizar a atenção à saúde a partir da previdência social, pois mais de 50% dos trabalhadores brasileiros não contribuíam para o sistema.

A tabela 1 mostra não só como é baixo o número de empregados que contribuem para a previdência social mas, também, como essa participação diminui quando há uma crise econômica como a dos anos 80.

Os problemas de financiamento das ações de saúde no Brasil podem ser divididos em dois blocos: os exógenos — decorrentes da inadequação entre a sistemática de financiamento e a mudança das finalidades do sistema de saúde, sem alterações correspondentes em sua arquitetura organizacional e nos fluxos financeiros — e os endógenos — relativos à ineficácia do sistema de financiamento, sua pulverização, seu caráter regressivo, a ausência de programação financeira e a fragilidade dos mecanismos de sustentação financeira quando de uma recessão econômica. Estes últimos problemas serão tratados neste artigo juntamente com as principais propostas de financiamento para o setor em face dos novos princípios e do novo arcabouço institucional propostos.

FONTES E MECANISMOS DE FINANCIAMENTO E GASTOS DO SETOR SAÚDE

Os mecanismos de financiamento estatal para a saúde podem ser divididos em três blocos:

No primeiro, o financiamento é efetuado através do orçamento fiscal. Os recursos são aplicados, prioritariamente, em ações de saúde pública e vigilância sanitária (serviços básicos de saúde, controle de doenças transmissíveis, distribuição de alimentos e acompanhamento do estado nutricional, controle e produção de medicamentos e de produtos profiláticos, etc.). Algumas ações no campo da assistência médico-hospitalar também são financiadas com tais recursos, destacando-se a rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), os hospitais especializados do Ministério da Saúde (câncer,

TABELA 1. Trabalhadores contribuintes da previdência como percentagem do total de ocupados, por setor. Brasil, 1978-1985

Setores de atividade	Trabalhadores (%)					
	Anos de referência					
	1978	1979	1981	1983	1984	1985
Primário	5,60	6,94	7,87	10,75	7,80	7,10
Secundário	79,06	78,69	73,44	61,62	71,03	70,84
Terciário	64,77	64,76	60,50	61,27	57,84	59,97
Total	48,26	49,14	49,92	47,69	46,78	47,29

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio de 1978 a 1985.

doenças mentais, etc.), os hospitais universitários, os hospitais mantidos pelos ministérios militares, etc.

No segundo, os recursos provêm do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) constituídos por contribuições compulsórias dos empregados e empregadores e por contribuições da União. Estas últimas destinadas, em tese, a cobrir despesas de custeio e eventuais insuficiências do SINPAS. Tais recursos, de modo geral, estão voltados ao financiamento das ações de assistência médico-hospitalar.

No terceiro bloco os recursos provêm, em parte, do orçamento da União e das receitas tributárias dos estados e municípios. Destinam-se ao financiamento das secretarias estaduais e municipais de saúde, para a manutenção de postos e centros de saúde para a prestação de atenção primária às populações locais. São igualmente utilizados para a manutenção dos hospitais gerais dos estados e municípios onde funcionam serviços clínicos e cirúrgicos bem como atendimento de emergência de maior complexidade.

Ainda que nos últimos anos as delimitações desses três blocos esteja cada vez menos clara, em virtude da participação de recursos previdenciários em programas financiados pelo orçamento fiscal e da transferência de recursos do SINPAS para as secretarias estaduais e municipais de saúde (como no programa de ações integradas de saúde, AIS), cada bloco será analisado de forma distinta.

Existe ainda um quarto bloco de recursos, oriundos de "fundos sociais" extra-orçamentários, tais como: Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), Fundo de Garantia por

Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Integração Social/Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), Salário-Educação, Programa de Irrigação do Nordeste/Programa de Redistribuição de Terras e Estímulo à Agro-Indústria (PIN/PROTERRA), Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), Contribuição Sindical, etc. Tais recursos, quando somados ao Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que mantém o SINPAS, atingia, em 1984, magnitude equivalente a 93% da receita tributária da União. A participação desses fundos no financiamento da saúde é cada vez maior.

Recursos do orçamento fiscal

Deve-se analisar o financiamento da saúde como verbas do orçamento fiscal sob dois prismas: o conhecimento do grau de progressividade ou de regressividade da estrutura tributária brasileira e a participação das políticas de saúde na massa global desses recursos.

Sobre o primeiro, Serra afirmava, em 1984, que "a carga tributária mais elevada incide sobre aqueles que recebem menos de um salário mínimo mensal, os quais destinam 36% de seus rendimentos ao pagamento de impostos; a menor carga tributária incide sobre os que ganham mais de 100 salários mínimos por mês: cerca de 14%. Entre ambas as classes o volume de impostos como proporção da renda declina continuamente". Além dessa regressividade fiscal, adiciona-se a alta concentração da renda (quase 70% da população recebe menos de dois salários mínimos, cerca de \$US 96,00 mensais).³ São justamente estes que contribuem relativamente mais na composição do orçamento fiscal.

³ Quantidades em dólares referem-se sempre a dólares de 1983.

Quanto ao segundo, a participação do orçamento fiscal para gastos com saúde tem sido irrisória, vide a tabela 2, que permite observar que a participação do Ministério da Saúde (principal fonte de custeio na administração direta federal) nunca se elevou a mais de 2% do orçamento da União. Em 1985 e 1986 tal participação cresceu em função dos recursos do FINSOCIAL que passaram a custear larga fatia das ações. O crescimento dos gastos diretos do Ministério da Saúde, entre 1970 e 1984, foi inferior ao crescimento do produto interno bruto (PIB).

Da composição total dos gastos federais com saúde (tabela 3), verifica-se que os programas de controle de doenças transmissíveis, alimentação e nutrição e serviços básicos de saúde — financiados em grande parte com recursos do orçamento fiscal — têm uma participação bastante reduzida quando comparados com os de atenção médico-hospitalar e de produtos profiláticos e terapêuticos — financiados basicamente pela previdência social; o primeiro através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o outro da Central de Medica-

mentos (CEME)⁴. Tudo isso mostra que os recursos do orçamento fiscal, além de regressivos no momento da captação, são mecanismos inadequados, porque somente uma pequena parcela se destina a programas setoriais. Além de sobrecarregar os assalariados de baixa renda, o orçamento não se destina a financiar bens e serviços que poderiam, em tese, compensar a regressividade da estrutura tributária prevalecte no Brasil afetando os gastos com outros programas como o de controle de doenças transmissíveis.

A despeito da deteriorização das condições de saúde da população, continua a haver redução de gastos com saúde pública, o que reflete a gradativa emergência de um modelo de atenção à saúde, operado pelo setor privado e custeado pelo Estado, cuja ênfase está no aspecto médico-assistencial. Com isso, a

⁴ A partir de 1985 a CEME acha-se vinculada ao Ministério da Saúde e não mais ao Ministério de Previdência e Assistência Social.

TABELA 2. Participação do Ministério da Saúde nas despesas gerais da União. Brasil, 1970-1984

Anos de referência	Participação do Ministério da Saúde na despesa geral (%)	Anos de referência	Participação do Ministério da Saúde na despesa geral (%)
1970	1,11	1978	1,81
1971	1,41	1979	1,82
1972	1,19	1980	1,38
1973	1,03	1981	1,39
1974	0,94	1982	1,56
1975	1,13	1983	1,11
1976	1,58	1984	1,48
1977	1,80		

Fonte: Balanços Gerais da União (até 1982) e Orçamentos da União (até 1984).

TABELA 3. Evolução do gasto federal com saúde por programas setoriais. Brasil, 1978-1984

Programas do governo	Gastos (%)						
	Anos de referência						
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Alimentação e nutrição	2,83	3,00	3,28	3,97	4,76	5,95	5,84
Atendimento básico de saúde	0,87	1,46	2,14	1,87	3,06	2,89	2,36
Controle de doenças transmissíveis	2,91	2,81	2,12	1,76	2,21	2,93	2,72
Atenção médico-hospitalar	86,48	86,64	86,29	85,21	83,95	80,46	81,33
Produtos profiláticos e terapêuticos	0,41	0,28	1,89	2,78	2,56	2,81	2,23
Outros	6,52	5,81	4,28	3,42	3,46	4,94	5,49

Fonte: Consolidação plurianual dos Programas do Governo.

área de saúde sofreu forte pulverização de recursos sendo retirado do Ministério da Saúde a administração dos gastos tanto dessa área como da de saneamento. Do total dos gastos uma média de 84% coube ao programa de atenção médico-hospitalar.

Apesar da crescente participação do programa de serviços básicos de saúde, esta não chega a representar ainda 3% do gasto total. A participação do programa de controle de doenças transmissíveis está em torno de 2,5%, o que ilustra a marginalização dos programas de saúde de natureza propriamente coletiva.

Com base nessa análise, pode-se concluir que:

a) Existia forte predominância do gasto hospitalar, ainda que os patamares de dispêndio permanecessem estagnados, entre 1978 e 1980, e em declínio, entre 1981 e 1983;

b) houve uma evolução positiva dos patamares de gasto em alimentação e nutrição e em serviços básicos de saúde até 1983, indicando, neste último caso, um redirecionamento, apesar de tímido, dos gastos com medidas de caráter coletivo;

c) ocorreu absoluto descaso com o controle de doenças transmissíveis que, a despeito do consenso entre as autoridades técnicas quanto à sua alta prioridade, vem recebendo volume cada vez menor de recursos, ocasionando o retorno de doenças antes tidas como erradicadas tais como: dengue, febre amarela, encefalite, poliomielite, etc.

d) houve uma progressiva redução dos patamares reais do gasto total com saúde por parte do Governo Federal. Tal fato é significativo, dado que essa esfera responde por mais de 60% dos gastos públicos com saúde no Brasil.

A tabela 4 indica que o gasto federal (recursos fiscais e INAMPS) com saúde sofreu fortes reduções entre 1982 e 1983 (de \$US 4 764 milhões para \$US 3 229 milhões). Essa redução indica a baixa prioridade conferida aos programas de saúde; em 1985 essa cifra não

TABELA 4. Estimativa do gasto federal com saúde. Brasil, 1978-1989

Ano	\$US milhões (de 1983)	Varição anual (%)
1978	3 860	
1979	4 026	+4,3
1980	4 008	-0,4
1981	4 361	+8,8
1982	4 764	+9,2
1983	3 229	-32,2
1984	3 413	+5,7
1985	3 841	+12,7
1986 ^a	4 656	+21,0
1987 ^b	5 136	+10,3
1988 ^c	5 456	+6,2
1989 ^c	5 893	+8,0

Fonte: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)/Instituto de Planejamento (IPLAN)/Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH). In Vianna e Piola, 1986.

^a Orçamento: posição inicial.

^b Orçamento proposto ao Congresso.

^c Estimativas preliminares para o Plano de Metas.

chegava sequer aos patamares existentes em 1978. Estimava-se que de 1986 até 1989 ocorresse um aumento desses recursos na ordem de 11,3% ao ano, conforme expresso no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República, no Plano de Metas e no Programa de Prioridades Sociais do Governo. No entanto, a crise sofrida pela economia brasileira em 1987 e o não cumprimento das metas esboçadas por aqueles planos em 1986, não permitiram o nível de crescimento esperado.

Recursos da previdência social

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

a) Contribuições compulsórias de 8% da folha de pagamento das empresas e 8% dos salários dos empregados, 16% do valor dos serviços prestados por trabalhadores autônomos contribuintes e 16% dos rendimentos declarados pelos empregadores contribuintes,

além de 2,5% do valor arrecadado da receita auferida pelos produtores agrícolas;

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

c) outras receitas patrimoniais, industriais e financeiras;

d) doações e subvenções recebidas, inclusive da União e

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

Em 19 de dezembro de 1981 a estrutura da receita previdenciária sofreu as seguintes alterações:

a) A contribuição dos empregados urbanos em vez da alíquota única de 8% passou para outra que varia de 8 a 10%, de forma progressiva, respeitado o teto de 20 salários mínimos;

b) a contribuição das empresas urbanas aumentou de 8 para 10% da folha de pagamento, mantendo-se o teto de recolhimento, para efeitos de cálculo, em 20 salários mínimos;

c) autônomos, contribuintes em dobro e ministros de profissão religiosa passaram a contribuir com 19,5% sobre sua remuneração mensal, de acordo com a tabela progressiva de salário-base em função do tempo de contribuição e

d) para os aposentados e pensionistas foi criada uma contribuição de 3% sobre o benefício, a qual foi extinta no primeiro semestre de 1986.

A tabela 5 mostra a composição interna das receitas previdenciárias entre 1970 e 1986. Em média, as contribuições compulsórias respondem por 89% da receita total; as transferências da União, apesar de visivelmente decrescentes, respondem por 7% e as demais receitas por 4%. Nas contribuições compulsórias a parte arrecadada dos empregados representa em média 33%, a que incide sobre a folha de pagamento das empresas, 63%, e a alíquota de 2,5% sobre a receita da produção rural representa apenas 4%.

Entre 1970 e 1979, como se evidencia da tabela 6, a receita do SINPAS passou de \$US 3 800 milhões para

\$US 12 200 milhões. No entanto, desde 1980 tal receita apresenta uma tendência à queda, atingindo, em 1981, a cifra de \$US 11 800 milhões. Essa forte queda foi acarretada pela redução das contribuições compulsórias que passaram de \$US 11 200 milhões (1979) para \$US 10 400 milhões (1981) em decorrência da crise econômica que se instaurou nos anos 80.

Em função dessa redução o Governo Federal elevou, em 1981, as alíquotas previdenciárias fazendo com que as contribuições compulsórias aumentassem para \$US 13 100 milhões em 1982 e as receitas previdenciárias para \$US 14 100 milhões.

Mas a crise econômica continuou até setembro de 1984 afetando o nível de empregos, dos salários e da arrecadação previdenciária, cuja receita atingiu níveis mais baixos que os de 1977,

TABELA 5. Evolução da participação percentual dos itens de receita na composição dos recursos do complexo previdenciário. Brasil, 1970-1986

Anos	Itens de receita		
	Contribuições compulsórias	Contribuições União	Outras receitas
1970	84,60	10,02	5,38
1971	83,44	10,98	5,58
1972	85,42	9,80	4,78
1973	87,05	8,49	4,46
1974	88,81	6,95	4,24
1975	88,21	6,24	5,55
1976	88,04	6,21	5,75
1977	89,68	7,09	3,23
1978	87,97	5,96	6,07
1979	92,10	4,94	2,96
1980	91,62	5,21	3,17
1981	87,61	9,53	2,86
1982	93,06	4,57	2,37
1983	93,84	1,18	4,98
1984	87,70	1,75	10,55
1985	90,80	6,75	2,45
1986	91,86	3,99	4,25

Fonte: Grupo de Custeio do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e Balanços do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS).

TABELA 6. Evolução das receitas do complexo previdenciário segundo sua composição. Brasil, 1970-1985. (Em \$US milhões de 1983)

Anos de referência	Composição da receita ^a							
	Total		Contribuições compulsórias		Contribuições da União		Outras receitas	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
1970	3 781,8	100	3 195,4	100	379,1	100	203,3	100
1971	4 281,4	112	3 519,7	110	463,2	122	235,4	116
1972	5 287,0	140	4 516,0	141	518,0	137	253,0	124
1973	6 570,0	174	5 719,5	179	557,2	147	293,3	144
1974	7 356,7	195	6 533,8	204	511,4	135	311,6	153
1975	8 697,1	230	7 671,7	240	543,1	143	482,3	237
1976	9 891,0	262	8 708,2	272	614,5	162	568,3	280
1977	10 764,1	285	9 652,9	302	763,6	201	347,6	171
1978	11 939,5	316	10 503,4	328	711,8	188	724,3	356
1979	12 187,7	322	11 224,4	351	602,4	159	360,9	178
1980	11 526,2	305	10 559,9	330	600,6	158	365,7	180
1981	11 817,5	312	10 353,6	324	1 126,1	297	337,7	166
1982	14 063,4	372	13 087,7	409	642,5	169	333,1	164
1983	11 519,2	305	10 809,6	338	135,9	36	573,7	282
1984	10 758,9	284	9 435,5	295	188,3	50	1 135,1	558
1985	11 642,3	308	10 571,2	330	795,2	210	275,9	136

Fonte: Grupo de Custeio do Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e Balanços do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS).

^a Os valores estão dados em preços de 1983 à taxa de câmbio de 576,16 cruzeiros por dólar, equivalente à média ponderada das variações do câmbio oficial no Brasil entre janeiro e dezembro de 1983.

Se forem excluídos os encargos previdenciários da União que passaram a ter trânsito orçamentário em 1980, a contribuição da União cai para \$US 397,6 naquele ano.

No valor da contribuição da União em 1982 o Balanço do FPAS não contabilizou como receita \$US 312,4 em obrigações reajustáveis do Tesouro Nacional, que foram abatidas da dívida da União.

Dados deflacionados e inflacionados pelo Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas, tomando-se como base a média de 1983.

quando a população contribuinte era bem menor. A recuperação da economia em 1985 e a conseqüente elevação da taxa de emprego e dos salários aumentou em 12% o valor das contribuições compulsórias. Não fosse a drástica redução das outras receitas, o total das do SINPAS teria aumentado na mesma proporção.

Na análise dessa estrutura de financiamento devem-se destacar três aspectos: Primeiro, a maior parcela da receita total (85%) provém de contribuições que incidem sobre a folha de pagamento, determinada pelos níveis de emprego e rendimentos dos assalariados urbanos. Segundo, a contribuição patronal compõe a maior parcela das contri-

buições compulsórias; por ser um custo das empresas, repassado para os consumidores via o aumento dos preços, é a sociedade como um todo, e não somente os contribuintes, quem financia as ações do SINPAS. Terceiro, o financiamento com base na folha de pagamento é muito vulnerável às conjunturas recessivas, já que empregos e salários caem proporcionalmente mais que outras formas de renda, como lucros e juros.

A análise do financiamento da previdência social e o comportamento das receitas do sistema durante a década de 70 permite afirmar que:

a) O crescimento dos recursos à disposição do setor saúde e, portanto, a ampliação do alcance dessa política, se deve ao crescimento extraordinário das receitas previdenciárias e, particularmente, das contribuições compulsórias. Esses dois itens cresceram 208 e 230%, entre 1970 e 1985, respectivamente, quando a população brasileira cresceu cerca de 45% e a economicamente ativa aumentou em 112%;

b) o crescimento das contribuições compulsórias ao longo da década de 70 ocorreu mais em função da incorporação de segmentos trabalhadores não cobertos pela previdência e pelo aumento de empregos, do que pelo aumento dos salários. Isso porque, apesar do aumento da produtividade do trabalho no período, até 1985 não houve aumento do salário médio em função de uma política de contenção salarial. Foi por isso que, ao final dos anos 70 e início da década de 80, as receitas previdenciárias caíram tão rapidamente, ou seja, a recessão e o desemprego demonstraram a fragilidade de sustentação financeira da previdência em situações de crise econômica;

c) a receita das contribuições compulsórias tende a onerar a folha de pagamento das empresas intensivas em mão-de-obra, elevando o custo do fator trabalho e propiciando pressões para a ocorrência de falências e concordatas, especialmente das pequenas e médias em-

presas, nas conjunturas recessivas. Isso provocou inadimplência automática dessas empresas no recolhimento da previdência, contribuindo ainda mais para reduzir as arrecadações;

d) o financiamento da previdência e da assistência médica rural tem sido insuficiente para cobrir os gastos desse setor, promovendo uma transferência de recursos dos beneficiários urbanos para atender a população previdenciária rural e

e) as progressivas reduções das transferências da União e a inexistência de fundos de reserva da previdência social impossibilitam a cobertura de gastos excepcionais nos momentos de desaceleração da economia. Para exemplificar, nos anos mais difíceis da crise a contribuição da União caiu de \$US 642,5 em 1982 para \$US 135,9 milhões em 1983, elevando-se para apenas \$US 188,3 milhões em 1984. Isso constituiu uma quebra do compromisso assumido pela União de financiar equitativamente os gastos do SINPAS.

A análise das despesas do SINPAS (tabela 7) evidencia que entre 1970 e 1985 houve um crescimento dos gastos com benefícios previdenciários — despesas do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) — superior ao verificado nos programas de assistência médica (INAMPS). Assim, as despesas com benefícios passaram de \$US 2 500 milhões para \$US 7 800 milhões, com um incremento de 214%, enquanto os gastos do INAMPS aumentaram em apenas 172% (de \$US 1 100 para \$US 3 000 milhões). Os gastos com assistência médica atingem seu patamar mais alto em 1978 quando começam a cair vertiginosamente até 1983. A partir desse ano as despesas do INAMPS voltaram a crescer, embora não tivessem, em 1985, atingido sequer o patamar existente em 1976.

TABELA 7. Evolução das despesas do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) por tipo de instituição do sistema previdenciário. Brasil, 1970-1985 (Base: 1983)^a (Em \$US milhões de 1983.)

Anos de referência	SINPAS ^b (Total)		INPS ^c		INAMPS ^d		IAPAS ^e		LBA ^f		FUNABEM ^g	
	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor	Índice
1970	3 826,0	100	2 480,2	100	1 108,7	100	202,9	100	19,8	100	14,4	100
1971	4 050,8	106	2 660,4	107	1 130,4	102	218,5	108	27,0	136	14,5	101
1972	4 965,2	130	3 375,8	136	1 309,3	118	238,5	116	28,6	144	13,0	90
1973	5 963,2	156	4 041,8	163	1 600,3	144	276,6	136	30,3	153	14,2	99
1974	6 400,4	167	4 256,4	172	1 785,1	161	316,0	156	29,3	148	13,6	94
1975	8 218,2	215	5 352,5	216	2 400,3	216	415,1	205	35,1	177	15,2	106
1976	10 026,7	262	6 258,2	252	3 167,2	286	548,1	270	33,5	169	19,7	137
1977	10 676,7	279	6 930,8	279	3 262,8	294	390,9	193	67,1	339	25,1	174
1978	11 884,4	311	7 828,4	315	3 542,6	320	385,1	190	94,0	475	34,3	238
1979	12 077,1	316	8 313,1	335	3 330,9	300	265,1	131	132,0	667	36,0	250
1980	12 374,5	323	8 416,5	339	3 384,8	305	366,7	181	158,4	800	48,1	334
1981	12 847,4	336	8 767,0	353	3 126,5	282	728,2	359	166,5	841	59,2	411
1982	13 718,3	359	9 896,2	399	3 192,6	288	410,2	202	158,2	799	61,1	424
1983	11 721,1	306	8 683,5	350	2 567,7	232	308,4	152	121,5	614	40,0	278
1984	10 791,9	282	7 612,2	307	2 734,4	247	327,0	161	88,3	446	30,0	108
1985	11 276,8	295	7 789,4	314	3 015,2	272	353,0	174	90,2	456	29,2	203

Fonte: Balanços Gerais do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional de Bem-estar Social (FUNABEM). Os dados relativos ao SINPAS nos exercícios anteriores a 1978 foram estimados por agregação, dado que tal sistema não existia até então.

^a Fator utilizado: Índice Geral de Preços—Disponibilidade Interna da Fundação Getúlio Vargas. Preços de 1983.

^b Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

^c Instituto Nacional da Previdência Social.

^d Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

^e Instituto Nacional de Administração Financeira da Previdência Social.

^f Legião Brasileira de Assistência.

^g Fundação Nacional do Bem-estar do Menor.

Essa breve análise histórica da despesa da previdência mostra como os gastos com assistência médica vêm sendo comprimidos. Além dessa redução absoluta houve uma contração relativa dos gastos com saúde em relação aos demais programas sustentados pelo complexo da previdência social.

A tabela 8 mostra que, em 1976, as despesas do INAMPS representavam 32,02% das receitas do SINPAS. A partir de então, essa participação passou a ser decrescente, as mais baixas sendo nos anos de 1982 e 1983, voltando a subir em 1985 com a recuperação da economia o que pode ser melhor avaliado pelo fato de aquele ano representar uma inversão da tendência deficitária da previdência que se acumulava desde 1980.

Uma análise histórica mostra que no período de maior contenção ou declínio de gastos (1979-1982), as atividades que mais sofreram cortes foram: assistência psiquiátrica, assistência fisiológica, assistência médico-hospitalar e materno-infantil, assistência odontológica, assistência médica em geral e assistência hospitalar em clínica médica. Essas atividades que respondiam por 36,3% do gasto do INAMPS, em 1979, passaram a deter participação de apenas 17% em 1982. As duas atividades que congregam

TABELA 8. Evolução das despesas do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), por tipo de instituição, como percentagem da receita total do complexo previdenciário. Brasil, 1970-1985

Anos de referência	Despesa total como percentagem da receita total do SINPAS					
	INPS ^a %	INAMPS ^b %	IAPAS ^c %	LBA ^d %	FUNABEM ^e %	
1970	101,18	65,68	29,32	5,37	0,51	0,40
1971	94,68	65,21	26,40	5,10	0,63	0,34
1972	93,92	63,85	24,77	4,51	0,54	0,25
1973	90,77	61,52	24,36	4,21	0,46	0,22
1974	87,00	57,86	24,26	4,30	0,40	0,18
1975	94,49	61,54	27,60	4,77	0,40	0,18
1976	101,37	63,27	32,02	5,54	0,34	0,20
1977	99,18	64,39	30,31	3,63	0,62	0,23
1978	99,54	65,57	29,67	3,23	0,79	0,28
1979	99,09	68,21	27,33	2,18	1,07	0,30
1980	107,36	73,02	29,37	3,18	1,37	0,42
1981	108,72	74,19	26,46	6,16	1,41	0,50
1982	97,54	70,37	22,70	2,92	1,12	0,43
1983	101,76	75,38	22,29	2,65	1,06	0,35
1984	100,31	70,75	25,41	3,04	0,82	0,28
1985	96,86	66,91	25,90	3,03	0,77	0,25

Fonte: Tabelas 6 e 7.

^a Instituto Nacional da Previdência Social.

^b Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

^c Instituto Nacional de Administração Financeira da Previdência Social.

^d Legião Brasileira de Assistência.

^e Fundação Nacional do Bem-estar do Menor.

a maior fatia dos gastos do INAMPS — assistência ambulatorial e assistência hospitalar cirúrgica (em torno de 60% das despesas do órgão) — também apresentam reduções, especialmente em 1980 e 1981. Aumentam, em contra-partida, os gastos com programas de saúde pública e assistenciais voltados ao combate de doenças crônico-degenerativas.

Outro ponto a salientar, quanto às despesas do INAMPS, refere-se às relações entre os setores público e privado. Entre 1970 e 1980 a despesa real do INAMPS cresceu a uma taxa anual em torno de 13%. Ao longo desse período, cerca de 70% dos recursos do INAMPS foram jogados no financiamento da rede privada lucrativa de serviços de saúde, contratada ou conveniada com aquele órgão. Essa rede foi construída ou ampliada ao longo dos anos 60 a partir de financiamentos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), programa gerido pela Caixa Econômica Federal com juros subsidiados. Esses estabelecimentos eram contratados pelo INAMPS, o que criava uma verdadeira “reserva do mercado” de saúde para garantir sua sobrevivência, independentemente da eficiência ou da qualidade dos serviços prestados. De 1974 a 1977, dos recursos aprovados pelo FAS na área de saúde, 79,7% foram liberados para o setor privado. A partir dos anos 80, o financiamento para novas unidades de saúde com recursos do FAS passou a ser redirecionado para o setor público. O mesmo pode ser dito com relação aos gastos do INAMPS, conforme demonstra a tabela 9.

Observa-se que entre 1984 e 1986 existia forte tendência à queda dos gastos com serviços privados contratados. Agora, por primeira vez, o gasto do INAMPS com prestadores privados de serviços de saúde é inferior ao gasto com os demais prestadores, destacando-se o aumento dos recursos alocados aos serviços próprios (de 18,5 para 27,4%), a órgãos governamentais (de 5,1 para 10,6%) e a hospitais universitários (de 2,2 a 4,3%), respectivamente, entre 1981 e 1986. Esse novo padrão de financiamento, apesar de ser recente, evidencia a maior prioridade dada ao custeio de programas implementados pelos órgãos públicos, especialmente da administração descentralizada, como demonstra a recente experiência das ações integradas de saúde (AIS). Estas constituem um programa de atenção universal, através de convênios entre o INAMPS, os estados e os municípios, tendo em vista utilizar as redes públicas estadual, municipal e federal, de forma integrada, na prestação de serviços de saúde para toda a população, independentemente do vínculo previdenciário. O gasto com AIS, em 1985, montou a \$US 289,7 milhões ou seja, 9,6% da despesa total do INAMPS naquele ano. Mesmo assim, avalia-se que os recursos sejam muito pequenos para incentivar uma efetiva descentralização das ações de saúde no Brasil. Além do mais, a escassez de recursos financeiros na administração direta dos estados e municípios faz com que haja correspondente retirada de recursos dessas esferas para cada quantidade adicional de recursos repassada para financiar ações de saúde, o que acarreta impactos muito menores, proporcionalmente ao montante de recursos desembolsados pelo INAMPS com as AIS.

No entanto, mesmo com as diferentes tentativas de racionalização dos gastos com assistência médica previdenciária — como as medidas do Con-

TABELA 9. Distribuição percentual da despesa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Brasil, 1981-1986

Prestadores e programas	Anos de referência					
	1981 (%)	1982 (%)	1983 (%)	1984 (%)	1985 (%)	1986 (%)
Serviços próprios	18,54	18,68	20,00	19,04	25,00	27,36
Serviços privados contratados	55,53	55,79	53,51	58,51	42,68	41,05
Órgãos governamentais	5,13	5,43	4,56	4,80	8,42	10,56
Universidades	2,24	2,95	3,28	2,73	4,85	4,34
Medicamentos	2,31	2,14	1,90	1,77	2,16	1,24
Entidades filantrópicas	3,37	3,65	3,18	2,11	2,34	1,47
Sindicatos	2,57	1,79	1,54	1,07	1,06	0,88
Empresas	3,07	2,94	1,79	0,97	0,76	0,34
Administração	5,44	5,21	4,52	4,09	5,08	5,85
Outros programas	1,80	1,42	5,72	5,13	7,05	6,91

Fonte: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)/Secretaria de Planejamento.

selho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), a introdução da autorização de internação hospitalar para efeito de controle e pagamento dos serviços prestados pelos hospitais, em substituição ao pagamento por unidade de serviço e outros procedimentos — o setor privado continua a absorver parcela significativa dos recursos do SINPAS. Nos últimos anos, os reajustes dos serviços contratados foram inferiores às taxas de inflação, provocando descontentamento neste segmento empresarial, e incentivando fraudes — a mais comum sendo cobrar, com autorização do paciente, por serviços mais caros do que os que foram efetivamente prestados. Um futuro reajuste dos preços dos serviços prestados pela rede privada, capaz de atualizar os reais valores desses serviços, poderia trazer graves conseqüências para o INAMPS, na medida em que não mais permitiria à rede pública aplicar recursos em programas universais, nos mesmos moldes adotados em 1985 e 1986. Portanto, uma das questões-chave na reor-

denação do sistema brasileiro de saúde é a redefinição dos papéis do setor público e do setor privado tendo em vista as metas de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação social na gestão.

Ao longo da última crise, os gastos do INAMPS, per capita, reduziram-se drasticamente (tabela 10). Em 1980, gastava-se, em média, \$US 28,43 per capita com a prestação de serviços de saúde. Entre 1980 e 1983 o gasto per capita do INAMPS decresceu 30,3%, indicando sensível perda da extensão e cobertura dos serviços médico-assistenciais. Essa queda não é tão sentida na relação entre os gastos do INAMPS e o produto interno bruto, na medida em que aqueles caíram de apenas 1,45 para 1,41%.

TABELA 10. Indicadores da despesa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Brasil, 1980-1985

Anos de referência	Despesas do INAMPS (\$US milhões)	Gasto do INAMPS per capita (\$US)	Gasto do INAMPS como percentual do PIB (%)
1980	3 384,8	28,43	1,45
1981	3 116,5	25,21	1,42
1982	3 192,6	24,81	1,41
1983	2 567,7	19,81	1,42
1984	2 734,4	20,57	1,23
1985	3 015,2	22,45	1,30
1986	3 241,0	23,38	1,27

Fonte: Dados diretos da DATAPREV/Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS).

A partir de setembro de 1984 a economia brasileira entrou em recuperação, o que se reflete na elevação dos níveis de emprego e renda e, também, nos gastos per capita do INAMPS em saúde, que aumentaram 18% entre 1983 e 1986. No entanto, o aumento dos preços dos produtos e das taxas de emprego parece ter sido superior ao verificado nos gastos com saúde, o que pode ser percebido pela queda da relação despesa com saúde/PIB (- 10,6%) entre 1983 e 1986.

Recursos oriundos de fontes estaduais e municipais

Para entender a dinâmica dos gastos das administrações estaduais e municipais com saúde é necessário compreender a evolução da participação das suas receitas no total da arrecadação tributária da União. Entre 1969 e 1983, as receitas transferidas aos estados e municípios nunca chegaram a 20% da arrecadação total da União. O ano de maior participação foi o de 1968 (17,9%) e o de

mais baixa, 1970 (10%). A participação dessas esferas na receita exclusivamente tributária tem sido um pouco maior, embora, igualmente, nunca tenha chegado aos 20%.

O orçamento fiscal não é a única fonte de receita tributária da União. Grande parte das políticas sociais no Brasil são financiadas por diversos fundos criados nos últimos vinte anos que não só garantiram larga autonomia aos programas sociais, como também incentivaram práticas clientelísticas e de favoritismo político em diversos setores institucionais, inclusive nos estados e municípios. Alguns desses fundos operam programas de repasse de recursos a essas esferas, como é o caso do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e dos recursos do SINPAS (os programas AIS). As transferências de recursos até 1984 eram feitas assistematicamente, não buscando critérios de equidade na partilha dos recursos. Nos últimos 20 anos, apenas os municípios que tinham alguma capacidade técnica ou política de barganha (em geral os mais ricos) conseguiram assegurar maiores fatias desses recursos.

Os recursos estaduais e municipais ainda são compostos por impostos

e taxas de exclusiva competência dessas entidades, como o imposto sobre circulação de mercadorias, arrecadado pelos estados e distribuído parcialmente aos municípios, e o imposto sobre serviços e sobre a propriedade predial ou territorial urbana, de competência municipal. A arrecadação e distribuição desses impostos também tende a privilegiar os estados e municípios mais ricos—justamente aqueles que detêm maior movimento comercial e de serviços ou aqueles onde a renda do solo urbano é mais elevada.

As transferências da União, através dos fundos de participação dos estados e dos municípios (FPE e FPM), bem como as receitas tributárias partilhadas da União, constituem a principal fonte de receita da maioria dos estados e municípios, especialmente aqueles de maior carência social. Em 1983, enquanto estados como o Acre derivavam 87,8% de suas receitas dessas transferências, outros, como São Paulo, somente 7,5% de seus recursos provêm de contribuições federais. Portanto, é justamente nos estados e municípios mais pobres que a dependência das transferências federais é maior. A redução de seu volume nestes últimos anos aprofundou as dificuldades de criar e operar programas de saúde a nível local. As limitações encontradas pela receita fazem com que as despesas per capita dos estados e municípios com saúde sejam muito desiguais. As localidades mais ricas conseguem implementar programas e manter suas redes de assistência médica, enquanto as mais pobres não podem sequer manter um médico, pois cerca de 10 a 20% dos municípios brasileiros não dispõem de médicos ou de unidades elementares de atenção à saúde.

Em 1982, estimava-se que os estados gastassem, com saúde, 24,1% do total dos gastos públicos e os municípios 11%. Se fosse esse o caso, 35,1% dos recursos públicos dispendidos em saúde (\$US 1 670 milhões) o eram nessas esferas descentralizadas e 64,9% no Governo Federal.

O aumento das transferências do INAMPS para os municípios, por conta das AIS, é, em tese, uma forma de aumentar o gasto em saúde nessas esferas e de reduzir as inequidades regionais. Mas isso não é suficiente já que somente uma reforma tributária efetiva poderia alterar o quadro da aplicação de recursos de modo a dar maior autonomia e adequabilidade local às ações de saúde.

Recursos do EAS e do FINSOCIAL

Além das tradicionais fontes de recursos descritas anteriormente, os fundos sociais têm se constituído em importantes mecanismos de financiamento e geração de receitas adicionais para programas sociais. No campo da saúde, além do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que financia as ações de saúde do SINPAS, destacam-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (EAS) e o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL).

O EAS foi criado em 1974, tendó-se constituído como um dos mais importantes instrumentos de financiamento nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho e assistência social. Administrado pela Caixa Econômica Federal (CEF), o EAS é formado por recursos das rendas líquidas das loterias esportiva e federal e, subsidiariamente, por dotações do orçamento operacional da CEF além de recursos dos orçamentos da União e outros de origem interna e externa. Os empréstimos do EAS são, em sua maior parte, realizados em condições

vantajosas para os contratados, ou seja, longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação.

A tabela 11 mostra o montante dos recursos de financiamento aprovados pelo FAS entre 1974 e 1977, por área social de aplicação. Observa-se que, apesar da área de educação ser a que absorveu mais recursos, a área de saúde, até 1977, absorveu cerca de 25% das receitas do fundo. Sua peculiaridade é que, enquanto nas áreas de educação e interior os recursos foram aplicados em projetos públicos, nas de saúde e trabalho, eles o foram, na maior parte, na iniciativa privada.

Assim, dos \$US 224,1 milhões aplicados pelo FAS na área de saúde, \$US 178,5 milhões foram gastos em projetos de investimento privados, o que equivale a 65,3% do total dos financiamentos liberados até então pelo fundo ao setor privado. Isso explica, em grande medida, o papel indutor do Estado no crescimento da medicina lucrativa no Brasil e as dificuldades crescentes acarretadas por tal problema, pois a maioria dos estabelecimentos privados financiados pelo FAS são sustentados por contratos e convênios com o INAMPS. Sua baixa eficiência e a necessidade de manter altas margens de lucro faz com que a

política de reajustes para esse setor, sacrifique ou as receitas públicas (por ocasião dos reajustes) ou os usuários dos serviços (quando não ocorrem reajustes e há um aumento das fraudes e queda da qualidade dos serviços).

Ao longo dos anos 80, as receitas do FAS decresceram paulatinamente. Em 1984 elas equivaliam a apenas 0,4% da receita tributária da União e 7,6% da arrecadação do FINSOCIAL (cerca de \$US 75 milhões) sendo, no entanto, esses recursos redirecionados para projetos públicos.

O FINSOCIAL foi criado em 1982 para obter recursos adicionais voltados a apoiar programas nas áreas de alimentação, habitação popular, saúde, apoio ao pequeno produtor rural e educação. Administrado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), seus recursos são formados pela "Contribuição Social", equivalente a 0,5% da receita bruta das empresas públicas e privadas, que realizam vendas de produtos, e das instituições

TABELA 11. Evolução dos recursos aplicados pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento, 1974-1977. Posição em 31 de agosto de 1977 (Em \$US milhões de 1983)

Tipo de área social	Total		Setor público		Setor privado	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Educação	635,6	70,2	559,4	88,6	76,2	27,8
Saúde	224,1	24,8	45,6	7,2	178,5	65,3
Trabalho	26,8	3,0	7,8	1,2	19,0	6,9
Interior	18,8	2,0	18,8	3,0	—	—
Total	905,3	100,0	631,6	100,0	273,7	100,0

Fonte: Caixa Econômica Federal (CEF)/Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAIS). In Braga e Góes de Paula, 1981.

financeiras e seguradoras. No caso das empresas públicas, a taxa de 0,5% é calculada sobre o imposto de renda devido ou como se devido fosse.

Em 1984 os recursos do FINSOCIAL eram de quase 6% da receita da União, cerca de \$US 1 100 milhões. No financiamento do setor saúde, sua participação tem sido cada vez maior. Em 1982, ano de sua criação, o FINSOCIAL contribuiu com 1,5% do total dos gastos federais com saúde; em 1983 com 13,1%. Porém, excluídos os gastos com programas de saneamento, alimentação e nutrição, em 1986 essa participação caiu para 4,3%. Portanto os recursos do FINSOCIAL representam grandes subsídios ao financiamento dos programas de alimentação e nutrição. Para exemplificar, o Programa de Suplementação Alimentar (PSA), operado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), é quase que integralmente financiado com recursos do FINSOCIAL.

Essa fonte de recursos é utilizada, em muitos casos, só para cobrir déficits orçamentários dos ministérios da área social. Por outro lado, o montante operado pelo fundo não tem sido suficientemente repassado às administrações locais (estados e municípios) o que reforça a tendência de centralizar as decisões e os recursos no nível federal. Seria portanto oportuno que os fundos sociais viessem a integrar um único orçamento social, voltado para o financiamento das políticas públicas no setor.

Componentes da receita e do gasto em atenção à saúde

Ao considerar os recursos aplicados exclusivamente em funções de saúde e assistência médica em 1986, segundo estimativas do Plano de Metas (1986-1989), tem-se a seguinte distribuição da receita: SINPAS 87,7%; orçamento fiscal da União 4,5%; FINSOCIAL 4,3%; outras fontes 2,3% e a definir 1,66% donde se conclui que a fonte da quase totalidade dos gastos federais em saúde é o SINPAS.

A tabela 12 demonstra que em 1982, 62,24% do dispêndio global do setor proveio de instituições públicas. Destas, a maior parcela corresponde aos gastos federais (39,61%), dado que os estados e municípios participam com recursos bem menores (15,02 e 8,59%, respectivamente).

Vale observar que a maior parcela dos gastos públicos provém de instituições previdenciárias, embora nos estados e municípios esta participação com saúde foi muito reduzida, bem como a aparentemente elevada magnitude do gasto do setor privado com saúde que, apesar de ser menor do que o do público, corresponde a 1/3 da despesa agregada do setor, sendo que às pessoas físicas e aos sistemas patronais cabem as maiores fatias. A aparência, no entanto, não corresponde à realidade, pois a maior parcela desses gastos é financiada indiretamente pelo poder público, a partir de deduções integrais que tanto as pessoas físicas como as empresas podem fazer no cálculo do imposto de renda para gastos com saúde. O mesmo não se pode dizer dos sistemas securitários — onde as despesas com saúde não são dedutíveis do imposto de renda (como é o caso dos gastos com seguro-saúde das famílias nas entidades de seguro privado) — ou dos sistemas sindicais e filantrópicos — que

TABELA 12. Gasto estimado em saúde. Brasil, 1982

Fonte de gasto	Participação no gasto (%)
Fontes públicas	62,24
Federais	39,61
Orçamento fiscal e outros	8,59
Previdência social	31,01
Estaduais	15,02
Orçamento fiscal	12,16
Previdência social	3,65
Municipais	6,82
Orçamento fiscal	5,00
Previdência social	1,02
Fontes privadas	37,76
Pessoas físicas	25,66
Sistemas patronais	5,07
Sistemas securitários	3,94
Sistemas sindicais	2,20
Entidades filantrópicas	0,89

Fonte: Grupo de Assessoria e Planejamento (GAP)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)/Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH).

estão isentos de declaração do imposto de renda.

Em termos globais, portanto, o gasto agregado em saúde no Brasil, em 1982, correspondia a algo em torno de 4,6% do PIB, mas as estimativas são muito variáveis, o que torna baixa sua confiabilidade.

Problemas endógenos dos mecanismos de financiamento do setor saúde

A breve descrição dos mecanismos de financiamento, do comportamento da receita e dos gastos do setor saúde nos últimos vinte anos evidencia que, mesmo para os propósitos delineados na Reforma Previdenciária de 1967 e nos planos de desenvolvimento dos anos 70, existiam problemas endógenos que impediram a adequação dos instrumentos de financiamento às finalidades do sistema de saúde. Dentre esses vale destacar:

a) A falta de estabilidade das receitas previdenciárias ao longo dos ciclos econômicos. Nas épocas de crise o nível de emprego e os salários caem mais rapidamente do que outras formas de renda e a receita da previdência cai proporcionalmente mais do que o orçamento fiscal. Também é quando aumentam as demandas por pensões, benefícios e assistência médica. Como os gastos com benefícios constituem prestações fixas e não podem sofrer cortes tão bruscos, os recursos repassados para a assistência médica são os que mais cortes sofrem por não serem passíveis de maior controle por parte da sociedade. A tabela 6 mostra como as receitas se retraíram a partir de 1982, embora a tendência à queda se manifestasse desde 1979. O ano de 1982

representa um momento artificial dessas receitas como resultado da elevação das alíquotas de contribuição e, em 1983, as receitas são inferiores às de 1981. A tabela 8 mostra como a participação do INAMPS sobre a receita do SINPAS cai a partir de 1980, só se recuperando em 1984. É necessário criar mecanismos que tornem as receitas mais estáveis sendo o mais adequado a diversificação da base de contribuições incorporando outras fontes, como o lucro bruto das empresas.

b) Dada a baixa magnitude de recursos, não há garantia quanto à extensão da cobertura nas regiões onde os serviços são insuficientes até mesmo para a parcela previdenciária da população. É necessário, portanto, obter recursos adicionais, especialmente para investimento em novas unidades nas áreas de maior carência.

c) Os gastos do INAMPS estão sendo repassados ou alocados a programas do setor privado, onde não existem mecanismos de controle sobre o destino dos recursos ou sobre a eficácia do gasto. Deve-se buscar uma racionalização efetiva do setor, o que significa não só mecanismos de controle e avaliação da aplicação dos recursos, mas também um novo processo de gestão e acompanhamento da eficácia social do gasto. Uma reforma na estrutura organizacional do órgão, com o enxugamento da direção geral e das superintendências regionais e o aumento da resolutividade na linha de serviços, facilitará essa racionalização.

d) Houve redução dos recursos destinados aos programas de saúde pública, tais como vigilância sanitária-epidemiológica, combate às grandes epidemias e outros, o que aumenta o risco

de retorno de doenças tidas como erradicadas. O baixo patamar de despesa com programas dessa natureza foi responsável pelo aumento do surto de malária (500 000 casos em 1985), poliomielite (que desde 1983 vem se elevando) e pela persistência de casos localizados regionalmente de hanseníase, leptospirose, febre maculosa e hepatite B. Isto sem mencionar as epidemias de dengue, que se alastram até nas grandes metrópoles, com o retorno do *Aedes aegypti*, desaparecido do cenário urbano com as campanhas sanitárias realizadas há mais de meio século. Nem mesmo o cuidado mínimo sobre a saúde e sobre o meio está garantido. Isso provoca uma sobrecarga na rede de assistência médica que tem que jogar recursos na determinação da cronicidade das epidemias solucionáveis por imunização ou combate de vetores.

e) A assistência médica da população previdenciária é custeada pelos contribuintes e pela sociedade como um todo. O critério de incidência sobre a folha de pagamento inflige um ônus maior às empresas intensivas em mão-de-obra (geralmente pequenas e médias), encarecendo o custo do fator trabalho e, conseqüentemente, impedindo uma política de legalização da situação trabalhista de muitos assalariados no Brasil.

f) A inclusão de novas clientela, como os trabalhadores rurais, no sistema previdenciário enfraqueceu a base de financiamento do setor obrigando a utilização de fundos urbanos para custear a assistência médica rural; isso dificulta o acesso aos serviços médicos da previdência e prejudica sua qualidade.

Não terminam aí os problemas endógenos dos mecanismos de custeio da previdência. Os preços pagos aos contratados da rede privada por consultas e tratamentos médicos e cirúrgicos so-

frem constante desvalorização dando ensejo ao aumento de fraudes consentidas, como cobrança por serviços fantasma ou falsificação dos serviços prestados. Mesmo sabendo da existência dessas fraudes, o INAMPS não intensifica a fiscalização nem adota normas administrativas para mais eficientemente controlar o setor privado cujo resultado é o baixo retorno social das aplicações de recursos.

PROPOSTAS DE TRANSIÇÃO

A conjuntura 1985-1986

Com o advento da chamada Nova República, em 1985, veio a necessidade de mudanças radicais dos objetivos, estrutura e sistemática de financiamento do setor saúde no Brasil. O movimento sanitário, formado por um conjunto de instituições ligadas à saúde e por pessoas que há tempos reivindicavam transformações estruturais nos sistemas de saúde, liderava as propostas de transição. No entanto, tais propostas, além da necessidade de serem formuladas detalhadamente, precisavam ser legitimadas por instâncias mais representativas da sociedade — entidades sindicais, movimentos sociais, profissionais de saúde, etc. Articularam-se, em 1985 e 1986, as principais propostas das transformações a serem efetuadas no setor sob o título “Reforma Sanitária”.

O Governo explicitou a vontade política de priorizar as políticas sociais e inverter o sentido regressivo do fornecimento de bens e serviços públicos. Os documentos formulados na área da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN) e do Ministério da Saúde encampavam novos papéis a serem desempenhados pelo sistema de

saúde: universalização do acesso às ações; equidade no atendimento; integralidade dos serviços oferecidos, além de descentralização da rede, gestão local sob comando institucional único (o que significava fundir o Ministério da Saúde e o INAMPS) e participação da sociedade na formulação de prioridades e na fiscalização do sistema.

Dadas essas novas prioridades, faziam-se necessárias mudanças substantivas no financiamento setorial, tais como a reformulação do Fundo Nacional de Saúde e a constituição de fundos estaduais de saúde como formas jurídicas de administrar orçamentos unificados para o setor. No plano dos recursos, as prioridades centravam-se na ampliação e no reaparelhamento da rede pública que, além da escassez de recursos humanos, detinha altos níveis da capacidade ociosa. Propunha-se a captação de recursos adicionais para investimento junto a agências nacionais e internacionais — Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES)/ FINSOCIAL, CEF/EAS e Banco Mundial.

Devido à dificuldade de, a curto prazo, pôr tais medidas em operação, adotaram-se, em 1985 e 1986, medidas voltadas à solução de alguns problemas internos tais como: iniciar um saneamento administrativo e financeiro nos setores de saúde e da previdência, no Ministério da Previdência e Assistência Social; fortalecer a regionalização e hierarquização dos serviços básicos de saúde; reaparelhar institucionalmente a rede pública, transferindo-lhe mais recursos em detrimento do montante de gastos repassados ao setor privado, e, por

fim, viabilizar medidas de emergência na área de nutrição e distribuição de medicamentos.

O saneamento da previdência foi a principal medida posta em prática até agora. Houve significativo combate às fraudes, além de forte racionalização dos procedimentos administrativos e financeiros. Nesses dois anos as receitas previdenciárias cresceram bastante, sobretudo devido ao aumento de mais de 30% da receita salarial, não só pela expansão do número de empregos como também pelo crescimento dos salários. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelam que entre maio de 1985 e maio de 1986 o rendimento médio dos ocupados aumentou 17,2% na região metropolitana do Rio de Janeiro e 31,3% na de São Paulo. O advento do Plano de Estabilização Econômica, em março de 1986, e a redução do prazo entre o recolhimento das contribuições e a transferência para os cofres da previdência, também contribuiu para melhorar sua arrecadação. Assim, em 1985, o déficit que persistia há dois anos na previdência transformou-se em superávit, o mesmo ocorrendo em 1986. No entanto, o recrudescimento do processo inflacionário em 1987 e as tendências de queda no nível de empregos e dos salários, a partir de abril, não trazem perspectivas animadoras, particularmente pela possibilidade de aumento dos gastos com programas regionalizados de saúde e pelas pressões dos prestadores de serviços do setor privado para o reajuste dos preços de suas tabelas.

No campo de regionalização e hierarquização das ações de saúde, o número de municípios que assinaram o termo de adesão aos convênios AIS evoluiu de 132 para 644, entre 1984 e 1985, e para 2 418 dos 4 100 municípios existentes em 1986. Estima-se que a cobertura desse programa tenha sido de 67% da população brasileira em 1985. Os gas-

tos com as AIS subiram de 4,18% dos recursos do INAMPS em 1984 para 9,5% em 1985. Para 1986 estima-se que eles tenham se situado em torno de 13%. Ao mesmo tempo, a cobertura dos serviços do INAMPS aumentou significativamente. O atendimento nos postos de assistência médica subiu 20% em 1985 estimando-se um crescimento similar em 1986.

Os recursos para investimento e custeio da rede pública também aumentaram bastante em 1985 e 1986, chegando a mais de 50% dos gastos do INAMPS, fato inédito desde meados dos anos 60. Também foi elaborada uma coordenação mais direta para os contratos de serviços, denominada "contrato-padrão". Os prestadores privados ficariam diretamente subordinados à supervisão e intervenção do setor público, cabendo a este delimitar não só as modalidades assistenciais, mas também os procedimentos a serem seguidos pelo setor privado, que teria de obedecer a padrões de eficiência, cabendo ao INAMPS descredenciar ou intervir sempre que esse setor fugisse às normas estabelecidas. Esse contrato-padrão ainda não foi regulamentado, existindo fortes pressões por parte dos prestadores privados de serviços para que não o seja.

Durante 1986/1987 instituíram-se estratégias concretas de descentralização da assistência médica pelas quais o INAMPS começa a repassar a administração e gerência de sua rede própria para os estados e municípios, juntamente com os recursos necessários à sua manutenção e custeio. Em alguns casos

isso significa onerosos subsídios para reaparelhar e ocupar a capacidade ociosa das redes públicas de serviços. O INAMPS se comprometeu a custear a equiparação dos salários pagos pelas redes federal, estadual e municipal, na medida em que a defasagem existente impeça o funcionamento da rede numa estratégia de comando único.

As perspectivas não são muito animadoras quanto à continuidade dessas mudanças. A crise econômica que se esboça em 1987, com o crescimento da inflação e o aumento da taxa de desemprego, indicam uma redução das receitas tributárias e previdenciárias que poderão impedir o aumento dos gastos com saúde. Daí, todas as perspectivas concentrarem-se em mudanças estruturais do sistema de saúde que, independentemente dos movimentos conjunturais da economia, permitam o custeio de um sistema universal, equânime, integrado, descentralizado e com forte participação social.

Financiamento da saúde e reforma sanitária

Em 1986 dois grandes eventos marcaram a redefinição das políticas de saúde no Brasil. O primeiro foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília entre 17 e 21 de março. Com cerca de 5 000 participantes — representando sindicatos, movimentos sociais, profissionais de saúde, organismos governamentais do setor em diversos níveis, além de políticos e parlamentares —, dela emanaram princípios e

propostas concretas relacionados com saúde, cidadania, organização do setor e financiamento. O segundo, em outubro, foi a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), extinta em abril de 1987. Dessa comissão surgiu um detalhamento das metas esboçadas na VIII CNS, a partir da elaboração de relatórios técnicos e de uma proposta de como tratar a questão da saúde na nova Carta Constitucional de 1987.

As propostas de reordenação do financiamento setorial que emergiram desses dois eventos podem ser sintetizadas nos seguintes pontos:

a) Constituição de fundos únicos de saúde, a nível federal, estadual, municipal e de distritos sanitários. Tais fundos seriam compostos por recursos do orçamento fiscal, da previdência social e de fundos sociais integrando as atuais fontes de custeio;

b) garantia de percentuais fixos de aplicação de recursos do orçamento fiscal (União, estados e municípios) na ordem de 12% e da previdência social (45% da contribuição patronal);

c) substituição gradativa de recursos da previdência social por recursos do orçamento fiscal, a partir do momento em que os gastos públicos com saúde chegassem a 10% do PIB e

d) prioridade de investimento no setor público de saúde, o que significa a eliminação dos financiamentos do FAS ao setor privado e a redefinição da relação contratual deste setor com o poder público.

Apesar do mérito de tais redefinições, persistem alguns percalços no financiamento setorial. Em primeiro lugar, dadas as mudanças do escopo e dos objetivos do sistema de saúde para incluir os propósitos de universalização e equidade, com um patamar mínimo de

serviços para toda a população, surgem os chamados “problemas exógenos”, ou seja, se o sistema de financiamento já apresentava problemas, face a propósitos mais modestos, acrescentam-se novos, dos quais o mais premente é a necessidade de aumentar o montante de recursos para o setor. De onde adviria tal ampliação? O quase consenso era que surgiria de um aumento de recursos do orçamento fiscal não apenas pela ampliação dos gastos da União mas, principalmente, das esferas descentralizadas (estados e municípios) e do aumento relativo das despesas de saúde na composição interna desses orçamentos. Portanto, o aumento dos gastos com saúde prende-se não apenas à necessidade de uma ampla reforma tributária, mas também à vontade política da nação.

Existe consenso de que uma proposta com a abrangência da Reforma Sanitária não é fruto de práticas imediatistas, mas decorrência de um longo processo de racionalização dos sistemas locais de saúde, descentralização das instâncias governamentais e crescimento da participação da sociedade nas decisões relacionadas à configuração do sistema. Mesmo assim, inicia-se em 1987 o processo de descentralização das redes de saúde e criação dos sistemas unificados nos estados e municípios com a formação dos fundos únicos de saúde. O INAMPS participa de forma decisiva nas iniciativas de estadualização, com a promessa de repassar a rede própria existente nos estados para o comando das secretarias estaduais de saúde. Ao mesmo tempo, as

administrações estaduais já estão enviando às suas respectivas assembleias legislativas projetos de lei para a formação dos chamados fundos estaduais de saúde.

De todas as propostas em curso surgem, no entanto, alguns problemas operacionais, a saber:

a) As vinculações de recursos para a saúde, na ordem de 12% do orçamento fiscal da União, estados e municípios, tendem a padronizar nacionalmente situações extremamente díspares a nível regional. Nos estados mais ricos, como São Paulo, uma vinculação dessa ordem pode englobar recursos superdimensionados, ocorrendo o inverso em estados e municípios mais pobres que necessitam de recursos maiores, tendo em vista as metas de universalização da cobertura, reaparelhamento da rede e construção de novas unidades;

b) a vinculação de recursos a nível federal, na ordem de 12%, também não parece ser boa alternativa. As atividades de planejamento nacional do setor é que devem definir programas plurianuais de aplicação dos recursos com vistas a garantir comprometimentos do orçamento fiscal. Vale dizer ainda que as propostas de vinculação de recursos que surgem na Assembleia Nacional Constituinte, somam algo em torno de 14% do orçamento fiscal;

c) a fixação da meta de gastos com saúde, em patamares não inferiores a 10% do PIB, representa valor por demais elevado. Com base na estrutura de 1982, tal percentual, em 1986, envolveria algo em torno de \$US 4 600 milhões dos gastos federais no setor. Países como a Inglaterra, que têm um sistema universal de saúde com boa cobertura e altos patamares de complexidade técnica, gastam em torno de 5,5% do PIB com saúde (as estimativas variam de 5,5%, em 1975, a 5,2%, em 1979). O Brasil, se-

gundo estimativas de 1982, gasta 4,6% do PIB (incluindo o gasto público dos estados e municípios e o gasto privado). Quase 2% do PIB naquele ano correspondia ao gasto das empresas, famílias, sindicatos e entidades filantrópicas. Vale dizer ainda que a receita do Tesouro Nacional em 1985 chegou a 10,04% do PIB; adicionando-se as receitas da previdência social chega-se a 14,7%. Portanto, a curto prazo, a decisão de gastar 10% do PIB com saúde parece totalmente irrealista. Essa meta só poderia ser alcançada com uma excessiva elevação do gasto privado com saúde;

d) a possibilidade, mesmo que a longo prazo, de utilizar única e exclusivamente recursos da previdência para custear os programas de benefícios (aposentadorias e pensões) é de difícil aceitação. A previdência social financia, em média, 78% do gasto federal, 49% do gasto público total e 31% do gasto nacional público e privado com saúde. Uma reforma tributária poderia elevar a parcela dos gastos do Tesouro com saúde, mas isso dependeria de uma série de circunstâncias, tais como a direcionalidade da reforma (centralizadora ou descentralizadora), seu sentido expansionista ou redutor com relação à carga tributária sobre o PIB, a importância dos gastos sociais nas prioridades do poder público e a magnitude dos subsídios que continuarão a ser dados ao setor privado e às famílias.

Uma reforma tributária descentralizadora poderá aumentar os gastos dos estados e municípios com saúde, mas isso só poderá ocorrer com a redução dos gastos federais na medida em que não haja expansão relativa da massa tributária. Mesmo que o INAMPS repasse recursos (e até mesmo patrimônio) para os estados e municípios, não se pode substituir uma contração dos gastos do SINPAS com saúde por um acréscimo de recursos

do Tesouro sem prejudicar os demais programas governamentais.

Por outro lado, se a reforma tributária representar uma elevação real e relativa da carga tributária sobre o PIB e se os gastos com saúde receberem prioridade, será possível pensar-se em uma substituição da fonte previdenciária por recursos do Tesouro, a médio e a longo prazos. Por fim, a eliminação de alguns subsídios governamentais como o do trigo, álcool, etc., geraria recursos adicionais que, sem acréscimos na carga tributária, poderiam ser canalizados para os chamados setores sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto vê-se que não só existem grandes dificuldades como também escassas alternativas para uma estrutura de financiamento do setor que garanta o alcance das metas esboçadas pela Reforma Sanitária.

As propostas levadas à Assembleia Nacional Constituinte deveriam buscar soluções que assegurem não só novos recursos como incluir estratégias de financiamento que conferiram prioridade aos programas destinados a elevar o grau de cobertura da parcela mais carente da população. Seguem-se dois exemplos de medidas que poderão ser estudadas e futuramente incorporadas ao elenco das propostas já discutidas.

A primeira diz respeito ao subsídio conferido pelo governo às famílias de mais alta renda, ao permitir a

dedução integral, no imposto de renda, dos gastos incorridos com serviços privados de saúde. O mesmo se aplica às empresas que mantêm serviços privados de saúde (próprios ou contratados) para seus funcionários.

No primeiro caso, estimativas preliminares mostram que em 1986 (ano base de 1985) esses abatimentos representaram recursos equivalentes a 13% do orçamento do INAMPS projetado para 1987. Isso pode parecer pouco com relação aos programas de assistência médica mas é muito quando comparado com os gastos com saúde pública e, se aplicado em programas como as AIS, praticamente duplicaria os recursos destas. A criação de um teto de abatimento de gastos com saúde no imposto de renda das pessoas físicas poderia trazer vultuosos recursos para o financiamento das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, ou para a construção de novas unidades a cargo dos estados e municípios, cumprindo um dos objetivos implícitos da Reforma Sanitária.

No segundo caso, não existem estudos sobre quanto as empresas estão deduzindo do imposto de renda para a função saúde. Sabe-se entretanto que em razão dessas deduções algumas pessoas, por já se beneficiarem da assistência médica oferecida pelo INAMPS, são duplamente financiadas. Para esse caso o que se sugere é a extinção do abatimento desses gastos no imposto de renda das pessoas jurídicas. As empresas que assim quiserem poderão continuar a manter os gastos com assistência médica privada para seus funcionários, desde que os custeiem com recursos próprios. Aquelas que já têm planos desta natureza dificilmente irão eliminá-los pois os funcionários os consideram uma conquista trabalhista e, nas negociações coletivas, irão manifestar sua determinação em não perdê-los. Os recursos obtidos com esse procedimento também poderão ser cana-

lizados, via orçamento fiscal, para melhorar os programas de saúde coletiva.

Finalmente, vale destacar que o advento do Plano de Estabilização Econômica (Plano Cruzado) e o consequente congelamento de preços propiciaram, em 1986, enorme procura por planos de assistência médica privada. Na medida que estes não entrem na dedução do imposto de renda, admite-se que as famílias de média e alta renda detêm alta elasticidade-renda no que diz respeito ao consumo de bens e serviços de saúde. Convém, portanto, realizar estudos sobre co-pagamento dos serviços públicos de saúde para essas camadas da população para o que é mister aumentar a qualidade dos serviços ofertados e/ou comprados do setor privado pelo poder público.

Na realidade o co-pagamento já é prática clandestina de estabelecimentos privados de saúde ou de médicos do sistema que, face aos baixos preços pagos pelo INAMPS, cobram taxas adicionais aos previdenciários. Isto constitui grave injustiça social, principalmente para os trabalhadores de renda mais baixa que têm de pagar por serviços de saúde custeados, em tese, pelo poder público.

Os países desenvolvidos têm sido muito criativos na obtenção de recursos para financiar seus programas de saúde. A taxação de atividades poluentes, processos de trabalho insalubres ou de alto risco, produtos e mercadorias nocivas como cigarros e bebidas alcoólicas é um dos exemplos históricos dessa criatividade.

No Brasil, só agora começa-se a pensar na incorporação da saúde equânime e universal como direito de ci-

dadania social. A criatividade da proposta brasileira, especialmente no que diz respeito ao seu financiamento deve ser portanto maior para que a saúde, enquanto direito social, não seja simplesmente um artigo de ficção.

RESUMO

O propósito deste artigo é examinar a estrutura do financiamento e do gasto em saúde no Brasil, a partir de seus diferentes componentes e das instituições responsáveis pela gestão do setor.

São descritas as principais fontes públicas de recursos financeiros e tributários para o setor, em especial, o orçamento fiscal da União, o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), os demais fundos sociais federais e o orçamento dos estados e municípios.

A análise do gasto é observada, neste artigo, tanto pelo lado das instituições responsáveis pela administração dos recursos — Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Secretarias estaduais e municipais — como pela ótica dos programas e subprogramas de saúde existentes (assistência médica, saúde pública, etc.). O gasto público é, também, cotejado com o gasto privado, tendo em vista construir uma estimativa da despesa total com saúde no Brasil e sua repartição funcional.

Os impactos da crise econômica que se inicia nos anos oitenta foram responsáveis por sérios cortes nos

recursos. Nesse sentido, o artigo analisa as principais estratégias de ajuste utilizadas, em particular, pelo Ministério da Previdência Social, para fazer frente à redução dos recursos disponíveis.

Por fim, são identificadas as principais dificuldades da atual sistemática de financiamento setorial e as mudanças propostas para o sistema, desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (março de 1986) até a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (março de 1987). □

BIBLIOGRAFIA

- Banco Mundial. *Policies for Reform of Health Care, Nutrition and Social Security in Brazil*. Washington, DC, 1987. Relatório 6741-BR.
- Braga, J. C. e Góes de Paula, S. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- Brasil. Assembléia Nacional Constituinte, Comissão de Ordem Social, Sub-Comissão de Saúde, Seguridade e Meio-Ambiente. Anteprojeto. Brasília, maio de 1987. Documento mimeografado.
- Brasil. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Elementos organizacionais básicos do sistema único de saúde. Brasília, 1986. Documento mimeografado.
- Brasil. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Reforma sanitária: a hora da ação. Brasília, dezembro de 1986. Documento mimeografado.
- Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Proposta de expansão dos serviços próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social—1986/1988. Brasília, 1986. Documento mimeografado.
- Brasil. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Premissas para o orçamento. Brasília, 1986. Documento mimeografado.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Ata da Décima Reunião do Grupo de Trabalho para a Reestruturação da Previdência Social. Brasília, 13 de outubro de 1986. Documento mimeografado.

- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Planejamento do Ministério da Previdência e Assistência Social — 1987 — Primeira fase. Brasília, 1986. Documento mimeografado.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Rumos da nova previdência. Brasília, 1986. Documento mimeografado.
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASS), Fundação Serviços Especializados de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos para a Saúde. Estratégia de mudanças na saúde e na assistência médica: bases para a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro, dezembro de 1986.
- Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. Documento mimeografado.
- Centro Brasileiro de Estudos para a Saúde. A questão da reforma sanitária. Rio de Janeiro, 1986. Documento mimeografado.
- Coutinho, M. Financiamento de programas sociais com especial atenção ao atendimento médico. Campinas, 1986. Documento mimeografado.
- Fagnani, E. e Silva, P. L. B. Dilemas do reordenamento da política social na transição democrática. Trabalho apresentado no IX Encontro da Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS). Águas de São Pedro, outubro de 1985. Documento mimeografado.
- Mach, E. P. e Abel-Smith, B. *Planificación de las finanzas en el sector de la salud*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1983.
- McGreevey, W. P. Health Care and Social Security in Latin America: Achieving Equity, Efficiency and Effectiveness. Washington, D.C., Banco Mundial, Departamento de População, Saúde e Nutrição, 1985. Documento mimeografado.
- McGreevey, W. P., Pontes de Miranda Baptista, L., Gomes Pinto, V., Piola, S. F. e Magalhães Vianna, S. Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva internacional. Brasília, Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Instituto de Planejamento, 1984. Série de Estudos para o Planejamento 26.
- Médici, A. C. O financiamento do setor saúde no Brasil: propostas para a nova república. *Rev Bras Estat* 46(183-184):139-158, 1985.
- Médici, A. C. e Silva, P. L. Financiamento e custo do setor saúde no Brasil até 1986: balanço, perspectivas e opções de política. Rio de Janeiro, 1986. Documento mimeografado.
- Médici, A. C. *et al.* O financiamento da saúde no contexto da reforma sanitária. Relatório final do Grupo de Financiamento do Setor Saúde da Secretaria Técnica da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, fevereiro de 1987.
- NEPP/Universidade de Campinas. *Brasil—1985: relatório sobre a situação social do país*. Campinas, Universidade de Campinas, 1986.
- Oliveira, F. E. B. *et al.* Tendência a médio prazo da previdência social brasileira: um modelo de simulação. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Instituto de Planejamento. Brasília, 1983. Documento mimeografado.
- Rezende da Silva, F. O financiamento da política social. *Pesquisa e Planejamento Econômico (Brasil)* 19(1):123-146, 1980.
- Rezende da Silva, F. e Silva, B. A. *Fundos sociais*. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Instituto de Pesquisas, Rio de Janeiro, 1986.
- Serra, J. A crise econômica e o flagelo do desemprego. *Rev Economia Política* 4(4):5-25, 1984.
- Silva, P. L. B. A atenção à saúde como política governamental. Dissertação de mestrado. Campinas, Brasil, Universidade de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 1984. Documento mimeografado.
- Vianna, S. M. e Piola, S. Os desafios da reforma sanitária. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Instituto de Planejamento. Brasília, 1986. Documento mimeografado.

SUMMARY

FINANCING OF HEALTH POLICIES IN BRAZIL

The purpose of this article is to examine the structure of health financing and expenditure in Brazil, based on the different components and institutions that manage the sector.

The main public sources of financial and tax resources for the sector are described, and special reference is made to the national fiscal budget, the Social Security and Welfare Fund (FPAS), the Social Investment Fund (FINSOCIAL), and other federal social funds and state and municipal budgets.

Expenditure is analyzed both from the vantage point of the institutions involved in managing the resources—Ministry of Health, National Medical Care and Social Security Institute (INAMPS), state and municipal secretariats—and from the standpoint of existing health programs and subprograms (medical care, public health, etc.). Public expenditure is also compared to private expenditure, in order to estimate total health disbursements in Brazil and their functional breakdown.

The repercussions of the economic crisis of the eighties were responsible for significant cutbacks in resources. In this regard, the author analyzes the main adjustment strategies used, especially by the Ministry of Social Security, to deal with the reduction in available resources.

Lastly, the article identifies the main problems of the present system of sectoral financing and discusses changes in the system which have been proposed by the VIII National Health Conference (March 1986) and the National Health Reform Commission (March 1987).

¿Quién paga la atención de salud?

Como material de apoyo para las Discusiones Técnicas de la 40ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1987, se hizo una recopilación de varios artículos sobre la economía de la salud que habían sido publicados anteriormente en el *Foro Mundial de la Salud*, revista trimestral de la OMS. Los trabajos compilados en *Health care—who pays?*, se agrupan bajo tres encabezamientos: perspectivas y principios económicos; problemas del financiamiento de los servicios de salud, y datos empíricos en favor de los aspectos económicos de la meta de salud para todos. Para solicitar esta publicación, únicamente disponible en inglés, dirigirse a: Distribución y Ventas, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.