

FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

*Silvia Marta Porto*¹

No Brasil, na década de 80, por convênios celebrados entre o Ministério da Previdência, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, instituíram-se as ações integradas de saúde pelas quais recursos da Previdência Social seriam transferidos para os sistemas estaduais e municipais de saúde. Para estes poderem funcionar independentes do governo central, será necessário reestruturar as políticas financeiras e decisórias, de modo a permitir a verdadeira descentralização a favor das esferas locais, com a distribuição dos recursos feita de acordo com uma série de critérios que a autora especifica neste trabalho. Tudo isso exigirá tanto uma redefinição dos mecanismos de financiamento, como a reformulação do processo orçamentário, conforme explicado.

Dentre as múltiplas propostas existentes nos países da América Latina em relação à formulação de novas políticas de saúde, o fortalecimento do papel das esferas locais é, sem dúvida, uma das que goza, nos últimos anos, de maior consenso. Para subsidiar esta proposta, realizaram-se, no último quinquênio, alguns estudos e pesquisas que receberam apoio e incentivo da Organização Pan-Americana da Saúde.

Também, para subsidiar essa proposta de fortalecer o papel das esferas locais, pretende-se analisar e discutir aqui o financiamento setorial, em geral, e, em particular, o dos sistemas locais de saúde nos países da América Latina a partir das experiências em andamento no Brasil.

Cabe sublinhar que dadas as diferenças históricas, políticas, sociais e econômicas observadas, tanto entre os países da Região como entre as correspondentes esferas locais, é possível que os comentários e as propostas que se seguem não considerem a realidade específica de alguns casos concretos. Mas, apesar das diferenças, existem aspectos

comuns, pelo menos a grande parte dos países e a um conjunto significativo de sistemas locais, sobre os quais se centram as análises e propostas apresentadas. Assim, sem ter a pretensão de esgotar o tema, analisar-se-ão as características principais do financiamento setorial, priorizando as relativas aos sistemas locais de saúde, e sintetizando as propostas alternativas para a redefinição dos mecanismos de financiamento.

Por fim, entendendo sistema local de saúde como a unidade operacional básica do Sistema Nacional de Saúde, com capacidade para equacionar autonomamente a maior quantidade possível das questões de saúde que se apresentam (1) e, considerando a existência de especificidades regionais (demográficas, geográficas, epidemiológicas, de capacidade instalada, de desenvolvimento das estruturas administrativas, etc.), adotou-se, como ponto de partida, a premissa de que os sistemas locais de saúde podem estar vinculados tanto às esferas governamentais estaduais como às municipais ou distritais.

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Endereço: R. Leopoldo Bulhões 480, Manguinhos, 21.041-Rio de Janeiro, RJ Brasil.

FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA AMÉRICA LATINA

Na maioria dos países da América Latina, as políticas públicas de saúde têm sido financiadas, fundamentalmente, pelas seguintes fontes:

- recursos do orçamento federal, ou da União,
- recursos da Previdência Social e
- recursos dos orçamentos estaduais e municipais.

Cabe também mencionar que, em alguns países da Região, existem também fundos sociais especiais, administrados a nível federal e geralmente criados com o objetivo de recuperar a capacidade de investimento dos diferentes programas sociais do setor público. Este objetivo nem sempre foi cumprido, já que, em muitos casos, os recursos arrecadados foram usados para favorecer a expansão da iniciativa privada e, em outros, acabaram financiando despesas correntes dos ministérios sociais.²

Entretanto, deve-se observar que, em muitos países, e especificamente no Brasil, a principal fonte de financiamento setorial são os recursos da Previdência Social.

Orçamento do Tesouro Nacional

As verbas alocadas através do orçamento da União, também chamado de orçamento fiscal ou orçamento do Tesouro Nacional, são, fundamentalmente, de origem tributária, e a arrecadação dos impostos in-

diretos constitui a preponderância das fontes que compõem a receita tributária.³ No ano de 1981, por exemplo, do total dos recursos fiscais federais, os impostos incidentes sobre bens e serviços (existem outros impostos indiretos), por si só, representaram: no Uruguai, 58,2%⁴; na Argentina, 52,3%⁴; no Chile, 48,2%⁴ e no Brasil, 42,7%⁴ (2).

Quanto à composição dos impostos diretos (em princípio considerados menos regressivos que os indiretos), deve-se mencionar a importância que o imposto sobre a remuneração do trabalho assalariado assumiu em alguns países. Em outras palavras, o trabalho foi penalizado em função do capital, favorecendo, assim, o processo de acumulação do capital necessário para a implementação e aprofundamento do modelo de desenvolvimento "dependente-associado" (3).

Em relação à incidência do ônus tributário sobre os rendimentos dos distintos segmentos sociais, serve como exemplo o caso brasileiro onde: "... a carga tributária mais elevada incide sobre os que recebem menos de um salário mínimo mensal, que destinam cerca de 36% de seus rendimentos ao pagamento de impostos, a menor carga tributária incide sobre os que ganham mais de cem salários mínimos por mês, cerca de 14%. Entre ambas as classes de rendimentos, o volume de impostos como proporção da renda declina continuamente" (4).

Esse grau de regressividade, ao igual que o observado em sistemas tributários da maioria dos países da Região, está determinado pela mencionada preponderância dos impostos indiretos, pela utilização de alíquotas únicas que penalizam por igual os diferentes tipos de produtos (básicos e supérfluos) e pela incidência diferenciada que o consumo tem sobre os rendimentos dos distintos segmentos sociais (as populações de mais baixa renda destinam praticamente

² Exemplo: Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), introduzidos no Brasil nos anos de 1974 e 1982, respectivamente.

³ São considerados impostos diretos aqueles em que o próprio contribuinte arca com o ônus da contribuição e impostos indiretos os repassados total ou parcialmente a terceiros pessoas.

⁴ Percentuais calculados a partir de dados publicados pelo Banco Mundial em julho de 1984, sobre o desenvolvimento mundial.

100% da renda familiar para a cobertura de suas necessidades básicas, proporção que diminua à medida que aumenta a renda).

No que tange o empenho de recursos do orçamento nacional para financiar a função saúde, a tabela 1 permite verificar que mais de 70% dos países da América Latina e do Caribe destinaram, nos anos analisados, menos de \$US 30,00 anuais, *per capita*, para esse fim. Isso se torna ainda mais grave em face dos sistemas tributários da maioria dos países da Região estarem concentrados na esfera nacional.

Pelo exposto, pode-se concluir que, na maioria dos países da América Latina a política tributária não é condizente com a sustentação de um sistema de saúde norteado pelos princípios do *Welfare State* (5).

Previdência Social

Dentre as diferentes fontes de financiamento do setor saúde, os recursos da Previdência Social têm sido os que mereceram maiores estudos e análises por parte de profissionais da área.

É a partir desses estudos que se tentará sintetizar as principais características dessa fonte para os países da Região. Embora existam algumas diferenças entre as sistêmicas de financiamento das seguridades sociais dos países da América Latina, uma coisa é certa: a maioria tem como principais fontes de financiamento as contribuições compul-

TABELA 1. Evolução dos gastos federais com saúde, per cápita (exceto previdência social), nos países da América Latina e das Antilhas, 1970-1984. (Em dólares de 1982)

Países	Anos de referência				
	1970	1978	1980	1982	1984
Argentina	7,98	11,47	11,38	6,03	9,80
Bahamas	...	257,19	220,71	210,43	224,38
Barbados	127,46	188,65	151,16	115,47	118,98
Bolívia	5,82	7,33	10,94	2,44	...
Brasil	10,66	23,34	23,89	27,34	...
Colômbia	6,04	8,22	8,34	7,89	...
Costa Rica	13,61	20,88	29,16	16,76	24,34
Chile	21,16	21,61	27,08	25,99	20,64
Equador	2,83	10,67	12,69	14,70	13,16
El Salvador	...	12,47	12,90	10,81	8,72
Guatemala	...	14,50	22,47	18,34	9,38
Guiana	...	21,96	...	...	...
Haiti	2,44	3,03	2,70	3,81	...
Honduras	8,97	15,42	15,44	15,74	13,09
Jamaica	49,72	60,18	64,63	64,10	52,70
México	...	8,24	8,16	...	...
Nicaragua	10,13	27,27	34,50	38,01	...
Panamá	...	20,65	33,46	34,97	...
Paraguai	3,83	6,18	6,36	13,51	10,83
Peru	...	12,18	10,96	...	17,58
República Dominicana	14,78	...	24,07	14,09	12,87
Suriname	...	...	10,30	8,28	...
Trinidad e Tobago	...	42,89	41,58	80,15	70,41
Uruguai	...	20,79	25,69	21,52	...
Venezuela	34,93	48,93	32,31	38,22	...

Fonte: Dados não publicados do Banco Interamericano de Desenvolvimento. In: P. Musgrove, 1987. Citado em Médica, A. C. "Saúde e Crise na América Latina (Impostos Sociais e Políticas de Ajuste)", março de 1988. Documento mimeografado.

sórias dos trabalhadores e das empresas, ambas baseadas quase que unicamente na folha de pagamento.⁵ Conseqüentemente, sua receita se torna extremamente vulnerável, em vista dos períodos de crise econômica caracterizados por redução do montante salarial (aumento da taxa de desemprego e redução do valor real dos salários).

Por outra parte, essa base de contribuição acaba penalizando proporcionalmente mais às empresas que fazem uso intensivo da mão-de-obra (geralmente pequenas e médias empresas). Cabe lembrar que, deste ponto de vista econômico, a contribuição dos trabalhadores pode ser considerada como um imposto direto e a das empresas, como um imposto indireto. À essa dinâmica impositiva das contribuições deve-se somar a preponderância da contribuição das empresas na composição do total da receita.

Segundo disse Mesa-Lagos: “. . . En 14 de los países latinoamericanos el porcentaje de cotización asignado al asegurado es inferior a um tercio del porcentaje global de cotización salarial, en otros cinco países el porcentaje del asegurado fluctúa entre un tercio y la mitad del porcentaje global . . .” (6). Dessa forma, pode-se concluir que a maior parte dos recursos acabam sendo pagos pelo conjunto da sociedade, inclusive por aqueles que não são beneficiários do sistema.

A regressividade na captação dos recursos é ainda maior nos países que contam com tetos (valores máximos) de contribuição. No Brasil, por exemplo, a contribuição do trabalhador varia entre 8,5 e 10,0,⁶ segundo a faixa salarial, sendo 20 salários mínimos o teto para contribuição. Conseqüentemente, “quem recebe um salário mínimo desconta 8,5% enquanto que aquele que recebe cem salários mínimos contribui com cerca de 2% (7).

Como fontes de financiamento secundárias devem-se mencionar os recursos do Estado, alocados através dos correspondentes orçamentos fiscais e, em alguns países, o pagamento por parte dos assegurados de co-seguros (tickets moderadores) em geral, implementados a partir de percentuais incidentes sobre o valor das práticas ambulatoriais. Esta última fonte de recursos, em termos gerais, tem aumentado a iniquidade dos sistemas, por significar uma diminuição das oportunidades de acesso dos segmentos populacionais de baixa renda em conseqüência da utilização de alíquotas iguais para todos os usuários, independentemente do nível de renda.

Quanto à alocação dos recursos, cabe lembrar o caso particular das seguridades sociais que não contam com alíquotas específicas para a saúde (caso do Brasil). Nestes casos, a alocação de recursos para a função saúde é efetuada em forma residual, isto é, “Dado que o pagamento de benefícios pecuniários é passível de um controle muito maior por parte da sociedade do que a qualidade da assistência médica, a esta são alocados os recursos que sobram após a alocação da verba necessária para o pagamento daqueles benefícios” (8). Assim, nos períodos econômicos recessivos, os recursos para a saúde têm sofrido reduções maiores do que as observadas em relação ao total das receitas arrecadadas.

Em quase todos os países as prioridades são: cobertura das populações urbanas, a medicina curativa e individual, e a participação dos produtores privados em detrimento tanto dos serviços próprios da seguridade social quanto das instituições públicas.

⁵ No Brasil, a partir do novo texto constitucional, a contribuição das empresas incide sobre: a folha de pagamento, o faturamento e o lucro líquido.

⁶ No Brasil não existe uma alíquota específica para a saúde. Assim, os percentuais mencionados representam a contribuição global para benefícios pecuniários e saúde.

Orçamentos estaduais e municipais

Pode-se discriminar a receita dos estados e municípios alocada através dos correspondentes orçamentos, em:

- receitas próprias (principalmente de origem tributária),
- recursos de transferências (em geral de origem federal, podendo originar-se de impostos partilhados ou de negociações de projetos específicos) e
- receitas de operações de crédito (originadas fundamentalmente de empréstimos, tanto internos como externos).

Em termos gerais, as receitas próprias dos governos locais (estaduais e municipais) dos países da América Latina têm como fontes principais impostos que incidem sobre o consumo (como, por exemplo, impostos sobre a circulação de mercadorias ou sobre o valor adicionado) e impostos sobre a propriedade.

O volume dos recursos arrecadados, a partir de impostos que incidem sobre o consumo, está determinado pelo nível de renda (geralmente em função do salário, nos países da Região) e pela definição de poupança da população (9). Isto quer dizer que, em períodos de crise econômica, as receitas próprias arrecadadas, a partir desse tipo de impostos, sofrem importantes diminuições. A captação desse tipo de recursos será mais regressiva quanto menos discriminadas forem as alíquotas de contribuição.⁷

Por sua vez, os impostos sobre a propriedade (geralmente explorados pelos governos municipais) têm mostrado, também, desempenhos variáveis em consequência das elevadas taxas inflacionárias e da falta de atualização dos correspondentes cadastros de propriedade. Além disso, este tipo de im-

posto pode ser transferido a terceiras pessoas, aos locatários, quando a propriedade é alugada, e aos consumidores, no caso de propriedades comerciais. À regressividade introduzida pela transferência do ônus impositivo, soma-se a provocada pela não utilização de alíquotas diversificadas, segundo o valor da propriedade.

Como já mencionamos, ao analisar os recursos do orçamento da União, a esse crítico quadro deve-se acrescentar o alto grau de centralização das receitas tributárias na esfera federal. Por exemplo, no período 1974-1986, do total de recursos governamentais (federais, estaduais e municipais), os governos locais (estaduais e municipais) foram responsáveis por: na Argentina, aproximadamente 30%; no Brasil, pouco mais de 20%; na Colômbia, menos de 20% e no México, pouco mais de 15% (10). Cabe lembrar, para dimensionar melhor a centralização mencionada, que no mesmo período os governos locais da Iugoslávia foram responsáveis por aproximadamente 72% do total da receita governamental (10).

Deve-se também destacar que na maioria dos casos da Região, a relação entre recursos próprios e despesas totais demonstra situações deficitárias (10). Em outras palavras, em quase todos os casos, os governos locais dependem dos recursos transferidos pela esfera federal.

Ao analisar a composição da receita dos governos locais no Brasil, a questão da dependência será estudada mais a fundo.

Como se pode observar na tabela 2, no período 1975-1984, as receitas próprias representaram entre 65,6 e 70,9% do total dos recursos dos governos estaduais, as de transferência oscilaram entre 16,6 e 21,0% e as de operações de crédito entre 8,1 e 16,6%. Assim, entre 65 e 70% dos gastos dos governos estaduais têm sido autofinanciados por estes, dependendo dos recursos de transferência e dos empréstimos para honrar os 30 a 35% restantes.

Entretanto, a análise das receitas dos governos estaduais, por região, mostra diferenças significativas. Enquanto nas regiões Sul e Sudeste os recursos dos governos

⁷ Ver os comentários feitos em relação aos impostos indiretos arrecadados pelos governos federais, sob o título "Orçamento do Tesouro Nacional".

TABELA 2. Composição percentual das receitas consolidadas dos governos estaduais, por região, segundo classificação da receita. Brasil, 1975-1984

Regiões	Classificação da receita	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Norte	Própria	36,2	31,9	38,2	34,5	43,4	52,6	47,6	34,8	38,3	39,4
	De transferência	63,8	54,4	58,4	57,1	54,6	42,9	48,6	57,5	59,0	59,7
	De operações de crédito	...	13,7	3,4	8,4	2,0	4,5	3,8	7,7	2,7	0,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nordeste	Própria	50,4	48,7	51,5	48,9	47,9	50,0	46,3	48,4	51,1	51,9
	De transferência	39,3	36,5	42,3	39,5	37,7	32,7	34,5	37,0	37,7	33,4
	De operações de crédito	10,3	14,8	6,2	11,6	14,4	17,3	19,2	14,6	11,2	14,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sudeste	Própria	72,2	70,2	77,3	75,4	74,5	77,3	75,9	75,1	79,1	76,5
	De transferência	10,5	13,3	13,8	12,2	12,2	9,6	9,8	10,6	10,3	9,7
	De operações de crédito	17,3	16,5	8,9	12,4	13,3	13,1	14,3	14,3	10,6	13,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sul	Própria	70,5	72,1	75,9	64,2	77,3	73,9	70,3	67,3	62,6	66,5
	De transferência	11,6	13,9	15,2	15,3	5,1	12,9	12,0	11,6	11,0	11,2
	De operações de crédito	17,9	14,0	8,9	20,5	17,6	13,2	17,7	21,1	26,4	22,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Centro-oeste	Própria	50,5	52,9	52,6	57,4	47,2	51,8	51,5	50,6	47,7	52,0
	De transferência	33,6	38,5	42,5	39,0	44,8	39,0	38,8	39,7	33,6	28,2
	De operações de crédito	15,9	8,6	4,9	9,6	8,0	9,2	9,7	9,7	18,7	19,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Brasil	Própria	67,3	65,8	70,9	66,8	66,2	69,5	66,9	65,6	66,2	66,1
	De transferência	16,6	18,8	21,0	19,8	20,2	17,2	17,9	19,4	19,4	18,2
	De operações de crédito	16,1	15,4	8,1	13,4	13,6	13,3	15,2	15,0	14,4	15,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

estaduais apresentaram composições similares à média nacional, nas regiões Nordeste e Centro-oeste, as receitas próprias só representaram cerca de 50% do total dos recursos e, na região Norte, a principal fonte de recursos foram as receitas de transferência, ficando por conta das receitas próprias, na maioria dos anos analisados, menos de 40% do total dos recursos.

No caso dos governos municipais, a composição dos recursos manifesta um grau de dependência ainda maior. Por

exemplo, em 1984 os governos municipais autofinanciaram, em média, cerca de 42% de suas despesas, sendo que na região Centro-oeste a mesma relação não chegou a 34% e na região Norte não foi além de 24% (tabela 3).

O caso brasileiro também é interessante para ilustrar a conhecida retração dos orçamentos estaduais ou municipais, destinados ao financiamento dos sistemas locais

de saúde, em função do aumento das transferências do governo central vinculadas ao setor saúde. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, pode-se comprovar que nos dois primeiros anos de implementação das ações integradas de saúde houve uma diminuição no volume de recursos do Tesouro Estadual alocado à correspondente Secretaria de Saúde.⁸ Assim, nos primeiros dois anos, o total dos recursos disponíveis foi menor do que se estimava e as transferências atuaram como substitutas dos recursos próprios (tabela 4).

Cabe sublinhar que o denominado "efeito substitutivo" ocorre, principalmente, nos períodos de crise econômica, em consequência da diminuição dos recursos próprios das esferas locais.

Outra particularidade observada no caso do Estado do Rio de Janeiro foi o aumento do empenho dos recursos próprios do correspondente sistema local de saúde para o pagamento das despesas de pessoal.

TABELA 3. Composição percentual do total da receita dos governos municipais, por região, segundo classificação. Brasil, 1984

Classificação da receita	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Total
Própria	23,93	28,67	46,11	43,95	33,67	42,37
De transferência	58,60	66,86	42,12	54,23	59,82	47,72
De operações de crédito	17,47	4,47	11,77	1,82	6,51	9,91
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

TABELA 4. Evolução dos recursos próprios e de transferência da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. 1984/1987. Valores constantes em mil cruzados de 1987

Ano	Recursos próprios	% Anual	Recursos de transferência	% Anual	Total	% Anual
1983	2 592 192,6	...	...	...	2 592 192,6	...
1984	2 401 163,1	-7,4	243 834,5	...	2 644 997,6	+2,0
1985	2 019 544,9	-15,9	493 925,0	+205,1	2 513 469,9	-5,0
1986	4 704 313,0	+132,9	455 969,5	-7,7	5 160 282,5	+105,3
1987	4 738 624,3	+0,7	1 516 288,3	+232,5	6 254 912,6	+21,2

Índice utilizado: Índice geral de preços (IGP).

⁸ No Brasil, para fazer face à crise financeira da Previdência Social (que alcançou seu ponto mais crítico nos primeiros anos da década de 80), tomaram-se uma série de medidas "saneadoras". No campo da assistência médica, equivocadamente considerada responsável pela elevação dos gastos (naquele momento pouco mais de 20% do gasto total da Previdência), foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) com a finalidade de promover a reorganização e o aperfeiçoamento do modelo de atenção médica. Este Conselho elaborou o "Plano de Reorganização da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social" que, entre outras medidas, propunha

maior e melhor utilização da rede pública em serviços básicos de saúde. Para tanto, foram assinados convênios trilaterais (Ministério da Previdência/Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais da Saúde), posteriormente denominados de "Ações Integradas de Saúde" que, quanto ao financiamento, representaram a transferência de recursos da Previdência Social para os sistemas estaduais e municipais de saúde.

Em 1984, 65,5% dos recursos próprios destinaram-se a cobrir a folha de pagamento; em 1985, 1986 e 1987 essa porcentagem foi de 71,3, 84,1 e 95,3%, respectivamente (2). Este aumento progressivo do empenho dos recursos próprios para financiar a folha de pagamento foi, em certa medida, determinado pelas limitações impostas pela Previdência Social em relação à colocação dos recursos transferidos (vinculados prioritariamente às despesas de custeio, excluindo pessoal, e às despesas de capital).

Apesar das diferenças existentes, pode-se assinalar que, na maioria dos países da Região, os recursos dos sistemas locais de saúde, especialmente os correspondentes à esfera municipal, foram, prioritariamente, destinados ao financiamento de programas de assistência médica ambulatorial.

PROPOSTAS ALTERNATIVAS PARA O FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

A análise realizada acima contém implicitamente uma série de propostas para a redefinição dos mecanismos de financiamento do setor saúde, em geral, e dos sistemas locais de saúde, em particular. Por exemplo, no caso do Brasil, a existência de múltiplas fontes administradas fracionadamente por diferentes instituições indica haver necessidade de formação de fundos únicos, de unicidade administrativa e de unificação institucional. Os fundos únicos (federal, estadual e municipal) estariam constituídos pelo total dos recursos atualmente destinados à área da saúde nos diferentes níveis do sistema.

Para que essa proposta não termine por aprofundar a centralização dos recursos a nível da esfera federal, deve ser acompanhada de uma política de real descentralização, não só dos recursos mas também do processo decisório, em favor das es-

feras locais. A descentralização deverá abranger tanto os recursos fiscais federais, como as contribuições compulsórias que financiam as ações de saúde da Previdência Social, e cumprir uma função redistributiva que diminua a dívida social do Estado para com os segmentos sociais mais desfavorecidos.

Assim, a distribuição dos recursos correntes deveria ser feita, automaticamente, através da combinação dos seguintes critérios (11):

- o número de habitantes,
- a renda *per capita*,
- a contribuição real dos governos locais para o sistema de saúde com seus recursos próprios no exercício anterior,
- o comportamento de indicadores de eficiência, equidade e qualidade da prestação de serviços de saúde,
- o comprometimento dos governos locais com a prestação de serviços de alta complexidade cuja cobertura extrapole a área geográfica sob sua jurisdição e
- o gasto direto do governo federal junto aos governos locais para serviços de natureza regional e local e para o pagamento do pessoal federal cedido ao sistema local de saúde.

Os recursos para os investimentos seriam alocados a partir da análise e da avaliação dos projetos apresentados pelos níveis locais, com prioridade para os que objetivem a extensão horizontal dos serviços e a cobertura dos déficits assistenciais, que sejam coerentes com o quadro epidemiológico da microrregião e que respondam ao grau de resolutividade definido para o nível local.

As transferências do Fundo Único Federal de Saúde para os sistemas locais, municipais e distritais, serão efetivadas diretamente sem necessidade da intermedia-

ção das esferas estaduais, a não ser na elaboração das propostas orçamentárias que deverão ser feitas de forma integrada entre os diferentes níveis do sistema. Os recursos transferidos pelos sistemas estaduais para os sistemas municipais ou distritais, seguiriam os mesmos critérios estabelecidos para a descentralização dos recursos federais.

Por outra parte, a regressividade que tem caracterizado a captação dos recursos destinados ao financiamento setorial poderia ser diminuída a partir da redução da participação dos impostos indiretos e da implementação de alíquotas progressivas — tanto para os impostos como para as contribuições sociais — pela eliminação dos tetos contributivos e pela isenção contributiva das populações com menor nível de renda.

No caso específico das contribuições pagas pelas empresas, além das mudanças mencionadas (e objetivando aumentar a participação das empresas que usam tecnologia e capital intensivamente), caberia diversificar a base contributiva (por exemplo, folha de pagamento e lucro líquido), especialmente para aquelas empresas em que o capital atua unicamente como substituto da mão-de-obra, sem apresentar benefícios como, por exemplo, a redução da jornada de trabalho (12).

A diminuição da vulnerabilidade das receitas em períodos de crise econômica pode, por sua vez, ser obtida mediante a diversificação das bases de contribuição e pela redução da participação das fontes incidentes sobre os rendimentos do trabalho assalariado e sobre o consumo.

No que tange o relacionamento com o setor privado, seria fundamental que tanto a instalação quanto o funcionamento dos serviços fossem autorizados e controlados pelas autoridades das esferas locais correspondentes. Convém mencionar que a implementação de algumas das propostas

expostas obrigará não só a redefinição dos mecanismos de financiamento como a reformulação do processo orçamentário. Por exemplo:

□ Não se alcançará a unificação, a nível orçamentário, pela simples superposição das partes envolvidas, mas pela homogeneização e redefinição das aberturas programáticas, visando eliminar duplicações e aumentar a transparência, tanto em relação às atividades a serem desenvolvidas como no referente ao destino dos recursos.

□ A descentralização implicará na redefinição das unidades orçamentárias e na elaboração de novos instrumentos de avaliação e de controle.

Em suma, se a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, é necessário aumentar a participação dos recursos fiscais para financiar o setor saúde.

REFERENCIAS

- 1 Brasil, Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Síntese da Coordenação dos Grupos Técnicos como Contribuição ao Documento Final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. CNRS, Documento III, Brasília, 1987.
- 2 Porto, S. M. Financiamento do Setor Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração Pública, 1989. Tese de Mestrado.
- 3 Degrandi, J. O. Determinantes Históricos do Sistema Tributário Pós-64. *Revista do Centro de Ciências Sociais e Humanas*, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, julho/dezembro, 1984, pp. 24-46.
- 4 Serra, J. A Crise Econômica e o Flagelo do Desemprego. *Rev Econ Publ* [São Paulo] 4(4):45-59, 1984.
- 5 Teixeira, S. M. F. O Custo Social do Pagamento da Dívida na América Latina. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração Pública, Rio de Janeiro, abril de 1989. Documento mimeografado.
- 6 Mesa-Lago, C. *El desarrollo de la Seguridad Social en América Latina*. Santiago, Chile, 1985. Estudios e Informes del CEPAL 43.

- 7 Rezende, F. e Azeredo, B. Contribuições Sociais. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, Textos para discussão interna nº 107, Rio de Janeiro, 1987.
- 8 Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Relatório da Pesquisa "Análise de Políticas Alternativas para o Financiamento do Setor Saúde no Brasil", coordenada por Adolfo Horácio Chorny. Rio de Janeiro, 1987.
- 9 Médice, A. C. Considerações sobre o Financiamento dos Sistemas Locais de Saúde no Brasil (versão preliminar). Rio de Janeiro, 1988. Documento mimeografado.
- 10 Banco Mundial. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, 1988*. Publicado pela Fundação Getúlio Vargas para o Banco Mundial. Rio de Janeiro, 1988.
- 11 Vianna, S. M. Equidade nos Serviços de Saúde. Documento elaborado para o I Seminário sobre Economia e Financiamento do Setor Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, junho de 1989.
- 12 Chorny, A. H. Correção do Financiamento do Setor Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
-

SUMMARY

FINANCING OF LOCAL HEALTH SYSTEMS

During the 1980s, under agreements between the Ministry of Social Welfare, the Ministry of Health, and the State Secretariats of Health, integrated health actions were instituted in Brazil, through which funds from Social Welfare were transferred to the state and municipal health systems. In

order for these systems to be able to function independently of the central government, financial and decision-making policies will have to be restructured to permit true decentralization at local levels, through the distribution of resources in accordance with criteria specified by the author in this paper. This will require both redefinition of financing mechanisms and reformulation of the budgetary process.