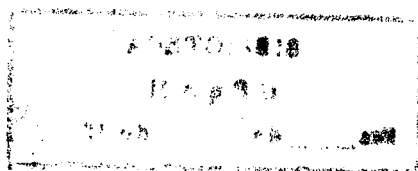


FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

O Financiamento da Política
de Saúde no Brasil - SUS



Dezembro de 1999

(043.41)"1999"
C626f
Ex.2

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

O Financiamento da Política
de Saúde no Brasil - SUS

Trabalho apresentado pelas discentes: *Flávia da Silva Clemente, Maria da Conceição Fraga e Rosana Marques*, sob orientação do docente *Humberto Costa*, como requisito necessário à conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública.

Dezembro de 1999.



AGRADECIMENTOS

À Deus, que no cotidiano vem demonstrando o poder de sua palavra, tomando em suas mãos nossos destinos, e nos possibilitando superar os desafios por meio da fé;

Aos nossos pais, pela qualidade dos ensinamentos que permeiam nossas vidas, por serem modelo de luta, coragem, fé e manterem viva a esperança em dias melhores para todos;

Aos nossos familiares: irmãos, avós, avôs, tios, tias, primos e primas, vocês são relevantes, nunca esqueçam que a união faz a força e ameniza o sofrimento;

A Humberto Costa, pela atenção nas orientações dadas no decorrer deste trabalho;

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para o nosso sucesso profissional e pessoal. Em especial as nossas colegas de turma.

Flávia, Conceição e Rosana.

“... sendo mortal e, por conseguinte, imperfeito, o homem sempre se verá como parte de uma realidade infinita que o circunda e sempre se achará em luta contra ela. Volta e meia se defrontará com a contradição construída pelo fato de ser ele um ‘eu’ limitado, e ao mesmo tempo fazer parte de um todo ilimitado”.

Ernest Fischer

“O que afeta diretamente uma pessoa, afeta a todos indiretamente”.

Martin L. King

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	06
INTRODUÇÃO.....	07
HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL	09
FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA SEGURIDADE SOCIAL	17
A CRISE DO FINANCIAMENTO NA DÉCADA DE 90	23
SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE	27
A PROPOSTA DO BANCO MUNDIAL PARA A SAÚDE	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
BIBLIOGRAFIA	36

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH - Autorização de internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FUNFURAL - Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social

LOPS - Lei Orgânica de Saúde

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PIB - Produto Interno Bruto

PPA - Plano de Pronta Ação

PREV-SAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde

SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

O financiamento das políticas de saúde é um assunto atual e de grande relevância, pois mobiliza vários setores da sociedade civil e implica na discussão do novo papel do Estado e na definição dos direitos da cidadania em relação às formas de viabilização e manutenção do sistema de saúde.

Isto posto, vemos que a década de noventa tem sido marcada pelas profundas mudanças ocorridas na dinâmica do capitalismo internacional, decorrente do esgotamento do ciclo de expansão do mesmo na década de 70, gerando a crise fiscal do Estado de Bem-Estar Social.

Neste contexto, a doutrina econômica liberal é reeditada com a denominação de neoliberalismo, para atuar como nova ideologia capitalista. Este modelo defende a tese da construção de um Estado mínimo e forte, com o mercado sendo entendido “como a melhor forma de consecução do bem-estar coletivo” (Brandão, 1991).

Dessa forma, a busca da estabilidade monetária e do controle inflacionário, por meio de uma rígida disciplina orçamentaria com limitação de gastos sociais, torna-se a preocupação central dos países que adotam esse modelo econômico, dentre eles o Brasil a partir dos anos 90.

No que tange ao setor saúde no nosso país, no período inserido entre o final da década de 70 e decorrer da década de 80, vislumbramos que o sistema de proteção corporativista existente sofre uma transformação, propiciando a formalização na Constituição de 1988, do conceito de seguridade social, que abrange no seu interior as políticas de saúde, assistência e previdência social.

Assim, a nova Constituição estabelece como relevantes as ações e serviços de saúde e define como de poder público sua regulação, fiscalização e controle. Cria também o Sistema Único de Saúde, composto por uma rede regionalizada e hierarquizada que tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (C.F., art.198).

Inserir também no seu contexto o princípio da universalidade, em que todos os indivíduos independentemente da religião, raça, sexo, classe social entre outros têm direito à saúde.

No entanto, na saúde ocorre uma clara disputa entre os setores que representam o projeto da reforma sanitária de cunho universalista, com a saúde sendo garantida pelo Estado, e os conservadores que defendem a adoção do projeto neoliberal, cujo princípio da universalidade é rompido.

Em decorrência da ampliação das responsabilidades do Estado, torna-se necessária a criação de novas fontes de receitas mais estáveis e diversificadas. Dessa forma, os recursos do orçamento da

seguridade social, partilhado com a previdência e assistência social, as verbas dos orçamentos fiscais da União, Estado e municípios, além de outras fontes passam a financiar o SUS.

Após a promulgação da Carta Magna, o financiamento do setor saúde vem apresentando insuficiência de recursos, surgindo a partir daí propostas de soluções para esta questão, de vertentes universalista e neoliberal.

Neste âmbito, o principal motivo que nos levou a escolher esta temática, foi o fato de percebermos que com a adoção do neoliberalismo, como nova ideologia capitalista, a partir da crise do Estado de Bem Estar Social, o processo de desfinanciamento do setor saúde vem ocorrendo, propiciando toda uma desestruturação da política de saúde brasileira.

Objetivamos neste contexto o seguinte:

Objetivo geral:

- Avaliar a aplicação da manutenção dos princípios da política de saúde brasileira, aprovados na Carta Magna de 1988, a partir do financiamento.

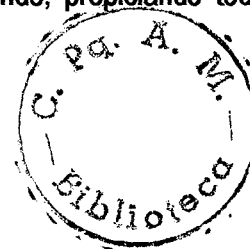
Objetivos Específicos:

- Descrever a trajetória do financiamento do setor saúde no Brasil;
- Descrever as mudanças relativas ao financiamento do setor saúde, oriundas da constituição de 1988;
- Descrever a proposta de financiamento para o setor saúde, advindas do Banco Mundial.

Para alcançar esse propósito, realizamos pesquisa e leitura bibliográfica, abrangendo livros, revistas, periódicos sobre as categorias teóricas trabalhadas. Utilizamos como instrumentos a pesquisa documental e escolhemos o método análise de conteúdo, em que desenvolvemos a metodologia em torno da análise dirigida com fins precisos.

Neste trabalho de conclusão de curso pretendemos realizar inicialmente um resgate histórico do financiamento da saúde no Brasil, descrevendo os acontecimentos relevantes ocorridos no período que se estende do ano de 1923 aos dias atuais.

Em seguida, abordaremos questões referentes à crise financeira do setor saúde na década de 90, o crescimento do sistema suplementar de saúde e a proposta do Banco Mundial para o financiamento da saúde nos países de economia periférica como o Brasil .



Nas considerações finais, realizamos uma reflexão sobre a questão do financiamento, descrevendo acerca das dificuldades e possibilidades existentes para a manutenção do SUS.

HISTÓRICO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE DO BRASIL

Em 1923 há a promulgação da Lei n.º4682 – Lei Eloy Chaves – que vai se constituir na primeira iniciativa de financiamento da assistência à saúde no Brasil, regularizando a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps.).

As CAPs, organizadas no âmbito de cada empresa, eram financiadas, segundo Oliveira e Teixeira (1986), pelas empresas, com 1% de sua renda bruta, pelos trabalhadores, com 3% dos respectivos vencimentos, consumidores dos serviços das mesmas e por fontes menores e eventuais de recursos. A primeira delas foi a dos ferroviários, em 1923. Elas previam assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadorias, pensões e auxílio pecuniário para funeral.

No entanto, é válido atentar para o fato que o Estado participava do financiamento e da administração das CAPs de forma indireta, por meio das contribuições de tarifas e serviços correspondentes a 1,5% e criando ou aumentando impostos.

Quanto ao mecanismo de administração, vemos que eram dirigidos por um conselho formado por representantes das empresas e dos empregados. O poder público tinha o papel de controlador ou mediador de conflitos entre administradores das caixas e segurados.

Nos anos de 30 a 45, no governo de Getúlio Vargas, o modelo previdenciário vigente na década de 20 (CAPs) é modificado, com o gasto por segurados começando a decrescer. Este fato ocorre devido ao aumento do número de segurados o que corresponde a um aumento da despesa, principalmente em relação aos benefícios pecuniários.

Com o aumento do número de segurados, os serviços com assistência médica também se ampliam. No entanto, a expansão dos gastos com assistência médica não acompanha o crescimento do número de segurados. Desta forma temos uma transformação no modelo de previdência social, criando-se nesse processo, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Os IAPs tinham como características: a organização dos fundos por categoria profissional; serem constituídos como autarquias, possibilitando maior controle estatal; igualdade no recebimento dos benefícios por categoria em nível nacional, respeitando as diferenças salariais e vinculação dos sindicatos e sistemas previdenciários (Braga e Paula, 1981).

Nos IAPs, a assistência médica não será tida como atribuição central, mas sim as aposentadorias e pensões, como nos descreve Oliveira e Teixeira (1986) :

[...] os serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar absolutamente não são encarados como uma atribuição das instituições previdenciárias. Estas são destinadas a conceder aposentadorias e pensões. Este é o seu fim, sua atribuição específica, sua obrigação contratual para com os associados, sua natureza.

Dessa forma houve uma distinção entre prestação de serviços de saúde e concessão de benefícios.

Ainda conforme os autores citados, vemos que a atitude contencionista do Estado, feita no intuito de promover a acumulação, com assistência médica sendo relegada a segundo plano, é de natureza político-econômica, organizando as instituições de previdência social na lógica do seguro social ou do seguro comercial privado, que possibilitará um profundo déficit financeiro nestas instituições.

Ressalta-se, que as contribuições nos IAPs eram oriundas dos empregados, empregadores e da União, está última de forma direta, constando em lei, diferentemente das CAPs, onde sua contribuição se dava de forma indireta.

Outro fato importante acerca do financiamento é a fase inserida entre as décadas 50 e 60, que tem como marco a tentativa governamental de viabilizar o desenvolvimento econômico por meio da industrialização do país, determinando um profundo crescimento dos centros urbanos e conseqüentemente das demandas ao setor saúde.

É neste contexto, de acordo com Braga e Paula (1981), que a saúde pública é tida como questão social, o que não vem contribuir para sua priorização na política de gastos por parte do governo. Fato decorrente, tanto da concentração de recursos para o processo de industrialização, quanto da falta de pressões sociais para a promoção de uma reforma tributária do Estado.

Tais questões propiciaram uma profunda escassez de recursos nos serviços de saúde pública, comprometendo o atendimento à população.

Assim, é criado em 1953 o Ministério da Saúde tendo um papel secundário na política governamental, devido às questões já citadas anteriormente. Ressalta-se que foram elementos fundamentais na sua formação as campanhas sanitárias e a centralização de serviços.

Os autores supra citados, descrevem que o regime de capitalização tornou-se inviável a partir dos anos 60 devido à escassez de capital e à insuficiência dos rendimentos das aplicações, associadas ao grande crescimento das despesas em relação às receitas, ocasionando o desaparecimento do excedente

para investimentos. Dessa maneira, a desigualdade de crescimento entre massa de contribuintes ativos de um lado e de trabalhadores inativos de outro é fator importante para desequilíbrio, pois entre 1950 e 1960 os contribuintes cresceram na proporção de 100/142; os aposentados de 100/289 e os pensionistas de 100/223.

Vemos que o padrão contencionista realizado no período anterior não conseguiu se estabelecer, pois com a elevação das despesas, a diminuição dos saldos, os esgotamentos das reservas e os déficits orçamentários, tornou-se impossível a manutenção desse regime.

Desta forma, surgem os questionamentos acerca do padrão de política pública existente, que delegava ao desenvolvimento industrial a capacidade de resolver os problemas sociais, dentre eles a saúde.

Neste período, surgem movimentos sociais com o intuito de promover uma reforma sanitária do Sistema de Saúde, adiada em função da instauração do autoritarismo em 1964.

Pela vertente econômica, os governos militares, segundo Vicentino (1995), ampliaram a internacionalização da nossa economia possibilitando o crescimento e a estabilização financeira, principalmente entre os anos de 1970 a 1973, o que ficou conhecido como o período do “milagre econômico brasileiro”.

O setor saúde neste contexto, permanece sendo entendido como uma mercadoria, propiciando aumento da rede privada de saúde, ou seja, amplia-se significativamente o setor privado mediante recursos públicos.

Para tanto, o primeiro passo dado pelo Estado foi a unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966, substituindo os IAPs. Ressaltando-se, que esta unificação já havia sido tentada no primeiro Congresso Nacional de Previdência Social, que leva a decretação desta unificação, mas revogada pelo então presidente Café Filho, pela alegação de sua inconstitucionalidade, e em 1960 com a aprovação da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), que nunca chegou a ser regulamentada, mantendo-se assim a diferença interna nos institutos, no que diz respeito aos benefícios previdenciários (Braga e Paula, 1986).

O INPS geria o modelo assistencial de forma centralizada. Para isso contava com os recursos financeiros captados a partir das corporações de trabalhadores contribuintes. Após 64, o Estado passou a utilizar parte dos recursos públicos para financiar o crescimento do setor privado, e uma das alternativas encontrada para tal financiamento foi a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), formando duas contas distintas, uma de transferência e repasse direto aos Ministérios e a outra de aplicações a cargo da Caixa Econômica Federal, tendo seus recursos concentrados na expansão e no

incremento de serviços de alta tecnologia, bem como na construção de inúmeros hospitais que em seguida foram credenciados para atender a população previdenciária.

A unificação das instituições previdenciárias irá originar, de acordo com Oliveira e Teixeira (1986):

A progressiva eliminação da gestão tripartite (União, empregadores e empregados) das instituições previdenciárias no período que se inicia em 1966 e termina com sua exclusão em 1970, que só pode ser entendida como parte de um projeto mais amplo, de reorganização das relações Estado/trabalhadores caracterizado pelo afastamento destes últimos dos processos decisórios.

Vemos assim, que este processo se insere na perspectiva de “modernização” da máquina estatal, aumentando seu poder regulatório sobre a sociedade, sendo ao mesmo tempo um esforço no sentido de excluir a classe trabalhadora das decisões da previdência social.

Desta maneira é estimulado e concretizado, o modelo que tem sua base na forma médico-assistencial-privatista por intermédio, conforme Oliveira e Teixeira (1986):

- da abrangência da cobertura previdenciária à quase totalidade da população urbana e rural;
- do privilegiamento da prática médico curativa, individual, assistencialista e especializada, em contraposição à saúde pública;
- da intervenção estatal na área de saúde, ocasionando a criação de um complexo médico-industrial;
- da atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde.

Com isto, é verificável que há uma ampliação da ação previdenciária, incentivada também pela regulamentação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), e da inserção dos empregados domésticos e autônomos na cobertura previdenciária.

O Estado autoritário não conseguiu responder às demandas que lhe eram direcionadas pela população, perdendo conseqüentemente sua legitimidade diante da sociedade. As graves crises econômicas e a incapacidade do governo em dar respostas rápidas e eficazes aos setores da população atingidos pela recessão, propiciou a criação de um ambiente de inquietação generalizada.

Com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), há um crescimento significativo da arrecadação mensal. No seu interior, surge em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) com o intuito de promover a racionalização dos custos.

Outro fato importante foi a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA), universalizando a atenção às urgências, e o surgimento do DATAPREV, empresa de processamento de dados da previdência social (Mendes, 1993).

Datam deste período, o aparecimento da medicina de grupo, viabilizada pelo convênio com as empresas, significando o desenvolvimento da atenção médica supletiva.

Já em 1975, com a Lei n.º 6.229 institucionalizou-se o modelo médico assistencial privatista, que tem o Estado como o maior financiador e o setor privado como maior prestador de serviços. Porém, este modelo vai apresentar problemas devido ao processo de exclusão populacional que propicia.

Dessa forma, no início dos anos 80 a crise financeira da Previdência Social é evidenciada, ocorrendo uma crise do sistema de saúde, pois o aumento da cobertura não é acompanhada do aumento dos recursos. Associado a estas questões se encontra o descrédito na administração pública que realiza práticas clientelísticas para beneficiar os interesses privados.

Para solucionar o problema, o Estado desenvolve a proposta da atenção primária seletiva, que como diz Mendes (1993):

Foi concebida na sua concepção estreita de um programa, executada de recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas, de regiões marginalizadas, através da oferta de tecnologia simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referências a níveis de maior complexidade tecnológica.

Desta maneira, várias foram as experiências desenvolvidas para a reorganização dos serviços de saúde, entre elas temos, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que foi o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal, e que possibilitou a expansão da rede ambulatorial pública e concentrava suas ações nas secretarias estaduais de saúde.

Já em 1980, o próprio Ministério da Saúde organiza a VII Conferência Nacional de Saúde que culminou com a formação do Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde – PREV SAÚDE – que, com base técnica no PIASS, centrou suas discussões nos programas de extensão de cobertura de ações básicas de saúde. Essa estratégia deveria integrar o Ministério da Previdência e da Saúde, no entanto sofreu muitas pressões e não saiu do papel.

Outra medida proposta pelo governo para superar a crise foi a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP –, subordinado diretamente ao Presidente da República. Este Conselho, conforme Mendes(1993), apresentava como finalidade principal:

Estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária, assim como indicar a necessária alocação de recursos financeiros ou qualquer outra natureza e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica.

Em 1982 o CONASP apresenta o Plano Nacional de Saúde com base na racionalização ambulatorial, Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIH propiciaram, de imediato, uma significativa diminuição das despesas com internações hospitalares. Por outro lado, as AIS, possibilitaram pela primeira vez que as instituições se conhecessem mutuamente e começassem a realizar um planejamento mais articulado e integrado.

Com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o INAMPS passou a assumir o papel de controlador e co-financiador do sistema. Os Estados e municípios passaram a ser responsáveis pela prestação de serviços tornando mais ágil e eficiente o processo de universalização.

O SUDS conforme Oliveira e Teixeira (1986), tinha como objetivo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS, bem como promover a Reforma Sanitária que defende uma ampliação do papel de Estado na gestão dos planos, programas e serviços de saúde.

Neste âmbito se deu a transição do modelo de seguro saúde para o modelo de seguridade social, ou seja, ocorre uma modificação do modelo de atenção corporativista para o modelo de atenção à saúde universalista. Fato impulsionado pela VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, contando com a participação de cerca de quatro mil pessoas, representando um espaço onde se conseguiu formular um projeto de transformação da situação sanitária brasileira.

Avançando na discussão, vemos que o projeto de Reforma Sanitária proposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde é concretizado com a incorporação de sua tese no texto constitucional de 1988.

A Constituição de 5 de outubro de 1988, foi uma construção coletiva dos membros da sociedade e impôs uma transformação ao nosso sistema de saúde, pois reconheceu-o como direito social e definiu sua política, seus princípios e diretrizes no SUS.

O SUS possui três diretrizes básicas, conforme o artigo 198 da Constituição Federal de 1988: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Essas diretrizes vão determinar o modelo assistencial brasileiro, que por sua vez, molda a organização da assistência a saúde, devendo dar respostas efetivas as necessidades encontradas, obter as melhores respostas de acordo com recursos disponíveis e ter eficiência pois, segundo Vera Baroni – advogada, assessora do coletivo de conselheiros do Estado de PE – em palestra proferida na IV Conferência Municipal de Saúde da cidade do Recife, “qualquer modelo só será bom se for democrático e participativo, conhecendo as necessidades da população a ser atendida”.

No que tange o financiamento do setor saúde Costa (1998) afirma, que a base do financiamento para a expansão do gasto com a saúde, em fins da década de 70, foi a contribuição de empregados e empregadores para a Previdência Social. Entretanto este modelo, causa uma tensão entre os indivíduos que contribuíam para o fundo previdenciário, as agências de governo que zelavam por estes vínculos e a expansão de direitos universalizados na atenção médica para os indivíduos que não contribuíam para ele.

Além disso, antes da aprovação da Constituição de 1988, as fontes de financiamento para a saúde eram instáveis, por estarem diretamente ligadas à folha de pagamento. No entanto, nos períodos de recessão havia uma queda na arrecadação, como nos fala o autor supra citado:

A transformação da crise em agenda pública estava em parte relacionada aos efeitos da crise econômica que provocava uma queda do PIB, 4.4% em 1980, uma expansão de apenas 0.6% em 1981 e depois uma nova retração de 3.4% em 1982 [...], como o fundo previdenciário era dependente direto da taxa de emprego, esta crise conjuntural afetaria de imediato, duramente a capacidade de arrecadação do sistema.

Tal fato, vem demonstrar a necessidade de mudanças, pois a principal fonte de recursos existente antes da Constituição de 1988 apresentava inconvenientes, segundo afirmam Pontes et al. (1999):

- O seu caráter cíclico, oscilando de acordo com o comportamento da atividade econômica e o nível de emprego e salários;
- O gasto com saúde terminava por se tornar residual, diante dos compromissos assumidos com pagamento de benefícios previdenciários;

- O fato de incidir sobre a folha de salários, apenando com encargos sociais elevados as empresas que utilizavam mão de obra intensiva, particularmente as pequenas e médias;
- Ausência de repasses automáticos de recursos para Estados e Municípios, prevalecendo as transferências realizadas sob critérios clientelistas;
- Inexistência de uma fonte própria de recursos para a saúde.

Com o movimento sanitário surgiram novas propostas acerca das fontes de financiamento, sendo ainda uma luta sua incorporação à Carta Magna de 1988. Dentre elas temos:

- A revisão dos critérios para a dedução no imposto de renda da pessoa física dos gastos em saúde;
- Fim das deduções no imposto de renda da pessoa jurídica dos gastos das empresas com a saúde de seus funcionários;
- Criação de fundos únicos de saúde em nível federal, estadual e municipal;
- Orientação dos investimentos do FAS para o setor público;
- Redefinição da relação contratual do setor prestador privado com o poder público;
- Aplicação de percentuais fixos de recursos do orçamento fiscal da união, estados e municípios e da previdência social;
- Substituição gradativa de recursos da previdência social por recursos do orçamento fiscal, quando os gastos públicos atingissem o correspondente a 10% do PIB (PONTES et al., 1999).



FINANCIAMENTO DA SAÚDE NA SEGURIDADE SOCIAL

A partir da Constituição de 1988, foi firmada a transição entre o modelo de seguro social para o de seguridade social, que abrange no seu interior o tripé formado pela previdência, assistência social e saúde, sendo estabelecido também um orçamento próprio para seu financiamento.

No Guia de referência para Conselheiros Municipais (1998), o orçamento é definido, como “uma espécie de plano no qual são relacionadas as receitas (montante de recursos recolhidos através do pagamento de impostos pela população) e as despesas (gastos com financiamento das ações e serviços, incluindo pagamento de pessoal e investimentos, isto é, o quanto vai se gastar e com o que)”.

A partir daí, vislumbramos conforme Franco (1995), que o orçamento do governo federal é formado da seguinte maneira:

- Orçamento Fiscal, administrando recursos provenientes dos impostos;
- Orçamento das Estatais, administrando recursos das empresas do governo;
- Orçamento da Seguridade Social, administrando recursos da seguridade social.

Destes interessa-nos conhecer como se constitui o orçamento da Seguridade Social, especificamente no que se refere ao financiamento do setor saúde. Assim as fontes de arrecadação da seguridade, advém de acordo com Oliveira Júnior (1998):

- Da contribuição de empregados e empregadores para o INSS;
- Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (CONFINS);
- Contribuição social sobre o lucro líquido;
- PIS;
- PASEP;
- % da arrecadação dos concursos de prognóstico;
- 50% do seguro obrigatório de acidentes automotivos;
- Contribuição para o salário – educação;

- Contribuição do Plano de Seguridade Social dos servidores.

Estes recursos devem ser redistribuídos entre as três esferas que formam a seguridade social e no que tange à saúde, além do orçamento da seguridade, outras fontes fiscais são destinadas ao seu financiamento como por exemplo: o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS) e a partir de 1997 com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Ressalta-se que a partir de 1999 esta última deixa de ser um recurso exclusivo da saúde, abrangendo outras áreas da seguridade.

Franco (1995), afirma que todas as fontes citadas acima integravam o orçamento do Ministério da Saúde. No entanto, a partir de 1993, a parcela de contribuição sobre folha de salários deixou de ser repassada à saúde pela previdência, sendo as contribuições sobre o Faturamento e o Lucro Líquido as que passaram a assegurar o maior aporte de recursos ao Ministério da Saúde.

Isto posto, a decisão sobre a divisão dos recursos da seguridade social deveria ser definida por uma negociação periódica entre os Ministérios, através da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), elaborada pelo governo federal e votada anualmente pelo Congresso Nacional, o que não ocorre dessa maneira.

Neste contexto, o total de recursos destinados à saúde são encaminhados para o Fundo Nacional de Saúde, criado na lei 8.080 de 1990, que se configura como sendo "uma conta especial utilizada especificamente para uma finalidade, no caso a saúde. Trata-se de um ente de natureza orçamentária e contábil, criado por lei, que se caracteriza por englobar todos os recursos arrecadados pelo setor ou a ele destinados" (Franco, 1995).

O Fundo Nacional de Saúde é administrado pelo Ministro da Saúde, ficando sob o controle e fiscalização do Conselho Nacional de Saúde, possibilitando com isto, conforme o autor citado, visualizar as fontes de receita, seus valores e data de ingresso, as despesas realizadas e os rendimentos das aplicações financeiras.

Dessa maneira, os Estados e Municípios devem criar os seus próprios fundos de saúde no intuito de receberem recursos do governo federal. Para que tal fato se concretize alguns critérios, instrumentos e regras são estabelecidos nas Normas Operacionais Básicas (NOBs), configuradas historicamente nas NOB01/91, NOB01/93 e a NOB01/96, que têm como objetivo a operacionalização do sistema de saúde, sendo resultado de amplas discussões e negociações entre os representantes dos governos federal, estadual, municipal e conselhos de saúde.

Por meio das NOBs, regulamenta-se o processo de descentralização do financiamento do setor saúde, esta deve ser entendida, segundo (Cohn e Elias, 1996) como "repasso de recursos e delegação de

poder para que os níveis estadual e municipal formulem a política de saúde correspondente, de acordo com prioridades que respondam à especificidade local, mas que obedecem, ao mesmo tempo, as diretrizes nucleares formuladas pelo âmbito nacional”.

Os autores citados, descrevem ainda que, enfrentar a questão da descentralização em uma realidade diferenciada como a brasileira é bastante complicado, devendo-se evitar situações como a mera desconcentração, que é o repasse de recursos sem delegação de poder para formular sua própria política de saúde em nível local. Para tanto deve-se concretizar a articulação entre as esferas governamentais, objetivando atingir as prerrogativas propostas pela descentralização.

Para que os obstáculos identificados pelos autores no processo de descentralização venham a ser superados, é fundamental que a esfera governamental municipal seja mais democrática e tenha melhor conhecimento das necessidades de seus habitantes; que haja maior definição das atribuições específicas de cada esfera de governo e que, por fim, os aspectos relacionados ao financiamento sejam equacionados conjuntamente pelas três esferas de governo, suplantando-se a escassez de recursos e da qualificação do tipo de financiamento.

A NOB elaborada em 1991, teve como finalidade o estabelecimento de tetos financeiros e de cobertura, por Estado, para a assistência hospitalar e ambulatorial. Segundo Oliveira Júnior(1998), esta NOB vem mudar os rumos do SUS, uma vez que descaracteriza seus principais objetivos, na medida que institui um sistema de pagamento por produção de serviços, ou seja, determina que a transferência de recursos vai depender do serviço produzido. Neste âmbito, é imposto um modelo de saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados atingidos, influenciando negativamente na organização do SUS.

Já em 1993 é regulamentada outra NOB, significando uma transição entre o sistema implantado pela NOB01/91 e o preconizado na Constituição Federal e nas leis que a regulamentavam.

Por meio desta norma, foram criadas diferentes fases para a habilitação dos municípios, conforme o tipo de gestão, sendo elas: semi-plena; incipiente e parcial definidas por Cohn e Elias(1996) da seguinte maneira:

- **SEMI-PLENA:** exerce a totalidade de suas responsabilidades no gerenciamento e no reordenamento do modelo assistencial;
- **INCIPIENTE:** prerrogativa na autorização do credenciamento, desc credenciamento; controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares do município; distribuição da cota de AIH; gerenciamento da rede ambulatorial pública; reorganização do modelo de assistência,

incluindo as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, desenvolvimento de capacitação para programar, acompanhar, avaliar e controlar suas ações de saúde.

- **PARCIAL:** todas as previstas na situação anterior, acrescidas do recebimento dos recursos financeiros referentes à diferença entre o teto fixado e o efetivamente gasto na assistência ambulatorial e hospitalar; aprofundamento das responsabilidades em relação à vigilância epidemiológica e sanitária.

Oliveira Júnior (1998), descreve que após três anos de publicação da NOB01/93, 63% dos municípios estavam habilitados em alguma forma de gestão. No entanto, a variação nestes percentuais entre os Estados reflete o desenvolvimento desigual da descentralização da saúde no Brasil.

Atenta para o fato de que a existência dos conselhos municipais de saúde é um dos critérios para habilitação dos municípios, representando uma ampliação na proposta de democratização da saúde. Com o repasse de recursos fundo a fundo do governo federal para o governo municipal, a autonomia dos municípios é ampliada, bem como a sua responsabilidade pelo resultado de sua ação.

Nesta perspectiva, o autor citado afirma que a habilitação dos Estados à NOB01/93 foi apenas formal, pois não modificou sua relação gestora/prestadora de serviços de saúde em relação à esfera federal e que, apesar dos avanços, parte considerável dos recursos federais (3/4) ainda são repassados através do pagamento por produção.

A NOB01/93 também não superou diversos obstáculos da descentralização, dentre eles Oliveira Júnior (1998) destaca:

- ritmo da descentralização foi aquém do esperado;
- A transferência de recursos fundo a fundo se deu apenas na área da assistência, não inserindo as demais ações de saúde;
- Os recursos foram avaliados mediante a quantidade de procedimentos realizados, não levando em conta componentes de avaliação de resultados ou de qualidade;
- A mudança no modelo de atenção à saúde foi muito pouco expressiva, frustrando o salto de qualidade esperado para a consolidação do SUS
- A existência de uma tabela de pagamento nacional e única limitou propostas mais avançadas de relação com o setor privado complementar, ao mesmo tempo que impôs limites importantes à reorganização da atenção dentro do próprio setor público.

A NOB01/96 que vigora atualmente, foi regulamentada no intuito de superar os obstáculos citados anteriormente na NOB01/93, no que tange à descentralização, à gestão e ao financiamento da saúde. Ela prevê mudanças nas formas de repasses financeiros, resgatando princípios legais de transferência regular e automática; propõe mudanças nas modalidades de gestão do SUS e a ampliação da autonomia dos municípios e Estados para a gestão descentralizada, viabilizando modificações no modelo de atenção à saúde e nos critérios de avaliação dos resultados, evoluindo para a medição do impacto das ações de saúde desenvolvidas (Oliveira Júnior,1998).

Assim, esta norma apresenta duas condições de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Na primeira o município terá o repasse de recursos fundo a fundo para o financiamento de todas as ações básicas de saúde, com o volume de recursos sendo definido por um valor per capita que é resultante da multiplicação de um valor financeiro básico pelo número de habitantes do município e na segunda condição o município terá o repasse de recursos fundo a fundo para o financiamento de toda a assistência à saúde.

O rompimento do pagamento por produção de serviços é realizado pelo menos na atenção básica à saúde com a criação do Piso de Assistencial Básico (PAB), que se divide em PAB fixo e PAB variável.

O PAB fixo, conforme Franco(1995) é destinado à assistência básica, sendo definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município, ou seja, o município que gastou mais, terá garantido a média do faturamento de 1996, até que seja estabelecido um valor máximo de pagamento.

O PAB variável, propicia incentivos ao desenvolvimento de ações no campo da atenção básica como a cobertura alcançada pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo Programa de Saúde da Família (PSF); à Assistência Farmacêutica Básica; ao Programa de Combate as Carências Nutricionais; às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Com a gestão plena, os Estados e Municípios passam a se responsabilizar, além da assistência, pelo conjunto das demais ações de saúde. Ressaltando que a democratização das informações e da decisão do sistema foram ampliadas.

Vemos também, que a articulação entre os gestores do sistema de saúde se constitui formalmente, através das Comissões Intergestores Tripartites (CTI) e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB). A primeira é composta paritariamente por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional

de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Esta comissão aprova os recursos financeiros (tetos) disponíveis para cada Estado da federação. A segunda também composta de forma paritária, é formada por representantes da Secretária Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. É responsável pela fixação do teto financeiro disponível para cada um dos municípios do Estado.

Em relação ao custeio, vemos que a transferência de recursos financeiros da esfera federal para os Estados e municípios ocorre pela definição de tetos financeiros, havendo outros mecanismos de transferência de recursos, descritos na NOB01/96 como: Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Custeio de ações de Vigilância Sanitária e Custeio de ações Epidemiológica e Controle de Doenças.

O Custeio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial insere a transferência regular e automática fundo a fundo e a Remuneração por Serviços Especializados. No primeiro estão incluídos o Piso Assistencial Básico – PAB; Incentivo aos Programas de Saúde da Família – PSFs e de Agentes Comunitários de Saúde – PACs; Fração Assistencial Especializada – FAE; Teto Financeiro da Assistência do Município – TFAM e o Índice de Valorização dos Resultados – IVR. No segundo temos a Remuneração por Internações hospitalares SIH/SUS – AIH; Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto custo/Complexidade e Fatores de Incentivo e Índices de Valorização.

O Custeio das Ações de Vigilância Sanitária, através do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária cria duas modalidades de transferência: transferência regular e automática, fundo a fundo para o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e Índice de Valorização do Impacto em Vigilância (IVISA) e a outra transferência por remuneração de serviços produzidos para: Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária e Programa Desconcentração de Ações de Vigilância Sanitária.

No que diz respeito ao Custeio das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, temos a definição deste teto a ser transferido a Estados e municípios, através da remuneração por serviços produzidos, convênio ou transferência regular e automática (fundo a fundo).

Costa(1998), afirma que o debate sobre os custos de uma previdência social na perspectiva da seguridade social, deixou claro as contradições advindas do subsistema de saúde, organizado para uma clientela difusa com custos concentrados na população contribuinte da arrecadação previdenciária. Tais contradições foram trazidas novamente a tona na atualidade pela idéia da falência organizacional e financeira da seguridade social brasileira.

O autor citado, diz que esta idéia motivou a formação da Comissão Especial para Estudo do Sistema cujo relatório final, conhecido como Relatório Antônio Brito, significou o início do veto ao excessivo comprometimento de recursos previdenciários com a ampliação de clientelas originada pela criação da seguridade social.

Descreve ainda, que quando Antônio Brito foi ministro da Previdência Social, difundiu a idéia de que a solução para o financiamento da seguridade residia na especialização das fontes ,ou seja, saúde, previdência e assistência, de forma isolada, saberiam quais são suas fontes, seus tetos e se organizariam dentro deste teto. É válido salientar, que esta idéia propicia uma distinção, que não permite que um âmbito auxilie os outros num momento de necessidade. Este propósito apoiava-se num discurso de uma previdência independente e livre das mazelas políticas.

Neste contexto, defendeu na revisão constitucional a redefinição da noção de seguridade social para seguro social, e neste âmbito, propôs a separação entre os recursos da previdência e da saúde, com a previdência devendo ter seus recursos destinados apenas ao pagamento de pensões e aposentadorias.

Costa(1998), diz que o primeiro capítulo da revisão constitucional foi iniciado com a desvinculação do orçamento previdenciário do fundo da seguridade social, expressando o colapso do sistema de saúde na década de 90, como resultado desta ruptura das regras de arranjo institucional.

Nesta década conforme o autor, o sistema de saúde brasileiro foi afetado, ocasionando problemas de escassez de financiamento. A Secretária de Assistência à Saúde analisando os gastos nos seis primeiros meses de 1994 conclui que isto se deve ao fato da priorização do pagamento da dívida interna por parte do governo. Assim, as verdadeiras causas dos desequilíbrios orçamentários "são os encargos que a política de altos juros, praticada pelo Banco Central/ Ministério da Fazenda, criam para o tesouro" (Munhoz In: Costa,1998).

O ex-ministro da saúde Adib Jatene afirma que o governo federal não prioriza a questão saúde, culpabilizando a crise da mesma pelo desperdício dos recursos e da corrupção, sendo uma forma de desviar a atenção das intenções do governo de atender as prerrogativas da macroeconomia. Dessa forma:

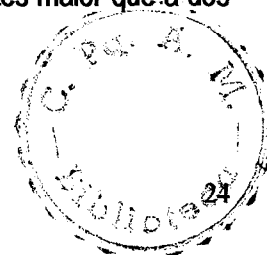
“o que se percebe é a existência de um sistema de saúde que não conta com o financiamento necessário para sua manutenção. Tendo-se na realidade poucos recursos para o desenvolvimento das ações de saúde [...] o problema não é de gestão, é de finanças” (Folha de São Paulo, 24/05/98).

Este fato pode ser comprovado ainda, quando da aprovação da CPMF, pelo fato de outras fontes financiadoras da saúde terem sido desviadas, principalmente o CONFINS, resultando numa redução dos recursos, a exemplo do orçamento aprovado em 1997 para a saúde – R\$ 20,4 bilhões, sendo liberado – R\$ 19,2 bilhões, empenhado – R\$ 18,8 bilhões e efetivamente pago – R\$ 17,6 bilhões.

Franco(1995), descreve que a Constituição Federal determinou para o ano de 1998, que 30% no mínimo do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, seria destinado a saúde. Neste aspecto Adib Jatene ,em entrevista ao Jornal Folha de São Paulo (24/05/98),coloca que o modelo SUS foi estruturado em cima da avaliação dos recursos necessários e o estabelecimento em lei do montante de 30% no mínimo para à saúde, corresponderia a um acréscimo de aproximadamente R\$ 30 bilhões, o que não ocorreu, pois em 1998 o orçamento da seguridade foi de R\$ 106 bilhões, sendo destinado apenas R\$ 19,5 bilhões à saúde, demonstrando segundo Jatene que o sistema não tem o financiamento para o modelo que foi idealizado.

A Organização Mundial de Saúde, preconiza que para se construir um sistema de saúde eficiente é preciso se gastar no mínimo R\$ 500,00 a R\$ 600,00 por habitante/ano. No Brasil os gastos são de R\$ 160,00, destes 50% são destinados para as ações de prevenção e folha de pagamento, restando apenas R\$ 80,00 por habitante/ano para o atendimento médico geral. (Folha de São Paulo, 24/05/98). Enfatizando, mais uma vez, as dificuldades para a construção de um sistema de saúde universal, equitativo e eficiente.

Carvalho e Giovanella(1995), dizem que o problema do financiamento da saúde no Brasil deve voltar-se para a construção e viabilização de estratégias que assegurem a plena operacionalização dos preceitos da seguridade social, através da articulação entre políticas econômicas e sociais num modelo de desenvolvimento que priorize o crescimento econômico com equidade social, com vistas diminuir as desigualdades existentes em nosso país onde a renda dos 10% mais ricos é 5,8% vezes maior que a dos 40% mais pobres. E conforme nos fala Jatene:



É preciso entender que o Brasil é um país que tem a pior distribuição de renda do mundo. Há uma fatia da população que vive com renda per capita de US\$ 25 mil a US\$ 30 mil e uma fatia quatro vezes maior que vive com uma renda inferior a US\$ 800/ano. A fatia mais rica tem patrimônio, bens, recursos. E isso tudo é recurso sonogado. É todo um processo que pega a parcela mais pobre diz; para vocês não tem nada. Vocês vão se virar de qualquer jeito. E o SUS está buscando garantir o acesso à população". (Folha de São Paulo, 24/05/998).

Cohn e Elias(1996), relatam que em 1993 foi instituída uma Comissão Especial, com o objetivo de propor medidas para solucionar o problema decorrente da assistência médica e hospitalar. No que se refere a questão do financiamento, esta comissão propôs algumas medidas no intuito de aumentar as receitas orçamentárias do sistema de saúde, dentre elas temos:

- reembolso financeiro ao SUS pelo atendimento de usuários cobertos pelos seguros e planos de saúde;
- repasse direto ao SUS dos pagamentos previstos no seguro obrigatório de veículos automotores de vias terrestres;
- Restrição aos critérios para reconhecimento da condição de filantropia às instituições de saúde.

Os autores supracitados descrevem ainda, que em 1995 técnicos e gestores da União, Estados e Municípios, realizaram uma reunião em que apontam no relatório final, as medidas necessárias para o fortalecimento e consolidação do SUS, tendo destaque:

- A alocação para à saúde de pelo menos 30% dos recursos da seguridade e de 10% a 15% dos orçamentos dos Estados e Municípios;
- Eliminação dos mecanismos de renúncia fiscal do Imposto de Renda que incide sobre os gastos privados com saúde;
- Reembolso financeiro ao SUS pelo atendimento a usuários dos serviços privados;
- Criação de mecanismos de taxaço fiscal sobre o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas e refrigerantes, vinculando-se as receitas obtidas ao gasto com a seguridade social.

Entendemos assim, que as soluções para a questão do financiamento vem sendo buscadas. No entanto não é tarefa fácil, na medida que às exigências do ajuste orçamentário do governo federal, propicia

uma profunda diminuição dos recursos federais para o financiamento da saúde, quando historicamente esta esfera foi responsável por cerca de 70% a 80% dos recursos público em saúde.

Nesse sentido, Cohn e Elias (1996) em análise sobre os gastos do governo federal no período 1987-1994 concluem que houve uma diminuição na alocação de recursos para o Ministério da Saúde no que tange o total de gastos e na destinação per capita . Nesse período a União gastou em média US\$ 9,18 bilhões ao ano e em relação ao gasto per capita a diminuição foi mais acentuada chegando a 38,5% entre 1987 e 1991, com gasto médio de US\$ 63,5 com o ano de 1987 tendo o melhor desempenho do período (US\$ 80,30) e 1993 o pior (US\$ 53,60).

Os Estados e Municípios também não vem apresentando um crescimento dos seus recursos próprios para à saúde, bem como o fluxo orçamentário entre as esferas governamentais não tem ocorrido, propiciando um maior distanciamento dos objetivos descritos na Constituição federal no que se refere a política de saúde.

SISTEMA SUPLEMENTAR DE SAÚDE

O sistema supletivo de assistência médica representa parte significativa do setor privado de saúde brasileira. Conforme Cohn e Elias (1996), este sistema é formado pelas seguintes modalidades:

- **Medicina de grupo** : Trabalham com o sistema de pré-pagamento por serviços prestados, utilizando-se de serviços próprios e credenciados (compra de serviços de terceiros) e com ressarcimento de despesas (sistema de recursos)
- **Cooperativas médicas** : Nesta, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. Não há o ressarcimento de despesas; utilizam-se de serviços próprios e de credenciamento. É representada pelas UNIMEDS.
- **Auto gestão** : Operam basicamente com serviços de terceiros, realizando ressarcimento de despesas e utilizando tabelas de honorários profissionais e de procedimentos médicos. Possuem administração própria.
- **Planos de administração** : Também operam com recursos de terceiros, realizam reembolso de despesas, utilizam tabelas de pagamentos de honorários profissionais e de procedimentos médicos; porém, não possuem serviços de administração próprio, as empresas contratam terceiros para administrá-los.
- **Seguros de saúde** : Operam no sistema de reembolso de despesas de acordo com as condições contratuais fixadas entre as partes. Geralmente cobrem apenas os procedimentos decorrentes de internações hospitalares.

Ainda de acordo com os autores citados , o sistema supletivo apresentou em 1993 a seguinte composição na abrangência do total de seus usuários : medicina de grupo (47%); cooperativas médicas-Unimed (25%); autogestão (15%); seguro saúde (9,0%); administração (4,0%). Desta forma, observa-se um notável crescimento na cobertura populacional por parte deste sistema, evoluindo de 22,4 milhões de usuários em 1987 para os 34,4 milhões de usuários em 1993, ou seja, um incremento de 53,5%, sendo mais expressivo a partir do governo Collor, período em que também ocorreu uma significativa diminuição dos recursos federais destinados à saúde pública.

Isso significa, segundo Pontes et al. (1999), que em média 3 milhões de novos usuários ingressam anualmente no sistema privado a partir de 1987. Desta forma, observa-se, segundo Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF/IBGE), um aumento de 6,5%

do gasto com saúde por parte das famílias brasileiras, não sendo observado nenhuma tendência de declínio para tal fato.

Desta forma, em 1995 os gastos privados superaram os gastos públicos. Ressalta-se, que os procedimentos de alta complexidade e custos elevados são relegados ao SUS, enquanto que os de médio e baixo custo são de responsabilidade do setor privado.

Ainda conforme os autores supracitados, o setor de assistência médica suplementar oferece cobertura a 26,8% da população brasileira, enquanto o SUS cobre 73% da população, segundo dados da ABRANGE estimados para 1996.

No entanto, as restrições impostas pelos planos fazem com que a maioria de seus segurados utilizem o SUS em algum momento. Por outro lado, parcela significativa dos usuários do SUS também utilizam serviços privados em alguma ocasião, conforme sua capacidade de pagamento.

A rede de serviços de saúde, conforme dados de 1990, é predominantemente pública, com 67% do seu total correspondendo a esta modalidade. A maioria de seus estabelecimentos encontram-se voltados para a atenção básica de saúde, com 78% do total de estabelecimentos representados por policlínicas, postos e centros de saúde e 18% representados por hospitais. O setor privado apresenta um perfil completamente oposto ao público, com grande concentração de policlínicas e hospitais.

Outro fator que distingue a rede pública e a rede privada seria que geralmente o primeiro incorpora-se de tecnologia de baixo custo, enquanto que o privado investe em tecnologia de maior custo.

Quanto aos estabelecimentos especializados, observa-se apenas 12,5% do total da rede de assistência, com 67% distribuídos principalmente entre as regiões Sul e Sudeste do país.

Com isso, o setor público caracteriza-se por oferece assistência de baixo custo, voltados para a atenção primária em saúde; enquanto o setor privado concentra-se na atividade hospitalar e nas consultas médicas aos pacientes não internados.

PROPOSTA DO BANCO MUNDIAL PARA À SAÚDE

Para que possamos compreender o teor da proposta do Banco Mundial, no que tange o financiamento da saúde no nosso país, faz-se necessário descrever acerca do pressuposto econômico no qual a mesma encontra-se pautada, ou seja, o neoliberalismo.

A proposta do Banco Mundial, que nada mais é que um reedição do pensamento econômico liberal com algumas modificações, pois o liberalismo defende um Estado neutro e no neoliberalismo adota-se o Estado mínimo, que apresenta-se como o projeto alternativo da sociedade nesta década para os países em desenvolvimento.

Brandão (1991), afirma que Friedman com seu livro *Capitalismo e liberdade*, que tornou-se a matriz do pensamento neoliberal recente, trabalhando na perspectiva do Estado mínimo, em que as principais funções do mesmo seriam : "a proteção da liberdade individual, a preservação da lei e da ordem, a promoção de mercados livres e competentes".

Neste sentido o mercado é privilegiado, com o Estado não devendo intervir em atividades que constituem os pilares das relações de mercado, pois sua atuação não seria eficaz, e em relação aos problemas da política fiscal o neoliberalismo se embassa nas proposições teóricas da *curva de Laffer*, que é a seguinte:

A lógica sobre a qual esta se baseia pode ser expressa na seguinte forma: impostos elevados sobre a indústria e o comércio incentivam a expansão da economia informal, que obviamente produz escassez das fontes de renda procuradas pela taxação fiscal. Inversamente, taxas baixas incentivam a reinserção no mercado formal, o que promove crescimento nas arrecadações fiscais. As políticas sociais também contribuem, nesta perspectiva, para o "paradoxo fiscal". Tais políticas induzem os trabalhadores desempregados a adiar sua volta ao mercado ; possibilitam danos materiais e morais ao capital, pois transformam parte deste em impostos que financiam uma "orgia de programas sociais". Somente a redução drástica dos impostos federais (o que pressuporia também reduções pesadas nos gastos com seguridade e assistência social), se segundo o neoliberalismo, favoreceria os pobres, pois tais medidas incentivariam o investimento produtivo e o conseqüente crescimento de empregos e salários... (Brandão, 1991).

Os especialistas do Banco Mundial, segundo Costa (1998), defendem mudanças econômicas, ideológicas e políticas que levem a diminuição do papel do Estado e o fortalecimento do mercado como

financiador e executor da saúde. Priorizam, também, o controle das doenças e o estabelecimento de pacotes básico de serviços clínicos e de saúde pública.

Os estudos sobre o Banco Mundial tem ressaltados a agenda neoliberal dos programas de ajustes estruturais, composta de: contenção da demanda pela redução dos gastos públicos, realocação de recursos afim de gerar superávits na balança comercial e reformas nas políticas para tornar mais eficiente o sistema econômico.

A orientação para a ampliação da privatização é baseada no pressuposto que com a redução do gasto público social, haveria uma racionalização dos custos e um aumento na eficiência. A política pública social desenvolveria um papel compensatório, dirigida aos setores pobres da população.

O relatório do Banco Mundial, segundo Lima (1996), propõe medidas que podem ser agrupadas em três itens:

- Criar um ambiente propício para que famílias melhorem suas condições de saúde;
- Tornar mais criterioso o investimento público em saúde;
- Facilitar a participação do setor privado.

Recomenda-se que países em desenvolvimento, como o Brasil, devem concentrar-se em quatro áreas básicas de reforma do sistema de saúde: eliminar gradativamente os subsídios públicos aos grupos mais abastados, ampliar a cobertura do seguro saúde, dar opção de seguro aos consumidores e estimular métodos de pagamentos que permitam controlar custos.

A agenda de reforma sanitária, proposta pelo Banco Mundial, é articulada com as reformas macroeconômica. Os governos deveriam trabalhar no sentido de estimular o desenvolvimento econômico, reduzir a pobreza, aumentar a escolarização, corte nos gastos públicos e a instauração de um sistema financeiro viável.

Por ser grande a diversidade dos sistemas de saúde no mundo, o Banco Mundial busca identificar temas comuns, a esta iniciativa, procura examinar novos métodos de financiamento proveniente do seguro social obrigatório com o financiamento pela receita geral de impostos, e sistemas que estabelecem orçamentos fixos para cada paciente ou cada caso (Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial, 1993: 175).

O Banco Mundial, supõe que a cobertura universal da atenção básica seria mais fácil, com a limitação dos serviços segurados, que cada país deveria adotar o seu, tendo como referência informações

quanto ao quadro de incidência das doenças e a eficácia relativas em termos de custos das intervenções (Lima,1996).

As reformas impõem a reorientação dos gastos públicos com a saúde no que tange a pessoal, equipamentos e instalações especializadas, passando a priorizar a assistência médica de amplo acesso em centros de saúde, onde deveriam ser realizados todos os serviços que constam do pacote mínimo (este visto como ações de saúde essenciais tais como programas de: imunizações, sanitários escolares, prevenção da AIDS e outros).

Conforme a concepção do Banco Mundial, o grosso da assistência clínica, os serviços discricionários, devem ficar em mãos dos privados, no entanto esta prática só será possível se forem garantidos mecanismos de financiamento que garantam a capacidade de pagamentos dos clientes.

Para Lima (1996), a justificativa para a transferência do financiamento e a prestação dos serviços clínicos ao setor privado seriam: pobreza do Estado, ineficiência do setor público e iniquidade do acesso aos serviços. Deve-se levar em conta que a pobreza do Estado é vista como um fato objetivo e não modificável e que, as empresas privadas operam sob a lógica do mercado, ou seja, maximização da riqueza e não a satisfação das necessidades sociais.

Os governos só poderão assegurar o atendimento clínico essencial aos pobres se reduzirem as despesas com os serviços clínicos, não incluído no pacote básico, para isto é necessário: aumentar a recuperação de custos, cobrando dos ricos os serviços prestados em hospitais públicos e promover o seguro não- subsidiado para os grupos de média e alta renda.

Existem quatro canais para o financiamento de serviços clínicos. Dois de caráter privado, o pagamento do próprio bolso e o segundo voluntário; e dois de caráter público, o seguro compulsório (previdência social) e o custeio mediante as receitas gerais do governo.

Draibe in Costa (1993), afirma que esta agenda de reformas não é uma forma residual liberal de organizar a intervenção social do Estado, mas sem nenhuma dúvida tende a se afastar das concepções universalistas e equânimes de direitos sociais relativas a toda cidadania.

Laurel, associa à agenda neoliberal a defesa pela privatização do financiamento e produção de serviços, a restrição do gasto social com focalização do investimento nos mais pobres e na descentralização (Laurel In: Lima, 1992).

Ao definir a saúde como dever do Estado, interpreta-se sob prisma da prestação de serviços, mas na verdade ele é muito mais público quando regula, avalia, controla e garante a qualidade do serviço, dentro desta ótica. O Estado, segundo Costa (1998), quando é o único prestador de serviços, não

consegue regular adequadamente, dado que ocorre em claro conflito de interesses entre regular e prestar o serviço.

Vemos que a proposta do Banco Mundial, de cunho neoliberal, atua no sentido de concentrar a participação do Estado nas atividades de regulação do sistema na oferta de ações de atenção básica aos mais pobres. Tal fato tem como consequência latente a quebra do princípio da universalidade.

Neste aspecto todo o processo de conquistas efetuadas no texto constitucional vem seguindo no sentido contrário em que o SUS encontra obstáculos decorrentes como vislumbramos no decorrer do trabalho, do desfinanciamento do setor saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na seguridade social são instituídas inovações no setor saúde de suma importância para a população. No entanto, estas encontram dificuldades para se consolidar, tendo como uma das razões fundamentais a questão que diz respeito ao financiamento.

No decorrer do estudo descrevemos que no arcabouço legal foram instituídos instrumentos (leis e normas), que possibilitam o estabelecimento da operacionalização do Sistema de Saúde, bem como a diversificação nas fontes de financiamento do mesmo.

Porém, o que se verifica na verdade é a existência de irregularidade dos repasses financeiros ao setor. Segundo Cantarino (1998), "Os recursos são insuficientes! O pagamento por procedimentos é muito abaixo do valor de mercado. O governo Federal tenta ocultar o problema atribuindo à incapacidade do poder local em gerir com competência os recursos financeiros", o que impossibilita a manutenção do sistema de saúde que se propõe a ser universal.

Dessa forma recursos advindos da CPMF, criada na perspectiva de garantir mais recursos para o sistema de saúde são repassados; porém, parte das demais fontes, principalmente a CONFINS, são desviadas, permanecendo o desequilíbrio financeiro, decorrente em grande parte da opção política governamental.

Outra questão refere-se ao PAB. Segundo Carvalho, este recurso apesar de ser considerado um avanço no processo de descentralização não significou melhoria no financiamento ao nível municipal, pois com a adoção deste piso o valor per capita decresceu, passando de R\$ 1,00 em 1996 para R\$ 0,83 em 1998 com aumento de responsabilidades.

Ainda conforme o autor, " a base de produção utilizada foi a de 1996 e a população a de 1997! A produção de 1998 é maior que a de 1996. Vai-se pagar globalmente pela produção de 96, com base em uma tabela de 94, por um maior número de serviços prestados em 98". Reafirmando o "desfinanciamento" da saúde.

Neste sentido, o Brasil vem adotando um modelo segmentado de saúde semelhante ao praticado nos Estados Unidos, onde 45 milhões de pessoas não tem direito a atendimento médico, a menos que paguem, e quem não tiver seguro saúde só é atendido gratuitamente nas emergências dos hospitais e nas poucas clínicas que oferecem serviços gratuitos, mantidas por associações de caridade. Neste âmbito a tendência é o aumento nos investimentos privados em saúde e a diminuição nos investimentos públicos (Jornal Folha de São Paulo, 1998).

Este processo, em que o setor privado é privilegiado em detrimento ao público, tem sua dinâmica pontada no pressuposto neoliberal, onde o mercado é considerado “mola mestra” do sistema de saúde, com a saúde da economia se sobrepondo à saúde da população, ou seja, é feita uma opção pelo governo de nosso país aos interesses da macroeconomia, com o Estado mínimo sendo instaurado:

O deslocamento das responsabilidades do estado para o mercado, como espaço de regulação dos interesses privados e de realização do interesse público, significa assumir a concepção neoliberal que pressupõe a simetria de possibilidades, oportunidade e poder entre indivíduos, grupos ou estratos sociais ou em sua vertente mais conservadora admiti-se como inevitável a segregação de parcela importante da população que não dispõe de recursos de qualquer tipo para buscar o atendimento de suas necessidades e demandas no livre mercado, para esses segmentos sociais postergados o Estado participaria em ações de caráter supletivo assistencial. (Brandão, 1991)

Assim, quando é feita uma opção nesta perspectiva, uma Constituição como a de 1988 se torna um grande empecilho, pois como cumprir uma lei em que a saúde é tida como direito de todos e dever do Estado, diante de interesses governamentais contrários?

Atualmente estamos, no nosso entender, vivenciando um profundo retrocesso em relação as conquistas alcançadas, através da Constituição de 1988, no que tange ao setor saúde. Fato que poderá acarretar o retorno da concepção de seguro social e conseqüentemente o esfacelamento da seguridade social, como já vem sendo tentado, a exemplo do relatório Antônio Brito, cuja proposta apresenta características semelhantes ao dos IAPs.

Segundo Cantarino (1998), o Banco Mundial admite, que a proposta neoliberal não funciona e que os países com melhor distribuição de renda crescem mais. No entanto o que observamos, é que esta proposta continua sendo imposta aos países em desenvolvimento pelas organismos financeiros internacionais.

Em reportagem recente sobre o Seminário Internacional de Previdência Social, ocorrido em Brasília, publicado em jornal de grande circulação no Estado de Pernambuco, Truman Pacjard, especialista em seguridade social do Banco Mundial, orienta que o Brasil deve apressar as reformas do sistema previdenciário do funcionalismo público, e aprovar uma emenda ampla, que reforme todo sistema público como forma de apontar ao mercado sua boa vontade para com o mesmo.

Para Almeida (1998), vivenciamos um momento de extrema complexidade que implica em questões estruturais relacionadas ao sistema de saúde e questões gerenciais relacionadas a racionalização e contenção. O enfrentamento dessas questões cria a necessidade de se buscar soluções novas e criativas.

Dessa forma, cremos que o governo deve cumprir as propostas advindas do movimento sanitário estabelecidas em lei, no que tange o financiamento da saúde e buscar novas fontes de recursos que efetivem a consolidação do sistema.

Se trava hoje um dilema entre duas propostas de modelo de atenção à saúde, uma de vertente neoliberal e outra de vertente universalista. Neste âmbito, o governo de nosso país vem tentando tornar prevalente a primeira proposta. Dessa forma para evitar que este fato ocorra e que se mantenha o sistema de saúde aprovado na Constituição de 1988, a existência de recursos em quantidade suficiente é imprescindível, sendo a pressão da sociedade civil prerrogativa de suma importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, A. L.; CASTRO, C. C. Lima. **O Financiamento das Políticas de Saúde no Brasil**. Recife: 1999. (trabalho de conclusão da disciplina Política de Saúde).
- BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993 Investindo em Saúde**. Washington, 1994.
- BIANCARELLI, Aureliano; MARTINS, Lúcia. **Governo opta por Macroeconomia e enterra a saúde, afirma Jatene**. Folha de São Paulo, 24 de maio de 1998.
- BIANCARELLI, Aureliano. **Atendimento gratuito pode ficar restrito a quem não pode pagar**. Folha de São Paulo, 24 de maio de 1998.
- BRAGA, José. C. de; PAULA, Sérgio. G. de. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.
- BRANDÃO, André Augusto. Liberalismo, Neoliberalismo e Políticas Sociais. IN: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, Ano XII, nº 36, agosto, 1991.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988, p. 91-95.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Curricular para Formação do Atendente de Consultório Dentário para atuar na rede básica do SUS: Áreas I e II**. Brasília, 1998, 453p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: Guia de referência para Conselheiros Municipais**. Brasília, 1998, 84p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na Perspectiva da Reforma do Estado**. 1ª edição, Brasília, 1998, 198p.
- CARVALHO, A.I. de; GIOVANELLA, Ligia. **Fraudes na Saúde: Velho Tema, Novos Usos**. IN: **Conjuntura e Saúde**, nº 22, set-out, 1995.
- _____. **Desafios da Atual Conjuntura**. IN: **Conjuntura e Saúde**, nº 21, jul-ago, 1995.
- CARVALHO, Gilson. **II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde: Orçamento, transparência e fidelidade nos gastos do Setor Saúde**, 1998.
- _____. **Financiamento da Saúde**. Análise conjuntural do financiamento em Saúde. 1998 (nota técnica preparada para o XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

- CONH, Amélia; ELIAS, P. Eduardo. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Cortez/Cedec, Julho, 1996.
- COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- FAVARET, F. P.; OLIVEIRA, P. J. **A Universalização excludente: Reflexões sobre a tendência do Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1989.
- FRANCO, Túlio Batista. **Cartilha pra entender o financiamento do SUS**. Belo Horizonte, novembro, 1995.
- JÚNIOR, Mozart de Oliveira. Financiamento da área social e do Sistema Único de Saúde no Brasil. IN: CAMPOS, Francisco E. **Cadernos de Saúde**. COOPMED, 1998.
- LIMA, C.R.N. Reforma do Estado e Política de Saúde: Discussão da Agenda do Banco mundial e da Crítica de Laurell. IN: **Saúde em debate**, nº 40-50, dez 95/mar 96.
- LOBATO, Lenaura. Rumo ao SUS da Escassez. IN: **Conjuntura e Saúde**, nº 24, março/abril, 1996.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil no anos 80: A conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto Neoliberal. In: MENDES, E. V. **O Distrito Sanitário**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- NORMA OPERACIONAL BÁSICA - 1996(NOB-96), Ministério da Saúde, 1996.
- OLIVEIRA, J. A.A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im) Previdência Social - 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.
- PONTES, C. A. Alves et al. Financiamento da Saúde no Brasil. Recife, 1999. (trabalho de conclusão da disciplina Política de Saúde).
- SCOTTI, Ricardo F. Informações sobre a NOB-96: **Um novo modelo de gestão do SUS**. 1996.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reflexões Teóricas Sobre Democracia e Reforma sanitária. IN: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. (ORG) TEIXEIRA, Sônia F. CORTEZ/ABRASCO, 1989.
- TOLEDO, J.R. **Internações no SUS caem 3 milhões em 4 anos**. Folha de São Paulo, 24 de maio de 1998.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos**. 5ª Edição. Curitiba: UFPR, 1995.
- VICENTINO, Cláudio. História Integrada: O Século XX. Brasil Geral, 8ª Série. 4ª Edição, São Paulo: Scipione, 1995.