

Sérgio Francisco Piola

Diretoria de Estudos Sociais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Sérgio Francisco Piola
Av. Presidente Antônio Carlos, 51 13º andar
20020-010 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: piola@ipea.gov.br

Comentário: Financiamento dos serviços de saúde pública nos últimos 40 anos

Financing public health services in the last 40 years

Estudos sobre o financiamento público dos serviços de saúde são sempre importantes e atuais, entre outros, pelos seguintes motivos: (i) há um desequilíbrio permanente entre as necessidades de saúde (potencialmente ilimitadas) e as disponibilidades financeiras para atendê-las, seja do setor público ou das famílias; (ii) a forma como essas necessidades de financiamento são equacionadas pode gerar iniquidades entre regiões e grupos sociais e desvelar conflitos alocativos entre instâncias federadas e entre diferentes ações públicas.

O texto do saudoso Professor Rodolfo Mascarenhas, ex-diretor da Faculdade de Saúde Pública da USP, foi apresentado no 16º Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em novembro de 1966, e recebido para publicação pela Revista de Saúde Pública em julho de 1967. Ao abordar o financiamento e o gasto dos serviços de saúde pública nas décadas de 50 e 60, excluindo, por conseguinte, as despesas com a assistência médica previdenciária, o autor traz à tona algumas questões que até hoje freqüentam a agenda setorial. Entre eles, a relação entre a questão tributária e a descentralização de serviços para estados e municípios; as responsabilidades das diferentes instâncias de governo; as desigualdades regionais no gasto público per capita e a necessidade de dados mais confiáveis e abrangentes sobre o financiamento e gasto setorial.

No início dos anos 60, vivia-se uma acirrada discussão a respeito da necessidade de reorganização de todos os setores nacionais, de se fazer as chamadas “reformas de base”. A reforma tributária era vista como um meio para resolver os problemas dos déficits orçamentários, de sustentar o modelo federativo e de gerar os recursos necessários para as reformas (Varsano,* 1996). Na área da saúde, a discussão sobre a distribuição de encargos também estava presente. A

municipalização dos serviços de saúde foi um dos principais temas da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963.

A distribuição de encargos na área da saúde entre esferas de governo vigente na época era a definida pela Constituição de 1946. Nela, cabia à União legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde e, privativamente, sobre saúde do trabalhador, higiene e segurança do local de trabalho, organizar o controle das endemias rurais, serviços de saúde dos portos, fiscalização do exercício profissional, e outros. Aos Estados correspondia, de forma geral, a legislação supletiva e complementar na área de defesa e proteção da saúde e realizar atividades de saúde pública não privativas da União, inclusive a direção de unidades sanitárias distritais ou locais. Aos municípios, competia zelar pela saúde, higiene e assistência pública, exercendo atividades de natureza local, que lhes fossem delegadas pelos respectivos estados.

Ainda hoje, se aplicam algumas das considerações do autor sobre o comportamento das instâncias de governo. Com relação à ação da União criticava-se a volúpia de não se restringir à fixação de normas gerais na área da saúde, mas de se estender a uma regulamentação “minuciosa e uniforme para todo o País, sem atentar para as peculiaridades regionais”. Nada mais igual à voracidade legisferante do Ministério da Saúde, nos últimos anos, motivo de crítica de analistas setoriais e de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) das esferas subnacionais.

Constatava-se, por outro lado, que os governos estaduais não entregavam *de fato* qualquer de suas atividades de saúde pública aos governos locais. Hoje a situação é bem diferente, e o que se discute, na verda-

*Varsano R. A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: anotações e reflexões para futuras reformas. Rio de Janeiro: Ipea; 1996. [Texto para Discussão, n. 405]

de, é se os Estados não deveriam estar até mais presentes em algumas atividades. Evitando, é claro, as superposições e paralelismos de ações que durante tanto tempo caracterizaram o sistema nacional de saúde.

O autor entendia também que não se poderia transferir atribuições para as municipalidades sem que essa mudança tivesse suporte financeiro na área tributária. Achava, portanto, utópica a idéia de colocar unidades sanitárias sob gestão municipal, não somente por motivos de ordem financeira, mas também por uma alegada “imaturidade” política do País. Mas, admitia essa transferência, no caso de municípios de maior porte – mediante convênios tripartites, entre governo federal, estadual e locais – quando estes (municípios) fossem capazes de arcar com, pelo menos, 50% da despesa.

Essa postura, até certo ponto excessivamente centralizadora para os padrões atuais, tinha forte respaldo na distribuição então vigente das receitas públicas que, definitivamente, não favorecia as municipalidades e nem havia qualquer garantia de recursos para a saúde. Ademais, nesse período, o sistema tributário, por estar inadequado às transformações produtivas e por problemas de administração, já não conseguia nem mesmo manter a carga tributária que gerava na década de 50. O déficit do Tesouro, em 1962 e 1963, ultrapassou a 4% do PIB. Esse déficit era coberto por emissões de moeda, o que alimentava o processo inflacionário.

A reforma tributária do início dos anos 60 cumpriu o objetivo de reabilitar as finanças federais: a receita do Tesouro Nacional passou de 8,6% do Produto Interno Bruto (PIB) em 1962, para 12% em 1965 (Varsano,* 1996). A carga tributária total que alcançou a 26% do PIB em 1970 manteve-se mais ou menos nesse patamar até 1986. De 1987 a 1989 baixou para cerca de 23% do PIB e começou a crescer a partir de 1994, alcançando o elevado patamar de 36,6% do PIB em 2004. Sob regime autoritário (1964-1985), ocorreu uma excessiva concentração da carga tributária na União: entre 1974 e 1977 quase 70% da carga ficava com a União. Em 1990, a repartição da carga tributária era de 58,9% para União, 27,6% para Estados e 13,5% para municípios. Nos últimos anos, a receita disponível dos municípios foi a que mais cresceu, passando para 16,5% da receita disponível em 2004, enquanto a União ficou com 58,9% e os Estados com 24,6% (Araújo,** 2004).

É inegável que, para ser suportável, o financiamento

da saúde, principalmente quando se inclui o componente médico-hospitalar – como se faz agora mas não se fazia nos anos 60 – deve ser compartilhado entre as três instâncias de governo. Essa parceria, definida pela Emenda Constitucional n. 29/2000, já produziu efeitos positivos que só não foram maiores porque a Emenda ainda não foi regulamentada, o que permite o seu descumprimento por alguns Estados, municípios e até mesmo pela União. Graças à Emenda 29, o gasto público com saúde, apesar de ainda baixo de acordo com parâmetros internacionais, passou de 3,1% do PIB em 2000 para 3,6% em 2003. A participação do governo federal, no financiamento do SUS, ficou mais estável em valores absolutos, embora decrescente em valores relativos. A participação de Estados e municípios, no entanto, cresceu tanto em termos absolutos como relativos. Em valores absolutos, apresentou um crescimento real superior a 90% no período entre 2000 e 2003, enquanto a participação relativa das esferas subnacionais no financiamento do SUS passou de 40,3% para cerca de 51% no mesmo período.

As diferenças na capacidade de geração de receitas próprias da maioria municípios, no entanto, exige uma ação redistributiva dos Estados e da União. Ou seja, para tornar a alocação dos recursos públicos para saúde mais equitativa, é necessário aplicar mais recursos públicos, em valores per capita, onde as necessidades de saúde são maiores.

Nesse ponto, pode-se constatar que as disparidades na alocação de recursos públicos para saúde diminuíram bastante, embora ainda não resistam a uma avaliação mais rigorosa quanto à existência ou não de equidade em sua distribuição. O autor ressalta as desigualdades nas despesas públicas em saúde (das três esferas) entre Estados menos e mais desenvolvidas: as despesas per capita em algumas unidades da federação chegavam a ser 10 a 13 vezes menores que a do Estado de São Paulo, por exemplo. Atualmente, ainda que as diferenças persistam, são bem menos pronunciadas.

O problema da comparabilidade dos dados de gastos com saúde, tanto em valores relativos como absolutos, é outra questão atual destacada no artigo. Foi no final dos anos 60 e início dos 70 que diversos países, preocupados com o crescimento dos gastos com saúde, começaram a discutir a sua delimitação e conceito, e a criar instrumentos de acompanhamento.

Com a criação do Sistema de Informações do Orçamento Público da Saúde (SIOPS), o Brasil passou a ter informações mais regulares sobre os gastos de Es-

*Varsano R. A evolução do sistema tributário brasileiro ao longo do século: Anotações e reflexões para futuras reformas. Rio de Janeiro: Ipea; 1996. [Texto para Discussão, n. 405]

**Araújo EA. Análise das contribuições sociais no Brasil. Brasília (DF): 2005. [Convênio Ipea/Cepal]

tados e municípios com saúde. Mas o maior uso dessas informações tem sido a verificação do cumprimento da Emenda 29. Assim, poucos estudos têm sido feitos para avaliar, por exemplo, a equidade na distribuição intra-estadual dos recursos. Ademais, esse sistema capta apenas os recursos públicos destinados ao SUS, para a clientela universal. Existem, contudo, outros recursos públicos alocados para sistemas restritos a servidores públicos civis e militares e que não são contabilizados.

O gasto privado com saúde, proveniente das famílias, tem sido analisado graças às Pesquisas de Orçamento Familiar (POF), realizadas pelo Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística (IBGE). O gasto das empresas com planos de saúde para seus empregados e dependentes, entretanto, está menos identificado. Conhecer e analisar melhor esse segmento de despesa exige o acesso a diferentes bases de dados do IBGE, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Secretaria da Receita Federal. Mas o acesso a essas fontes não é fácil. De qualquer forma, ainda que lentamente, avançou-se bastante nas últimas décadas no campo da economia da saúde. Tal avanço pode ser deduzido da leitura desse artigo, de inegáveis méritos e pioneirismo, por levantar questões importantes na época em que foram abordadas e que se tornaram ainda mais críticas 40 anos depois.