

FINANCIAMENTO DE PROGRAMAS SOCIAIS, COM ESPECIAL ATENÇÃO AO ATENDIMENTO MÉDICO*

MAURÍCIO C. COUTINHO**

1. *Introdução*; 2. *Uma tipologia de políticas sociais*; 3. *Políticas sociais em saúde*; 4. *A natureza do atendimento médico-previdenciário*; 5. *Uma descrição sumária do sistema brasileiro de financiamento público*; 6. *Conclusões*.

1. *Introdução*

Os programas sociais brasileiros podem ser estudados a partir de um sem-número de interesses e ângulos de visão; não obstante, dois pontos têm centralizado as atenções nos últimos anos: a) qualidade e organização dos serviços prestados e modalidades de desembolso; b) forma básica de financiamento ou origem dos recursos. Embora esta bipartição de óticas de referência sirva para a quase-totalidade dos programas sociais — como habitação, saneamento básico, educação — ela poderá transparecer mais claramente se nos ativermos ao exemplo das políticas de atendimento médico à população, principal preocupação deste artigo.

Quando nos referimos à qualidade dos serviços médicos prestados à população e às modalidades de dispêndio de recursos, vêm à tona questões como atendimento ambulatorial *versus* baixas hospitalares, relações entre padrão alimentar e social e morbidade, centralização ou descentralização da assistência médica pública, nível de sofisticação e grau de massificação dos serviços médicos, normas de contratação e de pagamento do pessoal médico e paramédico, etc. Estas (e muitas outras) são questões que identificam a eficácia dos serviços públicos de saúde e geralmente se desenvolvem tendo como referência modelos alternativos de organização dos serviços médicos e mesmo concepções divergentes sobre políticas públicas em saúde.

Já a ótica da forma básica de financiamento diz respeito à origem última dos recursos à disposição dos programas de saúde. A contraposição típica, aqui, dá-se entre recursos orçamentários nas três esferas da administração (federal, estadual e municipal) e recursos de natureza previdenciária, vale dizer, recolhidos e administrados pelo complexo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas). Cada uma destas fontes de recursos, como se verá, é de natureza distinta, conformando subsistemas financeiros de pouca ou nenhuma comunicação e necessariamente geridos por critérios próprios. Este é um ângulo de visão de grande importância na análise dos serviços médicos sociais,

* Artigo entregue à Redação em junho de 1986.

** Professor no Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). (Endereço do autor: Unicamp — Caixa Postal, 1170 — 13.100 Campinas, SP.)

mas que, apesar disto, permanece submerso ou encoberto por um subtema correlato e de menor relevância: localização institucional (Ministério da Saúde ou Ministério da Previdência e Assistência Social?) da medicina pública.

Grande parte dos estudos sobre assistência médica pública no Brasil, em especial medicina previdenciária, vem sendo realizada a partir do primeiro dos ângulos de visão, qual seja, organização e qualidade dos serviços de saúde.¹ Inúmeros trabalhos especializados ou publicados na imprensa em geral vêm chamando a atenção para a precariedade de nossos serviços médicos públicos, e as propostas de alteração na organização da política de atenção à saúde proliferam. Menor destaque tem sido dado à questão da forma de financiamento, mas mesmo neste campo a pesada sucessão de déficits na Previdência Social despertou o interesse por estudos econômicos que acabaram por iluminar melhor o problema.²

Quero acreditar que tem havido alguma incomunicabilidade entre os dois mencionados ângulos de enfoque. Economistas, médicos e planejadores têm escrito abundantemente, ora sobre qualidade e modelos de organização da assistência médica, ora sobre as finanças previdenciárias, sem procurar estabelecer pontos de contato. Defenderei neste artigo o ponto de vista de que é necessário integrar as duas grandes óticas, sob pena de não podermos organizar devidamente a medicina pública. Embora atendo-me exclusivamente ao financiamento da medicina enquanto um programa social — até mesmo por acreditar que falta aos economistas qualificação para debater alternativas de organização da atenção à saúde — pretendo argumentar que a forma de obtenção dos recursos públicos condiciona fortemente a organização dos serviços médicos.

O ponto de partida é a proposição, válida tanto para a medicina como para outros programas sociais, de que deve haver compatibilização entre a natureza da política social e sua forma de financiamento. Desenvolverei esta proposição, iniciando com uma discussão conceitual sobre significado e classificação econômica de políticas sociais, passando pela análise de programas previdenciários e concluindo com uma tentativa de situar o atendimento médico no interior da política vigente de financiamento dos programas sociais. Ao longo do trabalho procurarei referir-me à medicina como um dos tantos programas sociais sustentados pelo governo, caracterizando a concepção ampla de política social prevalente nas últimas décadas e discutindo suas implicações.

2. *Uma tipologia de políticas sociais*

O que é uma política social e em que medida o atendimento médico pode ser considerado política social? Evitando, quando possível, o terreno das definições históricas e políticas, procurarei caracterizar as políticas sociais em termos econômicos, ou ao menos dar maior destaque aos aspectos econômicos das polí-

¹ Uma boa cobertura deste ângulo da questão pode ser encontrada em Possas, Cristina. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.

² Sobre o déficit da previdência e aspectos financeiros da Previdência Social, dois bons trabalhos são: Macedo, Roberto. *Previdência Social: rumo às crises futuras*. *Anais da Associação Nacional de Pós-Graduação em Economia (Anpec)*. Rio de Janeiro, 1982; e Braga, J. C. & Silva, P. L. Barros. *A crise previdenciária: sinais de impasse na política social*. *Anais da Associação Nacional de Pós-Graduação em Economia (Anpec)*. Rio de Janeiro, 1981.

ticas sociais.³ Dessa forma, política social é aquela política de bem-estar social, necessariamente prestada pelo Estado, sob o risco de, retraindo-se o poder público, privar-se a população dos serviços básicos correspondentes.

A definição, aparentemente de abrangência absoluta, pode ser mais bem delimitada se recortarmos de sua totalidade certos elementos:

— é uma política de bem-estar ou *welfare*, e não qualquer política executada pelo Estado. Em tese, qualquer atividade pública é social, pois se dirige à sociedade e é financiada por recursos coletados da população; na realidade, ao mencionarmos políticas sociais estaremos nos referindo a atividades que incidem diretamente sobre o indivíduo, e não sobre o aparato econômico, dando-lhe melhores condições de sobrevivência ou favorecendo a igualdade econômica. A construção de estradas, por exemplo, é uma atividade econômica pública, também financiada por recursos da comunidade; em última análise, beneficia o indivíduo, ao favorecer a circulação de mercadorias, o transporte individual e o progresso social. Entretanto, o cidadão não estará sendo afetado em uma dimensão básica de sobrevivência, e os principais reflexos desta política pública se farão sentir através do desenvolvimento econômico em geral;

— é uma política que implica gastos do Estado, e não apenas orientação geral. Nesta medida, excluo a política salarial, por exemplo, do rol das políticas sociais, embora seja óbvio o impacto do salário sobre o bem-estar do indivíduo;

— é uma política de cunho generalizante, vale dizer, cuja abrangência social costuma ser ampla. Esta não é uma restrição absoluta. Poderíamos, por exemplo, considerar política social o conjunto de medidas visando amparar os deficientes visuais. No entanto, as políticas sociais típicas — educação, previdência, habitação — voltam-se, como regra, para grandes contingentes populacionais, pois visam justamente não deixar ao desamparo da proteção abrangida pelo conceito de cidadania as massas de trabalhadores;

— é uma política igualitária. Seu objetivo é o de colocar os cidadãos nas mesmas condições no que diz respeito a direitos sociais básicos, ou ao menos lhes proporcionar um padrão mínimo de bem-estar e proteção social que não seria atingido caso o Estado se omitisse na prestação desses serviços.

Portanto, as políticas sociais, que do ponto de vista político decorrem da ampliação dos direitos básicos dos cidadãos e das transformações do consenso social acerca de igualdade e cidadania,⁴ do ponto de vista econômico implicam alterações nos sistemas de finanças públicas, já que envolvem, necessariamente, gastos públicos e — em decorrência — receita tributária. Torna-se necessário incluir os itens “sociais” na agenda do gasto público. Ao fazê-lo, o poder público costuma agir de acordo com regras de financiamento que preservem a integridade do sistema de finanças públicas e, concomitantemente, relacionem os novos serviços prestados a modalidades de financiamento adequadas. Vale dizer, cada

³ Os aspectos políticos das políticas sociais receberam recentemente um polêmico e encorajador tratamento por Wanderley G. dos Santos em *Edipo e Sísifo — a trágica condição da política social*. Rio de Janeiro, Iuperj, 1986. (Série Estudos, n. 45.)

⁴ Uma visão clássica desta questão é desenvolvida em W. G. Santos em *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.

serviço (cada política social) deverá ter uma norma de financiamento ajustada às suas particularidades e finalidades, sob pena de não serem atendidas as idéias de eficiência e equidade que acompanham os sistemas de finanças públicas.

A necessária adequação entre critérios de financiamento e tipos de gasto permite esboçar uma classificação de políticas sociais conforme a modalidade de financiamento, de grande utilidade no desenrolar do texto. Uma tipologia mínima de políticas sociais ajustada ao critério de financiamento abrangeria: a) políticas de puro gasto; b) políticas de subsídio; c) políticas de tipo previdenciário; d) políticas de financiamento. Uma exposição sumária a respeito dos quatro itens da classificação aplainará o caminho para que, a seguir, possamos entender melhor o papel e o lugar da medicina pública no rol das políticas sociais.

a) *Políticas de puro gasto* — são políticas sociais financiadas inteiramente pela administração pública (pelos contribuintes, em última análise), sem que os beneficiários diretos incorram em qualquer despesa ao usufruir o serviço. A gratuidade — entendida como ausência de pagamento direto pelo serviço — sustenta-se conceitualmente pela noção de que a essencialidade do serviço assim financiado é tal que requer a responsabilização do Estado (de toda a comunidade). É o caso da educação, por exemplo, se a encarmos como um valor essencial à sociedade.

Os textos de finanças públicas racionalizam economicamente a questão, definindo “bem público” como aquele serviço cujo caráter coletivo impede o usufruto individual. O aparato de segurança do Estado, por exemplo, beneficia a todos os cidadãos em conjunto, sem que ninguém consiga eximir-se totalmente de sua abrangência. Em decorrência, a tributação ordinária é a melhor forma de financiamento, por incorporar à responsabilidade de custeio todos os cidadãos e ainda permitir estabelecer critérios de equidade na cobrança.

Ora, a partir do momento em que consideramos certos itens da política de *welfare* como indispensáveis, tornamo-los “bens públicos”. Se a sociedade elege a educação como um requisito indispensável de sociabilidade, o ensino de cada indivíduo passa a interessar e a beneficiar a coletividade, que por ela deve pagar. O mesmo ocorre com a saúde: no momento em que o consenso social passar a admitir que a saúde constitui direito inalienável do cidadão, o dever de prover atendimento médico recairá sobre todos. O Estado converte-se no agente prestador deste serviço, financiando-o através da arrecadação ordinária.

Podemos dar a esta realidade — conversão de certos serviços básicos em bens públicos — várias roupagens teóricas e/ou ideológicas, mas o resultado final será sempre a incorporação destes itens à agenda das atividades públicas e, em decorrência, a inclusão no sistema de finanças públicas. Pessoas caritativas falaria em dever inalienável de solidariedade ao próximo, “políticos” mencionariam as dimensões modernas do conceito de cidadania e os economistas, formados no utilitarismo de sua ciência, pensariam na indivisibilidade dos bens e no critério adequado de financiamento. Todos os argumentos, não importando a origem, convergiriam afinal para a estrutura de finanças públicas, convertendo em “políticas de puro gasto” os programas sociais abrigados sob o manto da indispensabilidade, da indivisibilidade, da compulsoriedade.

b) *Políticas de subsídios* — são políticas sociais financiadas parcialmente pelo governo, e em parte pelo próprio beneficiário, no momento da aquisição do bem ou serviço. Os produtos e serviços abrangidos são nitidamente individualizados, sendo o benefício apropriado sob a forma de um diferencial entre

preço de custo e preço de mercado, que representa o subsídio. O bem ou serviço subsidiado tanto pode ser produzido pelo próprio governo — transporte ferroviário suburbano, por exemplo — como comprado pelo governo à iniciativa privada — trigo, por exemplo. O fundamental aqui é sempre a diferença entre custo e preço final, assumida pelo poder público.

Os produtos são subsidiados habitualmente em consideração a sua essencialidade, porém, à diferença do verificado nas “políticas de puro gasto”, o benefício só será usufruído pelo consumidor direto, e não por toda a coletividade.

c) *Políticas de tipo previdenciário* — são políticas custeadas em parte pelo governo e em parte pelo beneficiário, através de um mecanismo peculiar de financiamento conhecido como seguro social. O seguro social é uma modalidade de financiamento, criada aproximadamente um século atrás nos países economicamente mais adiantados, que visa dar proteção ao trabalhador e seus dependentes na ocorrência de infortúnios estatisticamente previsíveis que os afastem de suas condições habituais de saúde e remuneração. Representam a transposição, para a esfera pública, de uma modalidade de proteção e financiamento consagrada pelo seguro privado.

O seguro privado, como se sabe, é um contrato de proteção contra quaisquer riscos previsíveis, mediante a estipulação de um vínculo entre o valor da prestação e o valor do benefício a ser obtido na ocorrência do infortúnio. Pode-se segurar qualquer coisa — a casa, contra roubos e incêndios; o automóvel, contra colisões; a saúde, contra doenças; a renda, contra a aposentadoria ou doenças que impeçam as atividades profissionais — desde que se satisfaçam duas condições: previsibilidade do evento e estipulação do valor segurado. A previsibilidade permite o cálculo da frequência média de ocorrência do infortúnio em grandes populações, que se converterá em probabilidade de ocorrência do evento: quantas pessoas morrerão deixando dependentes? Quantos automóveis serão roubados em média? Quantas fraturas de braços haverá? O valor segurado possibilita calcular com exatidão a magnitude da quantia a ser desembolsada quando da ocorrência do infortúnio e, multiplicado pelo contingente de segurados e pela probabilidade de ocorrência, o fundo de valores requerido para a proteção.

A previsibilidade e o valor segurado, em conjunto, permitem estabelecer um preço para o seguro, de modo que os prêmios arrecadados de todos, devidamente capitalizados no tempo, garantam a cada segurado a certeza da proteção contra os infortúnios previstos no contrato.

O seguro social, originariamente, nada mais foi que uma transposição, para a esfera pública, do espírito e das normas que regulam contratos securitários privados. O Estado atua como um fiador, em última instância, dos contratos de seguro, dando ao sistema a chancela das finanças públicas e, deste modo, garantindo sua solvência sob quaisquer condições. Eventualmente, pode também reforçar algumas das modalidades de seguro com sua própria contribuição, assegurando, através de um esquema de financiamento tripartite cidadãos-empresas-Estado, a solidariedade dos agentes sociais em relação à proteção social.⁵ De

⁵ Tratei com maiores detalhes das origens, evolução e financiamento do seguro social em *A Previdência Social em xeque* — uma análise a partir da adequação dos mecanismos de financiamento. *Anais da Anpec*, 1985; e especialmente em *Financiamento de políticas sociais no Brasil*. Campinas, Unicamp, Núcleo de Estudos em Políticas Públicas, 1985. (Relatório de pesquisa.)

qualquer modo, o seguro social transporta para a esfera das finanças públicas certas características do seguro privado, a saber:

— funciona em regime de capitalização. Todo o sistema será dimensionado para que se assegure a auto-sustentação, ou seja, para que o fundo de seguro social formado pelas contribuições tripartites baste para as despesas com os benefícios. As contribuições ao fundo vão sendo capitalizadas para atender aos compromissos futuros de desembolso, e isto cria no contribuinte, a exemplo do que ocorre nos contratos privados de seguro, a impressão de que seu benefício estará sendo pago por suas contribuições capitalizadas;

— relação entre os valores de prêmios e benefícios. Esta não é uma regra geral e obrigatória, de vez que o seguro social pode ser redistributivo (como veremos adiante); quase sempre, no entanto, o valor do benefício será proporcional ao valor das contribuições mensais, que, por sua vez, guardarão relação com o salário do contribuinte;

— sistemática de financiamento baseada em alíquotas impostas a salários (trabalhador) e a folhas salariais (empresa), além da contribuição do orçamento governamental. Esta também não constitui uma regra obrigatória — por exemplo, as empresas podem contribuir de acordo com o faturamento, ou o valor adicionado — mas é a forma mais freqüente de financiamento, reforçando a presumida relação entre a contribuição individual e os benefícios, já que ambos são proporcionais aos salários.

Adiante discutirei algumas das características da moderna seguridade social que a afastam cada vez mais da idéia original de seguro. Por ora, basta acrescentar que as políticas sociais de cunho previdenciário são aquelas financiadas por um fundo social formado por contribuições individualizadas, sejam do trabalhador, sejam da empresa em nome do trabalhador. O direito ao benefício é sempre individual, contemplando o trabalhador e seus dependentes enquanto contribuintes do seguro social, e não enquanto cidadãos ou pagadores de impostos. E, finalmente, os serviços abrangidos pela seguridade deverão estar na categoria dos “riscos presumíveis”, vale dizer, configurarão uma listagem de eventos e despesas previsíveis e garantidas por um fundo especialmente constituído por contribuições pessoais. Enquadram-se nestas características, hoje em dia, políticas como as de aposentadoria e pensões, auxílio-doença, auxílio contra acidentes de trabalho e seguro-desemprego.

d) *Políticas de financiamento* — são políticas sociais em que o Estado não provê, diretamente, o serviço social básico, mas financia sua aquisição. Se a taxa de juros for subsidiada, o beneficiário estará recebendo, além do empréstimo, repasses de algum fundo público constituído com essa finalidade. Ainda que a operação não envolva subsídios, o financiamento será considerado política social, na medida em que abranger serviços essenciais, e principalmente, comprometer fundos públicos, o que equivale a dizer, fundos formados por contribuições compulsórias ou receita do Estado.

No Brasil, operações desta natureza têm sido amplamente utilizadas em políticas não-sociais, como os empréstimos fornecidos pelo sistema de bancos de desenvolvimento. Aliás, esta forma de financiamento é tradicional nos programas de desenvolvimento econômico, tendo sido aplicada depois a algumas polí-

ticas sociais, como habitação e saneamento básico. Cabe lembrar que operações de financiamento em si não constituem políticas sociais se forem efetuadas pelos sistemas financeiros público ou privado com fontes de recursos tradicionais, ou seja, com recursos financeiros captados pelos bancos em suas operações correntes. Os programas tornam-se sociais ao envolverem recursos captados compulsoriamente, requerendo a mediação do sistema de finanças públicas. É o caso do financiamento habitacional. Ele não seria um programa social se envolvesse apenas recursos de cadernetas de poupança, captados no mercado às taxas convencionais e repassados ao tomador de empréstimos com juros suficientes para remunerar o emprestador e os custos de intermediação; torna-se social ao incorporar fundos parafiscais (FGTS), havendo ou não subsídios nas operações.

Convém ressaltar que esta tipologia sumária de políticas sociais ajustada aos critérios de financiamento não pode escapar à definição de política social em si. Conforme a qualificação anterior, a política social será determinada por quatro atributos: *welfare*, gastos públicos, abrangência social ampla e cunho igualitário. A modalidade de financiamento tipifica a política social, mas não a define. Assim sendo, muitas políticas governamentais disporão de mecanismos de financiamento similares, e nem por isto serão sociais no sentido aludido por este texto. A construção de estradas, por exemplo, é uma política de “puro gasto”; nem por isto será social, já que não se refere a *welfare* ou a igualdade social. O Programa Nacional do Alcool igualmente requer financiamento e subsídio público, e nem por isto constitui programa social.

Insisto em destacar também um dos atributos da política social cujo desconhecimento tem levado a inúmeras confusões: a presença de gasto público. De fato, convém repetir, o Estado incorre em inúmeras políticas de incidência ampla e, em última análise, voltadas para a igualdade social que não dependem diretamente de gastos: política salarial, política de proteção ao menor trabalhador, fixação da jornada de trabalho, etc. Não reconhecê-las enquanto políticas sociais não decorre de qualquer preciosismo, preconceito ou valorização de certas políticas em detrimento de outras. Nada disto. O único objetivo é o de circunscrever um campo de razoável homogeneidade conceitual do ponto de vista econômico, sob pena de não podermos nos aventurar a qualquer análise sobre adequação dos mecanismos de financiamento. As políticas sociais nos interessam aqui enquanto uma parcela especial do sistema de financiamento público; é neste contexto que a tipologia de formas de financiamento pode ter alguma utilidade, e nesta direção analisarei os programas públicos de saúde.

3. Políticas sociais em saúde

As políticas sociais em saúde — vale dizer, os programas de atenção à saúde envolvendo gastos públicos e recursos compulsoriamente arrecadados pelo governo — são executadas por um amplo conjunto de organismos espalhados por diversas esferas da administração pública ou mesmo fora dela: Ministério da Saúde, Inamps, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, hospitais-escola, sindicatos. A dispersão de instâncias de execução não vem acompanhada por uma discriminação perfeita de funções, o que dificulta a montagem de uma estratégia coerente de utilização dos recursos à disposição dos progra-

mas de saúde. Os resultados são: superposição de atividades, dificuldades de controle, disputas por recursos, enfim, todos aqueles atributos que evidenciam a precariedade e a falta de planejamento global da política de saúde.

Não compete a este trabalho, como já foi mencionado, discutir possibilidades alternativas de organização dos serviços de atenção à saúde, nem mesmo arriscar um diagnóstico a respeito do estado atual dos serviços de saúde pública. Quero apenas discutir a propriedade ou impropriedade da estratégia de financiamento adotada para a provisão destes serviços, e aventar a hipótese de que por detrás da reconhecida dispersão organizativa encontra-se uma ambigüidade básica dos mecanismos de financiamento.

Do ponto de vista da sistemática de financiamento, as políticas sociais de saúde dividem-se em dois grandes grupos:⁶

- programas executados com recursos orçamentários;
- programas executados com recursos vinculados a fundos especiais de financiamento.

Os recursos originados no orçamento fiscal geralmente se destinam às ações de controle sanitário desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Também há recursos dos orçamentos de estados e municípios, voltados para o controle sanitário e a manutenção de redes de postos de saúde destinados à atenção primária à população. Embora estados, municípios e a própria União mantenham hospitais para atendimento ambulatorial e cirúrgico geral (por exemplo, serviços de pronto-socorro ou ainda hospitais-escola do Ministério da Educação), os recursos orçamentários estão caracteristicamente ligados ao controle sanitário e ao atendimento primário, ambos exercidos sem caráter discriminatório, ou seja, abertos e destinados à população em geral.

Já os recursos dos fundos especiais de financiamento têm uma destinação diversa. Parte dos fundos — Finsocial, Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), contribuição sindical — não se relaciona exclusivamente com programas de saúde. A contribuição sindical financia a atividade sindical em geral, inclusive atendimento médico-odontológico dos sindicatos. O FAS e o Finsocial financiam programas sociais variados, entre os quais redes de serviços estaduais e municipais de saúde e programas correntes dos ministérios ditos sociais, inclusive o Ministério da Saúde. Portanto, à exceção da contribuição sindical, esses fundos basicamente complementam programas de saúde executados na esfera das Secretarias e Ministério da Saúde, somando-se aos recursos orçamentários tradicionais.

O Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), no entanto, o mais importante dos fundos especiais de financiamento, dá suporte financeiro exclusivo ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), complexo que inclui a instituição central da medicina previdenciária brasileira — o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Os recursos que constituem o Sinpas originam-se nas contribuições previdenciárias de empregados e empregadores, tendo como base de cálculo os salários

⁶ Este agrupamento, bem como as idéias que se seguem, beneficiaram-se largamente do trabalho apresentado por André Médici e Pedro Luiz Barros Silva à VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986.

individuais (empregados) e as folhas de pagamento (empregadores), e destinam-se exclusivamente aos programas executados pela Previdência Social: programas propriamente previdenciários (aposentadorias e pensões), assistência médica e assistência social.

A despeito de o atendimento médico absorver habitualmente não mais de 30% das receitas à disposição do Sinpas, a Previdência Social, através do Inamps, constitui-se no grande organismo gestor e executor da política de saúde no Brasil, ultrapassando em importância, de longe, o Ministério da Saúde.

Existe, portanto, uma divisão básica nos serviços de saúde pública brasileiros, contrapondo, de um lado, o Ministério da Saúde e demais instituições voltadas, preferencialmente, para ações sanitárias e atendimento primário; do outro, o Inamps, voltado para o atendimento médico individualizado, ambulatorial e cirúrgico. De um lado, programas financiados por recursos do orçamento geral da União, estados e municípios e por fundos especiais de destinação variada e, em última análise, complementares aos orçamentos fiscais; de outro, programas financiados por recursos de natureza tipicamente previdenciária.

A divisão vem sendo obscurecida pela progressiva tendência a direcionar recursos do complexo previdenciário para programas de atendimento primário e mesmo de ação sanitária, de modo a complementar os escassos recursos orçamentários à disposição do Ministério e Secretarias de Saúde.⁷ Em paralelo, a questão da saúde pública vista por uma ótica global esmaece as barreiras entre ações de controle sanitário, atendimento primário e atendimento especializado. Organizam-se ações integradas de saúde, buscando harmonizar as diversas esferas de prestação de serviços de saúde, e buscam-se no Inamps recursos para dar suporte a programas de saúde não-tipicamente previdenciários.

Essa integração de recursos parece antes responder a uma insuficiência absoluta das dotações orçamentárias, não eliminando as tensões e obstáculos resultantes da justaposição de dois mecanismos de financiamento, não só distintos como incompatíveis. Aí reside a questão básica a ser tratada no texto: as dificuldades de integração orgânica da política nacional de saúde resultam não apenas da dispersão dos órgãos executores e da falta de uma diretriz centralizada de atuação, como também da dicotomia de mecanismos de financiamento, reflexo da utilização de recursos de natureza econômica distinta.

A bipartição fundamental dos programas de saúde corresponde ao enquadramento em duas categorias perfeitamente delimitadas. As ações sanitárias e o atendimento primário constituem típicas políticas “de puro gasto” e o atendimento patrocinado pelo Inamps está integrado às políticas previdenciárias. Convém rememorar as características de cada grupo de políticas associando-as, agora, exclusivamente à natureza dos serviços de saúde.

As políticas de “puro gasto” denotam obrigações sociais básicas do Estado, serviços usufruídos indivisivelmente e, portanto, cobrados de toda a sociedade através de impostos. Tanto o controle sanitário quanto as ações preventivas em saúde, e o atendimento primário, enquadram-se nesses requisitos.

⁷ A imprensa noticiou que recursos do Inamps contribuiriam para o combate ao *Aedes aegypti*, quando do recente surto de dengue e febre amarela. Malgrado o destino meritório dos recursos, trata-se claramente de um desvio da receita previdenciária a favor de programas de outra natureza.

O financiamento é inteiramente adequado à modalidade do dispêndio; mais ainda, a tributação ordinária, em tese, possibilita uma maior progressividade — as faixas de tributação subindo conforme o nível de renda — permitindo combinar a característica igualitária do programa social com uma forma justa de financiamento. Se considerarmos a saúde “um direito do cidadão e um dever do Estado”, para utilizar a expressão em voga, nada mais correto do que financiá-la por meio da tributação ordinária.

As políticas previdenciárias, pelo contrário, dirigem-se individualmente aos contribuintes e seus dependentes. Trata-se de um seguro social, e as relações entre os segurados e o poder público aparentemente orientam-se por uma norma contratual. O atendimento médico é considerado como serviço voltado a um risco previsível — a doença — contra o qual se acautelaram os contribuintes através de contínuas prestações mensais.

Na verdade, há uma diferença básica e evidente entre o atendimento médico-previdenciário e os demais benefícios proporcionados pela previdência social. Enquanto para estes — aposentadorias e pensões — vigora certa proporcionalidade entre o valor da contribuição mensal e o valor do benefício, o acesso ao atendimento médico é, em princípio, irrestrito a todos os contribuintes. Independente do valor do prêmio mensal, que, como é sabido, se relaciona aos salários, o contribuinte usufrui de serviços de valores ilimitados. Isto demonstra existir uma incompatibilidade entre a previdência médica pública e alguns dos princípios do seguro social, conforme discutirei a seguir. No momento, basta destacar que o financiamento, em moldes previdenciários, cria no segurado a ilusão de que a previdência lhe “deve” atendimento médico individualizado, pelo qual ele já teria pago ao descontar mensalmente uma fração de seu salário para o fundo de previdência social.

4. *A natureza do atendimento médico-previdenciário*

Estima-se que a Previdência Social seja responsável por aproximadamente 50% dos gastos públicos em saúde no Brasil, aí incluídas as esferas das administrações federal, estaduais e municipais.⁸ O Inamps é o principal agente de planejamento e operação da política nacional de saúde, o que justifica um exame mais acurado de seus serviços e potencialidades. Não analisaremos a qualidade da medicina previdenciária e da eficiência de seu esquema organizativo; voltaremos as atenções exclusivamente para o significado conceitual e os limites virtuais impostos pela sistemática previdenciária de financiamento.

A Previdência Social no Brasil é hoje custeada por três fontes principais de recursos: a) contribuições dos empregados, correspondentes a uma dedução que varia de 8,5 até 10% do salário do contribuinte; b) contribuições do empregador, no montante de 10% do valor da folha salarial da empresa ou instituição empregadora; c) contribuições do governo, em parte constituídas como fração recolhida enquanto empregador (funcionalismo público) e em parte representativas da contribuição orçamentária do governo federal, a quem cabe arcar com o custeio da máquina administrativa da previdência.

⁸ Estimativa contida no citado trabalho de Médici e Barros Silva.

Os recursos assim arrecadados formam um “bolo” comum, separado da massa tributária da União e destinado exclusivamente ao complexo Sinpas. Custeiam indistintamente todos os programas previdenciários — aposentadorias e pensões, assistência social, atendimento médico — sem que haja incomunicabilidade orçamentária entre os programas. A contribuição é conjunta e indiscriminada, competindo ao Ministério da Previdência e Assistência Social decidir quanto à destinação final dos recursos. Não existem meios à disposição exclusiva do subsistema de atendimento médico ou do subsistema de aposentadorias e pensões, mas esta suposta igualdade no acesso aos fundos envolve uma assimetria incontornável: os valores das aposentadorias e pensões são definidos por lei, constituindo seu pagamento uma obrigação do governo; à assistência médica e social compete um valor residual, calculado como a diferença entre as contribuições arrecadadas e o montante dos benefícios previdenciários básicos. Quer dizer, por não estarem previstas já na cobrança alíquotas independentes para os diversos subsistemas da previdência, os programas previdenciários de saúde assumem, de certo modo, o papel de variável de ajuste entre a receita global disponível e as necessidades de recursos para o subsistema de aposentadorias e pensões. Não é por outro motivo que nos anos mais críticos para as finanças previdenciárias as despesas com atendimento médico tenham sofrido uma queda em seu valor real, abalando seriamente a qualidade dos serviços prestados.

O caráter residual dos recursos à disposição do atendimento médico-previdenciário em si já sugere o incorreto financiamento do sistema nacional de saúde pública. Afinal, como programar melhor os dispêndios, nestas condições? Como efetuar o planejamento, cuja eficiência requer vários anos de antecipação, se os recursos são imprevisíveis? O problema aparentemente comporta soluções simples: ou discriminar no próprio momento da arrecadação a alíquota destinada ao atendimento médico, ou assegurar o compromisso governamental com a cobertura do dispêndio planejado, via recursos orçamentários. Estas soluções, no entanto, embora exequíveis, apenas contornam a questão fundamental, que deveria ser colocada com prioridade: é a sistemática previdenciária a melhor forma de financiamento para os serviços médicos públicos?

A rigor, esta resposta requer a análise do seguro social, em sua totalidade, o que escapa aos limites deste trabalho. Contudo, na medida em que o atendimento médico integra o financiamento previdenciário, participando de suas vicissitudes, é importante ao menos mencionar alguns dos problemas do seguro social moderno.

Criado como uma extensão pública das regras securitárias privadas, visando oferecer proteção contra riscos previsíveis e, deste modo, amparar o trabalhador e seus dependentes em situações de perda dos rendimentos habituais, o seguro social foi aos poucos se afastando de princípios atuariais rígidos. O fato de o poder público participar do financiamento do sistema, assegurando também sua solvência em qualquer situação, levou a que a seguridade social se desvinculasse progressivamente do caráter securitário, integrando-se cada vez mais na estrutura convencional das finanças públicas.

Em primeiro lugar, a previdência tornou-se também uma política redistributiva, escalonando as alíquotas conforme a renda do contribuinte e impondo tetos de benefícios, independentemente da contribuição prestada. Ademais, criaram-se benefícios ou alteraram-se os valores de benefícios sem que previamente

se capitalizasse o fundo necessário para os desembolsos. O resultado foi o rompimento da relação estrita prêmio/benefício que caracteriza o seguro privado e o abandono do princípio de capitalização, ou seja, do princípio que assegura que os benefícios serão pagos com o fundo capitalizado das contribuições passadas. Passa a vigorar o regime de repartição simples, conforme o qual os desembolsos presentes são simplesmente custeados pela arrecadação previdenciária corrente, sem a formação de fundos prévios correspondentes. O que garante a solvência do sistema numa situação em que o poder público tende a alargar o espectro de benefícios e a elevar seus valores médios, sem atenção a fundos capitalizados? Se o sistema é jovem e em expansão, com contribuintes em número crescente e uma massa de beneficiários ainda pequena — este foi o quadro típico do sistema previdenciário brasileiro nas décadas de 60 e 70, correspondendo a um aumento vertiginoso da força de trabalho urbana — as próprias receitas em crescimento exponencial garantem o alargamento dos benefícios. Se o sistema for maduro, com crescimento do número de beneficiários igual ou superior ao de contribuintes, apenas o repasse de recursos orçamentários garantirá o equilíbrio financeiro.

Em segundo lugar, o simples fato de os empregadores co-participarem do financiamento através de uma alíquota lançada sobre a folha salarial ou através de outros mecanismos fiscais, transforma o seguro em algo bastante assemelhado a uma forma não-convencional de tributação. A carga incidente sobre as empresas será, muito possivelmente, repassada ao preço dos produtos e, deste modo, ao consumidor final. A previdência será custeada em grande parte por toda a sociedade, e não pelos prêmios individualizados dos contribuintes. O direito aos benefícios e à assistência médica, embora garantidos nominalmente ao contribuinte e não a toda a população, decorre deste curioso contrato social, e não de um pretense contrato privado de retribuição a contribuições passadas.

Nestas condições, qual o significado do financiamento previdenciário? Por que não convertemos de vez o seguro social em política de “puro gasto”, adotando formas de financiamento mais progressivas, como os impostos diretos (sobre a renda, por exemplo)? Por que não inserir o subsistema previdenciário integralmente na estrutura orçamentária da União? Adiante tentarei esboçar algum comentário sobre esta questão, uma das mais controversas nos sistemas contemporâneos de finanças públicas.⁹ No momento, basta acrescentar que a independência das políticas previdenciárias, sua configuração como um grupo autônomo no interior da tipologia das políticas sociais, conforme critérios de financiamento, deve-se a que, embora desprovido das principais características do financiamento securitário, o seguro social ainda guarda um atributo de sabor atuarial que escapa às políticas de “puro gasto”: há certa relação entre a escala de contribuições e a de benefícios. O benefício, com algumas imperfeições, observa um valor proporcional à contribuição. A proporcionalidade não implica a existência de uma relação de causa e efeito entre contribuição e benefício; pelo contrário, é um simples critério arbitrário de distribuição de encargos e rendimentos imposto pelo poder público (outros critérios poderiam prevalecer). No entanto, sugere fortemente ao contribuinte a presença da concepção securitária e, por outro lado, diferencia as políticas previdenciárias do espírito de acesso ilimitado aos serviços, que prevalece nas políticas de “puro gasto”.

⁹ Uma introdução ao debate pode ser encontrada no livro de Musgrave & Musgrave. *Public finance in theory and practice*. New York, McGraw-Hill, 1980.

Ora, se a escala vinculando contribuições e rendimentos é quase que o último critério a diferenciar e definir as políticas previdenciárias hoje em dia, fica bastante evidente que o atendimento médico foge totalmente ao espírito dessas políticas. De fato, o acesso ao atendimento médico é, em tese, ilimitado a todos os contribuintes. Independente do valor da contribuição (que dependerá do salário mensal), todos terão os mesmos direitos e usufruirão dos mesmos serviços médicos. Não há como discriminar no interior do sistema médico-previdenciário, o que lhe confere o típico perfil de política de “puro gasto”. O único fator a desmentir tal caráter da medicina previdenciária é a arbitrária cerca de contenção separando contribuintes de não-contribuintes. O atendimento médico é voltado para os contribuintes urbanos, havendo até mesmo grandes discriminações ao segurado rural pelo fato de ser um beneficiário não-contribuinte, isto é, alguém inscrito na Previdência sem recolher contribuições mensais deduzidas do salário. Mas se no fundo a Previdência é custeada por todos os cidadãos, não se podendo presumir que são as contribuições individuais que preponderam no custeio dos benefícios, a falta de universalização no atendimento médico-previdenciário só pode ser entendida como um expediente arbitrário para contornar a escassez de recursos.

Em definitivo, a medicina previdenciária nada tem a ver com o seguro social clássico. Se no que diz respeito a aposentadorias e pensões ainda pode haver alguma controvérsia, o caso do atendimento médico é claro: ele está mal localizado no interior do sistema de seguro social, se os critérios de balizamento forem os mecanismos de financiamento. Não me cabe especular no momento sobre as causas dessa localização. Apenas para lançar uma idéia solta, acredito que o grande crescimento da medicina previdenciária entre o final da década de 60 e o início da de 80, sem a provisão de fonte mais adequada de recursos, deveu-se ao superávit das finanças previdenciárias no período. O governo vislumbrou naquele montante elevado de recursos uma possibilidade cômoda de atender à crescente demanda de serviços de saúde, e os utilizou sem qualquer cuidado com a adequação entre a política praticada e as origens dos recursos.

Reconhecer a incompatibilidade entre a medicina previdenciária e o financiamento securitário não significa negar a viabilidade teórica de sistemas securitários de atenção à saúde. Em vários países o seguro médico prospera e atende com eficiência a segmentos significativos da população, e mesmo no Brasil as classes de rendas mais elevadas passam a encontrar no seguro privado uma alternativa de obtenção de cuidados médico-hospitalares. Nada há de surpreendente nisto. Podemos tipificar as diversas espécies de cuidados médicos requeridos pelo indivíduo ao longo da vida, estimar o custo médio de atendimento, calcular a probabilidade de ocorrência do evento e, deste modo, estipular contribuições suficientes para as várias gamas de serviços médicos oferecidos, organizando planos de contribuições e benefícios. Conforme o valor da contribuição, o segurado terá acesso a determinados tipos de serviços médicos, aí estipuladas as doenças cobertas, o atendimento hospitalar oferecido, os exames facultados, enfim, a extensão e a qualidade da cobertura médica.

No seguro médico privado, diversamente da medicina previdenciária pública, fazem-se presentes duas restrições importantes: a) os serviços não são ilimitados, isto é, cada plano de custeio corresponde a uma listagem bem delimitada de cuidados médicos a que se tem acesso; b) o custeio não é proporcional à renda do segurado, sendo fixas as contribuições. A Previdência Social, com contribuições pessoais proporcionais aos rendimentos e acesso indiscrimina-

do aos serviços médicos, diferencia-se radicalmente do seguro médico privado. Se nenhuma semelhança existe com o seguro médico privado, e muitas diferenças há inclusive em relação aos demais programas previdenciários, por que não remeter a medicina pública inteiramente ao orçamento geral da União, onde suas características de “política de puro gasto” ficariam mais bem acomodadas? Para enfrentar esta questão, convém fazer uma apreciação sumária e panorâmica do sistema de gastos e receitas da União.

5. *Uma descrição sumária do sistema brasileiro de financiamento público*

À medida que o Estado vai diversificando sua atuação nas sociedades contemporâneas, mais intrincadas se tornam a estrutura do financiamento público e as organizações e instituições através das quais os serviços públicos são prestados. Em sociedades de modernização e industrialização recentes, a presença do setor público é complexa, seja porque o atraso econômico requer o apoio decisivo do Estado na criação do parque industrial e da infra-estrutura de suporte ao desenvolvimento econômico, seja porque as instituições liberais e a tradição jurídica estão pouco consolidadas, dando margem a inúmeras distorções no esquema de financiamento público.

O Brasil não foge à regra, e o panorama do financiamento e da forma organizativa do setor público é contristador. Nas três esferas de governo (União, estados e municípios) sucedem-se autarquias, empresas e fundações cuja delimitação funcional e distribuição de tarefas entre si e em relação à administração centralizada são pouco claras, para se dizer o mínimo. Nas duas últimas décadas, em especial, proliferaram empresas e demais entidades da administração pública descentralizada, em nome da eficiência administrativa. Com isto, muitas políticas economicamente estratégicas (como a energética ou a siderúrgica) ou socialmente relevantes (como o saneamento básico) passaram a ser exercidas por sociedades de economia mista ou empresas públicas, descentralizando a tomada de decisões que, por sua importância, deveria pertencer com exclusividade à administração centralizada, e deixando à mercê de critérios empresariais atividades que jamais poderiam ser analisadas por este ângulo.

Do ponto de vista financeiro, esta multiplicação de organismos criou um emaranhado de fluxos de recursos. Quase nunca as entidades da administração descentralizada (inclusive as empresas) dispõem das receitas próprias necessárias ao exercício de suas atividades, e os recursos gerados pela tributação ordinária ou por fundos públicos especiais migram através das mais variadas entidades públicas até desembocar no órgão executor dos programas que se deseja custear.

Em princípio, as fontes básicas de recursos de que pode dispor o governo para o exercício de suas funções são três: tributação ordinária, endividamento público e emissão de moeda. Não entenderemos o funcionamento do setor público brasileiro se não acrescentarmos duas outras fontes de recursos que vieram a adquirir grande importância: receita própria obtida pelas empresas estatais com a venda de seus produtos, e fundos especiais de financiamento.

Podemos, deste modo, simplificar a atividade de receitas e gastos do setor público utilizando a imagem de um mapa com inúmeras localidades — entidades executoras do gasto final, entidades coordenadoras das políticas e entidades geradoras de recursos — que se comunicam por meio de fluxos de natureza diversa

— os recursos oriundos das cinco fontes básicas. O quadro é um pouco mais complexo, pois devemos acrescentar-lhe duas qualificações. Em primeiro lugar, nem todos os recursos se dirigem unicamente da fonte geradora até a entidade executora do gasto final; alguns fluxos correspondem a empréstimos que, ao serem saldados, adicionarão às vias de tráfego mãos em sentido inverso. Em segundo lugar, o trânsito não é livre, e sim disciplinado por regras. Nem todos os recursos se destinam a qualquer localidade; em outras palavras, já na captação os recursos trazem carimbados os usos possíveis, ou pelo menos algumas impossibilidades de utilização.

Este quadro, não desprovido de complexidade, seria ao menos inteligível se prevalecessem regras claras de trânsito. Isto é o que ocorre em economias com sistemas de finanças públicas bem constituídos e maduros, nos quais a criação de recursos se efetua obedecendo a prescrições rígidas que condicionam a forma de captação e as finalidades do gasto. No Brasil, pelo contrário, a maleabilidade é total. O Poder Executivo cria impostos a qualquer momento e sem aprovação do Legislativo, bastando, para tanto, não chamar os tributos por seus nomes corretos. Um caso característico e recente é o Finsocial, típico imposto indireto chamado de fundo especial. E as fontes de recursos, classicamente diferenciadas por mecanismos de captação e destino final, confundem-se na vala comum das receitas governamentais, não respeitando normas de constituição e aplicação. O Finsocial é novamente um bom exemplo; criado como fundo especial para certos gastos sociais, hoje é praticamente um complemento ao orçamento geral da União, com finalidade indeterminada.

Com grande dose de esforço e arbitrariedade, no entanto, pode-se tentar dar a esse emaranhado de fluxos financeiros uma certa coerência, ou ao menos uma ordenação propícia à análise das políticas sociais. Para tanto, vou deixar de lado o endividamento público e a emissão de moeda, considerando que estes são antes instrumentos de política monetária do que de financiamento de gastos (embora a intercomunicabilidade dos fluxos financeiros públicos faça com que estes instrumentos, em última análise, se inter-relacionem com a política de gastos). Vou deixar de lado também as receitas próprias das estatais, supondo que todas elas se destinem a gastos nas mesmas entidades em que foram geradas, ou seja, não gerem fluxos de recursos para outras entidades públicas. Tal restrição é um tanto forte e afeta nosso objeto de análise, quando menos porque certas políticas sociais são executadas por empresas e financiadas parcialmente por receitas próprias de venda (é o caso do saneamento básico); mas, ainda assim, por conveniência de sistematização, ignorarei estes recursos.

Feitas todas as simplificações, veremos que as atividades típicas de governo — entendidas como típicas as atividades não-produtivas ou empresariais — são financiadas por meio da tributação ordinária e dos fundos especiais. A tributação ordinária é a principal origem dos recursos orçamentários da União, estados e municípios, sendo os impostos, tributos preponderantes, juridicamente definidos como a contribuição compulsória devida pelo indivíduo ao poder público, independentemente de direito a contrapartidas individualizadas. O Estado não se obriga a efetuar qualquer gasto especial de incidência direta sobre o contribuinte pelo fato de haver recolhido impostos. Tanto o montante das contribuições como o plano de desembolso são, em tese, produto de deliberação legislativa, podendo o poder público efetuar amplamente políticas redistributivas de renda via cobrança e direcionamento dos gastos públicos. Os impostos, portanto, e por de-

finição, constituem receita geral à disposição da administração pública, legitimados na arrecadação e no momento em que se convertem em despesas pela deliberação legislativa. A fixação de vinculações (obrigatoriedade de desembolso em itens determinados), tão habitual no Brasil em passado recente, apenas substitui a legitimidade da deliberação legislativa por normas rígidas que embaraçam o planejamento orçamentário.

Os fundos especiais não constituem receita geral da União, à disposição do planejamento orçamentário. São recursos captados tendo em vista destino certo, e, por este motivo, habitualmente não se comunicam quer com outros fundos, quer com a receita orçamentária geral. A rigor, a vinculação entre captação e forma específica de gasto é quase que o único elemento comum a todos os fundos, tais são as diferenciações entre eles no que diz respeito à forma de captação e às modalidades de desembolso. Cada fundo possui regras próprias de captação — embora vários deles sejam gerados pelo mecanismo comum de alíquotas lançadas sobre as folhas salariais — e mais ainda de desembolso, de tal modo que uma tipologia de fundos quase desembocaria numa descrição de todos eles.

A delimitação conceitual entre impostos e fundos especiais torna-se ainda mais difícil, senão impossível, quando lembramos que alguns impostos (ou todos) podem estar vinculados a determinados programas de desembolso, enquanto certos fundos possuem flexibilidade quanto ao destino da aplicação. A título de exemplificação, notemos que a Emenda Calmon vincula um percentual da arrecadação tributária a gastos em educação; já os recursos do PIS/Pasep destinam-se a empréstimos a atividades econômicas variadas. Um fundo pode também ser formado com recursos tributários; um bom exemplo histórico é o fundo constituído a partir de um adicional sobre o imposto de renda que respaldou a política de investimentos desenvolvida pelo BNDE no início da década de 50.

Investigar o porquê da constituição de fundos total ou parcialmente à margem do orçamento da União foge inteiramente aos propósitos deste trabalho. Por isto, deixando de lado digressões conceituais, passo diretamente à questão que interessa à discussão das políticas sociais, sintetizada em dois pontos:

— cristalizada a estrutura tributária da reforma 64-66, o governo manteve-a razoavelmente intocada, criando em paralelo inúmeros fundos associados a receitas parafiscais. Esta é uma afirmação a ser entendida em seus devidos meios-tons. Nem a estrutura tributária é rígida — basta dizer que as constantes alterações de alíquotas e de isenções afetam a estrutura tributária ainda que mantida constante a listagem de impostos — nem todos os fundos parafiscais são novos — o mais importante deles, o da Previdência, antecede a reforma tributária. De qualquer forma, o rol de novos fundos especiais é numeroso: FGTS, PIS/Pasep, Finsocial, salário-educação, cota de Previdência, FAS, além da Previdência Social, entre outros. As receitas anuais de todos estes fundos constituem nada menos do que um valor aproximado a 80% da receita orçamentária da União;

— todas as políticas sociais mais significativas são operadas através de fundos especiais. A Previdência Social está vinculada ao FPAS, a política habitacional ao FGTS, a educação ao salário-educação. Algumas dessas políticas recebem ainda suportes de outros fundos ou dos orçamentos da União, estados

e municípios. Cada política social deve ter seu financiamento estudado em contexto próprio; as especificidades, contudo, não invalidam a proposição central de que nossas principais políticas sociais, inclusive serviços de saúde, são custeadas por recursos extra-orçamentários localizados em fundos especiais.

Esta opção de financiamento pode ser interpretada positiva ou negativamente. Positivamente, se destacarmos o fato de que os fundos especiais, de certo modo, protegem as políticas sociais, ao assegurarem que os recursos carreados através deste conduto estão a salvo de outras aplicações. A incomunicabilidade entre fontes de recursos e a vinculação direta entre fontes e usos impede que os recursos sejam desviados para programas que, embora de menor alcance social, têm a seu favor interesses políticos e econômicos articulados e influentes.¹⁰ A interpretação será negativa, se a opção de financiamento nos sugerir a impermeabilidade do orçamento da União às demandas “sociais”. De fato, se não há qualquer programa social fundamental coberto orçamentariamente, quais as verdadeiras prioridades do orçamento e das políticas tributárias? Ao não cobrir os programas sociais com a tributação ordinária, é como se o governo quisesse nos expressar que qualquer gasto social é viável, desde que haja recursos criados especificamente para este fim em adição à tributação ordinária.

Além disso, as formas de financiamento consagradas pelos fundos não possuem a progressividade que caracteriza a moderna equidade tributária. As contribuições arrecadadas das empresas (folhas de pagamento, faturamento, lucro, adicional sobre o imposto de renda) são semelhantes a impostos indiretos, recaíndo sobre o preço das mercadorias e o consumidor. As contribuições arrecadadas dos indivíduos (alíquotas impostas a salários) são proporcionais à renda.

6. Conclusões

Conforme foi apontado, a saúde pública no Brasil é financiada, em parte, através de recursos orçamentários e, em parte, através de um fundo especial: o Fundo de Previdência e Assistência Social. Além da já analisada inadequação entre medicina pública e financiamento previdenciário, temos agora outro problema detectado: o financiamento através de fundos especiais, tendência presente na quase-totalidade das políticas sociais. A questão de relevo é que o atendimento médico, assim como as outras políticas sociais, não são encarados como prioridade orçamentária; isto não decorre apenas das pequenas dotações orçamentárias do Ministério da Saúde, mas principalmente da decisão de financiar a atenção à saúde através de um fundo extra-orçamentário. O desvio é flagrante, pois sendo a saúde “um direito de todos e um dever do Estado”, ela estará bem acomodada somente no *locus* propício às políticas de “puro gasto”, o orçamento.

Não bastaria, portanto, elevar as dotações orçamentárias do Ministério da Saúde ou de outros ministérios ditos sociais se quiséssemos revisar a atuação

¹⁰ A proteção aos recursos, proporcionada pelos fundos, é relativa. Nem sempre a vinculação é clara (caso do Finsocial) e, mesmo quando os programas de gasto são bem definidos, não há obstrução legal ao desvio de recursos superavitários para outras finalidades. A Previdência Social no passado foi superavitária, e seus recursos desviados para programas de outra natureza.

e o papel do Estado, encaminhando-o mais decididamente para políticas de *welfare*. Seria necessário rediscutir todo o esquema nacional de financiamento público, a começar pela dicotomia orçamento/fundos especiais e, no caso da saúde, pela dicotomia Ministério da Saúde/Ministério da Previdência, com as respectivas fontes de recursos.

Coloco a questão de um modo um tanto ou quanto amplo ou radical para chamar a atenção para os fundamentos últimos da questão financeira nas políticas sociais, evitando o extremado casuísmo que tem estado presente nas propostas de modificação da política médica, que afloram o debate público. A maior parte delas apenas sugere acomodações de momento, sem atacar de frente a composição da estrutura de financiamento público. Basta apontar as que têm estado em evidência no debate atual para percebermos as limitações:

— passagem do Inamps para o Ministério da Saúde. Esta proposta não é inadequada em si, mas parcialíssima ao ignorar o problema do financiamento. Com que recursos? Transferindo verbas do Sinpas? Mas, neste caso, que verbas, já que não há discriminação de alíquotas? E, mesmo criando alíquotas próprias para a saúde, não persistiria a inadequação entre um programa de “puro gasto” e uma forma de financiamento (alíquotas impostas a salários) caracteristicamente previdenciária?;

— vinculação de recursos, na forma de uma “Lei Calmon” para a saúde pública, garantindo certa proporção dos recursos orçamentários para a área. Mas, novamente, quais recursos? Grande parte dos recursos em atenção à saúde é extra-orçamentária, portanto já vinculados, embora no interior de um fundo não integralmente dedicado ao atendimento médico. E grande parte dos recursos orçamentários alocados à saúde o é através de estados e municípios. Devemos interferir ainda mais na autonomia dessas esferas de governo criando novas vinculações? Aliás, por que encarar um mecanismo administrativo — a vinculação — como o único meio de garantir certos gastos, em substituição à necessária formação de um consenso político que desemboque na atuação parlamentar em defesa das políticas sociais?

— garantir um piso mínimo no interior dos recursos previdenciários — algo como 30% — para a medicina previdenciária. E as aposentadorias e pensões? Quem assegura que o governo transferirá recursos orçamentários para pagá-las, caso haja insuficiência de recursos? Por que não lutar, ao contrário, por mais recursos orçamentários para a saúde, esvaziando aos poucos a forma de financiamento previdenciário?

Em suma, o que desejo enfatizar é o fato de que as propostas mais em evidência, por mais bem-intencionadas e engenhosas que sejam, não passam de casuísmos para melhor acomodar o atendimento médico no interior de uma concepção inadequada de financiamento de políticas sociais. É claro que alguma dose de realismo deve acompanhar a reflexão sobre o financiamento público. Reconheço que é perigoso desmontar abruptamente o mecanismo previdenciário de financiamento, pois ele, ao menos, resguarda certos recursos que poderiam desaparecer no “sumidouro” orçamentário. O realismo, porém, não nos pode eximir da análise conceitual das sistemáticas de financiamento, único meio de vislumbrar o significado último e o alcance social das políticas de *welfare* desejadas.

Esta discussão não substitui o exame de alternativas de organização dos serviços de atenção à saúde. Pelo contrário, acredito que toda a gama de questões vinculadas à qualidade e estrutura dos serviços médicos públicos, das mais genéricas — medicina pública *versus* medicina privada — às mais imediatas — assalariar os médicos através do Inamps ou subcontratar serviços — pode beneficiar-se se vier complementada por um enfoque de adequação do financiamento. Mais do que propor alternativas de organização dos serviços públicos em saúde, o propósito deste texto é o de chamar a atenção para os limites e o significado econômico de cada alternativa.

Summary

From a conceptual point of view, this article deals with the financing of public health programs in Brazil.

The starting point is a social program classification, according to financial criteria. The four criteria adopted are: public goods programs, subsidized programs, social security programs, and financing programs. Public health programs fit into two of the above criteria: public goods programs and social security programs.

The aim of this article is to show that the financial resources for the public health programs are inadequate, impeding a further improvement of the public health services in Brazil.