

A SEGURIDADE SOCIAL, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PARTILHA DOS RECURSOS*

*Solon Magalhães Vianna***

O artigo está centrado em quatro questões que, de alguma forma, afetam a partilha dos recursos do Orçamento da Seguridade Social – OSS, entre os componentes desse sistema (saúde, previdência e assistência social): O papel do MTPS, "caixa" da seguridade e gestor de seu principal programa (benefícios previdenciários); a proposta de vincular os recursos da saúde a determinado percentual do OSS; a controvérsia quanto às responsabilidades desse orçamento, que tem sido usado para financiar políticas públicas (saneamento, merenda escolar, pagamento de inativos e pensionistas da União, etc.) que antes eram custeadas pelo orçamento fiscal (recursos ordinários do Tesouro) e, finalmente, a repercussão da estratégia de contingenciamento adotada pelo governo, atingindo inclusive as contribuições sociais recolhidas pela Receita Federal (FINSOCIAL, taxaço sobre lucro e loterias). No final é mencionada a criação de fonte específica para saúde e a forma de partição automática entre União, Estados e Municípios. O autor conclui com cepticismo em relação a soluções para o financiamento do SUS que não passe pela retomada do crescimento econômico, combate à sonegação e à inadimplência de órgãos públicos e empresas privadas e, sobretudo, pela vontade política de fortalecer o sistema de saúde.

INTRODUÇÃO

O conceito de **seguridade social** – "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (C. F., Art. 194) – constitui uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição de 88.

A novidade estava ausente das intenções iniciais da Assembléia Nacional Constituinte – ANC. As primeiras versões do texto constitucional não cogitavam integrar as três áreas. Inúmeras propostas que, de alguma forma, subsidiaram esses ante-projetos, tanto as oriundas de grupos e entidades da sociedade civil (Rodrigues Neto, 1988) como, em especial, as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde – VIII CNS (1986) e da Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS (1987), propunham solução

* Texto baseado em exposição feita na Mesa Redonda sobre Financiamento da Saúde no Brasil, realizada em 21-6-91 na Faculdade de Saúde Pública da USP (Ciclo de mesas-redondas: "A crise da saúde: estrangulamento, perspectiva e saída").

** Técnico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e Presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRÉS.

diametralmente oposta, ou seja, separar saúde das áreas de previdência e assistência social. Desta forma, o sistema de saúde passaria a ser financiado com recursos tributários, enquanto as contribuições sociais custeariam somente pensões, aposentadorias e outras prestações de cunho previdenciário e assistencial.

A inovação constitucional trouxe implicações na partição dos recursos da seguridade entre os seus componentes. Este texto analisa essas implicações, em particular aquelas que mais diretamente incidem no sistema de saúde.

ANTECEDENTES

Até outubro de 88 o sistema público de saúde disputava recursos, no nível federal, em duas arenas distintas. Na primeira, situada na órbita previdenciária, repartia-se o orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, entre as três grandes linhas programáticas desse sistema: benefícios previdenciários, ações de assistência social e atenção médico-hospitalar.

A partição ocorria autonomamente: o orçamento do SINPAS não era apreciado pelo Congresso Nacional e, na prática, sua elaboração não sofria interferência do órgão orçamentário central. As receitas do SINPAS eram arrecadadas pela própria previdência social não se confundindo, por conseguinte, com os recursos que compunham o orçamento fiscal. A contribuição da União para o SINPAS, retirada do orçamento fiscal, era pouco mais que simbólica: entre 1971 e 1988, apenas em dois anos (1971 e 1984) correspondeu a mais de 10% da receita total do SINPAS. Os dois últimos anos da série registraram as menores taxas (0,8% e 0,6%) (Tabela 1).

Na segunda arena, a do orçamento fiscal, os programas a cargo do Ministério da Saúde, concorriam com educação, justiça, transportes, defesa nacional, previdência do servidor público e demais responsabilidades da União*.

* Os dois orçamentos, fiscal e previdenciário, tiveram historicamente importância bastante diferenciada no financiamento do sistema de saúde. Entre 1980 e 1986 o Tesouro teve participação relativa crescente (Tabela 2), embora nunca superior a 32,1%, caindo em 1987 para 27,1%.

TABELA 1 – PARTICIPAÇÃO (%) DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO NO ORÇAMENTO DO SINPAS 1971 – 1988

ANO	PORCENTAGEM	ANO	PORCENTAGEM
1971	10,9	1980	5,2
1972	9,8	1981	9,5
1973	8,5	1982	9,7
1974	6,9	1983	8,2
1975	6,2	1984	11,6
1976	6,2	1985	4,4
1977	7,1	1986	3,9
1978	5,9	1987	0,8
1979	5,0	1988	0,6

Fontes: Grupo de custeio do MPAS, Balanços do FPAS e SÍNTESE. In: OLIVEIRA, F. et al. Metodologia de Projeção dos Gastos Previdenciários e Assistenciais. Rio de Janeiro, IPEA (INPES) 1990 (Estudos sobre Economia do Setor Público, nº 4)

A CONSTITUIÇÃO DE 88 E O OSS

A nova Constituição alterou esse quadro. Seu grande avanço foi fazer com que o Congresso Nacional passasse a apreciar (e emendar) não apenas o orçamento fiscal – que durante o regime autoritário apenas homologava – mas também os dois outros orçamentos federais: o da seguridade social (OSS) e o investimento das empresas estatais.

Com essa mudança o sistema de saúde passou a disputar recursos em uma só arena, a do orçamento da seguridade social, o que não se tornou necessariamente mais vantajoso para o setor, como se procura demonstrar mais adiante.

Também por definição constitucional (C.F., Art. 195), a seguridade passou a ser financiada, na esfera federal, com recursos do orçamento da União e das seguintes contribuições sociais:

- " I – dos empregadores, incidente sobre a folha de salário, o faturamento e o lucro"
- " II – dos trabalhadores"
- " III – sobre a receita de concursos de prognósticos"

TABELA 2 – EVOLUÇÃO DO GASTO FEDERAL COM SAÚDE* E DA PARTICIPAÇÃO (%) DAS DIFERENTES FONTES 1980 – 1987

Em Cz\$ 1 milhão de 1987

ANO	TOTAL	FONTES		
		FPAS**	TESOURO***	OUTRAS****
1980	193.229	82,9	14,3	2,8
1981	180.514	81,2	16,3	2,5
1982	189.811	79,0	18,7	2,3
1983	154.294	75,4	23,2	1,4
1984	161.249	77,6	21,6	0,8
1985	192.650	70,9	28,3	0,8
1986	214.740	67,5	32,1	0,4
1987	298.562	72,5	27,1	0,4

* Inclui despesas com programas de Alimentação e Nutrição. Não inclui os gastos com Saneamento e Proteção ao Meio Ambiente.

** Fundo de Previdência e Assistência Social.

*** Inclui recursos do FINSOCIAL.

**** Inclui FAS (CEF)

Fonte: IPEA. Coordenadoria de Saúde e Previdência Social. A Conta Social Revisitada, 1980-1987. (Acompanhamento de Políticas Públicas, nº 11).

Com orçamento próprio e fontes vinculadas, o passo seguinte para aumentar o grau de autarquização da seguridade social, seria atribuir-lhe competência para o recolhimento de todas as contribuições sociais. Tal pretensão não prosperou. A responsabilidade sobre a arrecadação das contribuições sociais sobre o faturamento, lucro e concursos de prognósticos ficou com a Receita Federal. A seguridade social, manteve a prerrogativa histórica da previdência social, sobre o recolhimento das contribuições sobre folha de salário (Lei nº 8212/91, Art. 33). Essa fonte deverá representar, em 1992, cerca de 47% dos recursos do OSS (Piola & Vianna, 1991).

A PARTILHA ORÇAMENTÁRIA

Ao se integrar à previdência e à assistência social, o SUS entrou em uma

competição que lhe é desfavorável. O custeio das prestações a cargo do INSS (pensões e aposentadorias, principalmente) demanda um volume crescente de recursos que, a médio e longo prazo, tende a absorver a totalidade das contribuições sociais. Ao mesmo tempo, o governo tem mantido em valores insatisfatórios* as transferências do Tesouro para o OSS previstas na Constituição (C.F., Art. 195, caput e Art. 198, Parágrafo único), como passou, ainda, a incluir entre as responsabilidades da seguridade social, o financiamento de programas que, até 1980, eram atendidos pelo orçamento fiscal.

Tudo isto torna cada vez mais problemático o financiamento do SUS. A fatia de 30% habitualmente pleiteada pela saúde é poucas vezes alcançada – mesmo antes da Constituição de 88 – embora sabidamente aquém do necessário para prover, com padrões qualitativos aceitáveis, o **acesso universal e equalitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde** (C.F., Art. 196), começa a configurar-se como uma imagem-objeto cada vez mais distante. Entre 1971 e 1988 somente em 4 exercícios orçamentários as despesas do INAMPS atingiram percentual superior a 30% do dispêndio total do SINPAS (Tabela 3); a média do período foi de 28,1% (Oliveira et al., 1990).

TABELA 3 – PARTICIPAÇÃO (%) DO INAMPS NAS DESPESAS DO SINPAS 1971 – 1988

ANO	PORCENTAGEM	ANO	PORCENTAGEM
1971	27,9	1980	27,3
1972	26,4	1981	24,3
1973	26,8	1982	23,3
1974	26,5	1983	21,9
1975	29,2	1984	25,3
1976	31,5	1985	26,7
1977	30,5	1986	25,2
1978	29,8	1987	37,8
1979	27,6	1988	38,1

Fonte: OLIVEIRA, F. op. cit.

Nota: Média de 28,1% entre 1971 e 1988.

* A contribuição da União (recursos ordinários do Tesouro) em 1992 deverá representar apenas 7,2% da receita total da seguridade social (Câmara dos Deputados, Diretoria Legislativa, 1991).

Esse cenário em uma conjuntura econômica recessiva, onde as receitas públicas costumam decrescer, gera uma disputa perversa por recursos escassos. De um lado, pensões e aposentadorias, de outro, os serviços de saúde. É certo que essa disputa já existia no SINPAS: a assistência médica concorria com os benefícios previdenciários e a assistência social. A diferença é que, agora, a competição não se limita a assistência médico-hospitalar, mas alcança todos os serviços de saúde.

Estes dificilmente deixam de ser sacrificados: uma coisa é competir com iniciativas de prioridade duvidosa, como os projetos de construção do caça subsônico AMX, do submarino nuclear ou da ferrovia norte/sul, o que aconteceria se saúde fosse financiada com recursos tributários, conforme proposto pela VIII CNS. A luta não seria fácil, mas a opinião pública, reforçada pela pressão internacional em favor da redução dos gastos militares, estaria a favor. Outra coisa, porém, é concorrer com mais de 12 milhões de aposentados e pensionistas cuja sobrevivência está, na grande maioria dos casos, condicionada ao recebimento regular de modestos benefícios.

ALGUMAS QUESTÕES

O Papel do MTPS

A primeira questão — não necessariamente a mais importante — envolvendo a partilha dos recursos dentro da seguridade social, está relacionada com o duplo papel do Ministério do Trabalho e Previdência Social. O MTPS é, simultaneamente, gestor dos programas de maior porte financeiro como pensões, aposentadorias, seguro desemprego e saúde do trabalhador e o caixa da seguridade social. As contribuições sociais diretamente arrecadas pelo MTPS (taxação sobre folha de salário) representaram em 1990 mais de 80% da receita global da Seguridade Social (Informe de Previdência Social, nº 4, 1991).

Essa situação peculiar concentra poder político nas mãos do titular do MTPS, dados os inúmeros instrumentos à sua disposição que permitiriam favorecer os programas sob sua gestão em inevitável detrimento dos demais. Em contrapartida torna-o alvo preferencial das pressões dos lobbies setoriais para liberação de recursos, o que, se de um lado, pode ser eventual-

mente desconfortável, de outro, representa uma valiosa oportunidade para exercer poder político. Por exemplo: se o MS atrasar o pagamento de médicos e hospitais contratados ou retardar repasses para Estados e Municípios por não ter recebido recursos do MTPS, nada mais natural que a Associação Médica Brasileira, a Federação Brasileira de Hospitais – FBH ou governadores e prefeitos, desviem o foco de suas pressões para o Ministro da Previdência Social de forma a terem seus créditos liberados.

Não há evidência de que situações como essa tenham ocorrido. Mas a sua possibilidade, dada as características de nossa prática política, é um risco sempre presente: a integração conceitual, inerente à definição constitucional de Seguridade social, não se reproduziu sob a ótica organizacional, o que aconteceria com a integração da saúde, assistência e previdência social em um só Ministério (Ministério da Seguridade Social). Entretanto, a unidade de comando, princípio coerente com o conceito de seguridade e com a tentativa de enxugamento da máquina federal anunciado nos primeiros dias do atual governo, não se concretizou. Ao contrário, ações típicas da seguridade estão hoje diluídas em pelo menos quatro ministérios: Educação, Saúde, Trabalho e Previdência Social e Ação Social.

A vinculação

Uma suposta solução, repetidamente apontada (Rodrigues Neto, 1988) para garantir recursos para saúde é a fixação de um percentual mínimo do OSS para esse setor. Esse singelo expediente tem mero efeito "psicológico"; a vinculação na prática, se limita a posição orçamentária inicial que pode ser – como tem sido – bastante alterada ao longo do exercício financeiro (Piola & Vianna, 1991).

Por determinação constitucional (C.F., ADCT, Art. 55), 30%, no mínimo, do OSS – excluído o seguro desemprego – deveriam ser destinados à saúde, até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, uma outra inovação da nova Constituição (C.F., Art. 165). A tentativa protecionista não teve eficácia. A nova Constituição só entrou em vigor em outubro de 88, o que impediu a adoção do OSS em 89. Estimativas para esse ano (1989) sugerem que no conjunto dos gastos com saúde, previdência e assistência social, a primeira área tenha recebido 28,6% do total dos recursos (Azeredo & Lobo, 1991).

A primeira LDO (Lei nº 7800/89) editada para orientar a elaboração do orçamento de 1990, bem como a segunda (Lei nº 8074/90), dispoendo sobre as diretrizes orçamentárias para 1991, não mantiveram a vinculação, restabelecida, entretanto, para o orçamento de 92 (Lei nº 8211/91).

A vinculação, por si só, não assegura maiores recursos, particularmente em um ambiente de crise fiscal ou quando a prioridade da área beneficiária não tem contornos nítidos.

Um bom exemplo dessa incerteza e da fragilidade da vinculação como panacéia para um problema de escassez de recursos e/ou de vontade política, pode ser encontrado na área de educação. A despeito de protegida pela Constituição (C.F., Art. 212) que obriga a União a aplicar no desenvolvimento da educação, 18% da receita de impostos*, os recursos federais para esse setor tiveram queda real em 1990 em relação ao ano anterior. Conforme o critério adotado para contabilizar os gastos educacionais, a queda pode ter chegado ao desastroso patamar de 30% (Piola, Vianna & Camargo, 1992) ou ter sido meramente residual (Marques, 1991).

Ademais, o mandamento constitucional é negligenciado. Muitos Estados e Municípios não o cumprem. E a União, para efeito de dá-lo como atendido, computa como em educação despesas que, em outras circunstâncias, são consideradas como pertencentes às Funções "Saúde e Saneamento" e "Previdência e Assistência" **.

A afronta recai também sobre o dispositivo que obriga o Poder Público a aplicar nos dez primeiros anos de promulgação da Constituição, "pelo menos, cinquenta por cento dos recursos a que se refere o art. 212 da Constituição, para eliminar o analfabetismo e universalizar o ensino fundamental" (C.F., ADCT, Art. 60). Neste caso o descumprimento não é de Estados e Municípios. Estes já vinham exercitando essa política mesmo antes de promul-

* Estados e Municípios: 25%.

** Gastos com merenda escolar (sub-programa Alimentação e Nutrição e com o pagamento de pessoal inativo do MEC (Lei nº 7348/85), por exemplo.

gada a atual Constituição. A União é que se julga desobrigada de fazê-lo, alegando **não ter sob sua responsabilidade uma rede de ensino fundamental**, como acontece com os demais entes federativos. Sob esse argumento destinou em 1990 apenas 6,6% de sua receita de impostos para o ensino básico (Amaral Sobrinho, 1991).

Responsabilidades do OSS

O terceiro problema da partilha de recursos dentro da seguridade social diz respeito a controvérsia em torno do que pode ou não pode ser financiado pelo OSS.

A Constituição e a, assim chamada, **lei orgânica da saúde** (Lei nº 8080/90) não são – como as três Leis de Diretrizes Orçamentárias já promulgadas não foram – suficientemente explícitas sobre a matéria. É a indefinição ou a ambigüidade que, ao fim e ao cabo, abrem a brecha necessária para contrabandear para dentro do OSS, programas que antes de 88 não compunham o orçamento da saúde, da previdência ou da assistência social.

Assim, a proposta orçamentária para 1992 obedeceu a LDO (Lei nº 8211/91, Art. 28, Parágrafo 3º) destinando para saúde 30,6% do orçamento da seguridade social, excluindo o PIS/PASEP. Esse percentual, no entanto, só foi alcançado com a inclusão no âmbito da saúde, dos gastos com saneamento básico, apoio nutricional, hospitais universitários, saúde do trabalhador, saúde escolar, merenda escolar, assistência médico-odontológica de servidores públicos e construção de CIACs, além de encargos com inativos e pensionistas do MS. A maior parte dessas despesas, até 1988, era atendida com recursos tributários que conformam o orçamento fiscal e não pelas contribuições sociais, principal fonte do OSS (Britto, 1991).

Por essa razão, o Deputado Antonio Britto entende que " em 1992, nós, da saúde, sentiremos saudades do ano que passou", pois 20% dos recursos setoriais vão para atividades que antes não eram compreendidas pelo setor (Britto, 1991).

A questão é controvertida em boa parte pela falta de definição sobre o que seja ou não responsabilidade do setor de saúde ou, mais amplamente, da

seguridade social. É o caso das atividades acima mencionadas e também do pagamento de inativos e pensionistas da União que sempre foi atendido com recursos do Tesouro. Desde que foi criado o OSS essa prestação passou a ser custeada com recursos do FINSOCIAL. Em 1990, somente para essa finalidade foram utilizados cerca de Cr\$ 89 bilhões, o equivalente a 18% da arrecadação do FINSOCIAL.

A manutenção de hospitais universitários e a execução de programas de saúde ocupacional, eram — antes do advento da seguridade social — custeadas com recursos do orçamento (Tesouro) do MEC e do MTb, respectivamente. Os recursos da Previdência (INAMPS) repassados, através de convênio, aos hospitais universitários destinavam-se a remunerar a atenção médica prestada à clientela previdenciária. São, todavia, serviços de saúde de caráter universal e definidos na lei orgânica da saúde como de responsabilidade do SUS (Lei nº 8080/90) e, portanto, da seguridade social (C.F., Arts. 198 e 200).

A construção de CIACs, porém, só poderia ser atendida pelo OSS no seu componente médico-sanitário e de assistência social. O projeto pedagógico deve onerar o orçamento da educação e parece que assim está acontecendo, embora o Ministro da Saúde (Alceni Guerra) não considere os CIACs como escola (Constâncio, 1991.)

A questão do saneamento é menos trivial. Investimentos em água e esgoto são atendidos majoritariamente com recursos do FGTS. Mas o Ministério da Saúde — MS, através da Fundação Nacional de Saúde — FNS, sempre aplicou recursos do Tesouro a fundo perdido em saneamento como estratégia para combater doenças de veiculação hídrica. Em média, entre 1980 e 1987 perto de 20% desses investimentos foram financiados pelo Tesouro (IPEA, 1989).

Aparentemente, não é questionável que o OSS financie ações nesse campo. Afinal o saneamento contribui de forma significativa para melhorar o nível de saúde. Além disso, cabe ao SUS participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (C.F., Art. 200, IV). Nada obstante, poder-se-ia alegar que os programas de saneamento não têm exclusiva finalidade sanitária. E participar da execução, como cabe ao SUS, não significa, obrigatoriamente, que as ações respectivas tenham que ser custeadas pelas contribuições sociais. Por que não custeá-las com as transferências (re-

cursos ordinários do Tesouro) da União para o OSS?

Já o financiamento da assistência médico-odontológica de servidores públicos leva a um outro tipo de conflito conceitual. Financiá-la pelo OSS, vale dizer, com as contribuições sociais, se justificaria apenas pela "lógica" de se tratar de serviço de saúde e, como tal, atribuição da seguridade social.

O que se configura inusitado, para valer-se de um eufemismo, é o uso das contribuições sociais, fonte exclusiva da seguridade social, para atender esse compromisso. Ao criar o SUS institucionalizando o **acesso universal e igualitário** aos serviços de saúde (C.F., Art. 196), a Constituição Federal teria vedado, ainda que não explicitamente, o uso de recursos da seguridade para subsidiar, total ou parcialmente, serviços diferenciados para clientela fechadas. Estimativas, ainda que pouco recentes, indicam que o gasto governamental **per capita** com a saúde do servidor público federal* seria cerca de 30% e 750% superior às despesas de finalidade similar com a população urbana e rural, respectivamente (Vianna, 1989). A magnitude da diferença dá bem a medida do grau de desigualdade do sistema de saúde brasileiro.

A única justificativa razoável para que essas atividades sejam custeadas com recursos públicos, está em considerá-las como **fringe benefits** dentro da política de recursos humanos para o setor governamental; aceita esta hipótese, a fonte de financiamento teria de ser a receita fiscal da União.

A favor da inclusão do custeio da merenda escolar pelo OSS pesa o fato de se tratar de atividade enquadrada em **Alimentação e Nutrição** um sub-programa orçamentário típico do Programa Saúde (Função Saúde e Saneamento). Acresce a essa peculiaridade, o **mandamento constitucional segundo o qual a alimentação e a assistência à saúde escolar devem ser financiadas com recursos provenientes de contribuições sociais e outros recursos orçamentários.** (C.F., Art. 212, Parágrafo 4º).

* Excluídos os trabalhadores e dependentes das empresas estatais. A inclusão dessa clientela certamente elevaria o gasto per capita com saúde dos servidores públicos.

Em oposição a essa tese, sustenta-se que o financiamento poderia ser atendido por outra contribuição social, no caso em questão o salário-educação, e não por aquelas que foram definidas (C.F., Art. 195) para compor o OSS. No contexto brasileiro a merenda escolar tem impacto meramente residual na elevação do status sanitário. Trata-se de programa cujos objetivos são essencialmente educacionais: reduzir o absentismo escolar e melhorar o aprendizado, pouco ou nada tem a ver, ao menos diretamente, com as prioridades do sistema de saúde. Essas prioridades no campo da alimentação e nutrição contemplam essencialmente gestantes, nutrizes e pré-escolares.

Enquadrar a merenda no campo da assistência social para justificar o seu financiamento pela seguridade, impediria a extensão dessa ação a toda a rede oficial de ensino. Por definição constitucional (C.F., Art. 203) a assistência social destina-se à proteção da população carente não tendo, portanto, o caráter universal das ações desenvolvidas pela escola pública.

O contingenciamento

A centralização da receita de todas as contribuições sociais no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, se fosse efetivada, diminuiria a interferência das autoridades fazendárias. Nesse caso apenas uma parte da receita federal (Imposto de Renda, IPI, IOF, etc...) continuaria sob sua gestão. A outra parcela, representada pelos novos "impostos" vinculados (taxação sobre o lucro das empresas, o faturamento e a receita das loterias) previstos no Art. 195 da Constituição Federal e, ainda, a tradicional contribuição sobre a folha de salário, seriam arrecadadas e geridas pelo INSS.

A idéia oposta visava a unificação de todas as receitas federais no Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento – MEFP. Esta opção, defensável sob o ponto de vista da administração financeira, não tem tido viabilidade política. Entidades de trabalhadores e de empresários, aliadas à burocracia previdenciária tem oposto forte resistência à tese integracionista.

Prevalece a alternativa intermediária, mantendo inalterada a correlação de forças entre as burocracias fazendária e previdenciária. O INSS fiscaliza e arrecada a contribuição sobre folha de salário, como fazia antes dele o IAPAS, enquanto a Receita Federal preserva sua hegemonia sobre os "impostos" incidentes no faturamento e lucro das empresas e nos concursos de prognós-

ticos.

Satisfatória como solução de compromisso para pôr fim a disputas, a alternativa adotada, entretanto, pode ter facilitado o contingenciamento de parte expressiva da receita gerada pelas contribuições sobre o lucro e sobre o faturamento das empresas.

Em 1990, segundo dados do próprio MEFP, dos Cr\$ 168 bilhões arrecadados como contribuição sobre o lucro das empresas, Cr\$ 58,5 bilhões (34,6%) ficaram retidos no Tesouro. De um total arrecadado de Cr\$ 482,5 bilhões, como taxaçaõ sobre o lucro das empresas, Cr\$ 101 bilhões (21%) também não foram liberados até dezembro. Não aconteceu diferente com a receita gerada pelos concursos de prognósticos: recolhidos Cr\$ 21,8 bilhões, foram contingenciados Cr\$ 7,4 bilhões ou 33% (Britto, 1991).

A esperança de solução para problemas como a retenção dos recursos arrecadados pelo MEFP e a utilização do FINSOCIAL para custear o pagamento de inativos e pensionistas da União* pode estar na Lei Orgânica da Seguridade Social.

Por essa Lei (Lei nº 8212/91, Art. 19), o Tesouro fica obrigado a repassar a receita de contribuições vinculadas à seguridade social, nos mesmos prazos em que ocorre a distribuição dos recursos do Fundo de Participação dos Estados – FPE e Fundo de Participação dos Municípios – FPM.

O mesmo ato (Lei nº 8212/91, Art. 17) estipula um cronograma até 1995 para diminuição gradual da utilização dos recursos da seguridade social no pagamento de inativos e pensionistas da União, bem como estabelece as condições para o uso das contribuições sociais no pagamento de pessoal e custeio da administração geral dos órgãos que compõem a seguridade social (Lei nº 8212/91, Art. 18).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De qualquer forma a partilha dos recursos do OSS poderia estar sendo ainda mais desfavorável ao sistema de saúde. Não o foi porque o gasto do

* Até o advento da seguridade social essas despesas eram atendidas pelo Orçamento Fiscal (recursos ordinários do Tesouro) da União e, o que não mudou, pelas contribuições dos servidores ativos.

INSS com prestações em dinheiro (pagamento de pensões e aposentadorias, principalmente), foi mantido represado até o ano passado.

A demora na implementação da Lei de Custeio da Previdência Social (Lei nº 8212/91), retardou por mais de 2 anos a adoção das novas regras para o cálculo do valor das aposentadorias, mais favoráveis ao trabalhador (C.F., Art. 201, Parágrafo 3º) e a equiparação dos benefícios rurais aos urbanos. Até mesmo o dispositivo constitucional (C.F., Art. 201, Parágrafo 5º) que se supunha auto aplicável, segundo o qual nenhum benefício pode ter valor mensal inferior ao salário mínimo, teve que esperar a instituição do Plano de Custeio para a sua efetivação. Enquanto o veto total à Lei Orgânica da Assistência Social, adiou indefinidamente as despesas com o pagamento de um salário mínimo mensal para os deficientes carentes (C.F., Art. 203, V). Se essas medidas estivessem em vigor desde 89, provavelmente o financiamento do SUS teria sido ainda mais insatisfatório.

A uma conjuntura recessiva se contrapõe uma abundante safra de projetos para criar recursos novos. As sugestões vão desde o puro e simples aumento das alíquotas de contribuições até a inovação do imposto único sobre transações financeiras. A primeira, tentada recentemente, foi repelida pelo Congresso Nacional. A segunda, porém, dado o inegável fascínio da simplificação do seu recolhimento, pode concretizar-se no bojo de mais uma reforma tributária, ainda que – ironicamente – como um imposto adicional, para enredar ainda mais o cipal tributário brasileiro. Ambas são politicamente difíceis, quer pela resistência, generalizada na sociedade, à voracidade fiscal, quer, no caso do imposto "único", pelo temor de mudanças radicais, se esse imposto vier a ser adotado na forma em que foi originalmente concebido.

Como habitualmente acontece quando se discute o financiamento do sistema de saúde, retorna a pauta a proposta da instituição de fonte(s) específica(s) para o setor. A par dos conhecidos inconvenientes das vinculações, a idéia tem dois méritos. Por um lado anula a disputa entre "aposentadorias e hospitalizações" referida neste texto. Por outro, cria a oportunidade de automatizar a partilha de recursos entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) integrantes do SUS; a partição ocorreria em modalidade similar ao FPE e FPM. Com isto estaria neutralizando o casuismo inerente às transferências negociadas e dar-se-ia efetividade ao princípio constitucional da

descentralização do sistema de saúde.

Entretanto, para que haja aporte de recursos novos haveria a necessidade de fonte adicional, o que remete à polêmica sobre a já excessiva carga fiscal. Na verdade, dados os constrangimentos gerados por uma economia em crise, parece difícil outra alternativa que não envolva: um forte combate à sonegação e à inadimplência de empresas privadas e órgãos públicos, sobretudo em relação às contribuições sociais, a retomada do crescimento econômico e a vontade política de fortalecer o sistema de saúde sem o que, mesmo resolvidas as duas primeiras questões, o financiamento da saúde no Brasil continuará nos seus históricos níveis de pobreza.

BIBLIOGRAFIA

- 1 AMARAL SOBRINHO, J. *O governo federal e os 18% do orçamento para a educação*. Brasília, IPEA, 1991. (Relatório interno nº 4).
- 2 AZEREDO, B. & LOBO, T. *Política social: regulamentação constitucional e processo orçamentário*; Relatório ao PNUD — Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 1991.
- 3 BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição: República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília, Senado Federal, 1988.
- 4 BRASIL. Câmara dos Deputados. Assessoria Legislativa - Análise da proposta orçamentária da seguridade social. In: PIOLA, S.F. & VIANNA, S. M., *Conta social consolidada (1980-1990)*, Versão preliminar. Brasília, IPEA, 1992. p. - .
- 5 BRASIL. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. *Proposta para o componente saúde na nova Constituição brasileira*. Rio de Janeiro, s.d. (Documentos II).
- 6 BRASIL. IPEA. Coordenadoria de Saúde e Previdência Social. *A conta social revisitada. 1980-1987*. Brasília, IPEA, 1989 (Acompanhamento de Políticas Públicas, nº 11)
- 7 BRASIL. Lei nº 7.348, de 24 jul. 1985: *dispõe sobre a execução do parágrafo 4º da Constituição Federal e dá outras providências*. Diário Oficial, Seção I, Brasília.
- 8 BRASIL. Lei nº 7.800, de 10 jul. 1989: *dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1990 e dá outras providências*. Diário Oficial, Seção I, Brasília, 11 jul. 1989, p. 11388.
- 9 BRASIL. Lei nº 8.074, de 31 jul. 1990: *dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1991 e dá outras providências*. Diário Oficial, Seção I, Brasília, 1 ago. 1990. p. 14631.
- 10 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de set. de 1990: *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial, Brasília, 20 set., 1990. p. 18055-9.
- 11 BRASIL. Lei nº 8.211, de 22 jul. 1991: *dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o ano de 1992 e dá outras providências*. Diário Oficial, Seção I, Brasília, 23 jul. 1991. p. 14601.
- 12 BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de jul. 1991: *dispõe sobre a organização da seguridade social, institui plano de custeio e dá outras providências*. Diário Oficial, Seção I, Brasília, 25 jul. 1991. p. 14801.
- 13 BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. *Informe de Previdência Social nº 4*. Brasília, 1991.
- 14 BRITTO, A. *Análise comparativa preliminar do orçamento da seguridade social: 1991 e 1992*. Brasília:

- Câmara dos Deputados. Diretoria Legislativa, 1991.
- 15 _____. BRITTO reclama do orçamento. *Correio Brasiliense*, Brasília, 7 dez. 1991.
 - 16 _____. Nota do Deputado Antônio Brito sobre as informações prestadas pela ministra Zélia Cardoso de Mello (referente ao FINSOCIAL e à contribuição de Pessoa Jurídica).
 - 17 CONSTÂNCIO, P. Calmon propõe verba dos CIACs para universidades. *Correio Brasiliense*, Brasília, 8 dez. 1991. p. 11.
 - 18 MARQUES, A. E. *Despesas governamentais com educação: 1986-1990*. Brasília, NIPEA, 1991 (Texto para discussão nº 243).
 - 19 OLIVEIRA, F. et al. *Metodologia de projeção dos gastos previdenciários e assistenciais*. Rio de Janeiro: IPEA, 1990 (Estudos sobre Economia do Setor Público nº 4)
 - 20 PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; CAMARGO, S. F. *Conta social consolidada (1980-1990)*; Versão preliminar. Brasília, IPEA, 1992.
 - 21 PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. *Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde*; Versão preliminar. Brasília, 1991.
 - 22 RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. São Paulo, 1988. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP].
 - 23 VIANNA, S. M. *Equidade dos serviços de saúde*. Brasília, IPEA, 1989. (Texto para discussão nº 24).

[Nota dos Ed.] O desmembramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social, posterior ao recebimento do artigo, não invalida as considerações do Autor.