

Capítulo 2

Os embates no financiamento do SUS no mundo do capital portador de juros

Os embates por recursos financeiros para o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde sempre estiveram muito presentes desde a criação do SUS, em 1988. A história de impasses no financiamento desse sistema não deixou de ser intensa durante os anos 1990 e 2000. E tudo indica que a década de 2010 começou sem resolver os grandes conflitos: a insuficiência e a insegurança de recursos. Se no período anterior a crise fiscal e financeira do estado desenvolvimentista brasileiro constituía o grande constrangimento à saúde pública, a partir desses anos, as tensões decorrem da força do capital portador de juros em determinar as políticas de governo, fazendo com que na área social existissem, com muita frequência, significantes cortes de recursos.

Nesse cenário, a política macroeconômica, com destaque para aquela adotada pelos governos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e de Luis Inácio Lula da Silva (Lula), fundamentada em metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante, vem determinando as condições turbulentas para o financiamento do SUS e da Seguridade Social.

Como analisado no Capítulo 1, não se deve perder de vista que a partir dos anos 1980 o capital portador de juros retornou com muito poder, depois do período de trinta gloriosos anos em que ficou reprimido, determinando um “novo” papel ao Estado e assegurando o pleno crescimento de sua forma parasitária e fictícia. Para se ter uma ideia da potência soberana do capital portador de juros no Brasil, em 2010, foram gastos cerca de R\$ 185 bilhões com o pagamento dos juros da dívida pública, o que foi cerca de

tês vezes o gasto do Ministério da Saúde com ações e serviços públicos de saúde, nesse mesmo ano.¹

Torna-se claro, nessa relação, que a prioridade dada ao capital financeiro não só torna impossível um crescimento econômico, como não há a garantia de um financiamento para as áreas sociais, principalmente da saúde pública brasileira. Daí, o sentido de dizer que a instituição da nossa saúde universal é “tardia”, em relação ao contexto histórico que foram instituídos os Estados de Bem-Estar Social. Trata-se de uma nova fase, sob um capitalismo dominado pelo poder da finança, com grandes estrangimentos à efetivação de uma política pública universal. Existe compreensão de que a dominação do capital portador de juros no Brasil sustenta a permanência de uma política econômica que subordina o desenvolvimento social no país. Em verdade, a adoção de políticas macroeconômicas restritivas exige sempre superávits primários fiscais altos e tentativas de redução dos gastos públicos sociais e em contingências na saúde.

Qualquer que seja o diagnóstico, no entanto, é crescente a percepção de que a saúde universal enfrenta problemas no seu esquema das fontes de financiamento, que impedem a realização de uma política efetiva. Como se verá mais adiante, se há problemas na saúde universal, eles estão muito mais concentrados do lado das bases que fundamentam a receita do que na estrutura das despesas. O quadro deteriorado do financiamento do SUS, acrescido do agravamento das questões sociais no país, assinala ainda mais a crise da saúde.

Diante deste cenário, a intenção deste capítulo é analisar o fio condutor que dá origem ao problemático financiamento da saúde nos anos 1990 e 2000, e procura identificar os embates existentes entre o período pós-Constituição e a criação da Emenda Constitucional 29/2000 (EC-29) – que estabeleceu recursos vinculados à saúde –, bem como no período posterior de sua regulamentação. Ressalta-se que, mesmo depois da aprovação da regulamentação da EC-29, em dezembro de 2011, as incertezas permanecem no financiamento da saúde universal, o SUS, isto é, não se conseguiu romper os estrangulamentos de recursos insuficientes e inseguros.

¹ Dados disponíveis nos sites do Ministério da Saúde <www.saude.gov.br> e do Staff: <<http://www.stm.fazenda.gov.br/staff/index.asp>>.

Este capítulo é resultado de muitos anos de pesquisa e de acompanhamento do financiamento do SUS. Desta forma, conta-se com o conteúdo de vários textos nossos anteriores, certamente modificados e ampliados, na tentativa de tornar explícitos os embates que o financiamento tem apresentado na fase do capitalismo contemporâneo de dominância financeira, colocando em risco o direito à saúde universal; e, assim, está estruturado em cinco partes.

A primeira parte caracteriza, de maneira breve, o esquema do financiamento da saúde pública brasileira, introduzido pela Constituição de 1988, mostrando os seus primeiros problemas. A segunda parte analisa o percurso dos conflitos existentes no financiamento do SUS, entre o período pós-Constituição e a aprovação da EC-29, identificando que eles acabaram por intensificar as suas fragilidades. A terceira parte discute a permanência das tensões no financiamento do SUS em oito anos de embates para a regulamentação da EC-29, até a sua aprovação, destacando, inclusive, nesse período, as ameaças da proposta de reforma tributária do governo Lula em relação aos princípios que caracterizam os financiamentos da Seguridade Social e do SUS. A quarta parte trata de esclarecer a continuidade das incertezas do financiamento, mesmo com a EC-29 aprovada, sob a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Na quinta e última parte, são apresentadas algumas propostas de fontes alternativas de financiamento para fomentar o debate acerca da garantia e ampliação dos direitos sociais, especialmente a saúde universal.

2.1. O esquema do financiamento do SUS e da Seguridade Social

É importante destacar, de início, que para os novos direitos introduzidos na universalidade da saúde e na área da previdência, a Constituição de 1988 preocupou-se em ampliar os recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social – saúde, previdência e assistência social. Assim, além das fontes tradicionalmente utilizadas pelo sistema previdenciário, foi criada a Contribuição sobre o Lucro Líquido e incorporada à receita do Finsocial (atualmente Cofins) para seu único uso.

Com a finalidade de assegurar o financiamento das despesas de proteção social, ampliadas pela adoção da Seguridade Social, os constituintes definiram que o financiamento da Seguridade Social seria realizado “por

recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, e das contribuições sociais dos empregadores (incidentes sobre a folha de salários), o faturamento – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) – e o lucro – Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL), dos trabalhadores e 50% da receita de concursos e prognósticos (loteria). Ficou definido, ainda, na Constituição, que esses recursos da Seguridade Social não integrariam o orçamento da União e sim da Seguridade Social, compondo um orçamento específico. – o Orçamento da Seguridade Social (OSS) (artigo 195). A incorporação das novas fontes Cofins e CSLL também visava tornar o financiamento menos dependente da variedade cíclica da economia.

Ficou disposto, por meio de lei complementar, que 30% dos recursos do OSS deveriam ser destinados ao SUS. A esses recursos, de origem federal, deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição, de receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais, que permitissem o desenvolvimento desse sistema. A Constituição de 1988 não definiu, entretanto, como seria a participação dos entes federados no financiamento da Seguridade Social. Em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), cujos recursos se somaram àqueles definidos na Constituição. Somente em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional n.º 29, estipulando a forma da inserção da União, dos Estados e dos Municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Os constituintes também tiveram o cuidado de definir que as contribuições sociais e os recursos dos entes governamentais seriam de uso exclusivo da Seguridade Social. Porém, o que se constatou foi que nenhum governo que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988 cumpriu essa disposição.

2.2. O trajeto histórico dos conflitos: dos embates pós-Constituição à EC-29

Parece-nos indispensável para detalhar o trajeto do financiamento do SUS e seus embates,² desde a Constituição de 1988, identificar o contexto mais amplo de sua discussão, a partir da existência de duplo movi-

² Esta seção apoia-se em Mendes (2005), com o seu conteúdo aprimorado.

mento em seu caminho, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se imbricam, embora cada um deles aponte para propósitos específicos. De um lado, o “princípio da construção da universalidade”, que se expressa pelo direito de cidadania às ações e os serviços de saúde, permitindo o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros. De outro lado, o “princípio da contenção de gastos”, uma reação defensiva que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica, na qual a diminuição das despesas públicas constitui-se instrumento chave para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal. Há a compreensão de que esse “princípio” está diretamente associado à política econômica desenvolvida pelo governo federal durante as décadas de 1990 e 2000. Entre os argumentos na defesa desse princípio, sobressai aquele que atribui aos direitos introduzidos pela Constituição a forte causa dos desequilíbrios nas contas do governo, provocando o déficit público. Desse modo, decore a falta de prioridade ao SUS, com redução de seu gasto, e em consequência, indaga-se sobre qual deveria ser a extensão da cobertura dos serviços realizados pelo SUS.

Esse duplo movimento no trajeto do financiamento do SUS depois da Constituição de 1988 não deve ser entendido como se fosse uma sequência no tempo ou um movimento pendular. Trata-se de movimento dialético, pois os dois princípios convivem de forma permanente e contraditória, ao longo do processo de desenvolvimento do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, que acaba corrigindo a expansão da política econômica ortodoxa, manifesta-se, principalmente, no embate contra os ditames dessa política econômica, por meio da defesa da garantia de recursos financeiros.

A situação financeira da saúde universal, em todos os anos posteriores à Constituição, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da seguridade social e a política fiscal contracionista executada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de reduzir despesas.

Na relação entre o SUS e orçamento da Seguridade Social, observa-se um conflito constante pela disputa de recursos em todos esses anos. O primeiro conflito foi verificado em 1989 e 1990, quando recursos do então Finsocial não foram totalmente destinados ao financiamento da Seguridade

Social (saúde, previdência social e assistência social). Tais recursos contribuíram para o financiamento dos encargos previdenciários da União — despesa que não faz parte do orçamento da Seguridade Social. Ainda que a Constituição de 1988 tenha determinado, em seu Ato Constitucional das Disposições Transitorias (ADCT), que pelo menos 30% do total de recursos da Seguridade Social, com exceção da receita do PIS/Pasep, que é vinculada, deveriam ser destinados à área da saúde, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em fins de 1990, foi possível, ao então Ministério da Previdência Social, reduzir o volume dessa remessa. A transferência para o Ministério da Saúde, que representava 33,1% da receita de contribuições, em 1991, passou para apenas 20,9%, em 1992.

Não se pode esquecer que para os orçamentos de 1990 e 1991, quando ainda não se tinha aprovado a Lei de Custeio da Seguridade Social, havia vigência do ADCT. Entretanto, nesses anos se estabeleceu certa vinculação entre as principais fontes da Seguridade e suas áreas. Médi et al (1994) informam que por meio de acordo entre as lideranças dos partidos, ficou conveniado que os recursos da Cofins seriam direcionados, prioritariamente, à saúde e que a receita da CSSL seria destinada, também prioritariamente, aos programas da área da assistência social. Quando a Lei de Custeio da Seguridade Social foi aprovada, Lei n.º 8.212, de 24 de julho de 1991, ficou reafirmado o disposto na Constituição, isto é, que o conjunto de receitas integrantes do OSS financiaria as ações da Seguridade social, sem vinculação entre contribuições e políticas.

O segundo momento de embate relevante aconteceu em 1993. Parece-nos importante ressaltar que esse conflito significa um ponto de inflexão relevante na história dos problemas do financiamento que serão mostrados nessa seção. Isso porque, a partir dele, inicia-se um debate sobre propostas alternativas de financiamento ao esquema que foi estabelecido na Constituição. Passemos à sua descrição.

Nesse ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser passados para a área da saúde. No entanto, apesar do disposto na LDO, não foi efetuado nenhuma remessa para a saúde em maio de 1993. A justificação para tanto foi que a Previdência Social estava apresentando problemas financeiros que, caso as transferências prosseguissem, acabaria por encerrar o ano com déficit. Com a deteriorada situação financeira estabelecida na

saúde, socorreu-se aos empréstimos de recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). A medida adotada pelo governo federal, cessando a remessa para a área da saúde, foi muito contestada pelas entidades vinculadas ao SUS.³ De acordo com essas críticas, o governo perdeu a oportunidade de demonstrar para a sociedade que o conjunto da Seguridade Social tinha problemas de financiamento e que esses tinham sua origem na Previdência Social.

Os transtornos financeiros da Previdência Social não cessaram, aproximando-se nos anos subsequentes a 1993, tornando ainda cada vez mais complicado o financiamento da saúde. O fraco resultado da receita de contribuições de empregados e de empregadores e o aumento da despesa com benefícios resultaram em modificação estratégica da Previdência Social no interior da Seguridade Social. Além de, na prática, ficar definido que as contribuições de empregados e de empregadores seriam de uso exclusivo da Previdência, esta passou a avançar sobre as demais fontes da Seguridade Social. Cumpre salientar que, quando foi estabelecido o vínculo entre a área previdenciária e as contribuições de empregados e de empregadores, nesse terrível ano para a saúde, foi rompido o conceito de seguridade social. O estabelecimento de prioridades de áreas internas da Seguridade Social é ação que conceitualmente se opõe à compreensão do que historicamente se intitulou como proteção social.

É nesse episódio que as discussões de propostas de reordenamento do financiamento são levadas ao Congresso Nacional, e entre alguns projetos, destaca-se a proposta dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge, sob a denominação de Proposta de Emenda à Constituição n.º 169/1993 — a PEC 169,⁴ que buscava vincular recursos financeiros específicos para a saúde. Propunha-se que os recursos destinados à Saúde corresponderem a pelo menos 30% do total dos recursos da Seguridade Social, acrescidos de mais 10% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, da União, dos Estados e Municípios. Cabe enfatizar que esse projeto de emenda constitucional foi discutido intencionalmente no Congresso durante sete anos, e somente aprovada a vinculação em

3 A esse respeito, ver Carvalho (2002).

4 Para conhecimento das diversas propostas alternativas para o financiamento do SUS, ver Marques e Mendes (1999).

2000, sob a denominação de Emenda Constitucional n.º 29. Porém, a emenda aprovada se afastou completamente do conteúdo que havia sido estabelecido na PEC 169. Nada se conseguiu a respeito da vinculação dos recursos da seguridade, apenas dos impostos, como será discutido adiante.

Em suma, entre 1989 e 1993, as tensões já eram intensas. Houve, sim, certa especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos da Cofins para a Saúde, da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência Social, e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa forma de utilizar as fontes de financiamento da Seguridade Social teve consequências problemáticas, especialmente para a saúde.

Uma terceira e importante tensão no financiamento do SUS e da Seguridade Social ocorreu em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência, que posteriormente denominou-se de Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, intitulou-se Desvinculação das Receitas da União – DRU (denominação até o momento mantida). A rigor, ficou definido, entre outros aspectos, que 20% da arrecadação das contribuições sociais seriam desvinculadas de sua finalidade e estariam disponíveis para uso do governo federal, longe de seu objeto de vinculação: cooperação para execução das políticas de direitos sociais.

A DRU transforma os recursos direcionados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para contribuir com o superávit primário, defendido pela política fiscal restritiva do governo federal, e a sua utilização em pagamento de juros da dívida pública. Trata-se de reconhecer, aqui, que o capital portador de juros, em busca de sua valorização, necessita da liberação de recursos do fundo público do OSS, como mencionado na seção 1.4 do capítulo 1. A criação desse mecanismo significou, de um lado, o atendimento às exigências do capital financeiro, e de outro, o rompimento do que estava estabelecido na Constituição Federal, permitindo assim que o governo federal pudesse contar com parte dos recursos da Seguridade Social, os quais, pela Constituição de 1988, seriam de uso exclusivo. Em suma, houve flexão de recursos do fundo público da seguridade social.

Não é difícil compreender que, a partir de 1995, a piora das contas da Previdência Social e sua repercussão sobre a saúde e demais áreas da Seguridade Social foi resultado direto da política econômica do governo

Fernando Henrique Cardoso. Ao definir a estabilização econômica como único propósito a ser perseguido, o governo colocou a economia como refém de juros elevados e de uma moeda sobrevalorizada, tornando impossível o crescimento econômico.

Nesse quadro de deterioração da situação financeira da seguridade social, especialmente da área da saúde, várias entidades continuavam a apresentar propostas para um amplo debate sobre soluções para o financiamento. Citemos algumas dessas entidades e suas propostas.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) assumia como sua a proposta dos deputados Waldir Pires e Eduardo Jorge. Além disso, propunha outras medidas mais gerais, entre elas, fize-se: a incorporação nas receitas da Seguridade dos 40% da arrecadação do PIS/Pasep que era (e ainda é) destinado ao BNDES; a aplicação da CSLL às instituições financeiras; a redefinição do FAT, uma vez que a saúde passaria a ser um de seus objetos; a sobretaxa do cigarro, das bebidas alcoólicas e de outros produtos prejudiciais à saúde; o fim das isenções de imposto de renda das empresas que prestavam assistência médica a seus funcionários; a extinção, no curto prazo, da dedução no imposto de renda da pessoa física a respeito dos pagamentos aos planos privados de previdência e saúde; a exigência do reembolso dos gastos efetuados por segurados de Planos de Saúde junto do SUS; a exigência de a União efetuar o pagamento, com recursos próprios, de seus encargos previdenciários.

Diante do intenso debate que se fazia em torno do financiamento do SUS, nessa época, todos os candidatos à Presidência da República, nas eleições de 1994, incluíram essa temática em seus programas. Passemos a comentar apenas os dois partidos principais. O programa do PT, no item “Diretrizes de Governo”, apresenta alguns pontos, entre eles indica-se: *a*) recuperar, já no primeiro orçamento, o nível histórico de recursos alocados em Saúde e aumentar progressivamente seu volume de modo a atingir 5% do PIB, o que equivaleria a 150 dólares *per capita* / ano; *b*) os recursos seriam compostos de 30% das receitas da Seguridade Social, da extinção gradativa da renúncia fiscal decorrente da dedução dos gastos com planos de saúde e similares no imposto de renda e de 10% das receitas dos Estados e Municípios, o que se tornaria possível por acordo.

O programa do PSDB insistia no comprometimento de “Aumentar e garantir a estabilidade dos recursos públicos para a saúde”, o que seria

obtido com algumas medidas: a) aplicação de, no mínimo, R\$ 80,00 *per capita* / ano; b) estímulo ao incremento dos gastos de Estados e Municípios, por meio de sistema de financiamento compartilhado; c) transferência global de recursos, sem vinculações predeterminadas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

Pode-se argumentar que as propostas até aqui descritas incorporam uma discussão ampla acerca do financiamento do SUS. Muitos dos itens apresentados pelo Conass, pelos programas do PT e do PSDB ficaram restritos a esse momento do debate, perdendo sua permanência na discussão de fontes alternativas para o SUS, no período posterior. Entretanto, vale registrar que os conflitos no financiamento da saúde universal não cessaram, a rigor, intensificando-se a partir de 1994.

O Conselho Nacional de Saúde e a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados buscaram soluções transitórias. Defendeu-se a criação, em 1994, do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), que somente veio a vigorar a partir de 1997, sob a denominação de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF). Nesse ano, a participação da CPMF, em bilhões de reais correntes, foi de R\$ 6,7 bilhões, correspondendo a 27,8% do total das fontes do financiamento da saúde. Ao longo de sua existência, até 2007, sua participação em relação ao total das fontes de financiamento correspondeu a cerca de 30%. Contudo, o seu novo volume de recursos não significou o incremento esperado, uma vez que a Cofins e a CSLL foram reduzidas pelo governo federal, passando a ser transferidas crescentemente para a área previdenciária.

A crise provocada pelo não recebimento de remessa das contribuições, pela diminuição da presença de outras fontes da Seguridade e ainda pela desvinculação da CPMF, Cofins e CSLL teve repercussões no desempenho do gasto federal com saúde, a partir da segunda metade da década de 1990.

O gasto líquido com ações e serviços de saúde, excluindo os valores da dívida e de inativos e pensionistas, realizado pelo Ministério da Saúde, na proporção do PIB, no período entre 1995 e 2010, manteve-se praticamente constante (1,7%), indicando quase nenhum esforço do Ministério da Saúde, conforme indica a Tabela 2.

Tabela 2. Despesas com Ações e Serviços de Saúde do Ministério da Saúde, em milhões de reais correntes e na proporção do PIB – 1995-2010

Anos	Empenhado R\$ milhões correntes	Despesas em % do PIB
1995	12.212	1,73
1996	12.407	1,47
1997	15.464	1,65
1998	15.245	1,56
1999	18.353	1,72
2000	20.352	1,73
2001	22.474	1,73
2002	24.737	1,67
2003	27.181	1,60
2004	32.703	1,68
2005	37.146	1,73
2006	40.778	1,76
2007	44.100	1,75
2008	48.670	1,74
2009	58.270	1,85
2010	61.965	1,69

Fonte: Adaptado da Comissão de Orçamento e Finanças/Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Para se ter uma ideia da importante dimensão do gasto federal com ações e serviços de saúde em relação ao conjunto do gasto nacional com saúde no país, a Tabela 3 apresenta a composição do gasto público e do gasto privado, segundo estimativas para 2009. Passemos, então, a uma incursão sobre o perfil desses gastos.

Tabela 3. Gasto nacional com saúde no Brasil, segundo gasto público e gasto privado, projeções de 2009, em bilhões de reais correntes

Fontes	Bilhões de		% total do Brasil	% do PIB
	Reais	Privado e Público		
Federal	58,0	46,0	22,0	1,9
Estadual	34,0	27,0	13,0	1,0
Municipal	35,0	27,0	13,0	1,1
Total Público	127,0	100,0	47,0	4,0
Planos e Seguros	64,0	45,0	24,0	2,0
Gasto direto das famílias — "out of pocket"	24,0	17,0	9,0	0,8
Medicamentos	55,0	38,0	20,0	1,7
Total Privado	143,0	100,0	53,0	4,5
Total Brasil	270,0		100,0	8,5

Fonte: MS-SPO, MS-SIOPS, ANS, IBGE-POF 2008, Estudos de Gilson Carvalho. Nota explicativa: PIB 2009 R\$3,14 trilhões *quid* Carvalho (2010).

Avaliações mais recentes sobre o gasto nacional com saúde indicam significativa responsabilidade do gasto público federal, ao participar com 46,0% em relação ao gasto público total e 22% em termos do gasto nacional. Esse gasto nacional com saúde, estimado em 2009, foi da ordem de R\$ 270,0 bilhões, sendo 47% público e 53% privado. O total dos gastos públicos e privados representam 8,8% do PIB, sendo 5,0% relativo ao gasto privado e 3,8% ao gasto público. No caso do percentual total do gasto nacional, pode-se dizer que ele é baixo, ao compará-lo com o dos Estados Unidos (17,6%), mas é próximo ao de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que dispõem de sistemas universais, como Reino Unido (9,8%), Espanha (9,6%), Canadá (11,4%) e Austrália (8,7%) (WHO, 2012).

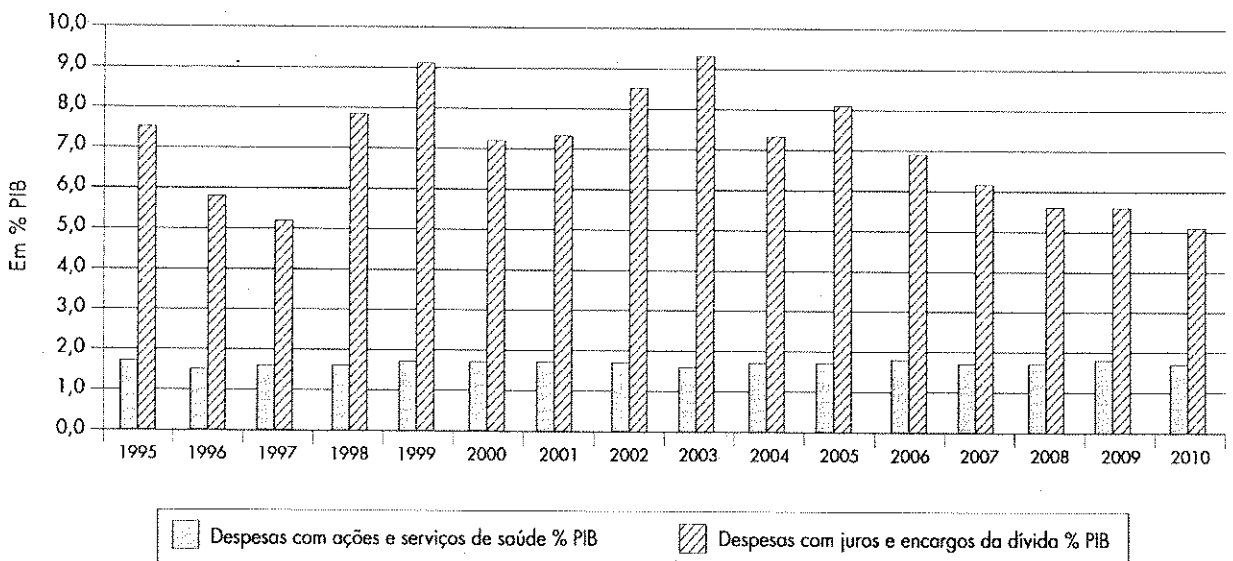
Contudo, o grande problema do Brasil é dispor de baixo gasto público para responder a um sistema também universal. Entre os países da OCDE, a participação de recursos públicos no total da despesa para financiar seus sistemas vai desde 74%, na Espanha, passando a 84%, no Reino Unido, sendo na média dos países correspondente a 79%. Como pode ser observado na Tabela 3, no Brasil, no entanto, a participação do gasto público no total do gasto nacional com saúde é de apenas 47%. É importante que se registre que o Brasil é o único país com sistema universal de saúde, em que o gasto privado é maior que o gasto público.

Ainda que o gasto privado corresponda à maior parte do gasto nacional com saúde, o gasto público no Brasil representa R\$ 127,0 bilhões, segundo a Tabela 3. Entre os gastos públicos, a União participa com 46% e os Estados e Municípios com 27% cada um deles.

Isto posto, a responsabilidade do gasto federal (Ministério da Saúde) é grande na composição do gasto destinado ao nosso sistema universal. Porém, como observado na Tabela 2, ele não tem correspondido a esse papel, uma vez em que ficou praticamente na mesma escala entre 1995/2010.

Além disso, esse reduzido esforço do gasto em “ações e serviços de saúde” na proporção do PIB, realizado pelo Ministério da Saúde, pode ser verificado também pelo comprometimento relevante do governo federal com o pagamento de Juros e Encargos da Dívida também na proporção do PIB, conforme indica o Gráfico 1.

Gráfico 1. Evolvimento das despesas com ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde e dos Juros da Dívida, ambos na proporção do PIB, em %, 1995/2010.



Observa-se que, em 1995, foram gastos em torno de 7,5% do PIB com juros da dívida, e 8,5% em 2002 (período dos governos FHC); passando de 9,3%, em 2003, para 5,1%, em 2010 (período dos governos Lula). Nesse último ano, as despesas com juros e encargos da dívida, como mencionado na introdução desse capítulo, foram de R\$ 185 bilhões, valor correspondente a três vezes o gasto do Ministério da Saúde. Tem-se, então, que a política econômica ortodoxa em vigor, no período, tende a sacrificar os gastos sociais, especialmente os destinados à saúde universal, sem diminuir o ônus financeiro da dívida.

Vale ressaltar que, principalmente a partir de 1995, se tornou mais clara a adoção de um conjunto de iniciativas voltadas ao ajustamento das finanças públicas. Na maior parte das vezes, as medidas aplicadas direcionaram-se para a intrínseca relação que a lógica financeira (capital portador de juros) passa a ter no próprio aparelho do Estado. Como mencionado no Capítulo 1, a “financeirização” torna-se parte do Estado e este um instrumento para sua difusão e valorização do capital portador de juros, reduzindo-se drasticamente os gastos na área da saúde.

Embora o país atravessasse um período de transtornos econômicos, essa situação não tem provocado repercussão negativa nas contas da Seguridade Social ao longo dos anos 2000.

Logo depois do penoso quadro financeiro da década de 1990, caso fosse respeitado pelo governo federal o conceito de Seguridade Social definido na Constituição de 1988, e não fosse utilizado o mecanismo de desvinculação dos 20% da DRU, o orçamento da Seguridade contaria com superávits significantes, sendo R\$ 27,3 bilhões, em 2000, e R\$ 66,3 bilhões, em 2008 (Tabela 4), todos em valores correntes.

Em 2009, o saldo superavitário foi de apenas R\$ 32,9 bilhões, em razão da crise econômica. Em 2010, o saldo voltou a crescer, alcançando R\$ 58,1 bilhões, conforme apresenta a Tabela 4.

Esses resultados positivos não têm alterado a posição da mídia, de alguns economistas e até de parte do governo federal, que durante todos esses anos, mantiveram acessa a ideia de defesa do déficit da Previdência, desconsiderando assim a sua vinculação ao orçamento da Seguridade Social. Interessante observar que essa atitude contribuiu para a aprovação de reformas na Previdência, seja no governo FHC como no governo Lula (Mendes e Marques, 2009).

Tabela 4. Receitas e Despesas da Seguridade Social, 2008 a 2010, em valores de milhões de reais correntes

	2008	2009	2010
Receitas realizadas			
1. Receita de contribuições sociais	359.840	375.887	441.266
Receita Previdenciária Líquida RGPS (1)	163.355	1682.008	211.968
Cobras	120.094	116.759	140.023
CPMF (2)	1.004	0	0
CSLL	42.502	43.592	45.754
PIS/PASEP	30.830	31.030	40.373
Outras contribuições (3)	2.054	2.497	3.148
2. Receitas de entidades da Seguridade	15.191	14.923	15.224
Recursos próprios do MDS	161	219	361
Recursos próprios do MPS	1.686	580	314
Recursos próprios do MS	3.009	3.057	3.087
Recursos próprios do FAF (4)	10.008	10.683	11.017
Taxa de Olgãos e entidades	327	384	444
3. Contrapartida do Orçamento Fiscal para EPU	2.048	2.015	2.136
Receita Total (1 + 2 + 3)	377.079	392.826	458.626
Despesas Liquidadas			
1. Benefícios Previdenciários	199.562	225.096	254.859
Previdenciários urbanos	158.953	178.999	198.061
Previdenciários rurais	39.997	44.850	55.473
Complementação previdenciária (5)	612	1.246	1.325
Assistências — LOAS	15.641	18.712	22.234
Assistências — RNV	13.748	16.864	20.380
3. Bolsa-família e outras Transferências de Renda	1.893	1.848	1.854
4. EPU — Benefícios de Legislação Especial	10.526	11.851	13.493
5. Saúde: despesas do MS (inclui pessoal) (6)	2.048	2.015	2.136
6. Assistência social: despesas do MDS (inclui pessoal) (6)	50.265	58.261	61.096
7. Previdência social: despesas do MPS (inclui pessoal) (6)	2.678	2.771	3.099
8. Outras ações de seguridade social	4.752	6.262	6.478
9. Benefícios do FAF	3.894	7.174	7.510
10. Outras ações do FAF	20.690	27.077	29.195
Despesa Total (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10)	310.779	359.886	400.517
Saldo da Seguridade Social (RGPS)	66.300	32.940	58.109

Fonte: MPS para receitas e despesas previdenciárias; STN-MF para demais receitas e despesas.

Elaboração: ANFIP e Fundação ANFIP *opinião* ANFIP (2011).

Notas:

- (1) Receita Previdenciária Líquida corresponde a Receitas Previdenciárias Próprias do Regime Geral da Previdência Social (RGPS) deduzidas as Transferências a Terceiros;
- (2) A CPMF foi extinta a partir de 2008, e o que foi arrecadado posteriormente refere-se a fatos anteriores;
- (3) Incluem contribuições sobre concursos de prognósticos, e outras contribuições;
- (4) O PPA 2008-2011 transferiu as programações relativas à complementação do FAFS para Orçamento Fiscal; por coerência, essas receitas e despesas não foram consideradas;
- (5) Alegriação considera que todos os recursos próprios do FAF, inclusive os financeiros, integram o Orçamento da Seguridade;
- (6) A compensação previdenciária foi criada pelo PPA 2008-2011 e representa o saldo do ajuste de contas entre os regimes previdenciários (RGPS e [Regime Próprio da Previdência Social] RPPS) da União, estados e municípios;
- (6) Para as despesas de pessoal, somente os ativos.

É importante reconhecer que o Orçamento da Seguridade Social (OSS) é superavitário há anos. Contudo, os recursos excedentes foram alocados para o pagamento de gastos fiscais ou contabilizados diretamente no cálculo do superávit primário (Anfip, 2011). Em verdade, o OSS tem servido de suporte para o governo federal honrar seus compromissos com os defensores do capital portador de juros, na medida em que foi criada a DRU.

A Anfip (2011) também divulgou que o ano de 2009 foi o único em que a DRU superou o saldo positivo da seguridade social (R\$ 32,9 bilhões), correspondendo a R\$ 38,8 bilhões, em virtude dos efeitos da crise econômica e financeira. Em 2010, o montante retirado pelo DRU volta a crescer para R\$ 45,9 bilhões, e o superávit da seguridade social também aumenta (Tabela 5).

Não resta dúvida que as áreas da seguridade social perdem muito com a DRU. Os dados divulgados também apontam estimativas do total de recursos desvinculados entre 1995 e 2010 em torno de R\$ 467,0 bilhões.⁵

Tabela 5. Receita de contribuições sociais selecionadas e os efeitos da desvinculação promovidos pela DRU — 2005 a 2010, em milhões de reais correntes

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Receitas de contribuições sociais	163.611	175.870	200.408	196.484	193.879	229.298
Cofins	89.597	90.341	101.835	120.094	116	140.023
CPMF	29.120	32.493	36.382	1.004	0	0
CSLL	26.232	27.266	33.644	42.502	43.592	45.754
PI/S/PASEP	22.083	23.815	26.116	30.830	31.050	40.373
Outras contribuições	1.578	1.956	2.431	2.054	2.497	3.148
Valores desvinculados	32.496	33.806	38.550	39.255	38.776	45.860

Fonte: Dados da Secretaria do Tesouro Nacional (STN), *qpuid*/Anfip (2011).

Na prática, estamos falando do Orçamento da Seguridade Social (OSS) que abrange os recursos para as três áreas: saúde, assistência social e previdência. Há recursos suficientes no Fundo Público, o OSS. O problema é que grandes volumes de capitais não encontram caminhos de valorização, buscando esse espaço da seguridade social e a DRU é um grande

exemplo. Além disso, se acrescentarmos a insaciabilidade do capital portador de juros, alimentada pela política econômica do governo federal, que dá prioridade ao pagamento de juros da dívida, parece lícito afirmar que se trata de um “assalto” aos direitos sociais.

Esse mecanismo que era para ser transitório mas tornou-se permanente, está em vigência há dezoito anos, quase a mesma idade do SUS. Porém, como se conseguiu apresentar e aprovar outra emenda constitucional em dezembro de 2011, a vigência da DRU irá até 2015, completando, então, 23 anos. Cumpre ressaltar que a defesa do modelo constitucional de financiamento da Seguridade Social passa também pela discussão e pelo enfrentamento da incidência da DRU.

Pode-se, inclusive, assinalar que a DRU promove um “efeito cascatá” em relação ao financiamento da saúde. Isso porque, com a sua manutenção, a perda dos recursos da Seguridade Social, em geral, e da saúde, em particular, faz com que a União não coloque recursos condizentes para a saúde universal. Assim, estados e municípios são obrigados a aplicar mais recursos, principalmente porque esses últimos entes são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde. O problema é que nesse recente período de crise econômica e financeira, os municípios e os estados já não dispõem mais de receitas extras, favorecendo um possível quadro de desfinanciamento. A União acaba inibindo o seu papel de cooperação financeira, conforme indica a Constituição. Sem dúvida, torna-se urgente a discussão de uma Reforma Tributária que trate da abrangência da saúde universal.

O quadro de incertezas e indefinições quanto aos recursos financeiros para a saúde universal levou à busca de solução definitiva, qual seja: a vinculação dos recursos de orçamento das três esferas de poder. A história de construção de uma medida de consenso no âmbito da vinculação de recursos levou sete anos tramitando pelo Congresso (a PEC 169, como já mencionado) até a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC-29), em agosto de 2000. Cabe repetir a ressalva de que a emenda aprovada difere da PEC 169, pois não se conseguiu vincular recursos das contribuições sociais – fontes do OSS –, mas sim apenas das receitas de impostos. Deve-se ainda lembrar que as contribuições sociais são de arrecadação exclusiva do governo federal, o qual fez de tudo para não permitir qualquer vinculação. Desse modo, poder-se-ia dizer que “novas incertezas”

5 Ver: <www.anfip.org.br>.

no financiamento da saúde se colocam.⁵ Vejamos, então, o que ficou decidido na EC-29.

Essa Emenda estabeleceu que estados e municípios deveriam alo-car, no primeiro ano, pelo menos, 7% dessas receitas, e que esse percentual deve crescer anualmente até atingir, para os estados, 12%, no mínimo, em 2004, e para os municípios, 15% no mínimo. No tocante à União, a EC-29 determina que, para o primeiro ano, deveria ser aplicado o aporte de pelo menos 5% em relação ao orçamento empenhado do período anterior; para os seguintes, o valor apurado no ano anterior é corrigido pela variação do PIB nominal. Como já mencionado, a EC-29 para a União, não esclarece a origem dos recursos e em relação à Seguridade Social foi omissa, como se não houvesse disputa por seus recursos. Estabeleceu-se que os recursos definidos para aplicação em saúde nas três esferas de governo deveriam ser “sacramentados” no momento da regulamentação da EC-29, que deveria ocorrer a partir de quatro anos de sua aprovação.

Houve disputas por recursos antes e depois do estabelecimento da EC-29, isto é, no seu período de regulamentação, como se verá na próxima seção. A luta do SUS por recursos já vem de muitos anos, podendo situar-se em 1993 seu primeiro principal conflito. No entanto, o importante é assinalar aquelas situações em que os estrangulamentos econômicos, especialmente os derivados do esforço da lógica da política econômica restritiva dos governos após o Plano Real, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para a saúde pública. Reconhecer o sentido das reformas econômicas e sociais executadas nesse período, particularmente nos governos Lula, torna-se indispensável para mostrar as fragilidades do esquema de financiamento da saúde universal.

2.3. A permanência das tensões no financiamento do SUS no período posterior à EC-29

Deve-se insistir, mais uma vez, que a política macroeconômica dos governos Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), e mais recentemente nos governos Lula, determinaram os estrangulamentos do financiamento do SUS. Volta-se a afirmar categoricamente que o cumprimento das metas

⁵ Logo depois da promulgação da EC-29, comentou-se a característica dessas “novas incertezas”, em Marques e Mendes (2000).

de inflação, com a permanência de altas taxas de juros, e de ajustes das contas externas, exigiu sempre superávits primários altos, resultando em diminuição dos gastos públicos sociais e da saúde. As tensões entre as forças políticas que defendem o “princípio da construção da universalidade”, de um lado, assim como o “princípio da contenção de gastos”, de outro, estiveram muito ativas nos governos Lula (2003 a 2010) e no período de regulamentação da EC-29, quando, em realidade, coincidiram.

No que diz respeito à saúde, merece destacar as situações nas quais os estrangulamentos econômicos dados pela política macroeconômica dos governos Lula, especialmente os derivados do esforço de realização do superávit primário, refletiram-se em ações que resultariam em menor disponibilidade de recursos para essa área. As situações a seguir analisadas referem-se, no entanto, praticamente ao âmbito federal, muito embora eventos semelhantes tenham ocorrido nas demais esferas de governo. Ainda, cabe comentar a ausência de tentativas desse governo de garantir a regulamentação da EC-29, por meio da desconsideração e não aprovação do projeto original, que tinha o compromisso de inserir mais recursos, com base na aplicação da União de 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta (RCB) – Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/2003 –, extensamente defendido pelas entidades vinculadas à saúde universal. Por último, cabe mencionar os problemas que se apresentaram na proposta de reforma tributária do Governo Lula, ao romper com as fontes exclusivas do financiamento da Seguridade Social.

Logo depois da aprovação da EC-29, no plano do governo federal, ocorreu acirrada discussão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Fazenda no tocante à base de cálculo a ser utilizada para a previsão mínima de recursos: a tensão entre “base móvel” versus “base fixa”. Na interpretação do Ministério da Saúde, o ano-base para efeito da aplicação do adicional de 5% seria o de 2000, e o valor apurado para os demais anos seria sempre o do ano anterior, ou seja, calculado ano a ano, daí ser chamada de “base móvel”. Porém, para o Ministério da Fazenda, o ano-base seria o de 1999, somente acrescido da variação nominal do PIB ano a ano, denominado “base fixa”. Essa diferença de interpretação resultava já no orçamento de 2001, em R\$ 1,19 bilhão, o que permitiria, por exemplo, a duplicação dos recursos do Programa Agentes Comunitários da Saúde em relação a 2000.

A Advocacia Geral da União (AGU) deu ganho de causa para o ministro Malan (Fazenda), que também contrava com o apoio do Ministério do Planejamento – órgão com poder de orientação aos vetos da Presidência da República à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária. Tal discussão teve prosseguimento, perpassando os primeiros anos do governo Lula.⁷ Somente na metade de 2005 o Tribunal de Contas da União (TCU), por meio do Acórdão n.º 957/2005, considerou a “base móvel” como o método apropriado para o cálculo do piso mínimo de aplicações em ações e serviços de saúde.

Em todos os anos do primeiro governo Lula a equipe econômica tentou introduzir itens de despesa que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Entre os itens figuraram: o pagamento de juros e a despesa com a aposentadoria dos ex-funcionários desse Ministério, e outros. Embora essas tentativas estivessem apoiadas por toda a área econômica do governo, não se consolidaram, pois as entidades e órgãos da área da saúde universal, tais como: Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida, Ampasa, Conselho Nacional de Saúde e Frente Parlamentar da Saúde rapidamente se mobilizaram e fizeram o governo recuar.

A mesma situação foi verificada em alguns estados. Para cumprirem o disposto na EC-29, incluíram indevidamente como despesas em ações e serviços de saúde os gastos com: inativos da área da saúde, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, alimentação de presos e hospitais de “clientela fechada” (como hospitais de servidores estaduais). Esses registros indevidos existiam apesar de anteriormente terem sido estabelecidos parâmetros que definiam quais ações e serviços poderiam ser considerados como gastos SUS.⁸

⁷ Recorde-se que, em 2004, a Mensagem do Presidente ao Projeto de Lei Orçamentária de 2004 no Congresso assumia o critério de “base móvel”, de acordo com uma manifestação a favor do Tribunal de Contas da União. Na LDO 2005, tal critério foi vetado pelo presidente, assim como havia ocorrido na LDO 2003. Dessa maneira, o critério da “base fixa” voltou a ser introduzido como orientador da Lei Orçamentária (Ribeiro et al., 2007).

⁸ Para assegurar a aplicação da EC-29, o Conselho Nacional de Saúde, com outras entidades, elaborou o documento “Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da EC-29”. Então o Ministério da Saúde promoveu, entre setembro de 2001 e setembro de 2002, três seminários com o Tribunal de Contas da União, a Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados e a do Senado, o Conass e o Consens. Esses seminários visavam construir interpretação homogênea e garantir

Em realidade, por meio de alguns mecanismos, os Estados ignoraram esses parâmetros e incluíram gastos que não são considerados ações e serviços de saúde para conseguirem responder às suas metas. Em alguns municípios isto também ocorreu, pois o percentual mínimo de aplicação de 15%, da receita de impostos, estabelecido na EC-29 a ser aplicado, acabou sendo o percentual utilizado, mesmo que as necessidades exigissem aplicações maiores.

Outro aspecto que igualmente chama atenção, nos primeiros anos dos governos Lula, diz respeito às tentativas de redução do orçamento do Ministério da Saúde. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) para o orçamento de 2004 previa que os encargos previdenciários da União (EPU), o serviço da dívida e os recursos alocados no Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza fossem contabilizados como gastos SUS do Ministério da Saúde. No entanto, a resistência do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde determinou que o Poder Executivo enviasse mensagens ao Congresso Nacional estabelecendo que, para efeito das ações em saúde, seriam deduzidos o EPU e o serviço da dívida. Em relação ao Fundo da Pobreza a mensagem era omissa, resultando em diminuição de R\$ 3,5 bilhões no orçamento SUS do Ministério da Saúde. Apesar de diversos e intensos debates terem ocorrido entre entidades vinculadas ao SUS e o Ministério do Planejamento, nada se modificou nessa questão. Somente com o parecer do Ministério Público Federal, contrariando a decisão da Presidência da República, sob pena de o orçamento aprovado vir a ser considerado inconstitucional, o governo recuou.

Nessa mesma linha, o projeto da LDO para o orçamento de 2006, previa que as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) fossem consideradas no cálculo de

propósitos que deram motivo à aprovação da emenda. Depois de intenso debate, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Resolução n.º 316, de 4 de abril de 2002, substituída depois pela Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003, a qual foi homologada pelo ministro da Saúde. Essa última Resolução, então, ao dispor sobre dez diretrizes a respeito dos temas tratados nos seminários, constituiu-se no grande instrumento chave do consenso entre as entidades ligadas à saúde e na peça principal de orientação para o projeto de regulamentação da EC-29. Para finalizar os encaminhamentos pró-regulamentação da EC-29, durante 2003, foram realizados, em Brasília, mais dois seminários, pela Câmara Técnica do Sioaps e pela Comissão para Elaboração de Proposta de Lei Complementar (PLC) do Ministério da Saúde, sob intensa discussão das entidades presentes (Mendes, 2005).

ações e serviços de saúde. Se isso ocorrerse, os recursos destinados para o Ministério da Saúde seriam reduzidos em R\$ 500 milhões, aproximadamente. Depois da declaração pública do Ministério da Saúde repudiando essa interpretação, acrescido da mobilização de entidades da saúde, o governo federal foi obrigado a reformular sua proposta.

É preciso lembrar os embates contra a vinculação de recursos da EC-29 que houve na equipe econômica do governo Lula, desde os seus primeiros anos. Ao final de 2003, o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional – dirigido ao seu diretor executivo –, comunicando sua intenção em preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais sobre as receitas dos órgãos da União, dos estados ou dos municípios. Justificava-se que a flexibilização da alocação de recursos públicos poderia assegurar um crescimento ao país (Ministério da Fazenda, 2004, p. 3). No âmbito do SUS, a intenção do governo era tirar do Ministério da Saúde a obrigação de gastar; em relação ao ano anterior, valor igual acrescido da variação nominal do PIB, tal como define a EC-29.

Mesmo com essa visão oficial contrária à EC-29, a avaliação é que a sua aprovação permitiu que o gasto SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 4,0% do PIB, em 2009,⁹ mas ainda insuficiente para ser universal e para garantir o atendimento integral (Servo et al, 2011). No entanto, como já mencionado, o gasto público brasileiro é baixo em relação aos demais países que têm um sistema público brasileiro e baixo em relação ao dos demais países que têm um sistema público universal. Para que o Brasil atingisse a escala desses países, precisaria dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de se equiparar à média dos países da OCDE, isto é, 8,3%.

No caso brasileiro, é relevante considerar, na avaliação do gasto público, o incentivo concedido pelo governo federal à saúde privada, na forma de redução de imposto de renda a pagar da pessoa física ou jurídica, aplicável sobre despesas com Plano de Saúde e/ou médicas e assemelhadas. Além disso, há que acrescentar as renúncias fiscais que experimentam as entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica, por meio de seus medicamentos (Tabela 6).

9 Como se constata na Tabela 3.

Tabela 6. Renúncia fiscal para a saúde da União, Brasil 2007-2011, em bilhões de reais correntes

Benefício Tributário	2007	2008	2009	2010	2011
IRPF — Despesas médicas	2,3	2,6	3,1	3,3	4,4
IRPJ — Assistência a saúde dos empregados	1,9	2,1	2,3	3,0	2,9
Entidades sem fins lucrativos — Assistência social	1,6	1,8	2,1	2,6	2,2
Indústria farmacêutica (medicamentos)	2,0	2,2	5,1	3,5	4,0
Total	7,8	8,7	12,6	12,4	13,5

Fonte: 2007 a 2010 — MF; 2011 — Projeções *apud* Carvalho (2010).

Observa-se que o total desses benefícios tributários concedidos à saúde privada cresce de forma considerável. Registre-se: R\$ 7,8 bilhões, em 2007, passando para R\$ 12,4 bilhões, em 2010, e as projeções para 2011 indicam a continuidade do crescimento, R\$ 13,5 bilhões (Carvalho, 2010).¹⁰

Ocké-Reis e Santos (2011), a esse respeito, assinalam dois argumentos que devem ser ponderados na discussão sobre a renúncia fiscal em saúde, quanto ao problema o financiamento do nosso sistema universal. Em primeiro lugar, no tocante à dimensão do incentivo de governo, de natureza econômica, relacionado à renúncia fiscal em saúde, pode-se considerar que ela contribui para o aumento da oferta hospitalar privada e, também, para a expansão do mercado de planos de saúde, por meio de apoio do Estado, em prejuízo ao financiamento do SUS. Esse argumento pode ser associado à força que o capital portador de juros impõe ao Estado para assegurar seus espaços de valorização. Sabe-se que grande parte dos planos de saúde no país vem se enquadrando ao processo de financeirização, acirrando a renática da perversa relação público-privada na saúde, tão discutida nas últimas décadas.¹¹ Os autores comentam que justamente após a década de 1980, no momento em que o capital portador de juros retornou soberano, a classe média começou a consumir planos de saúde e os trabalhadores passaram a demandá-los, como um complemento de salário de suas empresas (Ocké-Reis e Santos, 2011).

Em segundo lugar, esses autores assinalam que em razão de restrição do orçamento público e da crise crônica de financiamento do SUS,

10 Para uma série de dados ampliada, ver Ocké-Reis e Santos (2011).

11 A esse respeito da relação público-privada na saúde brasileira, destacadamente nos anos 2000, ver Bahia (2010).

deve-se criticar o subsídio implícito na renúncia fiscal, em decorrência de seu caráter regressivo em favor aos grupos sociais com maior capacidade de receber e, portanto, de gasto. Isso porque, os indivíduos que se situam no topo da distribuição de renda, ao abaterem seus gastos no Imposto de Renda, recebiam em termos *per capita* uma quantidade maior de recursos. Sob o aspecto da saúde financeira do SUS, a solução seria, de um lado, eliminar a renúncia, uma vez que o sistema público deveria cobrir as necessidades de todos os brasileiros. De outro lado, parte dos recursos poderia ser revertida para o SUS, contribuindo para a melhoria das pressões existentes sobre o acesso e utilização do sistema, pois se tem claro que as fontes de recursos permaneceram constantes nas últimas décadas, como se mencionou nesse capítulo.

Acreditamos que os argumentos apresentados por Ocké-Reis e Santos (2011) mostram um dos grandes embates em torno da renúncia fiscal na saúde. Sem dúvida, essa discussão remete à problemática relação entre o mercado privado e o padrão de financiamento da saúde universal, e a um tempo, suas consequências em relação à equidade, tão importante para a sobrevivência do SUS.

Concordamos com esses autores quando afirmam que:

[...] o aumento da participação do setor público no financiamento da saúde pública se contrapõe à subvenção estatal ao setor privado de saúde, fator gerador de iniquidades, resultando em um acesso fragmentado e desigual dos cidadãos brasileiros ao sistema de saúde. (Ocké-Reis e Santos, 2011, p. 15).

2.3.1. Os conflitos no contexto histórico da aprovação da regulamentação da EC-29

A regulamentação da EC-29 ficou pendente por quase oito anos no Congresso, entre 2003 e 2011, causando perda de recursos para o SUS e enfraquecimento do consenso obtido, quando de sua aprovação. De acordo com informações do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), a diferença entre o valor mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado pela União, entre 2000 e 2009, atinge R\$ 3 bilhões. Se a isso se soma o montante cancelado de Restos a Pagar, de R\$ 2,6 bilhões, e se os gastos registrados indevidamente como SUS forem subtraídos, tais

136

como Bolsa Família, ações e serviços de saúde para servidores e Farmácia Popular, a diferença alcança R\$ 6 bilhões (Piola, 2009).

A regulamentação da EC-29 não foi uma prioridade nos governos Lula. Isso porque a política macroeconômica executada nos seus dois governos, ao dar prosseguimento ao feito por FHC, tinha como propósito central o cumprimento de metas de inflação e a obtenção de elevados superávits primários, resultando em constante pressão para que o gasto público social fosse diminuído. A inclusão da EC-29 na pauta do Congresso, em abril de 2006, deveu-se tão somente à ação da Frente Parlamentar da Saúde. A matéria continuou a enfiar transcorridos para sua aprovação até o fim de 2010, último ano do segundo governo Lula.

A rigor, o interesse do governo em relação à EC-29 somente se manifestou quando houve a discussão sobre a continuidade da CPMF, em fins de 2007. Nesta ocasião, o governo apresentou contraproposta ao PLC 01/2003¹² em que, no lugar de garantir praiandesa ara a Saúde um percentual mínimo das receitas de seu âmbito, propunha um acréscimo escalonado da participação da CPMF em seu financiamento. Pensava o governo que essa imbricação entre a continuidade da CPMF e o financiamento da Saúde iria assegurar a prorrogação dessa contribuição. Mas já que o Senado não aprovou a CPMF, a proposta do governo não teve prosseguimento.¹³

Em abril de 2008, projeto análogo ao PLP n.º 01/2003 da Câmara – no Senado, PLS n.º 121/2007 –, foi aprovado com modificações importantes. A fórmula de cálculo para aplicação do governo federal, de no mínimo de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), foi alterada por meio da criação de escalonamento ao longo de quatro anos, quando seriam aplicados 8,5% dessa receita, no primeiro ano, passando para 9%, no ano subsequente,

12 Entre os principais itens do projeto de regulamentação da EC-29 (PLP 01/2003), do então deputado Roberto Gouveia (PT/SP), destacam-se dois: 1) a modificação da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, passando do valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal para 10%, no mínimo, da sua Receita Corrente Bruta – sem incluído das receitas de capital e das decorrentes de operação de crédito; e 2) a definição das despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e daquelas que não se enquadraram nesse conceito.

13 O PLP 01/2003 foi aprovado na Câmara dos Deputados e, enviado ao Senado, teve nova aprovação, mas porque contava com os recursos da CPMF, deixou de ser aplicável. A alocação de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a Saúde, prevista no texto inicial do projeto, foi retirada no último momento, na sua aprovação na Câmara, e manteve-se a forma de cálculo anterior, além de considerar recursos da CPMF.

e 9,5%, e 10% nos seguintes, respectivamente. Mas sua aplicação resultaria no aumento do gasto SUS de menos de 1% do PIB.

O projeto de regulamentação da EC-29 (PLS 121/2007) foi para aprovação na Câmara sob nova denominação: PLP 306/2008. Ao receber esse Projeto, a Câmara encaminhou um substitutivo global a ele, no qual novamente introduzia a correção dos recursos da União pela variação nominal do PIB. Além disso, recuperou a ideia de uma CPMF, porém nesse momento como Contribuição Social para a Saúde – CSS, isto é, com a mesma base tributária que a CPMF, só que com alíquota de 0,10% e não mais 0,389%. Se a CSS fosse aprovada, sua arrecadação estimada seria de R\$ 12,5 bilhões. Mas, desse montante, era necessário subtrair 20% da DRU e os R\$ 7 bilhões devidos ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (previsto no projeto). Desse modo, o orçamento do MS de 2010 passaria de R\$ 62,5 bilhões para R\$ 66,5 bilhões, com valores muito inferiores ao projeto original do Senado (PLS 121/2007) (Carvalho, 2010).

O projeto da Câmara PLP 306/2008 foi votado no primeiro semestre de 2008, ficando apenas na dependência da votação de um destaque que retirava do texto a CSS, sob o argumento da oposição ao governo Lula que se tratava do retorno da CPMF. Este destaque permaneceu e a CSS foi derrotada.

Finalmente, com a ida desse projeto da Câmara ao Senado, tem-se a aprovação da regulamentação da EC-29, nessa última casa legislativa. Tal aprovação somente ocorreu em dezembro de 2011, já no final do primeiro ano do governo de apoio do presidente Lula, agora sob a presidente Dilma Rousseff. Contudo, da maneira como foi aprovada a regulamentação, isto é, a Lei Complementar n.º 141/2012, as incertezas no financiamento permanecem. A discussão dessa lei será feita na seção 2.4.

Por fim, e não menos importante na história dos conflitos no financiamento do SUS, depois da EC-29, registre-se os riscos da proposta de Reforma Tributária do Governo Lula para a Seguridade Social e o SUS.

2.3.2. Os riscos da proposta de reforma tributária de 2008 para a Seguridade Social e o SUS

A proposta de reforma tributária do governo Lula, apresentada no fim de 2008, constituiu a pior ameaça aos direitos sociais introduzidos pela

138

Constituição de 1988, especialmente sobre o sistema da Seguridade Social, mas também para as áreas de educação e trabalho. A proposta tinha como intenção simplificar o sistema tributário e desonerar os investimentos produtivos e a folha de salários. No tocante à União, essa reforma almejava a agregação dos impostos e a extinção das contribuições sociais e econômicas que possuísem semelhanças em sua base de incidência.

Quanto às contribuições sociais, seriam extintos o PIS, a Cofins e a Contribuição para o Salário Educação, dando lugar ao Imposto sobre Valor Adicionado-Federal (IVA-Federal). Já a CSLL e o Imposto de Renda seriam unificados, gerando um imposto de renda mais amplo.¹⁴ O projeto previa, ainda, a desoneração da contribuição patronal sobre a folha de pagamento, por meio de legislação específica, com as devidas alterações constitucionais.

Nessa perspectiva, a reforma tributária prejudicaria diretamente o financiamento da Seguridade Social, do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e da educação básica (Salário-Educação). Os três tributos mais relevantes para a Seguridade Social seriam modificados. Em substituição, caberia à Seguridade Social 39,7%¹⁵ do produto da arrecadação dos impostos sobre renda (IR), dos produtos industrializados (IPI) e das operações com bens e prestações de serviços (IVA-F), o que seria insuficiente para a realização de suas ações e serviços, bem como para o pagamento de benefícios.¹⁶

Assim, a Seguridade Social não contaria com recursos a ela exclusivos e o financiamento de suas áreas, principalmente do SUS, dependeria de uma partilha da arrecadação do IVA-F e das contribuições previdenciárias (enquanto essas ainda existissem). Sabe-se que a história recente de disputa por recursos entre as áreas econômica e social indica quão difícil seriam as tratativas dessa partilha.

¹⁴ Aqui foram mencionados apenas os aspectos que alterariam os impostos e as contribuições em vigência. Para detalhes da proposta, ver PEC 233/2008 disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idPROPOSICAO=384954>>.

¹⁵ Esse percentual foi comunicado pelo relatório da reforma tributária, deputado Sandro Mabel, quando da apresentação de seu substitutivo, em seminário realizado no Centro de Extensão Universitária, em São Paulo, em 13 de março de 2009.

¹⁶ Para 2007, isso significaria que a Seguridade Social perderia R\$ 43,6 bilhões (os recursos da DRU já estariam deduzidos) (Carvalho, 2010).