

SERÁ A CSS A SOLUÇÃO PARA A SAÚDE?

SONIA FLEURY¹

O debate sobre a volta de uma contribuição sobre movimentação financeira com o objetivo de financiar os gastos públicos federais com o setor saúde (CSS – contribuição Social para a Saúde) tem conseguido mobilizar mais os adversários que os adeptos desta proposta.

Os argumentos econômicos, nos dois casos, podem ser assim resumidos. Os que se opõem à criação deste tributo vêm como uma grande conquista a derrota infringida pelo Congresso em 2007 à proposta governamental de uma nova prorrogação da CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira).

As principais razões alegadas são a já elevada carga tributária e suas consequências para aumento do chamado “custo Brasil”, que reduz a competitividade dos produtos nacionais e aumenta o custo de nossas mercadorias; a incidência em cascata das contribuições, o que aumenta a regressividade de impostos indiretos e a vinculação das contribuições, o que as torna inflexíveis.

Para os que defendem a criação da CSS, o fato de ter sido eliminada a contribuição sobre a movimentação financeira, ao contrário do que foi apregoado, não reduziu os preços das mercadorias e nem teve impacto sobre a competitividade dos produtos nacionais. O único efeito palpável foi a perda de arrecadação anual da ordem de R\$40 bilhões, dos quais o governo afirma que seriam destinados à saúde um total de R\$12 bilhões. Da mesma forma, alega-se que esta contribuição não atinge grande parte da população já que esta parcela não faz transações financeiras, o que reduziria sua regressividade. Sendo uma contribuição proporcional, ela tende a ser mais progressiva que muitos dos nossos outros tributos.

Apesar da alta carga de mobilização política que este debate acarreta, já que se transformou no símbolo do enfrentamento entre governo e oposição, não nos parece que existam razões técnicas suficientes para defender qualquer um dos lados do debate. Portanto, será uma decisão política a ser tomada por aqueles que a sociedade elegeu como seus representantes. No entanto, o que não pode ocorrer é que este debate termine por obscurecer a questão central para a sociedade brasileira que é o equacionamento do deficitário financiamento à saúde. Esta questão tem sido adiada por mais de duas décadas, ou seja, desde a criação do SUS, gerando um insuportável estrangulamento de uma política pública que deveria ser o núcleo central da cidadania, já que diz respeito à preservação da vida.

A Constituição Federal de 1988 (art. 195), ao criar a Seguridade Social, pressupôs a integração das políticas de Saúde, Previdência e Assistência, por meio de dois instrumentos fundamentais: a criação do Conselho e do Orçamento da Seguridade

¹ Doutora em Ciência Política, Professora Titular da EBAPE/FGV onde coordena o PEEP- Programa de Estudos da Esfera Pública

Social - OSS. Estabeleceu que o financiamento da Seguridade Social se fizesse de forma direta e indireta, pelos três níveis de governos e por toda a sociedade mediante um rol de contribuições sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro. A proposta de orçamento seria decidida conjuntamente pelas três áreas de políticas que compõem a Seguridade, resguardada a autonomia de gestão de cada uma delas.

Como o princípio da universalização adotado na saúde requereu a transposição dos serviços de saúde previdenciários para o Ministério da Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, os constituintes tiveram a preocupação de prescrever, no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias a previsão inicial da destinação de 30% do OSS para o SUS. Portanto, foram claras as disposições constitucionais em relação à **diversificação das fontes de financiamento** da Seguridade de forma a torná-la menos vulnerável aos ciclos descendentes da economia; a **vinculação de contribuições exclusivas** de forma a tornar sustentável a Seguridade; a construção de **um orçamento próprio** do conjunto da Seguridade; o **planejamento integrado** das ações e metas, para definir a alocação dos recursos; uma **regra provisória de financiamento da saúde** para a perfeita realização da transposição do INAMPS para o SUS.

Apesar das disposições constitucionais, nada disso ocorreu: nem o Conselho funcionou para planejar as metas integradas e a alocação dos recursos, terminando por ser extinto; nem o OSS permaneceu destacado do orçamento fiscal da União, a não ser em termos contábeis; nem as contribuições sociais mantiveram seu caráter de exclusividade para a Seguridade, haja vista a sua destinação para finalidades espúrias por meio da existência da DRU (desvinculação de 20% das contribuições) para pagamento de encargos financeiros e ainda o pagamento, com recursos do OSS, dos EPU (Encargos Previdenciários da União).

Ao longo dos anos, o que se verificou foi que:

- Houve uma precoce especialização das fontes de financiamento, ao arrepio da lei, sendo posteriormente sacramentada pela EC no. 20, que estabelece a destinação exclusiva das contribuições sobre a folha de salários para a Previdência;

- A previsão inicial de destinação de 30% dos recursos do OSS para a saúde não foi cumprida, sendo que com a extinção do INAMPS em 1993 foi também retirada a contribuição previdenciária para a saúde (historicamente em torno de 25%), o que provocou a falência do Ministério da Saúde, que teve que tomar empréstimo no FAT. Para se ter uma idéia, calcula-se que os 30% de recursos do OSS previstos no ADCT como destinados à saúde, representariam em 2010 cerca de R\$140 bilhões, ao invés dos R\$63 bilhões destinados à saúde na lei Orçamentária.

- A inexistência de uma fonte regular e sustentável para o setor levou a uma campanha, desencadeada pelo Ministro da Saúde Dr. Adib Jatene, pela aprovação de uma contribuição sobre a movimentação financeira para financiar a saúde. A dramática situação gerada pela concomitante universalização do direito à saúde e a ausência de recursos financeiros necessários para o setor, conseguiu sensibilizar a sociedade brasileira, a ponto de ser aprovado em 1993 o IPMF (imposto provisório sobre movimentação financeira). Em 1996, foi renovada já com nome de CPMF, posteriormente prorrogada em 1999, já com a alíquota majorada para 0,38%.

- Desde sua criação até sua extinção em 2007, a CPMF nunca foi majoritariamente aplicada ao financiamento da saúde. Em 2008, dos R\$40 bilhões previsto na arrecadação, só R\$12 bilhões seriam destinados à saúde.

O subfinanciamento do SUS por parte da União é patente, mesmo depois de aprovada a EC no. 29 em 2000, que definiu porcentagens mínimas a serem aplicadas à saúde nos três níveis de governo. Mesmo com o aumento regular da cobertura e dos custos com a atenção, o gasto social realizado pelo governo federal com saúde entre 2000 e 2010, teve um incremento de somente 0,02%, situando-se em torno de 1,74% do PIB em toda a década. Entre 2003 e 2010, houve um incremento de 0,05 pontos percentuais nas despesas federais do custeio com a saúde, sendo que os gastos totais da pasta, incluindo pessoal e investimentos, alcançaram 1,97% do PIB.

As consequências para o SUS se fazem sentir em especial no sofrimento da população, além da desvalorização dos profissionais e a deterioração dos serviços da rede pública. Se, em 2009, o total dos gastos públicos com saúde representou cerca de 4% do PIB e 12% da arrecadação tributária bruta, isto se deveu, em grande parte à sobrecarga colocada para os Municípios, cuja participação no gasto público em saúde é crescente, desde a EC no. 29. Por não ter sido regulamentada a forma de participação da União e por descaso com o descumprimento da lei por parte dos Estados, o peso acabou nas costas dos municípios. Tal situação também decorre da atual judicialização da saúde, cujas decisões dos tribunais terminam também como um ônus para os gestores municipais e não para os Estados e a União. Mesmo assim, os gastos públicos com saúde no Brasil são de cerca de US\$350 per capita, o que representa a irrisória quantia do gasto público em saúde de cerca de R\$ 1,7 por dia por habitante!

Os dados recentes do IBGE mostram com clareza que temos uma sociedade partida na saúde, como podemos comprovar pelo acesso diferencial a aparelhos de diagnóstico por imagem: no SUS temos uma média de 1,9 aparelhos em média por milhão de habitantes. No setor privado, onde imperam os planos de saúde, a média brasileira sobe para 6,3 aparelhos por milhão de habitantes. Esta distorção leva a aprofundar as iniquidades na sociedade brasileira e representa um risco de segmentação para toda a população. O dano é para toda a sociedade, seja aquela parte que não consegue o acesso necessário, seja a classe média, que subsidiada pelo Estado com planos de saúde para seus funcionários e com a renúncia fiscal no pagamento dos planos de saúde de terceiros, termina por ser exposta a uma super utilização de tecnologias que levam a comprometer sua saúde em função dos lucros dos interesses dos intermediários.

Mais do que discutir se a solução para a saúde é a CSS ou não, o que precisa ser discutido pela sociedade brasileira é a criação de um pacto social pela saúde, que fortaleça o sistema universal de saúde, reduza os vasos comunicantes que só favorecem ao setor privado em detrimento do público, elimine incentivos e isenções para utilização de serviços privados e, por fim, crie um mecanismo sustentável de financiamento do setor público de saúde.

Para isto, é preciso acreditar que só teremos uma população com direito à saúde se tivermos um SUS de qualidade e bem financiado. A alternativa desenhada fora dos princípios constitucionais já demonstrou que é perversa e aprofunda, por meio de uma política social, as desigualdades sociais. Um pacto social pela saúde deve ser a base de

um pacto fiscal que assegure sua sustentabilidade e que só será integral se fizer parte de um movimento de reconstrução da própria institucionalidade da Seguridade, dilapidada nestas duas últimas décadas.