

POLÍTICA SOCIAL E A REFORMA FISCAL: AS ÁREAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Edson de Oliveira Nunes
José Brakarz

Resumo

O objetivo do trabalho é o de efetuar uma revisão das questões críticas referentes à ação do setor público nos setores de educação e saúde, buscando identificar as medidas de ordem institucional e financeira a serem incluídas numa proposta de reforma fiscal, de iniciativa do governo federal. Procura-se ainda avaliar o papel institucional dos agentes públicos e privados nas áreas sociais.

Palavras-chave

política educacional e de saúde pública, reforma fiscal

Abstract

The purpose of this paper is to make a revision of critical points with respect to the public sector action in education and health sectors. It tries to identify institutional and financial initiatives of the federal government, which must be included on a major fiscal reform proposal. It also gives an evaluation the proper role of public and private actions in those areas.

Key words

educational and health policies, fiscal reform

Os autores são, respectivamente, PhD em Ciências Políticas pela Universidade da Califórnia - Berkeley, Diretor de Projetos Especiais do Conjunto Universitário Cândido Mendes, Consultor da Fundação GESGRANRIO e Assessor Especial do Ministro do Planejamento, sediado no Rio de Janeiro; PhD pela Universidade da Califórnia Berkeley na área de Planejamento e Administração Pública e Bacharel em Administração de Empresas pela UFRJ.

1. Política Social e Reforma Fiscal

1.1 Objetivos do Trabalho

Este trabalho propõe-se a efetuar uma revisão das questões críticas atinentes à ação do setor público nos setores de educação e saúde, identificando medidas de ordem institucional e financeira a serem incluídas na proposta de reforma fiscal, de iniciativa do governo federal, para a qual este documento foi preparado.

Pretende-se aqui definir uma postura governamental relativa a questões de financiamento e gestão nestes setores, tendo por base a necessidade de ajuste financeiro e a redução da atuação direta do setor público na prestação destes serviços. Procura-se ainda avaliar o papel institucional dos agentes públicos e privados nas áreas sociais, o que resulta na identificação de deficiências gerenciais e decorrentes proposição de uma revisão nas responsabilidades e na forma de atuação e controle de serviços pelos diferentes níveis de governo nestas áreas.

É consenso geral que os serviços sociais providos pelo Estado estão em crise, são em geral de péssima qualidade e necessitam melhorias drásticas. É importante reforçar a ação do Estado nestes setores, propiciando melhor utilização dos recursos públicos, eliminação de desperdícios e ineficiências. Os recursos são escassos e por isto devem ser aplicados com eficácia e equidade e os subsídios canalizados para as camadas realmente necessitadas da população. Os gastos sociais devem ser vistos como investimentos de longo prazo, que geram retornos econômicos à sociedade.

Estudos e a experiência recente demonstram que os níveis de governo locais cumprem melhor as funções que envolvem relação direta com a comunidade, entre outros motivos pela capacidade de resposta a demandas e adaptabilidade a peculiaridades locais.⁽¹⁾ Este princípio de descentralização já está consagrado na legislação federal, faltando, porém, aperfeiçoar os mecanismos que viabilizem sua implementação.

(1) Ver por exemplo avaliação comparativa de experiências de descentralização na América Latina em CAMPBELL, BRAKARZ & PETERSON (1991).

Educação e saúde constituem bens públicos (*public goods*), ou funções que o mercado não se encontra em posição de prover em níveis socialmente satisfatórios. São também bens de mérito, os quais a sociedade tem interesse em estimular. Assim, não se discute se saúde e educação são funções próprias do Estado, mas a forma de organizar os meios necessários para garantir o amplo acesso da população a estes serviços. Isto implica prover financiamento adequado e equitativo, normalizar aspectos peculiares, prestar diretamente ou criar os mecanismos adequados para o acesso a esses serviços.

Na área de saúde, o Sistema Único de Saúde representou um avanço considerável na definição de competências e padrões de organização do setor público. A implementação efetiva destes princípios, especialmente no referente à descentralização e aos critérios de transferência de recursos, ainda deixa muito a desejar.

Na área da educação, persiste um padrão de financiamento público iníquo, onde subsídios são direcionados para clientela de renda superior, em detrimento de vasta maioria que sofre pelo grau deficiente de financiamento nos níveis básicos.

Princípio de divisão de responsabilidades acorde com a capacidade tributária foi claramente alterado a partir da Constituição de 1988. O aumento das transferências financeiras para Estados e municípios foi uma das formas de viabilizar a descentralização nas áreas sociais. No entanto, dado o padrão de financiamento central do setor saúde, e a existência de mecanismos de transferência setorial em educação, a União continua a manter forte presença na definição de política e mesmo na execução direta de atividades nestes setores.

Este esquema de financiamento leva ainda ao controle deficiente sobre a qualidade dos serviços, à ineficiência administrativa, clientelismo e burocratização na implementação de programas. Isto decorre tanto da superposição de atribuições nos três níveis de governo, com responsabilidades difusas, quanto dos modelos inadequados de prestação de serviços, que precisam ser revistos sob perspectiva modernizadora.

1.2 Ajuste Gerencial nas Áreas Sociais: Diretrizes

A diretriz básica para as recomendações aqui expressas é a de propor o mínimo de mudanças constitucionais, exceto por modificações já em andamento no Congresso ou por apoio a projetos de lei adequados (tal como o projeto de LDB do Senado) e de inspiração legislativa.

A reforma fiscal procura ajustar a eficácia e a eficiência do gasto social para otimizar o dispêndio. Neste sentido, medidas gerenciais, no marco legal possível, devem ser urgentemente adotadas para sanar a densa subotimalidade da ação social do governo. Neste sentido, a ação de reforma fiscal deve evitar confundir-se com "reforma administrativa" (devemos, sobretudo, evitar o uso o termo "reforma administrativa", totalmente desmoralizado no momento). Devemos, contudo, insistir na necessidade de aperfeiçoamento gerencial, descentralização e avaliação.

Qualquer que seja o nível de gasto com saúde e educação, o estabelecimento das metas e objetivos deve pautar-se por dois critérios: o serviço deve ser gerenciado por unidades próximas ao usuário e deve ser sistematicamente avaliado sob todos os aspectos, principalmente no tocante à sua qualidade. Os gastos globais com saúde e educação devem ser mantidos nos níveis atuais.

Dentro desta lógica, as recomendações aqui contidas obedecem aos seguintes princípios:

- a) são preferíveis soluções descentralizadas, particularmente com relação à provisão direta de serviços de educação e saúde;
- b) despolitização e aumento de eficácia no processo de transferência de recursos para a saúde e a educação;
- c) é necessário avaliar sistematicamente a qualidade dos serviços oferecidos à população.

2. Políticas de Saúde e Educação: Diagnóstico

2.1 Setor de Saúde

2.1.1 Características do Setor

O modelo brasileiro de saúde vem passando por mudanças significativas, especialmente no tocante à organização do setor público para a provisão de serviços de saúde. O modelo atual, referente à oferta de serviços de medicina, permite a coexistência da medicina pública e a privada, complementando esta a oferta de serviços gratuitos à população carente.

O padrão de organização setorial brasileiro encontra similares entre os padrões internacionais, (CREESE, 1992) onde são encontrados inúmeras variações que vão desde modelos de medicina totalmente pública, passando por modelos de atendimento diferenciado por clientela, e modelos onde predominam o seguro-saúde individual, ao estilo norte-americano. As inovações mais recentes nos modelos tendem a favorecer o controle de qualidade por parte dos cidadãos, conferindo-lhes direito à escolha de médicos e serviços, mas cobrando, direta ou indiretamente, contribuições proporcionais à renda ou qualidade do serviço usufruído. Na maioria dos países, porém, persiste o desafio de atendimento universalizado e de boa qualidade, contido dentro de custos razoáveis para a sociedade.

No Brasil, especialmente a partir da Constituição de 1988, foram introduzidas modificações importantes na área de saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde. Este implicou a unificação da rede pública, antes dividida entre a rede ligada ao INAMPS e a pertencente ao Ministério da Saúde, além dos serviços mantidos por Estados e municípios. Resultou ainda na descentralização da operação das unidades de saúde, com a transferência da maior parte da rede federal para os Estados e municípios. Esta transferência não incluiu os servidores lotados nas unidades federais, os quais mantêm sua vinculação funcional com a União, mas passam ao controle administrativo das unidades de governo locais.

O sistema passou a funcionar de forma estruturada e hierarquizada, cabendo aos Estados e municípios a execução dos serviços e seu financiamento complementar, mantendo a União a responsabilidade pelo financia-

mento básico e a operação de sua rede própria, de caráter supra-regional. A União exerce ainda funções de normalização, realização de campanhas nacionais e suplementação em geral das carências dos sistemas locais com medicamentos e investimentos.

Em função desta divisão de competências foi montado um esquema de financiamento de serviços no qual os Estados e municípios são ressarcidos pela produção de atendimentos hospitalares e ambulatoriais. O sistema consiste, essencialmente, no ressarcimento de gastos por serviços ambulatoriais e hospitalares. Os limites de gastos são estabelecidos pelo número de internações (cota de AIHs) e de atendimentos ambulatoriais (UCA). O valor unitário das AIHs varia para cada Estado, segundo critérios definidos pelo INAMPS, baseados em custos históricos e levantamentos específicos. A tabela tende a definir valores mais elevados para os Estados mais desenvolvidos e mais baixos para os menos desenvolvidos, um reflexo, segundo o INAMPS, dos graus diferenciados de complexidade de procedimentos e da estrutura das redes instaladas. O sistema, desenvolvido inicialmente para ressarcimento e controle de gastos dos serviços da rede privada, foi recentemente estendido aos hospitais públicos estaduais e municipais.

A participação do setor privado na saúde pública se dá mediante a contratação de serviços hospitalares e ambulatoriais. A rede privada é mais numerosa que a pública, estando presente em maior número de localidades e oferecendo, em geral, serviços de melhor qualidade. A tradição de entidades beneficentes é forte no país e o mercado de medicina privada teve crescimento significativo nas últimas décadas.

Este padrão de financiamento manteve, porém, o viés centralizador do sistema. As relações que se estabeleceram entre os níveis de governo podem ser caracterizadas como de dependência ou "descentralização tutelada", em virtude da dependência mantida pelos níveis subnacionais às diretrizes operacionais e principalmente aos recursos financeiros centrais.

2.1.2 Setor Público e Setor Privado

O número de estabelecimentos de saúde vem crescendo significativamente no Brasil. No período de 1978 a 1989 o número de estabelecimentos de todos os tipos passou de 15.345 para 34.831. O setor público apresentou

crescimento superior ao privado: de 7.839 estabelecimentos públicos para 22.706, enquanto os privados aumentavam no período de 7.506 para 12.125. Em termos de estabelecimentos com internação hospitalar, que refletem a qualidade e sofisticação dos serviços oferecidos, a situação é inversa: em 1978 havia 1.072 estabelecimentos públicos para 4.636 privados, enquanto em 1989 os estabelecimentos haviam crescido para 1.889 e 5.238, respectivamente.

Quanto à oferta de leitos hospitalares, a evolução entre 1978 e 1989 foi de 124,5 mil para 119,5 mil na rede pública (decréscimo de 4%) enquanto os leitos particulares aumentaram de 350,8 mil para 403,3 mil (+14%).(MÉDICI & OLIVEIRA, 1992)

Setor Privado: O setor de medicina privada tem crescido significativamente, auxiliado pela queda de qualidade e a inadequação dos serviços prestados pela medicina pública. A procura por serviços pelas classes médias e alta e a inclusão de cláusulas de seguro saúde entre os benefícios trabalhistas têm possibilitado a expansão dos serviços de medicina privada nas suas várias modalidades. O tamanho deste setor, em termos do número de pessoas que o utilizam, é estimado em 35 milhões de usuários, em 1989.⁽²⁾

A importância relativa deste segmento pode ser avaliada pelos dados referentes a 1987, que estimam ser este responsável por 81,4% das internações em todo país, 77% da oferta de leitos hospitalares e 44,5% das consultas médicas realizadas.(MÉDICI, 1991a)

O mercado de medicina privada pode ser dividido em: a) serviços privados contratados pelo setor público; b) serviços contratados por empresas; c) serviços contratados por famílias ou indivíduos; e d) serviços beneficentes ou assistenciais. Destes segmentos, o de serviços contratados por empresas é o que apresenta maior dinamismo, embora sua clientela seja fortemente concentrada nos trabalhadores melhor posicionados no mercado formal de trabalho. Já o setor de serviços contratados pelo setor público vem reduzindo sua participação relativa, seja por motivo da crise financeira da saúde pública, que se traduz em menor número de contratações ao setor privado, seja pelo crescimento da rede ambulatorial e hospitalar e a prefe-

(2) Segundo a empresa Towards, Terrin, Foster & Crosby Ltda., citado em MÉDICI (1991a).

rência dos administradores locais em dar prioridade aos serviços da rede pública.

Modalidades: As formas de organização hoje encontradas no mercado de medicina privada podem ser classificadas em:

- a) Cooperativas Médicas, formadas por médicos que tanto são membros como prestam serviços à cooperativa. Oferecem planos, geralmente de livre escolha, a empresas ou indivíduos (ex. UNIMED).
- b) Medicina de Grupo, consiste em planos oferecidos por empresas médicas que mantêm redes próprias de atendimento e médicos associados ou contratados. Há uma grande variedade destes planos, oferecendo desde cobertura básica até as mais completas, segundo o custo. (Golden Cross, AMIL)
- c) Programas Autogeridos, onde as empresas administram seus próprios programas de saúde, mediante convênios com profissionais ou empresas especializadas.
- d) Seguro-Saúde, segmento representado por empresas de seguros, que oferecem planos diversos, podendo cobrir consultas, internações e exames laboratoriais, mas sujeitos a restrições diversas e obedecendo a franquias preestabelecidas.

Com relação a estas modalidades de prestação de serviços pelo setor privado, destacam-se as Empresas de Medicina de Grupo, que correspondem ao ramo mais dinâmico, cobrindo hoje 61,5% da clientela.

Observa-se uma tendência à fusão de modalidades, com companhias seguradoras buscando associar-se a empresas de medicina de grupo, enquanto estas buscam tratamento fiscal equivalente ao das seguradoras (o que faculta aos associados deduções tributárias). Para as empresas, a modalidade mais econômica para a cobertura de seus empregados é a feita por meio de convênios diretos com médicos e hospitais.

É inegável a importância do setor privado de saúde como complementação dos serviços públicos. O setor é dinâmico e inovador, possuindo uma considerável capacidade instalada. Seu crescimento se deu quase sem incentivos, exceto pela contratação de serviços pelo setor público que, ape-

sar de remunerar mal, representa considerável infusão de recursos ao setor. Vale a pena observar que as despesas médicas, para pessoas jurídicas, não são aceitáveis como dedução das contribuições sociais ou do imposto de renda (do imposto a pagar), ao contrário dos programas de alimentação do trabalhador, vale-transporte ou informática e treinamento.

2.1.3 Financiamento da Saúde

Padrão de Financiamento: Os gastos globais com saúde em nível nacional alcançam, segundo diferentes estimativas, até 4,18% do PIB, respondendo o setor público por 2,78% e o privado por 1,40%.⁽³⁾ Os gastos públicos, pelos três níveis de governo, são estimados em 2,08% do PIB pelo IPEA (ver Tabela anexa), dos quais a União após as transferências, responde por 0,49%, os Estados 1,36% e os municípios 0,23%.

A saúde pública no Brasil sofre os problemas comuns a todos os sistemas nacionais de saúde, especialmente no que se refere ao seu financiamento em um contexto de crise fiscal do Estado e de custos crescentes da medicina. Além disto, temos ainda problemas específicos, decorrentes de questões não resolvidas de relações intergovernamentais no setor.

A implantação do Sistema Único de Saúde não foi completa. Grande parte da rede federal, especialmente a do INAMPS, foi efetivamente repassada aos Estados e municípios. No entanto, parte da rede ambulatorial e hospitalar sob a responsabilidade direta do governo federal (Pioneiras Sociais, FSESP, Hospitais Universitários, centros nacionais de referência) permanece sob responsabilidade da União.

No sistema atual, o princípio de que instância que tributa é a que deve prestar o serviço não é seguido. O financiamento é central, mas a operação do sistema é regional e local. Desenvolve-se, assim, uma relação de dependência entre esferas de governo absolutamente incompatível com um sistema descentralizado.

A maior parte do financiamento para saúde provém de receitas federais que, apesar de transferidas com base na produção de serviços, incorpo-

(3) Dados citados por MÉDICI (1991b).

ram uma série de condicionantes para seu repasse. Neste esquema de transferências negociadas entram também as dotações para investimentos, altamente disputadas, e para as quais não há critérios objetivos de alocação.

Assim, o sistema atual gera a necessidade da assinatura de convênios entre cada unidade recipiente e o Ministério da Saúde, o que produz a conseqüente parafernália de formalidades legais e prestações de contas. Estes procedimentos implicam custos consideráveis, sem que se tenha uma avaliação de seus benefícios em termos do uso adequado dos recursos. Gera ainda "custos de transação" excessivos, tornando-o lento e burocratizado. Há que se considerar ainda as perdas inflacionárias decorrentes do período em que os tributos que financiam o sistema são arrecadados e o seu efetivo desembolso para ressarcimento aos Estados e municípios.

A legislação básica do Sistema de Saúde previa, em sua proposta original, a distribuição de recursos de forma "automática e imediata" (50%). Este artigo foi vetado na Lei 8080/1990, indicando resistência a este tipo de procedimento, que restringe o poder de decisão central sobre os recursos.

A descentralização é desejável, mas não deve ser incompleta, com o perigo de ser contraproducente. A responsabilidade pela qualidade final dos serviços fica compartilhada ambigüamente entre a instância financiadora e a prestadora dos serviços.

Gastos com Saúde: Em nível nacional, os gastos do setor público com saúde têm sido crescentes, tendo aumentado de 1,18% em 1985 para 2,08% do PIB em 1990. Embora as fontes de financiamento sejam constituídas por impostos e contribuições federais, a responsabilidade pelos gastos é predominantemente estadual, em decorrência das transferências intergovernamentais. Assim, para o ano de 1990, enquanto a esfera federal despendia diretamente 0,49% do PIB, os Estados aplicavam 1,36% e os municípios 0,23%. (ver Tabelas e Gráficos).

TABELA 1
GASTOS DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS DAS
CAPITAIS NA FUNÇÃO SAÚDE E SANEAMENTO - 1985/1990
(em % do PIB)

Níveis de Governo	Anos					
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Total	1,18	1,14	1,61	1,83	2,41	2,08
União	0,33	0,45	0,59	0,43	0,86	0,49
Estados	0,72	0,80	0,86	1,21	1,38	1,36
Municípios	0,13	0,14	0,16	0,19	0,16	0,23

Fonte: Balanços da União e STN.

As principais fontes de financiamento da saúde são as contribuições sociais, especificamente a Contribuição para a Seguridade Social e para o FINSOCIAL. Estas fontes foram responsáveis, em 1991, pelo financiamento de 64% do orçamento da saúde, conforme tabela a seguir.

TABELA 2
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
1990 1991 - (Cr\$ 1.000)

Especificação da Receita (1)	Exercícios			
	1990	%	1991	%
Recursos Ordinários	9.221.625	4,6	24.107.656	0,8
Operações de Crédito Externas	1.812.787	0,9	17.860.087	0,6
Contrib. S/ Lucro Pessoas Jurídicas	9.123.786	4,5	46.969.732	1,5
Contribuição do FINSOCIAL	93.191.810	46,1	725.625.810	22,8
Outras Fontes Ordinárias	2.464.118	6,1	92.552.927	2,9
Transferências Ordinárias do Tesouro		0,0	101.849.958	3,2
Contrib. S/ Lucro Pessoas Jurídicas	10.737.833	5,3	50.131.633	1,6
Operações de Crédito Internas		0	396.631.008	12,5
Contribuição p/ Seguridade Social	60.959.624	30,2	1.280.382.305	40,3
Recursos Diretamente Arrecadados	4.464.070	2,2	358.112.958	11,3
Outros Recursos	15.518	0,1	85.333.958	2,7
Total	201.935.799	100	3.178.233.247	100

Nota: (1) Inclui apenas partidas selecionadas.

Fonte: Departamento de Orçamento da União.

Tomando por base a execução orçamentária do Ministério da Saúde em 1990 e 1991, relativa apenas ao financiamento do Sistema Único de Saúde, obtém-se um quadro mais acurado dos recursos transferidos a Estados e municípios por ressarcimento de gastos ambulatoriais e hospitalares (inclusive contratação de serviços privados), investimentos, convênios diretos com hospitais e entidades de saúde e pagamento de pessoal do Sistema, inclusive os lotados em unidades transferidas. Os gastos globais decresceram no período, em termos reais, passando de aproximadamente US\$ 5,9 bilhões em 1990 para US\$ 4,5 bilhões em 1991. Destes, em média, 31,5% foram despendidos em custeio das atividades ambulatoriais; 33,4% em investimentos; 36% no ressarcimento de internações hospitalares e próteses; 5,5% no financiamento a convênios isolados, que incluem hospitais universitários e outros; e 24% para o pagamento de pessoal federal transferido aos Estados e municípios.

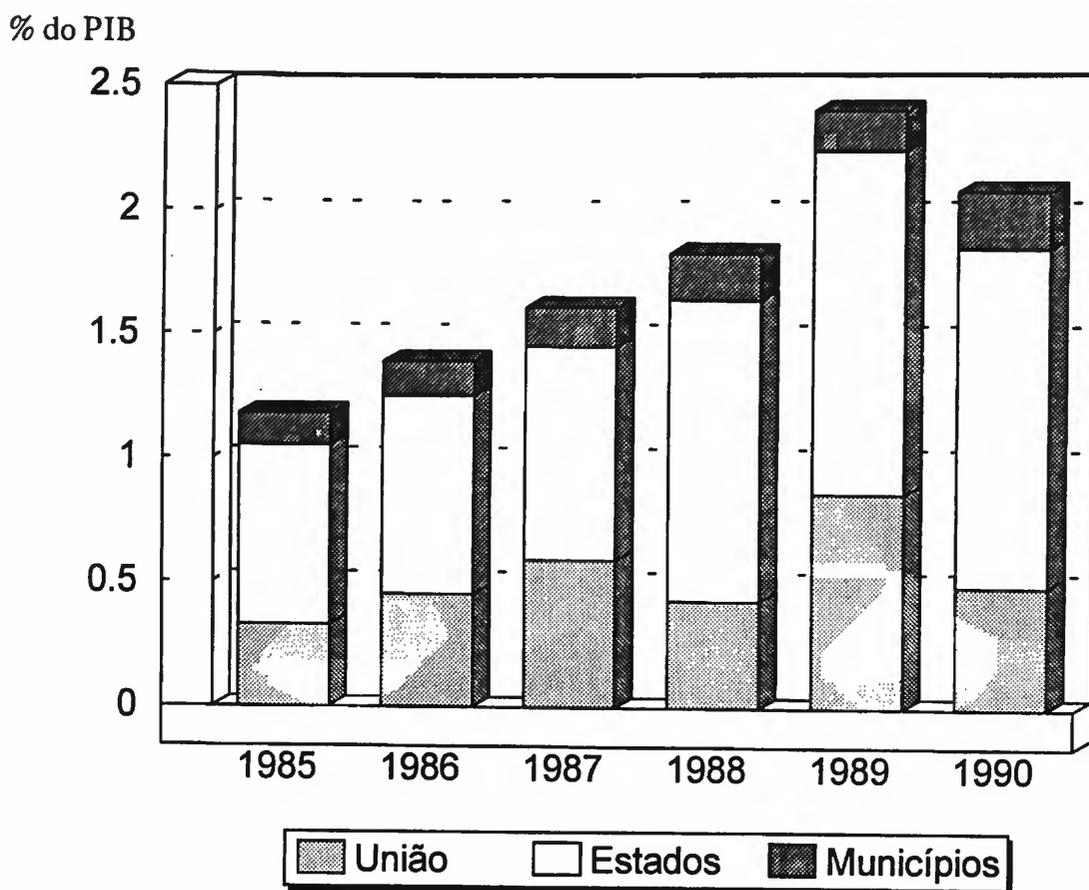
TABELA 3
RECURSOS FINANCEIROS PARA MANUTENÇÃO DE
UNIDADES PRÓPRIAS E TRANSFERIDOS POR
CONVÊNIOS: MINISTÉRIO DA SAÚDE - INAMPS
(US\$ Mil)

Especificação	1990	1991
Custeio (UCA e FEM)	1.863.942	1.465.766
Investimento	186.167	67.776
Convênios Isolados	3.945.120	220.992
AIH / Próteses	2.126.974	1.725.509
Servidores	1.425.644	1.099.186
TOTAL	5.951.905	4.579.229

Fonte: Diretoria de Administração e Finanças, Ministério da Saúde.
Elaboração: Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Depreende-se destes dados que o esforço fiscal para o financiamento da saúde pública tem girado em torno de 2% do PIB, considerados os gastos das três esferas de governo. Estes gastos tendem a ser crescentes, em nível nacional, motivados pelo aumento dos custos gerais da saúde e pelo crescimento da população, especialmente de baixa renda. Os gastos federais, exclusivamente para a manutenção do SUS, correspondem, em média, a cerca de US\$ 5,5 bilhões anuais ou aproximadamente 1,5% do PIB de 1991.

GASTOS DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS EM SAÚDE E SANEAMENTO



2.2 Educação

2.2.1 Ensino Básico

Estima-se em aproximadamente 200.000 o número de escolas de ensino básico no Brasil. Ainda assim, o número de crianças entre 7 e 14 anos que não freqüentam a escola é avaliado em 4 milhões. Cerca de 5 milhões freqüentam escolas em turnos reduzidos, de três horas diárias. Assim, embora a oferta de matrículas seja suficiente para atender a 85% da população de 7 a 14 anos, a qualidade do ensino oferecido e as precárias condições destas em termos de equipamentos e da falta de qualificação dos professores repercutem na qualidade precária do ensino básico. Observa-se grandes diferenças regionais, com indicadores favorecendo nitidamente as regiões sul e sudeste em comparação com a região nordeste e as zonas urbanas em relação às rurais. Além disto, constata-se distorções resultantes do processo

de urbanização acelerada, que gera carências em áreas urbanas de rápido crescimento.

As tendências demográficas mais recentes têm sido de redução no aumento populacional e a atenuação do êxodo rural. Simultaneamente, observa-se que o aumento da oferta de unidades escolares nos últimos anos foi concentrada nas áreas urbanas. A conjugação destes fatores implica necessidade menor de expansão física da rede escolar, que deve ser substituída por política de reequipamento e manutenção da rede existente e em aspectos ligados à qualidade do ensino, como a adequação pedagógica das escolas, melhoria curricular, requalificação e valorização funcional do magistério.⁽⁴⁾

O maior problema do setor não é o volume de gastos com educação. Cerca de 4,2% do PIB brasileiro vão para esta função, o que nos coloca numa situação média com relação aos demais países. Os mais desenvolvidos têm gastos *per capita* maiores (EUA 7,5%, Canadá 7,4%, França 6,1%), enquanto os países de grau equivalente de desenvolvimento apresentam gastos de 2,7% (China), 4,3% (Coréia) e 3,4% (Espanha).

É importante enfatizar ainda os desvios quanto às funções típicas de cada nível de governo neste segmento. Vemos o governo federal empenhado desde a construção de escolas de nível básico até a administração universitária, os Estados atuando no nível universitário e básico, sem clareza de papéis. Funções de apoio, como merenda escolar e livros didáticos, seguem sendo executadas pelo governo federal, apesar das evidências quanto às vantagens da descentralização neste tipo de atividade e das conhecidas ineficiências dos órgãos delas encarregados.⁽⁵⁾

Os números agregados mascaram situações bastante diversas tanto em nível regional, quanto em relação à natureza dos gastos. Estudos indicam que os gastos administrativos chegam a representar de 30 a 50% dos dispêndios totais com educação. Isto significa que grande parte dos esforços setoriais são despendidos fora da sala de aula (ainda que admitamos que algum nível de gastos administrativos sejam indispensáveis para a operação do sistema, as distorções são amplamente reconhecidas).

(4) Citados em BARRETO, GUSO, AMARAL SOBRINHO *et alii*, (1990).

(5) Com referência à evolução das relações intergovernamentais na área de educação, ver AMARAL SOBRINHO (1990).

O problema neste caso refere-se às práticas de gestão dos sistemas escolares. Predominam ainda esquemas centralizadores, onde as secretarias estaduais e municipais se incumbem das tarefas mais diminutas da gestão escolar, tornando a operação das unidades de ensino ineficiente e impessoal. Ao mesmo tempo, as burocracias centrais - sob a alegação da necessidade de controle - se inflam com o crescimento das funções de gestão financeira, de recursos humanos, compras e distribuição e outras, absorvendo insumos crescentes desviados das funções finalísticas.

As políticas locais de gestão têm o dever de reverter estas tendências, operando em bases descentralizadas no nível das unidades de serviços. Esta é a tendência moderna da descentralização administrativa, onde se procura estabelecer princípios de autonomia com responsabilidade por resultados, que constitui a forma mais efetiva de controle.

A aplicação deste princípio ao setor educacional corresponde à concessão de autonomia relativa às unidades escolares para sua autogestão. Estipula-se um volume mínimo de recursos e insumos humanos e materiais a serem aportados à escola, cujo corpo docente deverá geri-los de forma autônoma. Contribuições da comunidade e dos próprios pais dos alunos devem ser procuradas com mais intensidade. A supervisão sobre o uso de recursos é feita de forma seletiva, enfatizando as melhorias na qualidade geral do ensino ministrado.

O Estado de Minas Gerais vem implantando sistema com estas características, com resultados promissores.

2.2.2 Ensino de Segundo Grau

O ensino de segundo grau é competência compartilhada, de fato, pelos três níveis de governo, embora a tendência seja a especialização dos governos estaduais nesta área. A atuação federal se efetua por meio das Escolas Técnicas Federais, presentes em todas as Unidades da Federação e em alguns casos mais de uma vez. Inclui-se neste nível o treinamento vocacional ou técnico-profissional provido pelo sistema SENAI/SENAC, que mantém tanto programas de formação secundária formal como cursos de duração variada de treinamento profissional. O setor inclui ainda o segmento priva-

do, responsável pela formação de cerca de 34,4% dos alunos de nível secundário formal.

Com relação ao ensino secundário formal, os dados comparativos existentes para 1985 indicavam a distribuição dos 3.016 milhões de alunos entre:⁽⁶⁾ 68,4% Escolas Municipais e Estaduais, 2,2% Escolas Técnicas Federais, 34,4% Escolas Particulares.

Considerando o ensino secundário incluindo o treinamento profissional, a distribuição das matrículas para o mesmo ano, as quais totalizavam 4,4 milhões, é a seguinte: 48,4% Escolas Municipais e Estaduais, 1,5% Escolas Técnicas Federais, 23,5% Escolas Particulares, 22,8% SENAC, 8,8% SENAI.

Alocação de Recursos: Na área do ensino secundário e técnico as maiores distorções alocativas dizem respeito à discrepância de recursos *per capita* despendidos entre os segmentos municipal, estadual e técnico federal. Enquanto o custo anual por estudante das escolas municipais equivale a US\$ 745, nas estaduais é US\$ 1.553, enquanto nas escolas técnicas federais pode alcançar US\$ 6.983.(BANCO MUNDIAL, 1989).

Entre as questões chaves neste segmento constam: (a) a adequação do ensino técnico-profissionalizante às demandas da economia moderna e (b) a discrepância entre os recursos *per capita* despendidos entre as diversas modalidades de ensino secundário. Um terceiro e importante tema se refere à operação das escolas técnicas, cuja dependência governamental é objeto de questionamento.

2.2.3 Ensino Superior

Distribuição da Oferta: em termos globais, o ensino de terceiro grau é majoritariamente privado no Brasil, ou seja, 55,1% dos cursos de graduação são ministrados por instituições privadas, que oferecem 67,7% das vagas e 51,1% das matrículas de terceiro grau. No âmbito das universidades, preponderam as federais, respondendo por 48,1% dos cursos, enquanto as privadas oferecem apenas 31,5%. Quanto aos estabelecimentos isolados, apenas 2,2% dos cursos são federais e 77,5% particulares.

(6) Dados do MEC, SENAI e SENAC, citados no relatório do BANCO MUNDIAL (1989).

No tocante aos indicadores de qualificação de professores, uma *proxy* para qualidade do ensino, vale destacar a superioridade das instituições públicas: dos 51.872 professores da rede privada apenas 4,9% têm doutorado, 15,4% mestrado e 79,4% têm somente especialização ou graduação. Na rede pública, as proporções são 18,4%, 25,6% e 56,0%, respectivamente, enquanto o número de docentes em tempo integral é de 7,5% nas privadas contra 67,0% nas públicas.⁽⁷⁾

As questões críticas relativas ao ensino superior, no que se refere ao papel do governo federal no setor, relacionam-se ao padrão de financiamento, ao sistema de gestão universitária e à política de aperfeiçoamento da qualidade das instituições de ensino superior.

O ensino superior hoje é majoritariamente oferecido pela iniciativa privada. Repetidos estudos mostram que os melhores estudantes, os mais jovens, os de classe média, são proporcionalmente mais aprovados nos vestibulares das escolas públicas. Os menos favorecidos e os de faixa etária mais alta acabam no ensino privado.

O ensino superior, da maneira como é oferecido, garante uma reserva de mercado para a universidade pública e outra para a universidade privada. Esta situação favorece a acomodação e a mediocrização dos dois segmentos, já que são restritos os incentivos para competição por novos estudantes.

A escola privada oferece mais vagas e forma mais estudantes do que o setor público, além de, certamente, ter uma carga horária de greves muitíssimo menor. As universidades públicas padecem de "greivismo" crônico, que, real ou exagerado, tem influência na percepção social da Instituição.

As verbas federais para o financiamento adequado das universidades públicas, além de insuficientes para seu adequado funcionamento, são pulverizadas entre um número obviamente excessivo destas. A isonomia salarial veio agravar o problema. Além disto, a falta de mecanismos de incentivo ao desempenho acadêmico, seja individual dos docentes, seja das instituições como um todo, contribui para a propalada queda de qualidade do ensino superior.

(7) Dados Citados no Relatório elaborado por NUNES, DANTAS & MONTEIRO (1990). Diagnóstico mais detalhado sobre o ensino superior no Brasil encontra-se em BANCO MUNDIAL (1991).

Como mecanismo de incentivo e forma suplementar de financiamento, discute-se a cobrança de mensalidades, que introduziria um elemento de competição entre o segmento público e privado, com base na qualidade dos serviços.

2.2.4 Financiamento da Educação

Os três níveis de governo despendem cerca de 4,6% do PIB na função educação, conforme estudo recente. (GUEDES, OHANA & MUSSI, 1991) Estes gastos evoluíram positivamente desde 1985, quando representavam somente 2,95% do PIB. Tal crescimento se deve, sem dúvida, à compulsoriedade das aplicações oficiais, que tem evoluído desde 1983, com a chamada "Emenda Calmon", que instituiu a obrigatoriedade de aplicação de 13% até a Constituição de 1988, que definiu as vinculações compulsórias vigentes.

TABELA 4
GASTOS DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS DAS
CAPITAIS NA FUNÇÃO EDUCAÇÃO E CULTURA
1985/1990
(em % do PIB)

Níveis de Governo	Anos					
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Total	2,95	4,01	3,87	3,48	3,92	4,26
União	1,10	1,69	1,65	1,50	1,75	1,53
Estados	1,63	2,06	1,98	1,77	1,93	2,42
Municípios	0,22	0,25	0,24	0,21	0,24	0,30

Fonte: Balanços da União e STN.

A Constituição assegura recursos para a educação derivados de porcentagem da arrecadação federal, do produto de contribuição específica e de recursos orçamentários mínimos para Estados e municípios. Assim, estão assegurados como recursos mínimos para educação, em nível federal: (a) 18% de toda a arrecadação tributária federal; (b) 1/3 da Contribuição do salário-educação. No nível estadual, no mínimo devem ser aplicados no setor: (a) 2/3 do salário-educação, correspondente à arrecadação no próprio

Estado; (b) 25% dos recursos transferidos pela União por meio do FPE. Os municípios, por sua vez, aplicam, no mínimo: (a) 25% da sua receita própria de impostos; (b) 25% das transferências por meio do FPM.

A redistribuição de recursos do salário-educação é efetuada por intermédio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Os recursos beneficiam, em geral, os municípios, mas não há critérios universais para sua alocação, o que faz com que o padrão de gastos seja aleatório e disfuncional. Com referência à obrigatoriedade de aplicação de recursos vinculados (18% dos tributos federais dos quais 50% devem destinar-se ao ensino fundamental), recente estudo do IPEA⁽⁸⁾ indica que apenas 6,4% destes (ou 9,3% se consideradas as bolsas de estudos) foram efetivamente destinados a este nível.

A série histórica de gastos federais por função de governo revela que as despesas com o ensino superior predominam na função Educação e Cultura. No ensino de primeiro grau, que chegou a alcançar 54% de todos os gastos nesta função, em 1991 não chegam a 27%. O orçamento do Ministério de Educação em 1990 e 1991, segundo as fontes de receita, são mostrados na Tabela 5.

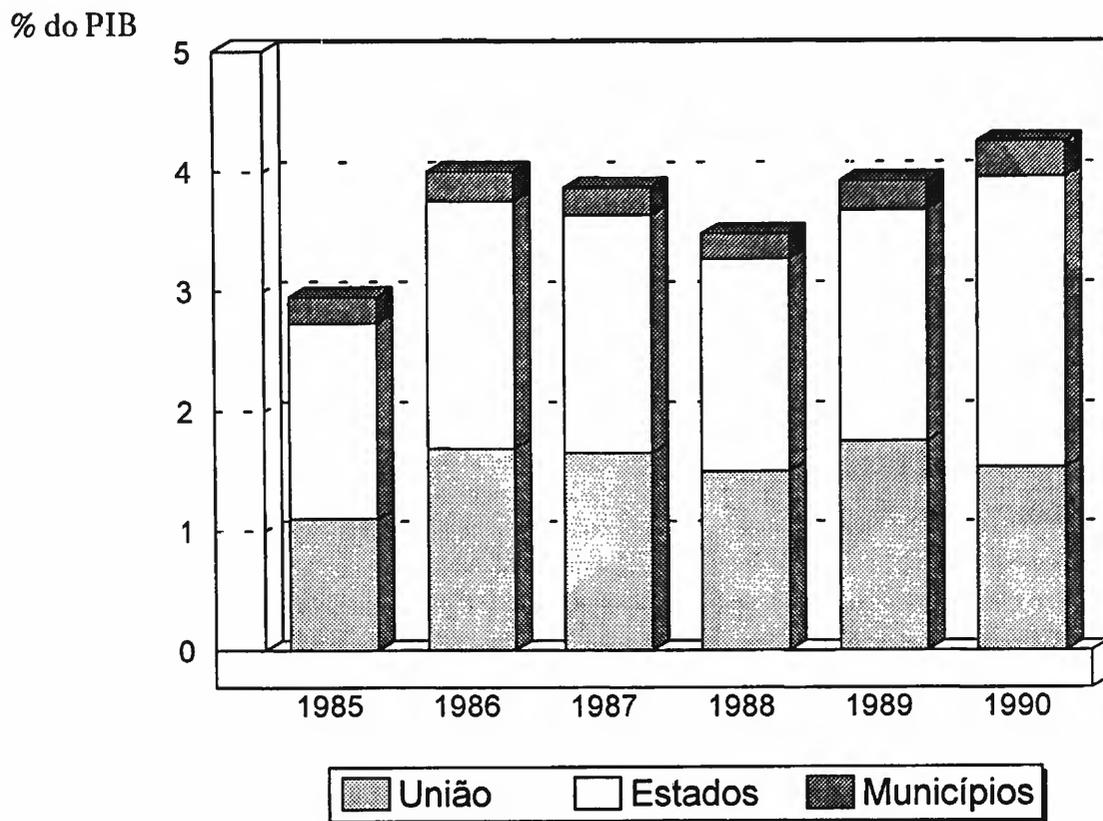
TABELA 5
EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
1990 1991 (Cr\$ 1000)

Especificação da Receita	Exercícios			
	1990	%	1991	%
Recursos Ordinários	24.646.407	7,3	31.150.805	1,7
Manutenção e Des. do Ensino	241.113.807	71,7	1.167.507.821	65,1
Contribuição Salário-Educação	9.617.816	2,9	112.683.747	6,3
Contrib. S/ Lucro P. Jurídicas	9.488.895	2,8		
Contribuição FINSOCIAL	16.871.535	5,0	115.629.192	6,4
Outras Fontes Ordinárias	5.090.982	1,4	56.037.117	3,1
Recursos Diretam. Arrecadados	23.612.531	7,0	163.167.230	9,1
Demais Recursos Outras Fontes	8.229.126	2,5	147.068.890	8,2
TOTAL	336.125.509	100,0	1.793.244.802	100,0

Fonte: Departamento de Orçamento da União.

(8) Governo Federal e Ensino Fundamental: Nota Técnica de José Amaral Sobrinho. IPEA.

GASTOS DA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS EM EDUCAÇÃO E CULTURA



3. Análise e Recomendações Setoriais

3.1 Saúde

Características Gerais do Modelo de Saúde: as sugestões de mudança para a área de saúde baseiam-se na premissa de manutenção do caráter misto do setor saúde, segmentado em clientela atendidas pelo setor público e privado. Assim, pode-se conciliar a preservação das características de universalidade no acesso e atendimento a toda a população, com o crescimento de um segmento independente do setor público. Este segmento deverá ser incentivado, de forma a ampliar a cobertura de saúde aos empregados formais, mediante planos co-financiados por empresas e empregados. A rede pública deve atender as pessoas não cobertas por estes planos e a população carente em geral.

Não se trata de "privatizar" o sistema, mas sim de reduzir o papel do Estado como intermediador de serviços. Atualmente as empresas contribuem para o Estado, que se dispõe a prestar serviços em caráter universal. Propõe-se que sejam criadas condições para que empresas e indivíduos equacionem diretamente o problema de saúde. Assim, procura-se estimular o mercado privado de saúde, já de porte considerável, reduzindo a demanda sobre os serviços públicos. O Estado deve se concentrar na assistência aos realmente necessitados.

Ao mesmo tempo, trabalha-se no resgate da saúde pública, por meio do reforço de suas fontes de financiamento, da descentralização, da racionalização de gastos e melhoria de gestão da rede hospitalar e ambulatorial.

3.1.1 Financiamento da Saúde

Objetivos: Promover a mobilização de recursos em nível estadual e municipal, embora mantendo o financiamento básico central; Incentivar o esforço fiscal dos Estados e municípios, revertendo o caráter de dependência e paternalismo hoje vigentes, E ainda: (a) Reduzir as perdas inflacionárias, abreviando o tempo entre o recolhimento das contribuições sociais e sua efetiva utilização pelos prestadores de serviços; (b) Restringir o grau de discricionariedade nas transferências intergovernamentais, eliminando mecanismos burocráticos desnecessários; (c) Assegurar estabilidade aos recursos para Saúde Pública, separando sua fonte das receitas previdenciárias.

Para tanto, propõe-se adotar o critério de automaticidade nas transferências de recursos federais para financiamento suplementar à rede de saúde.

O problema crítico para o setor consiste no seu financiamento. Atualmente as receitas destinadas ao setor, mediante o Orçamento de Seguridade Social, sofrem grandes flutuações cíclicas e são prejudicadas pela competição com os compromissos inflexíveis da Previdência Social. Urge equacionar estes problemas tendo em vista os objetivos de estabilidade e previsibilidade, equidade na alocação inter-regional e incremento do comprometimento de Estados e municípios no financiamento.

Conforme apontado anteriormente, o esforço fiscal para o financiamento da saúde pública tem se situado em torno de 2% do PIB, considerados os gastos das três esferas de governo. Os gastos federais, exclusivamente

para a manutenção do SUS, correspondem, em média, a cerca de US\$ 5.5 bilhões anuais, ou aproximadamente 1,5% do PIB de 1991.

As alternativas para o financiamento para a saúde devem levar em conta as incertezas quanto à aprovação de medidas que alterem radicalmente o quadro atual de financiamento e repartição de competências entre as esferas de governo. Assim, são apresentadas, a seguir, hipóteses que levam em conta princípios desejáveis a serem introduzidos na gestão financeira do setor.

- a. **Financiamento com base em Tributos Federais:** esta parece consistir na hipótese mais provável, apesar de não ser a mais desejável, pois deve-se ensejar mudanças nos padrões de alocação e gestão com respeito à situação atual. A justificativa mais forte para a competência tributária permanecer em nível nacional é o da promoção de redistribuição inter-regional dos recursos, uma vez que os critérios atualmente adotados tendem a favorecer as Unidades da Federação que dispõem de redes hospitalares e ambulatoriais mais complexas e que produzem maior número de atendimentos, que são as das regiões mais desenvolvidas.

As principais alterações na sistemática corrente de financiamento e partilha de recursos seriam:

- Separação clara das receitas de Saúde e Previdência, ainda que mantido o conceito de Orçamento da Seguridade Social, o qual implica uma competição intersetorial por recursos.
- O repasse a Estados e municípios deveria ser feito em bases automáticas, de modo a simplificar o processo, evitar o excesso de burocracia e a discricionariedade na alocação de recursos.
- Uma definição mais clara dos limites de responsabilidade do governo federal quanto ao financiamento à saúde, limitado ao repasse de recursos partilhados e a suas atividades próprias, cabendo aos governos locais a responsabilidade pelo financiamento adicional requerido.
- Desvinculação, na medida do possível, do financiamento à saúde de uma única fonte, como ocorre com o FINSOCIAL, já que não

deveriam persistir os tributos com destinação específica. A fonte básica deveria ser os recursos ordinários do Tesouro.

Com a manutenção do financiamento básico do sistema por tributos federais, impõe-se a revisão dos atuais critérios de repasse de recursos. Hoje estes se baseiam principalmente na produção de serviços, tanto ambulatoriais como hospitalares, e no rateio de recursos para investimentos com base nas "necessidades" identificadas pelo MS. Se a justificativa da titularidade federal dos tributos que financiam a saúde é a promoção da equidade, estes critérios deveriam refletir a distribuição de renda regional, o que não vem ocorrendo. O sistema de ressarcimento da produção médica causa uma limitação psicológica quanto à responsabilidade básica pela prestação de serviços de saúde que, sendo compartilhada pelos diferentes níveis de governo, não caracteriza a responsabilidade específica de qualquer instância. Gera ainda constante tensão motivada pelos freqüentes atrasos no repasse de recursos.

Por outro lado, o repasse de recursos é efetuado mediante a assinatura de convênios anuais, o que cria a necessidade da apresentação de programas de trabalho, preenchimento de requisitos, como contrapartidas orçamentárias mínimas, estabelecimento de fundos estaduais e municipais de saúde, criação de conselhos estaduais e municipais de saúde e outros.

A proposta consiste na modificação do sistema de ressarcimento da produção de serviços pelo de transferências automáticas: isto implica criar sistema de transferências onde o montante a ser repassado a Estados e municípios é conhecido, limitado e distribuído com base em critérios universais, Estes recursos seriam repassados aos Estados, que os realocariam aos municípios, com base em critérios definidos em nível estadual. O sistema de ressarcimento com base nas AIH e UCA poderia ser mantido em nível subnacional, já que apresenta várias vantagens para o controle de custos de atendimento médico.

O financiamento adicional requerido para a operação do sistema seria complementado com recursos próprios de Estados e municípios. Esta é a forma mais efetiva de incentivar a busca de eficiência no custeio

dos sistemas locais, de alternativas entre contratar serviços ou prestá-los diretamente, e da adoção de medidas de recuperação de custos para diminuir seus déficits.

O aspecto mais polêmico desta proposta refere-se aos critérios a serem adotados na repartição de recursos. Uma sugestão simplificada é que a partilha seja efetuada em bases semelhantes ao Fundo de Participação dos Estados, que leva em conta a renda *per capita*, território e população, reservando-se um percentual para compensar os Estados que disponham de redes de serviços mais complexas.

- b. **Tributo Federal Arrecadado pelos Estados:** nesta hipótese, o tributo para financiar a saúde seria de titularidade federal, mas arrecadado pelos Estados. Estes receberiam uma porcentagem fixa, que poderia ser de 75%, e repassariam o restante para a União, que apropriaria parte para seus gastos próprios e promoveria a redistribuição às unidades mais pobres. Os recursos arrecadados pelos Estados seriam rateados entre os municípios, com base em critérios uniformes para todos os Estados, e seriam também para custear os serviços estaduais.
- c. **Tributo Estadual:** uma terceira alternativa consiste na adoção de base de tributação estadual para financiar as redes estaduais e municipais de saúde. Esta corresponderia à hipótese de descentralização efetiva, com a transferência de responsabilidades pela saúde para os Estados (e municípios, que receberiam subsídios dos governos estaduais). A base de tributação poderia ser: a) um adicional sobre o ICMS, acompanhado de redução proporcional do FINSOCIAL ou Contribuição Previdenciária; b) o próprio IVA, se simulações comprovarem um aumento da arrecadação estadual suficiente para cobrir a redução das transferências federais para o SUS.

3.1.2 Organização Institucional

Objetivo: Promover a efetiva descentralização de funções na área de saúde, dando continuidade à implantação do SUS. Implica transferir o que resta de responsabilidades operativas para o nível estadual e municipal. Inclui, principalmente, os hospitais do INAMPS, as relações financeiras com a rede

privada, as atividades médico-hospitalares-ambulatoriais da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os problemas que afetam o **desempenho** das redes públicas de saúde e educação não se distinguem daqueles que afetam as demais entidades da administração pública direta: referem-se ao excesso de controles burocráticos, ausência de autonomia decisória, subfinanciamento, desestímulo funcional por baixos salários. O resultados são serviços deficientes e permanente estado de crise nos serviços.

Embora comuns ao setor público, quando tais problemas afetam entidades de linha, que prestam serviços diretos à população, sua gravidade e urgência se tornam mais dramática. A forma de atenuar estes problemas passa, necessariamente, pela descentralização administrativa. Em nível intergovernamental, este processo já foi iniciado. A própria institucionalização do SUS, com a transferência das unidades de serviços para Estados e municípios, representou um avanço considerável em termos da especialização de funções, com reconhecimento de que os governos locais estão melhor capacitados a administrar as redes de serviços de saúde.

Os resultados alcançados até agora pelo SUS, em termos de gestão da rede, têm, em geral, corroborado estas expectativas. Os gastos com saúde dos Estados e municípios aumentaram consideravelmente nos últimos anos. Os investimentos se destinaram tanto à manutenção e ampliação da rede, em função da precariedade das instalações recebidas e das demandas pela criação de novos postos de atendimento, como em pessoal, que responde por 70 a 80% dos custos de manutenção de uma unidade de saúde. Mas a responsabilidade pela operação da rede pelos níveis de governo locais fez com que seus dirigentes se sentissem mais responsáveis pela qualidade dos serviços, que antes era atribuição da distante União.

São conhecidas também uma variedade de soluções tentadas por prefeituras e governos estaduais para aperfeiçoar a gestão da rede. Alguns Estados optaram por estratégias de regionalização da rede estadual, em apoio aos serviços municipais; outros foram mais radicais na descentralização, municipalizando praticamente toda a rede ambulatorial e hospitalar. Em nível de administração da rede são conhecidas experiências como a adoção de **contratos de gestão**, como os adotados em Maringá-PR e em outras instâncias, com resultados promissores.

Urge, portanto, ampliar o processo de descentralização, transferindo as unidades de atendimento hospitalar e ambulatorial que ainda são operadas pelo governo federal para os Estados e municípios. A exceção se faria com respeito aos hospitais considerados centros nacionais de referência, cuja estrutura de gastos é mais pesada e cujas atividades de pesquisa devem ser mantidas e estimuladas.

Resta conferir prioridade à transferência das atividades de atendimento médico-sanitário mantidas pela Fundação Nacional de Saúde. Este processo poderia seguir os mesmos padrões de operacionalização adotados no caso do SUS, onde as instalações foram transferidas para os Estados e municípios sem o ônus de pessoal, que foi mantido na folha de pagamento federal.

3.1.3 Melhoria de Gestão na Rede Pública

Objetivo: Melhorar a qualidade e eficiência nas unidades prestadoras de serviços públicos de saúde, incentivando modalidades de autogestão e contratos de gestão.

As grandes deficiências de gestão do sistema de saúde se evidenciam em nível das unidades prestadoras de serviços. Dentro de regras rígidas de administração de meios determinada pela legislação da administração pública, especialmente a direta, torna-se difícil obter eficiência no uso dos meios materiais no interesse do desempenho final. Práticas como compras centralizadas, finanças restringidas por regras excessivamente burocráticas, ausência de incentivos ao pessoal e outras não só diminuem a capacidade de resposta das unidades de serviços como diluem a responsabilidade de seus gestores. Elas não se coadunam com a dinâmica exigida por uma unidade hospitalar, por exemplo, à qual não podem faltar meios materiais.

Soluções fáceis, num quadro de restrições financeiras, não existem. No entanto, pode-se recorrer à experiência internacional de descentralização administrativa nesta e em outras áreas, e mesmo aos tímidos intentos nacionais com contratos de gestão.

A sistemática dos contratos de gestão implica a definição de metas operacionais a serem cumpridas pelos administradores de hospitais, em contrapartida à outorga de plena liberdade de administração das atividades-

meio (compras, contratações, pessoal). Os recursos financeiros também devem ser fixados, em função das necessidades de funcionamento das unidades, e transferidos regularmente. Este insumo, no caso de atividades que não geram receitas próprias suficientes, é vital para o funcionamento do esquema.

A possibilidade de geração de receitas deveria ser introduzida nesta modalidade, mediante a exploração de fontes de renda, como a utilização das instalações e equipamentos hospitalares para o atendimento de pacientes particulares. O renda assim gerada reverteria, em parte, para a manutenção dos próprios equipamentos hospitalares e para suplementação dos rendimentos dos servidores.

Uma variante desta estratégia seria a contratação de serviços de gestão de unidades públicas de saúde a grupos privados, de preferência a associações de médicos, para operá-los segundo normas estabelecidas pelo poder público. A contratação deve ser por licitação pública, estabelecendo *a priori* as condições de operação e a remuneração pelos serviços prestados. As principais vantagens deste sistema são a possibilidade de se ampliar a oferta de serviços públicos sem aumentar o quadro de pessoal, além da perspectiva de maior eficiência de gestão.

Esta experiência vem sendo praticada pela Prefeitura de Maringá, para a operação de clínicas municipais.

3.1.4 Incentivos ao Setor Privado

Objetivo: Incrementar a oferta de programas de saúde privados, estendendo a cobertura à maior parte dos trabalhadores do setor formal. O grande objetivo desta proposta é de desonerar a rede pública, fazendo com que os trabalhadores melhor situados no mercado de trabalho passem a utilizar os serviços privados.

As soluções que independem do Estado são preferíveis àquelas que passam pela máquina estatal. O mercado de saúde privado tem se mostrado dinâmico, crescendo sem muitos incentivos governamentais e mostrando ser uma real alternativa de mercado. A racionalidade econômica para esta proposta apóia-se na premissa de que no contexto de um mercado bem estruturado os agentes passarão a escolher livremente os planos que mais

lhes convierem, o que propiciará a alocação de recursos eficiente e estímulos à competição entre prestadores de serviços.

O papel do Estado neste campo é o de definir uma política de regulação deste setor, e ao mesmo tempo incentivar a sua ampliação. O incentivo ao setor privado seria dado por mecanismo de estímulo a pequenas e médias empresas para adotarem a prática de contratação de planos de saúde para os seus funcionários. Para tanto, seria necessário instituir normas à adoção de planos de saúde para empresas, especificamente por meio do mecanismo de dedução de gastos com saúde dos trabalhadores do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas ou das Contribuições Sociais. Atualmente, gastos com saúde de trabalhadores somente são admitidos como custos operacionais e não como deduções do imposto a pagar, como ocorre com o Vale Transporte e o Programa de Alimentação do Trabalhador.

Poder-se-ia avançar ainda mais nesta área mediante a regulamentação de planos básicos de saúde. Estes planos ofereceriam cobertura mínima a empregados e mesmo a autônomos, com custos repartidos entre empregados e empregadores. A contribuição do empregado seria proporcional ao salário, sendo os gastos incorridos, em ambos os casos, passíveis de dedução nos moldes acima mencionados.

A regulamentação necessária cobriria aspectos, como benefícios mínimos, limites de participação dos empregados nos custos dos programas e outros. Seria necessário ainda aperfeiçoar a legislação relativa à oferta de serviços no contexto de planos básicos, para empresas de seguros, medicina de grupo etc. Essa regulamentação teria o sentido de disciplinar os reajustes de mensalidades, as modalidades incentivadas e outros.

Caberia ainda aos governos, como forma de garantir o funcionamento adequado deste mercado de serviços de saúde, instituir sistema de informações relativo aos diversos planos oferecidos pelas empresas de medicina de grupo e por seguradoras.

3.2 Educação

As propostas para o setor de educação têm por objetivo tanto racionalizar a aplicação dos vultosos recursos aplicados pelos três níveis de governo, como contribuir para as metas de melhoria de qualidade e efetividade dos

sistemas educativos. De início, vale enfatizar as propostas em andamento no Congresso Nacional, especificamente a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que contém princípios importantes para o alcance das metas pretendidas.

3.2.1 Legislação Básica

Objetivo: Adoção dos lineamentos básicos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, ora em tramitação no Congresso Nacional.

A Lei de Diretrizes e Bases consagra e procura viabilizar alguns princípios importantes para a modernização do setor educacional, concebendo-o como instrumento não só de equalização de oportunidades sociais, como de apoio à inserção do Brasil na economia mundial. Aborda questões relativas a todos os níveis educativos, inclusive à educação infantil, introduzida como direito subjetivo pela Constituição, mas ainda longe de ser universalizado.

Menciona prioridade ao combate ao analfabetismo, pela efetivação da obrigatoriedade escolar a partir dos 7 anos e de cursos especiais para a faixa de 14 a 18 anos. Reestrutura os graus de ensino em função da incapacidade, até o momento, de cumprir-se o mandamento de 8 anos de ensino básico. Assim, é proposta a criação de nível de ensino fundamental, de cinco anos, seguido do ensino médio, composto de ginásio, com 5 anos, e do ensino preparatório, com duração de 1 a 2 anos, como preparação para o ensino superior. A LDB contempla ainda o ensino técnico-profissional, o qual procura estimular de forma independente do ensino regular, democratizando oportunidades de acesso.

Quanto ao ensino superior, além da inovação das universidades especializadas, é dada ênfase à autonomia de gestão administrativa e financeira, ao sistema de direção interna e de seleção de dirigentes (onde o corpo docente deve ser preponderante).

A legislação proposta enfatiza a questão da qualidade do ensino na medida de sua real importância. São conjugadas providências nos campos da alocação de recursos, pesquisa, supervisão acadêmica, formação e avaliação de professores na busca da excelência pedagógica. É prevista a instituição de um "processo nacional de avaliação", para o ensino básico, e de auto-avaliação, para instituições de ensino superior. A transferência de recursos fica-

ria condicionada à colaboração na operação destes sistemas, que constitui instrumento-chave para mensuração da qualidade relativa dos diversos sistemas de ensino.

A LDB, com referência a recursos, reitera os preceitos constitucionais sobre a vinculação de fontes (18% dos tributos federais, o salário-educação) e dos valores mínimos estaduais e municipais, e trata de operacionalizar seus critérios de repasse. Sugere medidas sobre o déficit de escolarização, população, inverso da renda *per capita* e inverso da cota do salário-educação para a educação básica. Propõe, entretanto, que o critério básico seja a necessidade de recursos mínimos *per capita*, com vistas a corrigir diferenças regionais na oferta de educação.

Deste modo, a proposta legislativa define implicitamente um modelo educacional, prevendo maior especialização dos sistemas locais e nacionais, enfatizando a qualidade como um dos grandes objetivos a serem alcançados pelo sistema de ensino e avançando no conceito de descentralização focada nas próprias unidades educacionais. Além disto, reconhece e incentiva formas complementares de educação, ao prescrever que o ensino é livre à iniciativa privada.

Dentre as propostas e inovações sugeridas, são destacadas aqui aquelas consideradas de maior relevância para as questões de repartição de competências e financiamento, objeto principal de atenção da Reforma Fiscal.

3.2.2 Ensino Básico

3.2.2.1 Insumos Mínimos

Objetivo: Assegurar a distribuição de recursos pedagógicos e condições de ensino mínimas a todas as escolas básicas do País.

A Constituição estabelece que a educação básica é responsabilidade precípua dos municípios. Cabe aos Estados e municípios complementar o financiamento da rede elementar, promovendo a equalização de oportunidades em nível regional e inter-regional. Os critérios para esta alocação, especialmente no que concerne às transferências negociadas, deixam de considerar o fator de necessidades mínimas por aluno em cada escola, que refletiria melhor o déficit qualitativo a ser suprido.

A proposta aqui formulada⁽⁹⁾ implica a definição de um padrão de insumos mínimos para as escolas de ensino básico em todo o país como objetivo a ser alcançado no equipamento da rede escolar. Estes insumos referem-se tanto a equipamentos das escolas propriamente ditos como a insumos pedagógicos, como livros e material didático.

O governo federal, assim, concentra-se na função de equalização de oportunidades em nível nacional, enquanto Estados, e principalmente municípios, se especializam na manutenção do ensino básico, concentrando suas preocupações na qualidade da educação oferecida.

Com relação à repartição intergovernamental de recursos a proposta implica adotar critério de automaticidade nas transferências de recursos transferidos a Estados e municípios para a educação básica. Estes incluem tanto os recursos do FNDE como os da Fonte 112 (parcela de 18% dos impostos federais destinados à educação, dos quais 50% destinam-se, necessariamente, ao ensino básico). Tais recursos comporiam um fundo comum, a ser repartido segundo critério sugerido na LDB de necessidades *per capita*. O conceito de insumos é utilizado como *proxy* para as necessidades das escolas.

Os insumos considerados são os equipamentos escolares disponíveis em cada unidade escolar, baseado em estimativa técnica de padrões mínimos requeridos para o seu funcionamento adequado. Uma vez definidas estas necessidades, para cada escola, município e região, ter-se-ia tanto um parâmetro para a mensuração do déficit *per capita* a ser coberto por apoio suplementar como para a alocação de recursos federais. Pode-se estimar que num prazo de cinco a sete anos todas as escolas do país teriam suas necessidades mínimas de equipamento atendidas, o que, se não resolvesse o problema educacional do nível básico, ao menos garantiria uma equalização de oportunidades entre os alunos de todas as regiões.

Esta seria uma forma de operacionalizar o princípio estabelecido na proposta da LDB, que preconiza que a União, Estados e municípios deverão estabelecer um padrão mínimo de "*oportunidades educacionais, baseado em piso de recursos humanos e materiais necessários ao processo educacional*", (art, 87 e parágrafos)

(9) Sugerida em XAVIER, AMARAL SOBRINHO & PLANK (1991).

3.2.2.2 Avaliação de Desempenho Escolar

Objetivo: Estabelecer mecanismos para a melhoria da qualidade do ensino básico, mediante a instituição de um sistema nacional de mensuração dos resultados do sistema escolar.⁽¹⁰⁾

Além dos aspectos de financiamento mínimo, é imprescindível enfatizar a questão da qualidade do ensino numa proposta para educação básica. Sabe-se das discrepâncias existentes entre os sistemas de diversas regiões e entre o ensino público e o privado. Conquanto deva-se trabalhar no aperfeiçoamento dos sistemas e em programas para a redução destas disparidades - o que constitui tarefa cotidiana dos gestores da educação em todos os níveis -, o estabelecimento de padrões de mensuração da qualidade em nível nacional pode contribuir em muito para orientar estes esforços.

A forma de se medir o desempenho relativo de sistemas educacionais, adotada internacionalmente, é por meio de testes de avaliação do desempenho escolar. Tais avaliações se destinam tanto a medir o desempenho individual de cada aluno como de avaliar a qualidade de ensino das próprias escolas. Permite avaliar seu desempenho com respeito às demais escolas numa mesma região ou em nível nacional, oferecendo estímulo ou apontando deficiências a serem corrigidas.

O sistema de avaliação deveria ser nacional, aplicado a todos alunos do país, coordenado pelo governo federal. A lógica reside na idéia de se ter um só parâmetro de comparação, que permita avaliar o desempenho relativo das escolas e não de alunos individualmente (embora esta possa ser uma meta subjacente). Os testes precisam ser "calibrados", ou seja, os resultados devem levar em conta o nível sócio-econômico das famílias dos estudantes, as características urbanas ou rurais dos estabelecimentos e outros fatores relevantes.

Além de servir de parâmetro de comparação para escolas, o sistema de avaliação de rendimento acadêmico poderia servir de poderoso elemento para orientação de esforços de superação de deficiências, de indicador dos estabelecimentos que mais necessitam de apoio material e gerencial e de suporte pedagógico.

(10) Proposta semelhante foi sugerida por OLIVEIRA & CASTRO *et alii* (1991).

3.2.3 Ensino Secundário e Técnico

3.2.3.1 Avaliação de Rendimento

Objetivo: Estabelecer mecanismos para a melhoria da qualidade do ensino secundário e técnico, mediante um sistema nacional de mensuração dos resultados do sistema escolar.

Raciocínio semelhante ao aplicado ao ensino básico serve para o nível secundário e técnico. Para alunos cursando ou completando as séries mais avançadas e se preparando para ingressar em cursos especializados e de nível superior é tanto ou mais importante aferir a qualidade do ensino nas escolas preparatórias e profissionalizantes.

O sistema de avaliação de desempenho teria, necessariamente, características diversas. Para as escolas e cursos profissionalizantes, seriam avaliadas as competências básicas de alunos que ingressam no mercado de trabalho, verificando se estas são compatíveis com o nível de desenvolvimento tecnológico das empresas em cada região. Nas escolas de formação geral ou preparatórias para ensino superior, seria avaliado o grau de conhecimentos correspondente à expectativa deste nível. É importante enfatizar que a avaliação se distingue do exame vestibular, por exemplo, onde o objetivo é a avaliação do aluno; trata-se aqui de aferir o desempenho das escolas, medido pela média de resultados dos seus alunos em cada turma.

A operação deste sistema se daria por meio da aplicação de testes padronizados, aplicados pelo governo federal em colaboração com o SENAI e SENAC. Os testes serviriam para identificação de carências em habilidades específicas e de desempenho das escolas secundárias e de formação profissional, permitindo direcionar melhor os esforços para correção de deficiências.

3.2.3 Ensino Superior

3.2.3.1 Financiamento

Objetivo: Reorientar o gasto federal para os níveis básicos de ensino, fixando uma proporção do orçamento federal de educação para o ensino superior;

permitir às Universidades a cobrança de anuidades para seu financiamento complementar.

A prioridade nacional maior no setor educacional é a formação básica, onde persiste déficit de escolarização importante. Os gastos federais com o ensino superior têm sido crescentes, muito embora a qualidade geral de ensino nas Universidades esteja comprometida. Faz-se necessário a adoção de políticas que, por um lado, limitem os gastos federais neste segmento, reforçando as áreas socialmente mais prioritárias e, por outro, diminuam as iniquidades nos subsídios públicos aos segmentos beneficiários.

A proposta consiste na limitação do subsídio para o funcionamento das Universidades federais aos níveis atuais, em termos reais. O montante a ser transferido deve obedecer ao padrão histórico dos gastos, com eventuais correções para alcançar o objetivo de restrição de gastos de pessoal a 80% do orçamento de cada instituição. Este montante médio constituiria o limite superior de transferência, a ser mantido, em termos reais, para o futuro. O montante global despendido pelo governo federal nesta atividade seria fixado e apenas corrigido monetariamente nos orçamentos futuros.

Esta sistemática exige duas políticas complementares: primeiro, as Universidades deveriam ser dotadas de total autonomia para gerir não só seus recursos como para efetuar todos os atos administrativos necessários a sua gestão. Em segundo lugar, deve-se permitir que as Universidades façam uso de formas alternativas de financiamento, desde a venda de serviços até a cobrança de anuidades dos estudantes. Esta última medida, já discutida em inúmeros foros e documentos técnicos, viria atender a princípios de equidade na alocação de subsídios governamentais, restringindo-os aos estudantes de menor renda. Seria também condizente com a situação de autonomia de gestão, obrigando os administradores universitários a encará-la como uma questão estritamente financeira e não política.

3.2.3.2 Crédito Educativo:

Objetivo: Ampliar a oferta de financiamento para estudantes de baixa renda, de forma a viabilizar a cobrança de anuidades nas universidades, melhor direcionando os subsídios públicos para o ensino superior.

A expansão e aperfeiçoamento do Programa de Crédito Educativo constitui medida complementar importante para viabilizar a proposta de cobrança de anuidades nas universidades federais. Representa ainda estímulo para a competição entre instituições públicas e privadas na busca de ampliação de seu corpo discente.

A ampliação do crédito educativo depende, além de infusão de recursos adicionais, de melhoria nas práticas de gestão financeira. Medidas de aperfeiçoamento nos mecanismos de recuperação de créditos (como desconto automático em folha dos estudantes formados e outras) e de identificação de estudantes realmente necessitados tornariam o crédito educativo um programa realmente efetivo no longo prazo. Seus retornos devem ser avaliados não somente em termos financeiros (já que em todos os países há um grau expressivo de inadimplência nestes programas), mas econômico de médio e longo prazo. Este retorno seria maximizado, em virtude da introdução do ensino pago nas universidades públicas, com a efetiva competição entre os setores público e privado pelos alunos melhor dotados.

3.2.4.3 Gestão Universitária

Objetivo: Aumentar o grau de autonomia e responsabilidade das Universidades federais, instituindo um regime jurídico específico e procedimentos especiais de gestão para estas.

O artigo 207 da Constituição Federal consagra o princípio da autonomia universitária, ao prescrever que as "*universidades gozam de autonomia didática, administrativa e de gestão financeira e patrimonial(...)*". Tanto a Emenda Ney Lopes, que propõe estender o conceito de autonomia à gestão de recursos humanos e dispõe ainda sobre o seu financiamento com base em "porcentual fixo" (sem mencionar a que fonte) quanto a LBD, nos seus artigos 55 e 56, reiteram esta autonomia.

Mantendo a diretriz de só sugerir alterações constitucionais que tenham inspiração legislativa, sugerimos o endosso da Emenda Ney Lopes. Tal Emenda, já aprovada em Comissão e com Relatoria terminada, determina que as Universidades sejam constituídas como entidades da administração indireta, com completa autonomia.

O que se propõe aqui é nada mais que dar prioridade à operacionalização destas disposições, buscando desde já estabelecer algumas diretrizes que clarifiquem as relações entre o governo federal e as entidades de ensino superior.

O princípio básico de gestão autônoma é o da responsabilidade dos gestores pelos resultados obtidos. Assim, no novo padrão de relacionamento a instância federal deve se abster de regular sobre minúcias de natureza administrativa e financeira, permitindo liberdade de decisão quanto à alocação interna de recursos. Em contrapartida, os subsídios para o funcionamento das Universidades devem ser fixados e transferidos automaticamente, sem possibilidade de suplementações (ver item anterior).

Dentro destes limites, os gestores das universidades poderão estabelecer políticas operativas próprias, visando a maximização do aproveitamento dos recursos. Isto inclui, inclusive, as próprias regras de remuneração e incentivos ao pessoal, desde que sejam obedecidas as normas gerais aplicáveis à matéria e válidas para os servidores públicos (como admissão por concurso etc.).

Como entidade da administração indireta, a Universidade faria jus a dotações orçamentárias globais. Ademais, seu quadro de pessoal seria celetista e os salários administrados conforme a conveniência e a competência de cada Universidade.

Esta proposta ajuda a resolver três problemas do setor. Primeiro, o relativo à relação financiamento/gestão. As dotações fiscais deveriam ser fixadas a partir de regras de eficiência que se assemelhassem a contratos de gestão. As prioridades seriam acadêmicas. Como entidades da administração indireta, as Universidades estariam habilitadas a obter financiamento adicional por intermédio da venda de serviços, cobrança de anuidades e outras.

O segundo, a questão da remuneração docente. Caberia a cada Universidade estabelecer sua política de pessoal, conforme os requisitos da qualidade acadêmica. Seria uma forma de evitar uma isonomia perversa, que iguala salários de indivíduos com habilitações desiguais, uniformiza salários de regiões distintas e retira qualquer incentivo para o desenvolvimento acadêmico individual.

O terceiro é a questão da autonomia universitária. Como entidades da administração indireta, as Universidades gozariam de completa autonomia administrativa e operacional, tema longamente enfatizado pela comunidade acadêmica. Junto com a autonomia viria, naturalmente, a responsabilidade dos gestores universitários pelo atos praticados, fundos administrados e resultados obtidos. O governo federal conteria sua ação ao nível da supervisão geral, avaliação de qualidade e negociação anual sobre o montante máximo do financiamento a cada instituição.

5. Competências Governamentais

Objetivo: Rever as atividades atualmente desenvolvidas pelo governo federal no setor educacional, concentrando-as em funções de natureza nacional e transferindo o restante para Estados e municípios.

Esta recomendação se coaduna com as diretrizes propostas pela Lei de Diretrizes e Bases e pela própria Constituição, que buscam estabelecer as bases da especialização funcional entre os três níveis de governo no setor educacional. As propostas decorrentes destes princípios seriam:

Programas de Apoio Educacional: rever o papel da FAE, descentralizando efetivamente os programas de merenda escolar e de material didático e materiais escolares, visando sua transferência aos Estados e municípios.

A lógica aqui é a de descentralizar e especializar as atividades governamentais nos três níveis de ensino. Reavaliar as atividades atualmente desenvolvidas pelo governo federal no setor educacional, concentrando-a em funções de natureza nacional e transferindo o restante para Estados e municípios.

Escolas Técnicas: transferir aos Estados, de forma gradual e negociada, as escolas técnicas mantidas pelo governo federal. Rever as prioridades de construção de novas escolas técnicas e agrotécnicas.

Esta proposta segue a racionalidade de buscar a especialização de funções para cada nível de governo, considerando que o ensino de nível técnico deve constituir competência exclusiva dos Estados que se encontram melhor aparelhados para estabelecer prioridades e administrar diretamente as escolas técnicas.

O programa PROTEC, estabelecido no final do governo Sarney, previu a criação de cerca de 200 (duzentas) novas escolas técnicas e agrotécnicas. Muitas destas tiveram sua construção iniciada, mas, regra geral, estão padecendo de falta de recursos para sua conclusão. Urge rever este programa, que se enquadra muito mais na competência e nos interesses regionais específicos dos governos estaduais, transferindo-lhes não só as escolas já em funcionamento mas as que estão em estágio de construção.

6. SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES:

SUBSETORES	OBJETIVOS	MEDIDAS PROPOSTAS
SAÚDE		
Distribuição Intergovernamental de Recursos Tributários	(a) Reduzir as perdas inflacionárias, abreviando o tempo entre o recolhimento das contribuições sociais e sua efetiva utilização pelos prestadores de serviços; (b) Restringir o grau de discricionariedade nas transferências intergovernamentais/ eliminar mecanismos burocráticos; (c) Incentivar a mobilização de recursos em nível estadual e municipal:	Adoção de critério de automaticidade nas transferências de recursos federais para financiamento suplementar à rede de saúde.
Organização Institucional	Promover efetiva descentralização de funções na área de saúde, dando continuidade à implantação do SUS.	Transferir o que restam de responsabilidades operativas para o nível estadual e municipal. Incluir, principalmente, os hospitais do INAMPS, as relações financeiras com a rede privada, as atividades médico-hospitalares-ambulatoriais da Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
Setor Público: Gestão de Serviços	Promover a qualidade e eficiência nas unidades prestadoras de serviços públicos de saúde, promovendo a descentralização e incentivando modalidades alternativas de administração	Operação de Hospitais Públicos (especialmente federais) mediante Contratos de Gestão; princípio de autonomia administrativa; Incentivo à exploração de fontes de renda alternativas; descentralização de atividades-meio (compras, contratações, pessoal).
Setor Privado: Incentivos	Incrementar a oferta de serviços de saúde privados estendendo os benefícios a maior parte dos empregados no setor formal.	Legislação de incentivo à adoção de planos de saúde por empresas, incluindo a dedução de gastos com saúde dos trabalhadores do Imposto de Renda de Pessoas Jurídicas ou da Contribuição Social.
Regulamentação	Disciplinar a oferta de serviços privados de saúde. Estabelecer as premissas de ampla informação para o funcionamento adequado deste mercado	Regulamentação de planos básicos de saúde oferecidos por empresas de seguros e de medicina de grupo, assegurando níveis de cobertura mínima. Estabelecimento de sistema de informações relativo aos diversos planos oferecidos pelas empresas de medicina privada.

EDUCAÇÃO		
Legislação Básica	Aperfeiçoamento da legislação relativa à educação adaptando-a principalmente aos requisitos de modernização de gestão e eficiência alocativa de recursos.	Adoção de princípios preconizados nos projetos de Lei de Diretrizes e Bases da Educação repartição de recursos, especialmente os referentes à avaliação de desempenho e gestão universitária.
Repartição Intergovernamental de Recursos	(a) Reduzir a discricionariedade e aumentar a rapidez no processo de transferências de recursos. (b) Assegurar a equalização de oportunidades educacionais em nível nacional, em termos de equipamentos escolares mínimos financiados pelo governo federal.	Adotar critério de automaticidade nas transferências de recursos do da Contribuição do Salário-Educação e dos recursos de aplicação obrigatória em educação (18% dos tributos federais). Insumos Mínimos: Definição por parte do governo de insumos mínimos por aluno nas escolas de ensino básico em todo o país a ser utilizado como critério para a alocação de recursos e objetivo a ser alcançado no médio prazo.
Repartição de Competências Intergovernamentais	Descentralizar e especializar as atividades governamentais nos três níveis de ensino. Concentrar as atividades atualmente desenvolvidas pelo governo federal no setor educacional em funções de natureza nacional, transferindo o restante para Estados e municípios.	Rever o papel da FAE descentralizando efetivamente os programas de merenda escolar e de material didático e materiais escolares, aos Estados e municípios. Transferir aos Estados, de forma gradual e negociada, as escolas técnicas mantidas pelo governo federal. Rever as prioridades de construção de novas escolas técnicas e agrotécnicas.
Avaliação de Desempenho Escolar	Incentivar a melhoria de qualidade do ensino básico, por meio de um sistema nacional de mensuração dos resultados do sistema escolar.	Instituir um sistema de controle da qualidade mediante testes de avaliação do desempenho escolar de todos os alunos do país aplicado pelo governo federal.
Ensino Secundário e Técnico	Incentivar a melhoria da qualidade do ensino secundário e técnico, por meio de um sistema nacional de mensuração dos resultados para os alunos das escolas secundárias e de formação profissional.	Avaliar comparativamente o nível de qualificação dos alunos que ingressam no mercado de trabalho, mediante a aplicação de testes padronizados, aplicados pelo Governo Federal em colaboração com SENAI e SENAC.
Ensino Superior: Financiamento	Limitar e estabilizar o gasto federal com a manutenção do ensino superior, reorientando prioridades para o nível básico.	Fixar uma parcela de subsídio anual para as Universidades, baseado no volume de dispêndios reais médios dos últimos cinco anos. Permitir às Universidades a cobrança de anuidades para seu financiamento complementar.
Crédito Educativo	Aumentar a eficiência e efetividade do programa de crédito educativo	Expandir e aperfeiçoar o Programa de Crédito Educativo, melhorando os procedimentos de recuperação de créditos e identificação de estudantes necessitados.
Gestão Universitária	Melhorar a qualidade do ensino superior e as práticas de gestão nas Universidades Federais.	Instituir o regime jurídico especial para as Universidades, concedendo-lhes autonomia administrativo-financeira.

Referências Bibliográficas

- AMARAL SOBRINHO, José. *Relacionamento institucional MEC/Estados/Municípios*. Rio de Janeiro: IPEA, 1990.
- BANCO MUNDIAL. *Brazil: issues in Secondary education*. Novembro, 1989.
- _____. *Higher education reform in Brazil*. Report n. 9376-BR 1991.
- BARRETO, Angela M.R., GUSO, Divonzir, AMARAL SOBRINHO, J. *et alii*. Sistema educativo-cultural: uma visão prospectiva. In: *Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Rio de Janeiro: IPEA, 1990.
- CAMPBELL, Tim, BRAKARZ, José & PETERSON, George. *Decentralization to local government in Latin America: national responses in planning, spending and management*. World Bank Regional Studies Program, 1991.
- CREESE, Andrew. *Financing health sector and recent changes*. Geneva: National Health Systems and Policies, World Health Organization, 1992 (mimeo).
- GUEDES, J. Rildo, OHANA, E. F. & MUSSI, Carlos. *Análise de estrutura funcional do gasto público no Brasil: 1985-1990*. Rio de Janeiro: IPEA, 1991.
- MÉDICI, André. *A medicina de grupo no Brasil*. Organização Panamericana de Saúde, 1991a.
- _____. *Perspectivas do financiamento à saúde no governo Collor de Mello*. Organização Panamericana de Saúde, 1991b.
- MÉDICI, André & OLIVEIRA, Francisco E. B. *Consideração sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, Textos para Discussão n. 252, abril 1992.
- NUNES, Edson, DANTAS, Laura & MONTEIRO, Violeta M. *Evolução e institucionalização do ensino superior no Brasil: 1968-90*. 1990.
- OLIVEIRA, João Batista, CASTRO, Cláudio M. *et alii*. *Educação fundamental e competitividade industrial: uma proposta para ação do governo*. Fundação Herbert Levy, 1991.
- XAVIER, Antônio Carlos R., AMARAL SOBRINHO, José & PLANK, David N. Uma estratégia para a qualidade do ensino fundamental: os padrões mínimos de oportunidades educacionais. *Revista de Estudos em Avaliação Educacional*. MEC, 1991.

(Recebido em junho de 1994).