

FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE

VÍTOR GOMES PINTO

Sanitarista e Técnico de Planejamento do
Instituto de Planejamento Econômico e
Social

1. MODALIDADES DE FINANCIAMENTO

A análise do tema **Financiamento** não deve ficar limitada ao seu conceito estrito, ou seja, apenas ao provimento de recursos para que uma atividade se realize. Em saúde, utiliza-se o termo em seu sentido amplo, que inclui, além das fontes de custeio, também as formas de remuneração das pessoas e entidades prestadoras de serviços. Principalmente devido a este último aspecto é que normalmente o financiamento e a organização do sistema de saúde são estudados em conjunto, pois na verdade se constituem em faces de uma mesma moeda.

A partir das formas clássicas de organização do trabalho médico – liberal, direta ou assalariada e indireta ou privatizada – temos quatro possibilidades básicas de custeio para o setor saúde:

- a) pagamento pessoal, feito pelos clientes que comprem serviços com seus próprios recursos;
- b) tributos, compondo o orçamento público;
- c) descontos sobre a folha de salários, via Previdência Social; e
- d) regime privado do pré-pagamento.

Vejamos, sinteticamente, as principais características de cada uma, a seguir.

- a) Pagamento Pessoal.

O custeio individual é satisfatório para os profissionais liberais que prezam o relacionamento clínico e financeiro direto com o paciente e para as pessoas de renda elevada ou média-superior, embora se restrinja essencialmente a serviços de caráter curativo. Não há como estendê-lo à maioria da população, pois significativa parcela é incapaz de financiar, com seus próprios recursos, os cuidados de que necessita. Fundamenta-se na lei da oferta e da procura, cujas regras podem ser expressas em cinco itens: comprador e vendedor têm pleno conhecimento do que é vendido e comprado; a oferta e demanda de bens é regulada pelo preço; há muitos competidores sem domínio de um só ou de um grupo; é possível entrar e sair facilmente no mercado; os produtos devem ser qualitativamente homogêneos.

Contudo, estas regras não têm aplicação lógica à área da saúde, que na verdade é um mercado atípico do ponto de vista econômico. O conhecimento concentra-se nas mãos do profissional e o paciente só toma a decisão inicial de procurá-lo consumindo, a partir daí, os especialistas, medicamentos e exames complementares que lhe forem indicados. A discussão de preços é desvantajosa para o doente, que deve captar a simpatia de quem poderá curá-lo. Além do preço, há outros fatores importantes que regulam a oferta de serviços, como

a capacidade que o médico possui de criar novas ou mais complexas necessidades de tratamento, o prestígio ou a confiança de cada profissional que lhe permitem estabelecer honorários eventualmente superiores ao normal e também a virtual impossibilidade para o paciente de comparar preços que não lhe são acessíveis. Acrescente-se a emergente entrada do capital no setor (expansão de empresas de pré-pagamento, por exemplo), a reserva do mercado para portadores de título universitário, a grande variedade de serviços, materiais e instalações e, finalmente, o direito que cada cidadão tem de ser saudável, para que se conclua pela inadaptação do setor saúde às leis de mercado e da livre competição econômica.

De acordo com as informações obtidas através da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio e estimativas de dispêndios do setor público e previdenciário para 1984, os pagamentos pessoais representam aproximadamente 51% dos gastos totais com saúde no Brasil.

b) Tributos

Os tributos são, em princípio, a fonte mais justa de financiamento para o setor saúde, pois devem beneficiar igualmente a todos. Também, em princípio, desta maneira, a nação poderia ter o sistema de saúde que sua economia pudesse suportar, pois uma parte da produção nacional lhe seria destinada numa divisão equânime e proporcional à importância de cada atividade na sociedade. Contudo, a experiência tem mostrado no Brasil e nos países em desenvolvimento sob economia de mercado que as ações de saúde pública só conseguem receber recursos marginais do processo econômico. Isto ocorre porque alguns setores governamentais são privilegiados em demasia, apesar de produzirem pouco ou nulamente, porque as camadas da população que dependem dos serviços públicos de saúde são as de mais baixa renda, carecendo de força de pressão, e também

porque os grupos profissionais (mormente médicos e dentistas) têm seus olhos voltados com maior atenção para as clientela de renda alta ou para as formas de organização que melhor os remunerem, favorecendo o crescimento de linhas com menor conteúdo social, como as de pré-pagamento ou a via indireta de atendimento pela previdência social.

Na prática, observa-se que, ao longo do século XX, na medida em que o sistema de saúde desenvolveu-se, a participação dos gastos públicos diminuiu. Em 1949, os gastos com "serviços preventivos" (Ministério da Saúde e secretarias estaduais de saúde) representavam cerca de 87% do total, passando para somente 15% em 1982, ao serem sobrepujados pela larga expansão dos "serviços curativos", consubstanciados no orçamento específico do INAMPS (Mc-Greevey, Piola e Vianna, 1985).

Os serviços públicos custeados basicamente via impostos e taxas proporcionam, principalmente, atenção básica curativa, cuidados preventivos de massa e educação em saúde para os estratos populacionais prioritários, do ponto de vista epidemiológico e social. A utilização de pessoal de nível médio e atividades de estudo e pesquisa são favorecidas neste modelo.

Suas distorções mais notórias relacionam-se a problemas de má administração pública e gerência deficiente, como, por exemplo: ociosidade das unidades ambulatoriais e hospitalares; atendimento despersonalizado; rigidez operacional; salários achatados; favorecimento por motivos políticos de grupos ou localidades em detrimento do todo; desestabilização de bons programas por mudanças bruscas ou constantes de mando.

Entretanto, estas distorções não são inerentes à forma direta de atuação ou ao serviço público, mas sim a governos centrais ou locais socialmente injustos, não democráticos, de reduzida capacidade técnica e administrativa ou que reúnam duas ou mais dessas condições.

Os impostos que melhor se compatibilizam com a filosofia e conteúdo das ações de saúde são os ditos progressivos, que penalizam mais os ganhos maiores das empresas ou pessoas (como, teoricamente, deve ser o Imposto de Renda), e os indiretos, que incidem sobre o processo produtivo – FINSOCIAL, ICM, IPI. Estes últimos podem tornar-se recessivos ao serem repassados para o preço final dos produtos comercializados, mas ainda assim são menos danosos que os descontos diretos sobre os salários.

Em torno de 19% dos gastos com saúde no Brasil são financiados via tributos.

c) Descontos Sobre a Folha de Salários

Na maioria dos países latino-americanos e europeus o sistema de saúde é destacado ou predominantemente financiado a partir de contribuições percentuais sobre os salários que são obrigatoriamente recolhidos através da Previdência Social(*).

As características básicas do sistema de seguro social são:

a) contribuição salarial tripartite (dividida entre empregadores, empregados e Estado ou envolvendo apenas os dois primeiros participantes); b) cobertura da força de trabalho assalariada essencialmente urbana; c) programas separados para atender a distintos riscos sociais – aposentadorias e pensões, acidentes do trabalho, atenção a problemas de saúde e à maternidade, principalmente; d) gastos diretamente relacionados com a receita; e) regime atuarial fundamentado na capitalização da receita (**Mesa-Lago**, 1985).

No mundo em desenvolvimento, o mais notório problema relacionado ao uso desta fonte de custeio é que salários baixos necessariamente originam recursos percentuais reduzidos, empobrecendo o setor

saúde. Outra dificuldade está na precedência dos benefícios previdenciários como as aposentadorias, pensões, compensações por ausências ao trabalho, seguro-desemprego em algumas áreas, sobre os gastos com assistência médica, fazendo com que esses sofram os primeiros e maiores cortes nos períodos de crise. Ao contrário, nas fases superavitárias, os recursos em excesso costumam ser aplicados em empreendimentos governamentais alheios ao setor.

Paradoxalmente, no entanto, devido à restrita dotação de verbas públicas, o seguro social tem-se constituído no responsável mais destacado pela expansão de serviços de medicina e odontologia curativa seja na América Latina, seja na Europa.

Os serviços são prestados, no Brasil, fundamentalmente por via indireta, ou seja, através de entidades e profissionais já estabelecidos no mercado e que vendem sua força de trabalho ao INAMPS, devendo em troca atender pacientes mediante condições e remuneração prefixada. Tradicionalmente, a remuneração nesta modalidade é feita por Unidade de Serviço (US), que pode ser considerada como uma das formas mais danosas de expansão da atenção médica.

O pagamento por US favorece: o aumento do número de procedimentos clínicos, pois quanto mais se fizer mais se ganha; as atividades mais complexas em detrimento das mais simples, visto remunerar comparativamente melhor aquelas do que estas; os tratamentos curativos ao invés dos preventivos pelos mesmos motivos do item anterior; o aumento geral dos custos. Por outro lado, dificulta em muito os controles sobre a qualidade e a quantidade dos atos médicos e odontológicos.

Sofisticados sistemas de controle, com numerosos auditores e uso de computadores, têm apresentado resultados sofríveis tanto nos Estados Unidos em relação aos programas Medicare e Medicaid, como na Argentina, Uruguai e, especialmente, no

(*) No Brasil, os dispêndios federais em saúde são financiados através de tributos (26%, taxação sobre folha de salários via Previdência Social (73,5%) e de outras fontes (0,59%) (VIANNA et alli, 1984)).

Brasil, onde as fraudes à Previdência Social assumem grandes proporções.

É interessante observar que os pacientes em geral não se dão conta de que o sistema de US lhes é prejudicial. Há uma ilusão frequente de que mais exames, mais radiografias e mais tratamento são sinônimos de melhor saúde. Assim, aceitam sem qualquer protesto serviços adicionais, pois não precisam pagá-los diretamente, esquecendo que o fazem indiretamente por duas vias: sua contribuição pessoal e na compra de bens para cujos preços são habitualmente transferidas as contribuições patronais (Illich, 1975; Enthoven, 1980; Roemer, 1969; Herzlinger, 1985). Em geral, os grupos profissionais pressionam no sentido de um fracionamento máximo de cada ato médico: como a previdência social costuma pagar muito pouco por US, esta é uma medida compensatória que visa possibilitar a produção de mais US para ser melhor remunerada.

Numa tentativa de corrigir essa situação, em 1985 o regime de US foi substituído no INAMPS pelo pagamento por procedimento, no qual os atos clínicos de maior porte são remunerados por um valor fixo, onde já estão embutidas as tarefas intermediárias. Paga-se, por exemplo, por uma cirurgia cardíaca, por um parto, não importando o número de dias de permanência hospitalar nem a quantidade de gaze ou de medicamentos utilizados, fazendo com que o hospital, que antes tinha interesse em reter o paciente alguns dias a mais para receber as diárias correspondentes, agora proceda de maneira inversa, dando altas no menor tempo possível (ou forçando atos mais complexos que têm valor superior), pois a sua remuneração é invariável. Mais do que a forma de pagamento, contudo, a sistemática de reajustes (por vezes insuficientes) e o estabelecimento de cotas por parte do INAMPS para internações é que vêm regulando o mercado e a relação entre a instituição e os prestadores privados neste campo.

Os "procedimentos" de menor porte,

por serem indivisíveis, continuam na verdade sendo remunerados como se fossem US. Neste caso estão, por exemplo, as consultas ambulatoriais médicas e odontológicas.

Outra variação na forma de contratação de serviços utilizada pela Previdência é o pagamento **per capita** (método de captação), vigente notadamente nos convênios de assistência à população rural. Não obstante se trate de uma linha muito mais correta de atuação indireta, pois lida com o conceito de população protegida ao invés de ato médico realizado, sofreu agudo desprestígio nos últimos anos, devido à forte corrosão nos valores dos subsídios que têm sido reajustados abaixo dos índices de inflação.

A participação do INAMPS no custeio total do sistema de saúde brasileiro é de aproximadamente 30%.

d) Pré-Pagamento

Cada vez mais se observa uma expansão dos sistemas de seguros privados de saúde, na linha de pré-pagamento, representada por empresas comerciais como Golden Cross, Itaú, Bradesco, ou por cooperado, ou por cooperativas médicas.

Quando parcialmente custeadas pela Previdência, como nos convênios-empresa, apresentam problemas similares aos comentados no item anterior, incluindo uma ênfase quase exclusiva nas ações de caráter curativo.

Como seguro privado, limitam-se aos grupos de melhor renda como alternativa ao sistema liberal, proliferando rapidamente nos países industrializados e, de modo especial, nos Estados Unidos, onde as companhias seguradoras de saúde se constituem num lucrativo negócio. Aqui, não serão aprofundadas as análises sobre essa modalidade de pré-pagamento, embora valha a pena citar apenas dois pontos de interesse geral: a) a presença do grande e médio capital (o empresariamento) na área

médica favorece aos proprietários das empresas, mas não há evidência científica de que produza melhores níveis de saúde nem de que favoreça os profissionais do setor, os quais, normalmente, não têm recursos para montar suas próprias firmas, sendo, então, forçados a vender sua força-de-trabalho, por vezes mediante sub-remuneração; (b) o estímulo ao aumento de gastos com saúde embutido nos modelos que contam com três participantes, dos quais o terceiro é que paga a conta. Os gastos com esta modalidade não estão dimensionados, pois se incluem nos orçamentos pessoais e previdenciários.

2. CARACTERÍSTICAS ATUAIS DO SISTEMA BRASILEIRO

As principais características do sistema de organização e financiamento atual no Brasil são:

- Forte dependência de recursos federais (cerca de 78% dos gastos públicos e previdenciários no país).

- Compromisso reduzido dos estados e municípios perante a população. Embora possuam extensa rede de unidades, não possuem os recursos, de forma que ao surgirem problemas a tendência natural é de que as responsabilidades sejam transferidas para o governo central, impossibilitando a participação e a eficácia de eventuais controles e reclamações por parte das comunidades.

- Descrédito dos serviços públicos, que só são utilizados por quem não pode pagar serviços privados. Na realidade, embora existam dois sistemas (público e privado), os profissionais são os mesmos, trabalhando parte do tempo em cada um. Esse modelo funciona a favor da clínica e dos hospitais particulares, onde as possibilidades de ganho são potencialmente maiores.

- Gastos pessoais crescentes, detectados de maneira indireta pelo aumento da presença dos sistemas de pré-pagamento.

- Crescimento real, nos gastos públicos federais, das rubricas "alimentação e

nutrição, doenças transmissíveis e medicamentos básicos" graças ao aporte de recursos via FINSOCIAL. Embora o FINSOCIAL tenha fundamentalmente substituído a fonte orçamentária tradicional, ao invés de adicionar recursos ao setor privilegiou bastante as áreas de gastos com maior alcance social.

- A tendência ao crescimento de gastos globais com saúde, por motivos não epidemiológicos, continua embutida no sistema, devido, entre outros fatores, à predominância da modalidade indireta de prestação de serviços, a problemas de gerência dos serviços oficiais e à dicotomia institucional.

- Relacionamento tenso e inadequado com os prestadores privados de serviços. Há sub-remuneração dos procedimentos e atas médicos e controle frágil, estimulando fraudes até mesmo para equilibrar finanças ou fazer render um pouco mais os repasses do INAMPS. A desconfiança de lado a lado mina o sistema.

- Dificuldades em unificar o setor, com manutenção de centros de influência e poder institucionais contrários à idéia de consolidação do trabalho em saúde em torno de uma só entidade no âmbito federal. Mesmo dentro do sub-setor de saúde pública, há incompreensões e posições obscuras sobre este tema. Documento recente da ABRASCO (1986), por exemplo, refere que "é possível redirecionar o INAMPS para que, sem ônus maior, seja colocado a serviço efetivo da população, (...) mas é diferente com o Ministério da Saúde (...) onde muitos são os exemplos que podem ilustrar a quase total incompetência (...) que ostenta". Este texto esquece não só os muitos êxitos que, apesar das verbas limitadas, tem alcançado o Ministério da Saúde, como o fato, por todos sabido, de que no momento em que a Previdência Social – com o volume de recursos colocado à sua disposição – resolver seguir uma política autêntica de saúde pública grande parte dos problemas setoriais criados por

ela própria estariam resolvidos, sem qualquer interferência externa. Vale lembrar ainda a recente tentativa, via Lei Delegada do Congresso Nacional, cujo único resultado, compensatório, foi a passagem da CEME como entidade autônoma para a órbita do Ministério da Saúde.

3. SOLUÇÕES POSSÍVEIS

Diversas sugestões têm sido feitas visando melhor estruturar e financiar o setor, incluindo opções desde a privatização até a estatização total. Não se trata aqui de analisar as hipóteses mais radicais nem de discutir se o lucro com a doença é eticamente aceitável, e sim de encontrar alguns caminhos viáveis para o momento vivido hoje pelo país.

A) A institucionalização do sistema único de saúde, com a fusão sob o comando do Ministério da Saúde, das ações a cargo do próprio Ministério, do Ministério da Educação (hospitais universitários) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS) afigura-se como lógica e inevitável a curto ou a médio prazo, dependendo da força política que no debate da Constituinte demonstrarem os que se posicionam a favor e contra esta medida.

Para tanto, há uma urgente necessidade de estudos mais aprofundados sobre a forma de concretização, organização e custeio desse sistema único. Esses estudos devem ser desenvolvidos principalmente por parte do Ministério da Saúde, e também no âmbito do MPAS, do MEC e de outras organizações ligadas ao setor. O exemplo de países com algumas características similares às nossas merece ser cuidadosamente visto, mormente em função das severas dificuldades de implantação prática do sistema único constatadas, por exemplo, na Argentina, Espanha, Panamá e Costa Rica. A experiência tem mostrado que a luta pela fusão é longa e árdua, mas é só o primeiro passo. Evitar que depois as instituições se mantenham autônomas e inde-

pendentes embora sob um mesmo teto parece ser uma tarefa igualmente complexa, para a qual há mínimo preparo no setor saúde brasileiro atual.

B) Com a fusão ou sem ela o setor seguirá sendo financiado basicamente através de tributos, com destaque crescente para a participação do FINSOCIAL e de descontos sobre a folha de salários. Em relação a esta última, é de todo aconselhável uma separação por finalidade das contribuições de patrões e empregados. A contribuição dos empregados deve ser destinada para custear apenas os benefícios estritamente previdenciários (aposentadorias, pensões, seguro-desemprego etc.), enquanto que a dos empregadores financiará principalmente a assistência à saúde(*). Outras possibilidades, mais inovadoras, estão sendo estudadas objetivando, por exemplo, substituir parte da contribuição sobre salários por impostos diretos de caráter progressivo (sobre capital, patrimônio e, também, sobre a renda), estabelecer uma contribuição progressiva das empresas sobre o valor agregado da produção, penalizando mais aquelas que na relação capital/trabalho forem mais intensivas no uso do capital. (Azevedo, 1984; Azevedo e Oliveira, 1984).

C) O aumento dos recursos tanto do Tesouro quanto da Previdência é uma hipótese aceitável desde que não implique em aumento de impostos ou de alíquotas. No caso do governo, um remanejamento de dispêndios pode ser feito se a saúde ganhar maior prioridade comparativa, mas de imediato a simples integração dos diversos gas-

(*) A contribuição do empregado varia entre 8,5 e 10% com um valor médio de 9,2%. A do empregador é de 10% como contrapartida ao aporte para o regime geral e 2,4% para a previdência rural, mais 7,6% para salário-família e salário-maternidade, 13º e seguro de acidente do trabalho. Cerca de 1/4 das despesas previdenciárias ocorrem com saúde. Na proposta do texto, todos os 9,2% do empregado iriam financiar os benefícios gerais, enquanto a contribuição do empregador (12,4%) seria dividida em 7,0% para benefícios e 5,4% para saúde, se mantidos os coeficientes atuais.

tos com saúde em um fundo centralizado poderia pelo menos evitar as superposições (Vianna et alli, 1984).

D) É de todo aconselhável a concretização de uma reforma tributária que privilegie principalmente os municípios. O sistema de saúde tem, por essência, um caráter local que deve ser recuperado no Brasil, mantendo apenas os serviços mais complexos em âmbito estadual ou federal.

E) A curto prazo pode ser efetivada uma consolidação orçamentária e programática nas pequenas localidades e na zona rural. Em muitos casos, é possível unificar os diversos prestadores de serviços (rede básica e rede ex-FUNRURAL) em uma só rede, inclusive com absorção pelo setor público de unidades hospitalares de menor porte, em geral as filantrópicas como as "APAMI" no Nordeste (Pinto, 1984).

F) Para os hospitais, uma nova forma de remuneração terá que ser implantada, surgindo como opção favorável a contratação de serviços por população coberta. Um hospital teria a seu cargo um determinado contingente populacional, responsabilizando-se pela saúde do mesmo dentro da sua especialização. A discussão do orçamento seria anual, feita uma só vez com a participação dos empresários, governo, representantes dos trabalhadores de saúde e da comunidade, procurando estabelecer um repasse justo para cada hospital que pode incluir o lucro principalmente em áreas onde inexistir clientela privada. Vencido o período árduo de negociação financeira, os controles passam a ser epidemiológicos e qualitativos, simplificando em muito a sistemática hoje seguida e que se baseia quase só no campo financeiro.

G) A forma de remuneração por US deve ser abolida, substituindo-se o regime de privatização de serviços ambulatoriais (credenciamento de profissionais para realização de consultas médicas e odontológicas) pelo trabalho em unidades públicas e de representação funcional (sindicatos, associações representativas), com definição

e implementação paralela de um amplo programa de atenção básica à saúde com cobertura integral.

REFERÊNCIAS

- 1) ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **Pelo Direito Universal à Saúde**. ABRASCO, Rio de Janeiro, 1986.
- 2) AZEVEDO, Maria Emília R.M. **Subsídios à Reflexão sobre a Previdência Social no Brasil**. IPEA/CNRH. Brasília, dezembro, 1984. (Documento de Trabalho nº 27).
- 3) AZEVEDO, Maria Emília R. M. & OLIVEIRA, Francisco E. B. **Previdência Social**. IPEA/CNRH. Brasília, 1984. (Documento de Trabalho nº 15).
- 4) ENTHOVEN, Alain C. **Health Plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care**. READING, MA, ADDISONWESLEY, 1980.
- 5) HERZLINGER, Regina. Corporate America's "mission impossible": containing health-care costs. **Technology Rev.**, Nov./Dec., 1985.
- 6) ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- 7) MCGREEVEY, William Paul; PIOLA, Sérgio; VIANNA, Solon Magalhães. **Saúde e assistência médica no Brasil a partir dos anos 40**. Banco Mundial e IPEA/CNRH. Março, 1985.
- 8) MESA-LAGO, Carmelo. **El desarrollo de la seguridad social en America Latina**. Santiago, CEPAL, 1985. (Estudios y Informes de la CEPAL, 43).
- 9) PINTO, Vítor Gomes. **Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades**. Brasília, IPEA (Série Estudos para o Planejamento, IPEA, 26), 1984.
- 10) ROEMER, Milton I. **Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social**. Ginebra, OIT. 1969 (Estudios y Documentos-Nova Série, 73).
- 11) VIANNA, Solon Magalhães; LOPES, Francisco Cruz B.; BAPTISTA, Lúcia Pontes et PIOLA; Sérgio Francisco. **Gasto e financiamento do sistema de saúde do Brasil**. Brasília, IPEA/CNRH, 1984.