

O Caos no Financiamento da saúde... no fundo do poço

* Gilson de Cassia Marques de Carvalho

O TRAGICÔMICO CENÁRIO ATUAL... COM DOENÇA E SEM SAÚDE

Sejamos honestos: este deve ser o fundo do poço!... Erros acumulados de 20, 30 anos atrás nos trouxeram à situação mais caótica de saúde que se atravessou neste país. Se o desenvolvimento é uma busca de cada dia, podemos muitas vezes ficar apenas com as conseqüências maléficas de um desenvolvimento não planejado, não discutido, não partilhado, não escolhido como um direito de cidadania.

Assistimos a este desenvolvimento que priorizou errado com as grandes indústrias, muitas de inutilidades, do supérfluo. Nunca o país teve uma política agrária capaz de garantir o essencial de alimento para todos. Assistimos à urbanização consequente ao desprestígio do campo. Assistimos à multiplicação da fome, do desemprego, do sub-emprego, do mais baixo salário mínimo dos últimos 40 anos, do fraco investimento na habitação, educação, saúde... As doenças da pobreza se multiplicando. As grandes endemias se alastrando pelo uso errado das riquezas do solo e de seu uso para enriquecimento de poucos.

Ao analisarmos a crise na Saúde, duas variáveis têm que ser enfocadas: as necessidades de saúde e a capacidade de estarmos respondendo a elas. As necessidades de saúde aumentaram devido a vários fatores. Poderíamos resumir em apenas dois: o crescimento populacional e aumento das necessidades básicas desta população. As necessidades, despertadas de seu sonho esplêndido, pelo "progressismo" desregado, foram surgindo como necessidades e viraram demanda reprimida. Aconteceu em todos os setores, por que não na Saúde? A demanda por novos equipamentos, veículos, eletrodomésticos etc. e também a demanda pelos serviços de saúde. A mídia se excedeu em mostrar para todos aquilo a que, só poderiam ter acesso uns poucos. As saídas mágicas, para os problemas de saúde foram vendidas ao público: novos equipamentos médicos, novos medicamentos e tratamentos:... ainda que inacessíveis à massa. Não somos críticos a esta demanda desnudada, apenas constatamos fatores que fizeram-na despertar, sem a mínima possibilidade de oferecer resposta. A migração intena e a urbanização levaram à miséria da periferia dos grandes centros, milhares de brasileiros que, em pouco tempo, acabaram com suas poucas reservas biológicas, emocionais e financeiras. Criaram uma massa de seres humanos em busca de serviços de saúde como panacéia para um problema muito maior que a saúde em si: a sobrevivência na integralidade de seres humanos. Doenças várias, até então enfiadas de maneira simplificada, ou nem mesmo manifestadas, ao contato com a cidade apresentam-se como "doenças só para médico" e viram demanda aos serviços de saúde.

E, diante disto, qual foi a resposta que pode oferecer o SISTEMA DE SAÚDE? A resposta foi dada por 30 anos de desleixo... em que se relegou a saúde à conta de despesas que deveriam ser reduzidas ao máximo para se "gastar" e "investir" no desenvolvimento!... Os serviços públicos de saúde cada vez piores, sem gerenciamento e com o estigma da "coisa pública": sem dono, sem cobrança de compromisso servidor-usuário. Dentro da própria impunidade e desmando característico de "fim de festa" Como ficaram os serviços de saúde beneficentes, filantrópicos? A decadência foi igual numa seqüência muito lógica cujo fundamento primeiro foi sempre a falta de recursos.

* Secretário de Saúde de São José dos Campos - (SP).

Presidente da Associação "Dr. Sebastião de Moraes" de Secretarias e Departamentos de Saúde do Estado de São Paulo.

Os hospitais privados, logo que se aperceberam da situação, não tiveram dúvida: abandonaram “o negócio” e voltaram-se para fontes alternativas de renda hospitalar através dos particulares e convênios. Aliás a resposta dada pelas indústrias e depois pelos grupos médicos foi fruto exatamente da falência e incapacidade da seguridade e da Saúde Pública responderem às necessidades sentidas dos cidadãos. Abriu-se o espaço para as alternativas: medicina de grupo, serviços de saúde próprios das empresas, dos sindicatos, de grupos religiosos, dos seguros saúde. O grau de decadência dos serviços públicos de saúde chegou a tal ponto que criaram-se serviços de saúde próprios para servidores públicos e até mesmo da saúde! Tão ruim o público, tão desacreditado que, já não serve nem aos próprios trabalhadores de saúde!...

A dupla causa (baixo investimento e baixa remuneração de serviços) tiveram suas conseqüências: descrescimento de vários hospitais privados e filantrópicos com conseqüente saturação da capacidade de internação daquelas instituições remanescentes com deteriorização crescente.

A sobrevivência foi se esgotando: sem o mínimo de investimento, sem manutenção preventiva, sem manutenção corretiva, com perda de pessoal em quantidade e qualidade, sem estoque mínimo de material de consumo seguida da falta deste material no dia-a-dia, falta de equipamentos não atualizados e não reparados. Inviabilidade de se manterem, até chegarmos ao quadro de hoje, o último grau negativo da escala: a implantação oficial do caos na assistência à saúde.

NECESSIDADES X RECURSOS DISPONÍVEIS... A BICA SECANDO OU O BECO SEM SAÍDA

A população cresceu, e as necessidades aumentaram: dose dupla de problema. Como responder a isto dentro do modelo econômico-político-social-cultural imposto pela ideologia dominante nos últimos anos?

Só tinha uma resposta lógica: investir em saúde, gastar certo, consumir no essencial! E nós o que assistimos? Um discurso de “tudo pelo social” e, na prática, a trajetória de recursos em caminho inverso: decrescente. Para oferecer uma resposta digna só restava uma saída: aumentar o investimento em saúde e aumentar o Produto Interno Bruto e melhor na distribuição. Mesmo se não fosse possível ao nosso modelo aumentar o PIB, maior parcela dele poderia ter sido consumida na garantia da saúde.

O que ocorreu na realidade: nosso PIB é baixo, continua minguado e com o crescimento populacional, a renda per capita persiste baixa.

Por que nosso PIB é tão baixo? Poderíamos aqui elencar uma série de fatores que levam a que um país em desenvolvimento tenha baixo PIB:

— organização político-social privilegiadora de classes mais abastadas consequentemente penalizadora para as demais;

— riquezas naturais ou trabalhadas pelo homem, expropriadas por outras nações devido à organização político-social mundial.

— baixo nível educacional da população, não atingindo o mínimo grau de cidadania, levando tanto à baixa produção, quanto à sub-remuneração do trabalho, naquilo que produz;

— participação política incipiente levando a que, na escolha de dirigentes os fatores e critérios determinantes ainda sejam “pré-históricos”: clientelismo, protecionismo e avaliação pelo discurso e não pela prática.

Se não bastasse termos um PIB baixo, boa parte dele se corroe através de mecanismos intermediários espúrios ou se esvai por inúmeras válvulas de escape:

— dívida externa imensa, com empréstimos pagos a juros extorsivos, em condições desfavoráveis, tanto maiores quando feitos a países de baixa produtividade e com alta probabilidade de inadimplência;

— por incrível que pareça muito de nossos débitos são devidos aqueles que se enriqueceram através da expropriação de nossas riquezas, desde os primórdios de nosso “descobrimento”

e às políticas internacionais passadas e atuais de verdadeiro “confisco” aos países pobres;

— uso indevido de empréstimos e recursos públicos por descaminhos próprios de uma nação em desenvolvimento em que a corrupção e impunidade, de braços dados, grassam em todos os escalões;

— dívida interna gerada por uma má gerência, comprometida com o empreguismo, nepotismo com conivência do poder legislativo que deveria ser o controlador por mandato popular;

— inexistência de mecanismos eficientes de controle do gasto público pela sociedade com o erário público.

Se não bastasse isto: baixo PIB, mecanismos espúrios corroendo-o, ainda resta responder por que, tão pouco investimos em saúde?

Produzimos pouco, perdemos muito no processo e do pouco restante quase nada investimos em Saúde, por que?

— a questão de prioridades e importância é fundamental: falta valorização do homem, sua saúde e educação como prioritários, como investimento e não despesa, gasto apenas;

— aqui também vale uma crítica, utilização errônea do pouco destinado à saúde: corrupção, mau direcionamento, falta de priorização;

— onde foram parar recursos do PIB que deveriam vir para a saúde? Podemos presumir para onde foram: nas obras faraônicas e anacrônicas, nas obras desnecessárias, nas grandes fortunas nacionais, no caixa das empresas estrangeiras de medicamentos e equipamentos;

— se não bastasse isto: vamos também encontrar desvios na má gerência, em servidores desnecessários (os que nunca trabalharam), nas mordomias, no descompromisso servidor-usuário.

Analizamos alguns dados que poderão suportar as afirmações acima, dando a característica de veracidade.

A relação entre o PNB, o PNB per capita e alguns indicadores de qualidade de vida são claros. Basta analisar os dados abaixo onde vemos os países com melhor renda ostentando os melhores índices de qualidade de vida tanto pelo coeficiente de morta-

lidade infantil quanto por indicadores selecionados. Igualmente no quadro 1 vemos que os países que mais investem percentualmente e per capita em saúde, são justamente aqueles que melhores índices ostentam.

UM POUCO DA HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

1. O FINANCIAMENTO

Os gastos com saúde no Brasil se dividem entre o público e o privado. Dentro do público vamos encontrar os gastos federais, estaduais e

municipais.

Os gastos Federais com saúde vão ser mais exaustivamente estudados à frente. Estes dados são calculados com mais exatidão. Já os dados de estados, municípios e do setor privado parte de estimativas e sofrem de natural aproximação.

Estima-se que a população brasileira esteja assim distribuída quanto à assistência à saúde:

DESASSISTIDOS — 22% 33 MILHÕES
ASSISTÊNCIA PÚBLICA — 55%
82 MILHÕES
ASSISTÊNCIA PRIVADA — 23%
35 MILHÕES
PRIVADO PURO — 3,0%
5 MILHÕES
COOPERATIVAS — 4,7%
7 MILHÕES
AUTO-GESTÃO — 4,7%
7 MILHÕES

QUADRO — 1

DEMONSTRATIVO DE ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, MORTALIDADE INFANTIL, PRODUTO NACIONAL BRUTO PER CAPITA, PERCENTAGEM DE GASTOS COM SAÚDE, PNB GASTO COM SAÚDE, EM PAÍSES SELECIONADOS — 1988

PAÍS	ÍNDICE DESENV. HUM. (1)	MORTAL. INF. P/ 1000 NV	PNB PER CAP. US\$	% PNB GASTO SAÚDE	PNB PER CAP. GASTO — SAÚDE US\$
JAPÃO	1,00	4,00	21.020,00	—	—
CANADÁ	2,00	7,00	16.960,00	5,00	848,00
NORUEGA	6,00	8,00	19.990,00	—	—
FRANÇA	10,00	8,00	16.090,00	7,00	1126,00
INGLATERRA	11,00	8,00	12.810,00	6,00	769,00
ALEMANHA	14,00	8,00	18.480,00	6,00	1108,00
ISRAEL	21,00	10,00	8.650,00	9,00	779,00
GRÉCIA	24,00	11,00	4.800,00	6,00	288,00
HONG-KONG	25,00	7,00	9.220,00	5,00	461,00
URUGUAI	32,00	23,00	2.470,00	6,00	148,00
PORTUGAL	36,00	13,00	3.650,00	6,00	219,00
POLÔNIA	41,00	16,00	1.860,00	6,00	112,00
ARGENTINA	43,00	31,00	2.520,00	4,00	101,00
MÉXICO	45,00	41,00	1.760,00	5,00	88,00
ÁFR. DO SUL	57,00	69,00	2.290,00	4,00	92,00
JAMAICA	59,00	16,00	1.070,00	3,00	32,00
BRASIL	60,00	80,00	2.160,00	4,00	86,00
COLÔMBIA	61,00	39,00	1.180,00	7,00	83,00
PARAGUAI	73,00	41,00	1.180,00	2,00	24,00
EQUADOR	77,00	61,00	1.120,00	5,00	56,00
CHINA	82,00	31,00	330,00	1,00	3,30
EL SALVADOR	94,00	61,00	940,00	8,00	75,00
EGITO	114,00	67,00	660,00	14,00	92,00
PAQUISTÃO	120,00	106,00	350,00	3,00	11,00
ÍNDIA	123,00	96,00	340,00	3,00	10,00
NIGÉRIA	129,00	102,00	290,00	3,00	9,00
BANGLADESH	136,00	116,00	170,00	2,00	3,40
ETIÓPIA	141,00	133,00	120,00	3,00	3,60

FONTE: OMS/UNICEF/PNUD — ESTUDOS SMS — PMSJS — JUN/91.

(1) CLASSIFICAÇÃO BASEADA NO PNB PER CAPITA, ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER, TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DE ADULTOS E TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.

SEGURO SAÚDE – 0,7%
1 MILHÃO
MED. GRUPO – 10,0%
15 MILHÕES

2. O GASTO PÚBLICO FEDERAL NA SAÚDE

Ao analisarmos uma série histórica de nosso PIB, PIB Per Capita, percentual do gasto Federal com saúde (total e per capita), podemos até pensar que haja esperança de melhora. Entre 1980 e 1991 houve um aumento de dólares per capita gastos em saúde pelo governo Federal. De US\$ 35 passamos para cerca de US\$ 57 (falamos em aproximados 57 dólares pois os dados são estimativos e podem não corresponder ao real). É simples concluir que neste ritmo de crescimento a chance de chegarmos a um mínimo razoável de investimento Federal em saúde deverá levar outras décadas!...

É vergonhoso que tão baixo percentual do PIB seja utilizado justamente para se garantir às pessoas aquilo que é essencial, como sua saúde, condição sine qua non para que as pessoas continuem vivendo e produzindo. É necessário rever saúde dentro do cômputo dos investimentos e não como gastos e despesas. Priorizar saúde através de incentivos para se garantir questões extra-setoriais capazes de dar condições a que ela se mantenha: alimentação, habitação, transporte, trabalho, salários, lazer, vestimenta etc. etc.

Se por outro lado utilizarmos os dados de gastos com saúde no âmbito Federal, somando os gastos de todos os Ministérios teremos dados um pouco maiores segundo o quadro 2-B

Históricamente os gastos Federais com Saúde sempre foram baixos. A fonte dos recursos foi mais de contribuição social que de fonte fiscal da união. Os recursos do Ministério da Saúde sempre foram poucos e destinados ao financiamento de ações de saúde limitadas a áreas mais carentes (Fundação Sesp, Projetos Especiais como o PIASS e outros) ou ações específicas através de programas como os

QUADRO 1
GASTOS FEDERAIS, ESTADUAIS, MUNICIPAIS E PRIVADOS COM SAÚDE
BRASIL – 1989

FONTE	BILHÕES DE US\$	% PIB	%
FEDERAL	7,40 (1)	2,27	54,24
ESTADUAL / MUNICIPAL	1,67 (2)	0,51	12,26
EMPRESAS MÉDICAS	2,50 (3)	0,77	18,31
PESSOAS FÍSICAS	2,07 (4)	0,63	15,19
TOTAL	13,65	4,18	100,00

OBS.: – 1. Dados preliminares da CSP do IPLAN/IPEA tomados como o total de gastos federais com saúde incluindo todos os ministerios.

2. Dados estimados por Medice e Faveret a partir da utilização do crescimento da receita de ICM dos estados.

3. Estimativas da Empresa TTFC citado por Medice. Incluem-se nas empresas medicas as cooperativas, as de autogestao, os seguros saúde e a medicina de grupo.

4. Estimativa de Medice e Silva quando se fixa o total de gastos privados em 1,4% do PIB.

QUADRO – 2-A
DEMONSTRATIVO DO PIB, PIB-PERCAPITA E GASTO FEDERAL COM
SAÚDE BRUTO PERCAPITA, 1980 – 1991 – BRASIL

	POPULAÇÃO (IBGE)	PIB EM US\$ BILHÕES	PIB-PER CAPITA (US\$)	GASTO FEDERAL C/SAÚDE		
				%	BRUTO BI-US\$	PERCAPITA (US\$)
1980	121.286,000	243,70	2009	1,74	4,24	35
1981	124.067,700	226,79	1828	1,77	4,01	32
1982	126.898,400	229,80	1810	1,81	4,15	33
1983	129.766,100	220,93	1703	1,54	3,40	26
1984	132.678,700	225,19	1697	1,58	3,56	27
1985	135.564,400	252,43	1862	1,61	4,06	30
1986	138.492,400	279,60	2019	1,57	4,39	32
1987	141.452,200	286,74	2027	2,20	6,31	45
1988	144.427,600	319,00	2208	1,99	6,35	44
1989	147.404,300	385,98	2619	1,85	7,14	48
1990	150.367,800	360,00	2394	2,36	8,50	57
1991	155.566,145	335,27	2155	2,66	8,91	57

FONTE: DAF – MINISTERIO DA SAÚDE.

QUADRO – 2-B
GASTO FEDERAL TOTAL COM ATENÇÃO A SAÚDE – BRASIL: 1980 – 1989
(Em US\$ milhões de 1987)

ANOS	GASTO PÚBLICO FEDERAL TOTAL			GASTO FEDERAL PER-CAPITA	
	ABSOLUTO	ÍNDICE 1980 = 100	TAXA GEOM. CRESC. ANUAL	ABSOLUTO (EM US\$)	ÍNDICE 1980 = 100
1980	4.823,6	100,0	—	39,79	100,0
1981	4.490,7	93,1	— 6,9%	36,20	91,0
1982	4.687,6	97,1	4,4%	36,95	92,8
1983	3.747,6	77,7	— 20,1%	28,88	72,6
1984	3.907,7	81,0	4,3%	29,46	74,0
1985	4.497,0	93,2	15,1%	33,17	83,4
1986	4.814,2	99,8	7,1%	34,76	87,4
1987	6.966,2	144,3	44,7%	49,25	123,8
1988	6.574,0	136,2	— 5,6%	45,51	114,4
1989	7.404,8	133,1	— 2,3%	50,25	126,3

FONTE: CSP IPLAN/IPEA

de vacinação, de controle de endemias, de ações de vigilância epidemiológica, de saúde de portos e aeroportos e outras mais. Em alguns pontos do país foram desenvolvidas ações médico hospitalares específicas ligadas à saúde mental, e a determinadas doenças.

A assistência médica ficou a cargo da Seguridade Social, através de seus vários estágios de implantação. Primeiramente ligada às Caixas de Previdência de determinadas classes de trabalhadores e posteriormente, em 1967, unificadas através da criação do INPS. Posteriormente reorganizou a previdência separando os vários institutos por área de atuação. A manutenção financeira do sistema coube particularmente aos empregados e empregadores e conseqüentemente os serviços prestados foram limitados a eles. Mais tarde, a partir de 91 outras contribuições sociais vieram engrossar os recursos da seguridade: o PIS/PASEP (para o financiamento do seguro-desemprego) FINSOCIAL, Recursos dos Concursos Prognósticos e mais recentemente recursos de contribuições sobre lucros de pessoas jurídicas. A parte referente aos recursos fiscais da união cada vez foram ficando menores.

A proposta inicial da Previdência financiada em 1/3 pelo governo, outro pelos trabalhadores e outro pelos empregadores, nunca conseguiu se concretizar quanto à contribuição federal.

A composição da receita da seguridade social nos dois últimos anos por fonte está no quadro 3 e demonstra bem o que está descrito acima: a seguridade está sendo financiada quase que exclusivamente pelas contribuições sociais.

Os recursos da Previdência Social foram entre 20 a 30% destinados a assistência à Saúde dos trabalhadores. Só nos dois últimos anos (com a criação do orçamento da Seguridade Social) foi que as atividades do Ministério da Saúde passaram a ser financiadas igualmente pelos recursos da Previdência Social, e posteriormente, da Seguridade Social. No quadro 4 podemos ver os percentuais dos recursos da Seguridade Social destinados à Saúde. Fica preocupante quando sabemos que justamente numa

época de recessão estes recursos tenderam a diminuir ao aparente aumento de percentual nos últimos anos pode ser apenas um artifício. Estes recursos, devido às modificações constitucionais, deveriam ter aumentado, mas praticamente estacionaram devido à diminuição da arrecadação.

Pelos novos dispositivos da Constituição Federal de 1988, os recursos destinados à saúde passaram a ser todos oriundos da Seguridade Social. A origem percentual da receita da Seguridade Social, destinada ao Ministério da Saúde, ao INAMPS e ao total da Seguridade encontram-se no quadro 5, referentes ao ano de 1991. Podemos

atentar para alguns detalhes deste quadro. O percentual de recursos fiscais para a saúde é de apenas 4,35 e para a Seguridade como um todo de 6,69. Aqui novamente podemos sentir o 'encolhimento' desta fonte de receita quando no ano anterior era de cerca de 10%. Estudos da Dataprev para os anos de 1980 a 1986 crescente nestes anos iniciando por 12,98% em 1980 até 22,67% em 1986.

Quanto ao destino dos recursos da Seguridade Social distribuídos entre os vários ministérios vamos encontrar a grave questão da responsabilidade de pagamento de encargos previdenciários da união com recursos da Seguridade

QUADRO 3
DEMONSTRATIVO DAS FONTES DE RECEITA DA SEGURIDADE SOCIAL NOS ANOS DE 1990 E 1991 - BRASIL

FONTE DE RECEITA	VALOR %	
	1990	1991
Contribuição Empregados e Empregadores	58,00%	46,97%
Finsocial	11,00%	22,71%
Pis - Pasep	8,00%	10,98%
Recursos Ordinários (Tributos)	10,00%	6,69%
Lucro de Pessoas Jurídicas	4,00%	3,86%
Outros	3,50%	8,79%
Condicional (aumento do Finsocial)	5,50%	—

FONTE: DOU 01/02/91

QUADRO - 4
DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DA SEGURIDADE SOCIAL DESTINADO A SAÚDE 1980 - 1991 - BRASIL

1980	—	28,49%	1984	—	22,94%	1988	—	38,75%
1981	—	24,96%	1985	—	24,82%	1989	—	30,31%
1982	—	22,33%	1986	—	23,19%	1990	—	23,00%
1983	—	21,18%	1987	—	34,68%	1991	—	23,64%

FONTE: DAF - MINISTERIO DA SAÚDE

QUADRO - 5
ORIGEM PERCENTUAL DA RECEITA DA SEGURIDADE SOCIAL BRASIL - 1991

	MS	SAÚDE		TOTAL SEGURIDADE
		INAMPS	TOTAL	
CONTRIB. DE EMPREGADOS	—	53,24	35,38	46,97
FINSOCIAL	81,74	14,01	36,83	22,71
PIS / PASEP	—	—	—	—
REC. ORDINÁRIOS - TRIBUTOS	1,45	5,83	4,35	6,69
DIRETAMENTE ARRECADADO	4,67	20,17	14,94	6,64
CONTRIB. SOC. SOBRE LUCRO	—	—	—	—
PESSOA JURÍDICA	7,55	5,52	6,20	3,86
CONCURSO PROGNÓSTICO	0,01	1,13	0,75	0,57
OPERAÇÃO DE CRÉDITO	2,42	—	0,81	0,56
OUTROS	2,16	—	0,73	1,02
TOTAL (BILHÕES DE US\$)	100,00 (4,541)	100,00 (8,498)	100,00 (13,489)	100,00 (57,051)

Social. Em debate no Congresso esta questão ficou clareada e alguns destes recursos estão sendo recuperados e serão paulatinamente reduzidos ao pagamento de apenas 10% destes encargos nos próximos anos e não mais a responsabilidade de arcar com a quase totalidade deles como ocorreu em 90 e 91. Da mesma maneira que entrava a contribuição dos recursos fiscais na composição da receita da seguridade, saíam por outro lado percentuais

maiores destinados tanto à cobertura de encargos previdenciários da União como outros destinos indevidos dados aos recursos da seguridade. Dos poucos recursos ainda se tem que subtrair os desviados de finalidade e os desviados por fraude e corrupção. (quadro 6)

O destino por elemento de despesa está no quadro 7. As despesas correntes consomem a maior parte dos recursos mas não podemos nos esquecer que nela estão embutidas tanto

as despesas com compra de serviços junto ao setor privado contratado, como as transferências aos vários institutos e fundações ministeriais. Os gastos com pessoal aparecem aí embutidos, podendo parecer aos desatentos que as despesas com pessoal são relativamente menores do que ocorre nos serviços de saúde em geral.

O demonstrativo do destino dos recursos dentro do Ministério da Saúde e do INAMPS estão expressos nos quadros de despesas (8 e 9). O entendimento correto destes dados não é simples, pois em cada uma destas despesas estão contidas várias outras especificações o que não cabe aqui detalhar.

4. A ATUAL PROPOSTA DE FINANCIAMENTO DO GOVERNO FEDERAL É TRANSITÓRIA OU DEFINITIVA?

A pretensão do Governo Federal é de que até o final da atual administração, em cinco anos, se elevem os gastos com saúde a um montante de 10% do PIB. Assim não acreditam estudos econômicos, baseando-se tanto no não crescimento dos investimentos em Saúde, com o agravante de uma queda no PIB. Assim duas possíveis ameaças estariam pendentes: baixar os investimentos em saúde proporcionalmente e, o que seria muito pior, estes percentuais ainda que estáveis ou em subida lenta, significarem menos recursos para a saúde devido à queda real nominal do PIB.

Como conseguir sair deste impasse? Qual a proposta governamental? O Ministério da Saúde tenta conseguir carrear mais recursos para a saúde. Elevar a participação pública federal na saúde a 4% do PIB. Esta era a proposta para o ano de 1991, que no real não aconteceu. A este montante acrescentar-se-iam 2% do PIB correspondentes aos investimentos estaduais, municipais e privados. No final em 1995 teríamos atingido os 10% do PIB

QUADRO – 6
DESTINO PERCENTUAL DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL
BRASIL – 1991

ÓRGÃO	%
MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	57,89%
MINISTÉRIO DA SAÚDE (7,96) INAMPS (15,68)	23,64%
UNIÃO – ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS	8,63%
MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL	5,04%
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO	2,33%
TODOS OS DEMAIS	2,47%
TOTAL (57,051 BILHÕES DE DÓLARES)	100,00%

FONTE: D.O.U. – 01/02/91.

QUADRO – 7
DESTINO PERCENTUAL DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL POR
ELEMENTO DE DESPESA BRASIL – 1991

ELEMENTO DE DESPESA	SAÚDE			SEGURIDADE SOCIAL TOTAL
	MS	INAMPS	TOTAL	
PESSOAL	15,08	25,22	21,58	11,51
ENCARGOS PREV./DA UNIÃO	—	—	—	08,63
OUTRAS DESPESAS	55,34	64,30	62,29	68,69
CAPITAL	29,58	10,48	16,90	11,18
TOTAL (BILHÕES DE Cr\$)	100,00 (4,541)	100,00 (8,948)	100,00 (13,489)	100,00 (57,051)

FONTE: D.O.U. – 01/02/91.

QUADRO – 8
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1991

ÓRGÃO	MILHÕES US\$	%
MINISTÉRIO DA SAÚDE – ADMINISTRAÇÃO	1.090,15	24,00
SUCAM	996,10	21,93
CEME	252,55	5,56
FIOCRUZ	366,11	8,06
FUNDAÇÃO SESP	867,96	19,11
INAM	203,93	4,49
FUNDAÇÃO PIONEIRAS SOCIAIS	220,40	4,85
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE	11,81	0,26
FUNDO DA SUCAM	0,37	0,01
FUNDO DA CEME	561,40	12,36
TOTAL (Cr\$ 1.521.163.893.000)	4.540,79	100,00

FONTE: D.O.U. – 01/02/91.

com cerca de 40 bilhões de dólares, juntando investimentos públicos das três esferas e os privados.

A nova proposta de financiamento do Governo Federal está praticamente concretizada através da Norma Operacional Básica Nº 1 de Janeiro, reeditada em julho de 1991, com algumas alterações. O essencial da proposta é o pagamento por produção de serviços tanto do público como do privado contratado. É como se voltássemos à época pré-AIS (Ações Integradas de Saúde), um modelo de financiamento dos serviços públicos implantado em 1983. Este modelo fez parte da proposta anterior de compra de serviços pelo INAMPS e nenhuma expansão dos serviços próprios.

Esta nova proposta de financiamento das ações de saúde será sintetizada nos próximos itens.

FINANCIAMENTO DAS AÇÕES HOSPITALARES = AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES)

As internações hospitalares serão dimensionadas pelo parâmetro de 10% da população/ano. As AIH serão alocadas por estado pelo critério populacional e repassadas a municípios que atendam a pré-requisitos estabelecidos, a cada mês, na proporção de 80% do duodécimo-mês, ficando os 20% restantes para compensação estadual. A estimativa é de que em valores médios de agosto/91 cada AIH tenha um custo de Cr\$ 100.000,00. Os valores de recursos repassados a Estados e Municípios referentes às AIH será diferente em consequência da maior ou menor complexidade dos serviços oferecidos.

Os critérios anteriores de distribuição de AIH não eram os populacionais, mas sim os de produção de serviços. Os estados que mais produziam serviços, maior número de AIH recebiam. A nova sistemática vai trazer problemas quanto à alocação das AIH, tanto a nível de estados como a nível de municípios. O fator de 20% a título de banco de compensação

será suficiente? Os estados que não dispõem de recursos de internação tanto em quantidade quanto em complexidade, farão encaminhamento de seus pacientes juntamente com as AIH? E os Municípios, o que farão? Seguirão a mesma dinâmica? Farão encaminhamentos com o paciente portanto as AIH? Haverá um abuso nas internações naqueles municípios que receberem cotas de AIH para distribuição a nível local?

Tomando valores repassados por AIH a estados e municípios em junho/91 temos que o montante Brasil chegou a 63.89 bilhões de cruzeiros. o valor médio de AIH para o Brasil foi de Cr\$ 41.069,30. Este valor médio de AIH variou entre os Estados e com menor complexidade de procedimentos de Cr\$ 12.944,40 a Cr\$ 60.657,60, nos estados com maior complexidade de recursos hospitalares.

Os valores de AIH até o mês de julho tinham uma maneira de pagamento impossível de controle pelos próprios prestadores, pois havia uma

QUADRO – 9
DESTINO DE DESPESAS DO INAMPS – 1991

ÓRGÃO	MILHÕES US\$	%
INAMPS – ADMINISTRAÇÃO	542,69	6,13
DÍVIDA EXTERNA	8,81	0,10
CONSTRUÇÃO DE IMÓVEIS	337,24	3,78
MELHORIA DE INSTALAÇÕES	23,88	0,26
REFORMA E AMPLIAÇÃO DA REDE FÍSICA	10,48	0,11
PESQUISA E COOPERAÇÃO TÉCNICA	15,93	0,18
MANUTENÇÃO DA REDE ELÉTRICA	1.642,45	18,57
INTERNAÇÃO REDE HOSPITALAR CONT./CONV.	3.054,67	34,13
APOIO TÉCNICO A SECRETARIAS ESTADUAIS	1.703,30	19,03
APOIO TÉCNICO A SECRETARIAS MUNICIPAIS	974,74	10,94
AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	32,08	0,36
APOIO TÉCNICO E FINANCEIROS A INST. SAÚDE	86,03	0,96
PREVIDÊNCIA (INATIVOS/PENSIONISTAS)	469,43	5,25
ASSISTÊNCIA MÉDICA E ODONTOLÓGICA A SERVIDORES	15,61	0,17
TOTAL (Cr\$ 2.997.693.118.000)	8.948,34	100,00

FONTE: D.O.U. – 01/02/91.

antecipação de percentual num prazo de 30 dias e o pagamento do restante (deduzidas as glosas, explicáveis por vezes e inexplicáveis, o mais das vezes) A proposta é de que sejam apresentadas as faturas até o quinto dia útil do mês seguinte aos serviços produzidos e o pagamento na mesma data dos serviços faturados no mês imediatamente anterior. No primeiro mês da nova sistemática o pagamento só ocorreu ao final da primeira quinzena. Para o início de 1992, a proposta é o pagamento destas faturas de 15 em 15 dias.

FINANCIAMENTO DAS AÇÕES AMBULATORIAIS = UCA (UNIDADE DE COBERTURA AMBULATORIAL)

A proposta governamental é de que seja estipulado um valor per capita ano para cada estado baseado no critério populacional, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde. Este valor foi estipulado em janeiro para o primeiro trimestre, sofreu aumentos em abril, maio, junho e julho. Estes aumentos foram diferenciados por

estados da federação e atualmente estão fixados por grupos de estados nos seguintes valores-ano:

- Cr\$ 4.490,00 (Acre, Amapá, Roraima, Tocantins).
- Cr\$ 5.620,00 (Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Piauí).
- Cr\$ 6.730,00 (Alagoas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe).
- Cr\$ 7.490,00 (Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina).
- Cr\$ 8.230,00 (São Paulo, Rio de Janeiro).

Estes valores multiplicados pela população de cada estado será o montante devido por ano a cada unidade da Federação para cobrir as atividades ambulatoriais. A cada mês corresponde um doze avos do total. Estes valores podem ser corrigidos periodicamente.

Deste montante mensal serão deduzidos os valores correspondentes aos serviços ambulatoriais produzidos tanto pelo público como privado contratado (GAP/Prestador). Se sobrar algum resíduo deste valor total este será rateado entre o Estado e seus Municípios. Para o estado fica 10% deste valor e para os municípios que tenham atendido aos pré-requisitos estabelecidos pela Lei 8142, será rateado um valor per capita correspondente ao resíduo dividido pela população do Estado. Cada município receberá o equivalente ao per capita apurado e multiplicado pela população de seu Município. Os Municípios que não cumprirem os pré-requisitos receberão os recursos via Estado, já que ao Estado caberá a administração dos recursos restantes. Na primeira redação da NOB em janeiro, não ficara clara a obrigatoriedade dos Estados ratearem estes recursos referentes aos municípios que não tenham cumprido as exigências. Na nova redação da NOB, de julho de 91, consta claramente a obrigação dos Estados de redistribuí-los aos municípios por critérios próprios. Estes recursos residuais de UCA só poderão ser utilizados em custeio de atividades de assistência à saúde, exceto gastos com pessoal.

Este financiamento é o mais controverso deles. A proposta federal é de que ele seja quantificado de acordo com a capacidade instalada, complexidade de serviços e perfil epidemiológico. Corresponde aos valores que historicamente eram repassados para as atividades ambulatoriais dos contratados e conveniados. Num primeiro tempo a estes recursos somaram-se os recursos repassados através das Ações Integradas de Saúde (AIS), a partir de 1983. Com o advento do SUDS, alguns Estados e Municípios continuaram recebendo pelas AIS e outros se integraram ao convênio.

Os valores repassados para custeio do público estadual e municipal e para o privado contratado teve os valores abaixo relacionados:

- 1989 valor absoluto:
Cr\$ 2.721.820.000,00.
valor em dólar: US\$ 829.823.171 (Dólar Médio 89 :3,28).
valor em dólar per capita/ano:
US\$ 5,63 (0,47/mês)
- 1990 valor absoluto:
Cr\$ 170.516.310.999.
valor em dólar: US\$ 2.257.298.266.
valor em dólar per capita/ano:
US\$ 15,10 (11,26/mês).
- 1991 valor absoluto:
Cr\$ 956.118.324.000.
valor em dólar: US\$ 2.766.145.882.
valor em dólar per capita/ano: US\$ 17,78 (1,48/mês) (estes valores são resultantes da base da soma das UCAS mês a mês e projeção para os três últimos meses).

Numa primeira análise o valor per capita para estes procedimentos teve um aumento sensível tanto em relação ao ano de 1989, e melhor ainda em relação a valores de 1990. Entretanto tem-se que levar em consideração que estes valores per capita não foram assim distribuídos. A base de sua distribuição dependeu de alguns critérios variáveis por Estados e geradores dos valores diferenciados do per capita exposto acima em grupos de Estado. Sua distribuição depende igualmente de uma tabela de procedimentos estabelecida pelo MS/INAMPS de caráter

nacional. Assim esta distribuição per capita apresenta suas iniquidades. Os Estados que produzem serviços de maior complexidade e de maior qualidade e quantidade, não conseguem com os recursos que lhe são alocados cobrir nem mesmo o custeio dos serviços produzidos. Acaba não sobrando resíduo para ser rateado pelo critério exposto acima. O montante destes recursos cresceu, mas a sua distribuição nem obedece aos preceitos da constituição nem atende aos mesmos critérios estabelecidos na NOB 1/91. Os critérios não lógicos nem claros em se estabelecerem os valores per capita por grupo de Estados resulta na sobra aparentemente excessiva em alguns Estados e falta em outros. O princípio de se remunerar igualmente serviços públicos e privados, através de uma tabela única iria demandar necessariamente maior soma de recursos. Outra consideração a ser feita é que este aumento de recursos per capita pode parecer à primeira vista como um acréscimo de recursos, só que não se pode esquecer que recursos antes reservados à manutenção dos ambulatórios e próprios do INAMPS agora, exceto os recursos de pagamento de pessoal, estão igualmente alocados neste montante. Apenas, ao que parece, houve uma modificação da origem. Deslocou-se para este item mais recursos, mas igualmente mais encargos que antes corriam por outra origem.

Além desta falta de lógica na distribuição destes recursos em relação aos vários Estados e no crescimento destes valores em relação a parâmetros de anos anteriores, existe uma iniquidade interna na distribuição já que a massa de recursos destinada a determinados Estados em anos anteriores tinha um universo de distribuição menos abrangente que o atual. Serviços produzidos por determinados serviços ou municípios não estavam inclusos no rateio, sendo que agora estão. Isto faz com que o valor per capita antes recebido por determinados serviços e municípios ou diminuiu ou teve valores iguais ou apenas pouco aumentados.

A comparação em dólares provavelmente mascarou resultados mais reais pois o câmbio em dólar esteve afeto a variáveis de crescimento diferentes, inclusive com congelamentos forçados pela política monetária.

Os mecanismos de funcionamento desta nova sistemática não estão suficientemente claros e transparentes. Os valores permanecem globalmente indecifráveis. Por exemplo em relação ao mês de julho de 1991 encontrava-se retido o valor de 10,67 bilhões de cruzeiros junto ao MS quando pelas regras estabelecidas não haveria explicação para esta retenção. Dos 94,85 bilhões referentes ao mês de julho, apenas 64,12 foi repassado via GAP/Prestador, restando um saldo final em julho de 40,24 bilhões de cruzeiros. Diga-se de passagem que alguns Estados continuamente vem apresentando valores de produção superiores a suas quotas mensais e consequentemente vem sendo glosados em suas faturas ainda que no global o MS da Saúde mantenha fundos retidos na ordem de 40,24 bilhões de cruzeiros!...

A proposta de pagamento é mediante a apresentação de faturas até o quinto dia útil do mês subsequente aos serviços produzidos. O pagamento será feito no último dia do mês subsequente. Nos últimos três meses isto tem sido uma rotina cumprida.

Os valores referentes à UCA residual estão sendo transferidos ainda de forma não sistemática. O MS tem retido alguns valores com justificativa não clara. Nos Estados que apresentam faturas mediante o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), justamente onde poderia ficar claramente testada a distribuição da UCA residual, não tem havido sobra de UCA pois a produção tem superado estes valores.

FINANCIAMENTO PARA INVESTIMENTO NA REDE = UCR (UNIDADE DE CAPACITAÇÃO DA REDE)

Este tipo de financiamento federal é uma novidade introduzida pela NOB 1/91 modificada em julho/91. Ela se destina a compra de equipamentos para a rede estadual e municipal pública já existente. Aqui outra novidade. Os valores a serem distribuídos variam inversamente em relação ao valor da UCA de cada grupo de Estados. Os Estados com a UCA mais baixa (Cr\$ 4.490,00) receberão 5% deste valor para rateio per capita para cada município. Sequencialmente os demais grupos de Estados receberão 4,3,2 e 1% dos valores de sua UCA. Aqui se buscou um mecanismo de melhora da rede justamente naqueles Estados com menor número de serviços de saúde ou com serviços de menor complexidade.

Pode parecer a todos que são recursos novos incorporados ao financiamento federal. Apenas se normatizou a passagem de recursos de investimento balizando seu destino à compra de equipamentos para unidades existentes. Fazendo-se o cálculo conforme os parâmetros colocados teremos uma passagem de recursos estimada em 1.915.506.017,00 cruzeiros, para o fim de agosto referente ao mês de julho. Estes recursos estão sendo repassados aos Estados para uso na compra de equipamentos em unidades Estaduais e Municipais. Para os Estados representa perda em relação ao montante que até o momento vinha sendo repassado a estados como recursos de investimentos é bem superior a este montante e que agora não mais será repassado. Entretanto que fique bem claro que o montante de recursos para este tipo de financiamento sofreu um violento corte com a nova sistemática, além da limitação à aquisição de equipamentos e não mais a obras e equipamentos.

Ainda nesta linha de financiamento para investimento a NOB 1/91 reeditada lembra que outros recursos de investimentos poderão ser pleiteados de acordo com os planos de saúde. Serão repassados desde que previstos no plano quinquenal de investimentos do MS, ou nos planos estaduais e municipais de saúde aprovados nos respectivos conselhos, na Lei orçamentária aprovada no Congresso ou, em caráter de absoluta excepcionalidade. Aqui se advoga a necessidade de uma regulamentação mais clara em que haja uma adequação dos planos municipais de saúde em relação aos investimentos compatibilizados a nível estadual. A prática até hoje adotada pelo Congresso de, na aprovação da Lei Orçamentária, pulverizar recursos de investimentos em saúde pelos municípios apenas pelo critério clientelista deverá ser combatida veementemente, pois só no ano de 1991 4/5 dos recursos de investimento do MS já vieram "carimbados" na lei Orçamentária por negociações de parlamentares.

FINANCIAMENTO COMO ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO E PARA AÇÕES COLETIVAS = FEM (FATOR DE ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO)

Estes recursos serão repassados aos Municípios que tiverem cumprido as exigências da Lei 8142. Serão calculados na base de 5% do valor da massa da UCA de cada Estado e rateados por valor per capita dividido em doze, a fração mensal da UCA. Tanto estes recursos como os da UCR não serão deduzidos da UCA, apenas se usa a massa de UCA como base de cálculo. Estes valores serão repassados até o quinto dia útil de cada mês. Estes recursos serão repassados com destino aconselhável para as ações de saúde

coletiva. Como o repasse tanto de UCA residual, como de UCR e do FEM são por via convencional o controle sobre sua aplicação estará sob jurisdição do Tribunal de Contas da União tanto quanto aos valores quanto à finalidade da aplicação. Vale lembrar que além destas formas de financiamento existem gastos do Ministério da Saúde com distribuição de medicamentos, vacinas, alimentos e na manutenção de serviços diretamente gerados pelo Ministério da Saúde: SUCAM, SOSP, FIOCRUZ, ETC...

Estas são as formas de financiamento atualmente em vigor pelo governo Federal. Ao que se deduz, a exigência legal para se receber como prestador de serviços é apenas o cadastramento das instituições públicas. Já o recebimento da UCA residual, da UCR, do FEM dependem do cumprimento Federal e passe a ser considerado "municipalizado" são os seguintes:

- A. criação de Conselhos Municipais de Saúde (COMUS);
- B. criação de Fundo Municipal de Saúde;
- C. apresentação de Plano Municipal de Saúde aprovado pelo Conselho e referendado pelo Poder Executivo;
- D. Programação e Orçamentação em Saúde como detalhamento do Plano de Saúde;
- E. apresentação de Relatório de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
- F. contrapartida de recursos orçamentários municipais para a Saúde;
- G. constituição de Comissão de Elaboração de Plano de Carreira, Cargos Salários com prazo de dois anos para sua elaboração.

Estes pré-requisitos e condicionantes para que sejam repassados recursos para os municípios são exigências óbvias e desejáveis. Fizeram parte do ideário de todos quantos lutaram por uma reforma sanitária neste país. Há um consenso geral de que sejam estas metas a serem alcançadas pelos municípios no mais curto prazo de tempo. Entretanto o que não se concorda é que estas exigências sejam condicionantes do repasse dos recursos.

Numa análise sumária desta nova sistemática colocamos aqui os pontos fundamentais que contrariam a legislação em vigor e as propostas defendidas pela reforma sanitária;

- passagem de recursos pela forma convencional;
- passagem de recursos por critérios nem exclusivamente por quociente populacional, nem pela combinação proposta pelo art. 35 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080);
- uso do critério de produção para os prestadores públicos, mecanismo conhecido como fonte de corrupção incontrolável, sistema há muito tempo condenado e combatido veementemente;
- o pagamento por produção acaba por não cobrir a dívida social acumulada quando se tem toda uma rede de serviços a se criar e, a criada, encontra-se sucateada, incapaz de produzir serviços tanto básicos e muito menos ainda os de maior complexidade;
- alijamento quase que natural dos Municípios de pequeno e médio porte cuja produtividade é pequena e onde o custo fixo, ponto de equilíbrio entre o custo benefício está mais longe do benefício e mais perto do custo;
- manutenção de recursos a nível Federal para repasse a Estados e municípios (custeio e investimento) que deveriam ser simplesmente repassados segundo a lei;
- a centralização de recursos a nível Federal está muito distante do discurso da descentralização e da proposta da reforma sanitária que reserva aos municípios a competência e autonomia para resolver os problemas a partir do planejamento e administração locais;
- falta de clareza do papel dos Estados, novamente adotando medidas centralizadoras e reabrindo escritórios federais em cada Estado quando as competências a eles atribuídas poderiam ser realizadas pelas próprias Secretarias Estaduais de Saúde;
- tabela de procedimentos com valores nacionais, quando as condições de custos e mercado sofrem diferenças acentuadas entre regiões e Estados;

— reforço na tabela de procedimentos de valorização do capital sobre o trabalho, com valores a menor para os procedimentos básicos essenciais e maior valorização proporcional para os procedimentos que utilizem mais de equipamentos;

— não nos parece mera coincidência quando tomamos estes valores de tabela e verificamos que justamente os procedimentos mais característicos dos serviços públicos, onde se usa mais do trabalho que do capital, são exatamente os proporcionalmente menos valorizados.

Não se pode, entretanto deixar de salientar aquilo que significou avanço em relação à prática anterior de repasse de recursos:

- pela primeira vez se tem uma maneira mais sistematizada de repasse de recursos, com estabelecimento de critérios tornando mais transparente estes repasses;
- a valorização em igualdade de condições do público e do privado, quanto a uma tabela única, pois em passado recente os serviços públicos amargaram com reajustes de 0 a 40% enquanto os serviços privados tiveram mais de 800% de reajuste (ano de 1988);
- oportunidade de por fim a outras iniquidades maiores que aconteciam e ainda acontecem neste Brasil quando Estados retêm recursos destinados aos municípios, ou os incorporam em seus orçamentos reduzindo seus recursos orçamentários destinados à saúde;
- possibilidade de diminuir a disparidade entre os recursos repassados ao setor privado (cerca de 70%) em detrimento do público com apenas cerca de 30%.

A argumentação de que as ilegalidades da proposta governamental são apenas transitórias, é preocupante a tantos quantos militam nesta área. Julgamos que todo este caminho tortuoso, defendido como transitório, pode virar a regra fixa. O passado de transitórios que se cristalizaram no tempo justificam estes nossos temores. É urgente que se busque uma saída legal para que o financiamento correto em valores e sistemática seja conseguido o quanto antes.

5. UMA PROPOSTA DE MODELO PARA A SAÚDE. A LUZ NO FIM DO TÚNEL OU DO BECO...

AS FONTES DE RECURSOS

A insuficiência de recursos para se garantir tanto os direitos previdenciários como o atendimento às necessidades de saúde passam por se garantir urgentemente, de maneira plena as atuais fontes, bem como buscar novas fontes de financiamento. Para isto dois são os mecanismos básicos: aumento da arrecadação e diminuição das perdas.

O aumento da arrecadação deverá se dar de várias maneiras:

A. CRESCIMENTO ECONÔMICO

Fator essencial para, neste momento se conseguir mais recursos, é o crescimento econômico através do aumento da produção, a conquista de emprego pleno e salários mais justos para que a classe trabalhadora possa atender a suas necessidades vitais. Em primeiríssimo lugar, tem-se que aumentar o PIB. Só mudanças estruturais em nossa organização política econômica e social, poderá nos levar a uma posição reconhecidamente mais evoluída, de mais justiça social e menos discriminação. Os estudiosos da economia falam em recessão prolongada. A concretização da primeira proposta já parece inatingível. O aumento do bolo parece ficar distante. Mas se não for possível aumentar será que não deveríamos partilhar de uma forma menos iníqua? A Saúde como um direito mínimo e essencial de cidadania. Direito não desperto ainda dentro de todos, mas que temos esperança de um dia podermos estar respondendo dignamente a todos.

Mesmo enquanto não conseguirmos aumentar o PIB, (fazer crescer o bolo), temos que urgentemente elevar a participação da saúde no montante dos recursos nacionais. Esta relação entre o PIB e Saúde no mínimo é curiosa: estamos entre as dez primeiras potências econômicas mundiais, com um

PIB de 335 bilhões de dólares, mas nos esquecemos de ver a relatividade desta classificação, pois a diferença entre os que têm o PIB mais elevado e o Brasil é de 10 vezes menos. O nosso PIB per capita total representa pouco mais do que os países desenvolvidos gastam com saúde per capita!...

Dentro dos mecanismos de aumento da arrecadação existem outros mais específicos além do crescimento econômico visto em seu aspecto macro. O aumento da arrecadação para a saúde, dentro da Seguridade Social ou como fundo independente passa pelo aumento direto da arrecadação.

B. AUMENTO DIRETO DA ARRECADAÇÃO

Há necessidade de maior participação dos recursos fiscais da União para a Seguridade social, em especial destinados à Saúde. Atualmente para a saúde especificamente temos em 1991 apenas 4,35%, se tomarmos a seguridade como um todo vamos chegar a 6,69%. Estudos comparativos com outros países apontam que os gastos com saúde devem estar na faixa de 10 a 15% dos recursos públicos.

Para este aumento direto tem-se que pensar em novas fontes alternativas de recursos como a alocação dos recursos referentes aos seguros de acidentes de terceiros, hoje recolhidos pelas seguradoras e com os acidentados em grande maioria atendidos pelo Sistema único de Saúde. Aqui igualmente se incluiria o ressarcimento por serviços prestados aos mais diversos tipos de seguros saúde e de assistência cuja clientela normalmente se vale simultaneamente dos dois sistemas de saúde.

Outros mecanismos de aumento de recursos estão ligados ao estímulo à arrecadação e consequente combate à sonegação, fonte de tantas perdas.

C. DIMINUIÇÃO DAS PERDAS

Além das perdas por sonegação existe uma fonte grande de perdas do já arrecadado. Para que as perdas diminuam é necessário:

— Eliminar o uso dos recursos da Seguridade social para outras finalidades.

A mídia mostrou nos últimos meses o embate no Congresso quando se comprovaram denúncias de desvio de recursos da Seguridade social para outras finalidades que não as suas precípuas.

— Evitar que o Ministério da Fazenda ou o próprio Ministério da Previdência Social, retenha indevidamente para repasse futuro os recursos destinados ao Fundo Nacional de Saúde.

— Combater a corrupção interna, externa e mista. Se os poucos recursos existentes ainda sofrem processo de desvio por corrupção, vão faltar recursos para o essencial.

— Finalmente os recursos poucos que conseguem ser arrecadados, não podem se perder, parcial ou totalmente através da incompetência do gerenciamento que por vezes acaba por administrar mal estes recursos. É triste constatar quando os poucos recursos ainda acabam sendo gastos mal na área da saúde.

ONDE ALOCAR OS RECURSOS: NA SEGURIDADE OU NA SAÚDE DIRETAMENTE?

Desde a constituição de 1988 os recursos destinados ao financiamento da Saúde encontram-se alocados na Seguridade Social, juntamente com a Previdência e Assistência Social. Nas discussões prévias à constituição o movimento da Reforma Sanitária defendia a posição de que os recursos da saúde deveriam ser alocados diretamente a ela em Fundo próprio e independente. Esta proposta não conseguiu sair vencedora na Constituição.

A experiência de vários países em separar estes recursos tem se mostrado boa com vantagens para ambos os setores. Hoje, mais que antes, cresce a convicção que para nosso atual estágio de desenvolvimento, o melhor caminho é ter os recursos da saúde independentes dos da seguridade social. Será um ponto para discussão na Reforma Constitucional de 1993.

A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL

A Constituição de 1988 previa no art. 35 das disposições transitórias que até a aprovação da LDO, trinta por cento no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, seriam destinados à Saúde. Na LDO 90 e 91, ainda que fosse este o espírito e o mandado da lei, não se conseguiu alocar. Na LDO 90 e 91, ainda que fosse este o espírito e o mandado da lei, não se conseguiu alocar o percentual de 30%. Na LDO 92 conseguiu-se garantir um mínimo de 30% para o setor de Saúde no O.S.S. (art. 28 par. 3º: "Serão alocados ao setor Saúde, no mínimo 30% do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego").

SITUAÇÃO ATUAL (AGOSTO DE 1991)

Os recursos são insuficientes para cobrir todas as necessidades da Saúde e todos os benefícios da nova lei de custeio da Previdência.

A proposta defendida pela Saúde é ratear "democraticamente" por todos (saúde, previdência, assistência social) na proporção legal devida (mínimo de 30% para saúde e 70% para os demais).

Há quem queira incluir nos 30% destinados à saúde: o saneamento e o pagamento do pessoal dos hospitais universitários. Isto precisa ser urgentemente melhor discutido pois a lei 8080 no art. 32 par. 3º afirma "as ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados e Municípios, e em particular, do SFH".

Quanto ao pagamento do pessoal dos hospitais universitários, se não se conseguir excluí-los é necessário pensar na revisão do incentivo que hoje é dado pela Saúde na tabela de procedimentos dos hospitais universitários. Cabe ainda a discussão sobre a preponderância que deve ter a Lei Orgânica da Saúde ou a LDO. Sendo ambas leis ordinárias, é importante ressaltar que a Lei Orgânica da Saúde é uma lei nacional e a LDO é uma lei ordinária restrita apenas ao âmbito Federal. Portanto pela 8080 seria ilegal alocar recursos de saneamento dentro da cota destinada à saúde.

A proposta orçamentária apresentada pela União ao Congresso no último dia 31/08 destina à Seguridade Social Cr\$ 13,4 trilhões. Destes retira-se Cr\$ 0,8 trilhões do PAT restando Cr\$ 12,5 trilhões para a Seguridade, dos quais 30,6% estão destinados ao setor Saúde: Cr\$ 3,8 trilhões.

A interpretação de que os 30% da LDO devessem ser para o setor Saúde e não para o Ministério de Saúde, possibilitou que se alocassem nesta conta recursos destinados para o Ministério da Ação Social, para Saneamento Básico (Cr\$ 247,5 bilhões), para o Ministério da Educação, para pagamento de Saúde Escolar, merenda escolar e pessoal dos hospitais universitários (Cr\$ 305,6 bilhões) e para o Ministério do Trabalho, destinado à saúde do trabalhador e à saúde do servidor (Cr\$ 23,1 bilhões)

e para Assistência Médica e Odontológica aos servidores dos órgãos Federais (Cr\$ 22,5 bilhões). Nesta, para o Ministério da Saúde, especificamente restaram Cr\$ 3,24 trilhões, o correspondente a 24,2%. Dos 30% desejável e conquistado, o Ministério da Saúde ficou diretamente apenas com 24,2%. O detalhamento de despesas do Ministério da Saúde está no quadro 10.

Os caminhos têm que ser descobertos e parece que a divisão democrática dos recursos e a luta pelo aumento seja o melhor caminho. O falso dilema de colocar Saúde X Previdência não parece correto, como também a afirmação de que as despesas com benefícios são inelásticas e que com a Saúde pode-se fazer reduções. A prática tem demonstrado que não é possível se fazer mais redução das despesas com saúde.

A PARTILHA DOS RECURSOS DA SAÚDE

Os recursos da Saúde arrecadados pela União são destinados a cumprir os preceitos constitucionais e infraconstitucionais em relação à saúde. Se os recursos são arrecadados pelo governo federal e as competências estão distribuídas entre as três esferas do governo (União, Estados e Municípios), consequentemente os recursos

QUADRO – 10
DEMONSTRATIVO DE DESPESAS DO MINISTÉRIO DE SAÚDE – PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

ORGÃO	EM BILHÕES DE Cr\$ (ABRIL/91)			
	CORRENTE	CAPITAL	TOTAL	%
MINIST. SAÚDE GLOBAL	156,29	407,97	524,26	17,40
CEME / EUCEME	125,97	4,40	130,17	4,00
F.N.S.	0,84	1,18	2,02	0,06
FIOCRUZ	32,15	12,45	44,60	1,37
FUND. PIONEIRAS SOCIAIS	21,75	13,16	34,91	1,07
FUND. NACIONAL DE SAÚDE	403,23	168,49	571,72	17,63
INAMPS	1.763,99	93,19	1.857,18	57,28
INAM	36,58	0,78	37,36	1,15
TOTAL	2.540,80	701,62	3.242,22	100,00

FONTE: MINISTERIO DA SAÚDE.

têm que ser partilhados entre os três níveis, para que se cumpram as competências legais de cada uma das esferas do governo.

QUANTO CABERIA AO GOVERNO FEDERAL?

Estudo do Solon, a partir das competências legais delegadas à União, estima que 10% dos recursos destinados à Saúde deveriam ficar a nível do Ministério da Saúde. Neste estudo foram excluídos todos os atuais gastos federais desenvolvendo atividades que não seriam de sua competência mas tipicamente estaduais ou municipais (sucam, pioneiras, etc.).

Estima-se que este percentual de 10 deveria ser elevado em alguns pontos para a União desempenhar outras competências, tipicamente suas, e hoje não desempenhadas.

QUANTO CABERIA A ESTADOS E MUNICÍPIOS?

A lei 8142, art. 3º par. 2º fala que, dos recursos destinados a Estados e Municípios, no mínimo 70% serão destinados aos municípios, e o restante aos estados.

Ser partimos do princípio que entre 10 a 15% ficará com a união, sobrarão de 90% a 85% para distribuir a Estados e municípios. Assumindo ser 85% este montante, dele 70% deverá ser destinado aos Municípios e 30% aos Estados. A possível composição final seria a seguinte:

UNIÃO – 15%
ESTADOS – 25% (30% DE 85%)
MUNICÍPIOS – 60% (70% DE 85%)

No atual estágio de municipalização e considerando a disparidade de situação de implantação do SUS em Estados e Municípios, fica difícil, já no próximo exercício de 1992, alocar corretamente estes percentuais para distribuição entre Estados e Municípios.

Para o ano de 1992 todos os recursos destinados à Saúde deverão estar alocados no Fundo Nacional de Saúde e de lá destinados 10 a 15%

ao Ministério da Saúde para desempenho de suas competências próprias e o restante (90 a 85%) alocados em TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS.

COMO DISTRIBUIR RECURSOS DA SAÚDE A ESTADOS E MUNICÍPIOS?

CUMPRINDO A LEGISLAÇÃO EM VIGOR

A lei 8080 pede uma regulamentação para o art. 35.

A Lei 8142 define que “ENQUANTO NÃO SE REGULA O ART. 35 OS RECURSOS DEVERÃO SER REPASSADOS A ESTADOS E MUNICÍPIOS EXCLUSIVAMENTE PELO CRITÉRIO POPULACIONAL”.

A NOB 1/91 reeditada em 17/7/91 (DOU 18/7/91) estabelece:

- AIH – CRITÉRIO POPULACIONAL
- UCA – CRITÉRIO POPULACIONAL (razão direta)
- UCR – CRITÉRIO POPULACIONAL (razão inversa)
- FEM – CRITÉRIO POPULACIONAL
- INVESTIMENTOS (OBRAS) – CRITÉRIOS AINDA OBSCUROS.

COMO TENTAR REDUZIR ISTO AO CRITÉRIO POPULACIONAL EXCLUSIVO, PARA SE CUMPRIR A LEI 8142, HOJE EM VIGOR?

A UCA tem critérios diferenciados de peso. Os estados mais populosos, ainda que não seja este o critério, acabam tendo maior peso e maior valor per capita. Tomando os valores da UCA de julho temos uma UCA média de 7.320,00, sendo a UCA mais alta de 8.230,00. A diferença entre as duas é de 910,00. O volume

total de recursos da UCA de julho é de 94,86 bilhões. Com um acréscimo de 12,49% conseguimos ter uma UCA média de 8.230,00 para todos os Estados do Brasil, o que corresponderia a um valor per-capita igual para todos. Seria uma primeira hipótese. Entretanto esta hipótese seria ainda insuficiente pois existem estados que com estes valores não conseguem suprir suas necessidades nem ter resíduos. A produção de serviços já é superior a estes valores. A UCA é insuficiente para cobrir os atuais serviços e é justamente aí onde há pressão social para se ter maior oferta de serviços. Numa primeira análise o valor ideal que resultaria num aumento necessário de 42,72%. Com o menor valor continuaríamos punindo os estados e municípios que oferecem mais serviços. Com o maior valor atendem-se às necessidades de todos.

O valor do FEM, de 5% continuaria sendo igual para todos.

O valor da Unidade de Capacitação da Rede (UCR) é variável em razão inversa à UCA. Varia de 1% a 5%. Considerando os pesos e a população teríamos um valor mensal de 1,9 bilhões o que corresponde a 2,02% do valor global da UCA julho. Esta UCR foi concebida com caráter inverso em relação à UCA para buscar a equidade. Alocando-se percentuais diferentes tentar-se-ia corrigir iniquidades anteriores. Ao se estabelecer um valor per-capita único para todo o Brasil, automaticamente se atenderia a este princípio. Irá sobrar mais recursos exatamente onde se faz necessário

A AIH já é por critério populacional com mecanismos estaduais e federal de compensação.

Os recursos de investimento deverão ser repassados a Estados e Municípios através de critérios transparentes. A sua alocação deverá necessariamente partir de um planejamento ascendente dos Municípios e Estados e compatibilizado a nível estadual e federal. Os critérios de montante de recursos e atendimento ao planejamento deverão ser estabelecidos através do Conselho Nacional de Saúde.

EM BUSCA DE UMA DEFINIÇÃO PARA O ARTIGO 35

PARÂMETROS ESSENCIAIS

Dois parecem ser os princípios balizadores essenciais para se definir os parâmetros de regulamentação do art. 35:

A) NENHUM CRITÉRIO DE PARTILHA PODERÁ PREJUDICAR ESTADOS E MUNICÍPIOS QUE HOJE PRODUZEM MAIS SERVIÇOS TANTO EM QUANTIDADE QUANTO EM QUALIDADE.

B) DEVE-SE BUSCAR ATENDER PRIORITARIAMENTE OS PROBLEMAS DE MAIOR GRAVIDADE E/OU EXTENSÃO.

DETALHAMENTO DE POSSÍVEIS CRITÉRIOS PARA A REGULAMENTAÇÃO DO ARTIGO 35

UMA OBSERVAÇÃO INICIAL:

A. Há uma interpretação de que cinco dos critérios a serem detalhados devam ter exatamente os mesmos pesos. Isto equivaleria a afirmar que os 50% referentes ao conjunto de critérios deveria ser rateado igualmente pelos cinco — 50% dividido por 5, o que corresponderia a 10,0% para cada um dos critérios. Apenas internamente cada um dos critérios poderia utilizar-se de pesos diferentes. (O estudo do SOLON e PIOLA, adotou esta interpretação)

B. Outra interpretação é de que cada um dos critérios poderia ter peso diferente. Por exemplo o critério demográfico poderia ter o peso de 15%, o epidemiológico de 25%, e assim por diante, bastando que o total atingisse os 50%. Esta interpretação se baseia naquilo que imaginavam tantos quantos defenderam a inclusão destes critérios. A defesa legal é que se o legislador não explicitou é porque esta não

era sua intenção. A diferença entre uma e outra interpretação é que a segunda permite maior elasticidade.

O detalhamento dos critérios passa por uma primeira definição: o que se pretende valorizar em cada um deles?

● PERFIL DEMOGRÁFICO

Maior valor: populações com alta taxa de natalidade, com maior população idosa, com maior imigração, com população flutuante em determinados períodos?

● PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Maior valor: populações expostas a maior risco (mortalidade infantil elevada, epidemias, endemias etc.)?

● CARACTERÍSTICAS QUALI E QUANTITATIVAS DE SERVIÇOS

maior valor: serviços oferecidos em maior quantidade (rede instalada), de maior complexidade e de melhor qualidade?

● DESEMPENHO NO PERÍODO ANTERIOR: TÉCNICO, ECONÔMICO E FINANCEIRO

maior valor: administrações que tenham utilizado melhor no ano anterior tanto o técnico como o econômico e financeiro?

● NÍVEIS DE PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NOS ORÇAMENTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

maior valor: esferas de governo que já estejam dedicando mais recursos à saúde?

● PREVISÃO DO PLANO QUINQUENAL DE INVESTIMENTOS

maior valor: aquelas esferas de governo que estejam programando investimentos maiores? Ou os investimentos deverão obedecer critério de partilha por plano diretor?

● RESSARCIMENTO DO ATENDIMENTO PRESTADO A OUTRAS ESFERAS DE GOVERNO

maior valor: aquelas esferas que estejam servindo de referência? ou o entendimento de que a esfera que transferir à outra competência sua, deverá ressarcir destas despesas?

QUE CAMINHO TOMAR?

Ao que tudo indica nesta análise preliminar, será muito difícil, se não impossível, buscar **hoje** uma definição aceitável para o art. 35.

A busca de equidade através destes parâmetros, na atual conjuntura, parece ser temerária. O óbice principal é a falta de dados o mínimo necessário e o mínimo confiáveis. Corre-se o risco de ferir a equidade através da aceitação de casuísmos indefensáveis. Seria como uma tentativa de “forçar” o cumprimento atual de uma lei impossível de ser cumprida com clareza e precisão, sem estudos mais profundos e dados mais confiáveis.

A saída pela partilha exclusivamente pelo quociente populacional é o cumprimento exato da lei 8142. O que já é possível hoje. A lei é clara que deva-se adotar este critério até que se defina o art. 35 da lei 8080. A primeira vista poderia parecer que esta definição era apenas uma questão de trabalho “braçal” de se fazer cálculos e modelos. A realidade está sendo clara em mostrar a tantos quantos tentaram que, com os dados disponíveis atualmente e com os casuísmos necessários para se definir o 35, esta opção é inviável.

* O quociente populacional parece ser aquele que melhor atende, no momento, ao princípio da equidade. Atende ao princípio de não prejudicar os serviços que aí estão e que surgiram por determinantes econômicas e sociais. Indiretamente atenderá a regiões que precisam resolver problemas endêmicos e epidêmicos graves, aumentando os recursos além de sua simples produção atual. Entretanto, que fique claro que o critério populacional exclusivo, sem aumento da massa de recursos, será altamente prejudicial aos Estados com mais serviços e de maior complexidade. Adoção do preceito da 8142 só é possível com mais recursos.

CONCLUSÃO FINAL

Os pontos de reflexão aí estão para buscar uma forma ideal de se conseguir mais recursos para a saúde e de como alocá-los corretamente em cada esfera de governo de acordo com as competências legais que lhe estão atribuídas, tanto na constituição como na legislação infraconstitucional.

Para se atender ao critério populacional se faz necessário apenas um aumento de recursos. Com isto estamos nos aproximando mais da equidade igualmente prementes. A tentativa de regulamentar neste momento o artigo 35 com impossibilidade técnica de fazê-lo por critérios transparentes e lúcidos que não dessem margem a casuísmo, irá talvez nos levar a todos a disputas e questionamentos que fatalmente desviarão a atenção de questões mais urgentes.

Resolvida a partilha estaremos prontos para enfrentar outra luta pela legalidade que é o repasse direto e automático de recursos sem convênio e sem o critério de produtividade.

Qualquer que seja o caminho a trilhar ele tem que ser o resultado de um entendimento entre representantes de todos os segmentos envolvidos, o que esperamos que seja feito através do fórum constitucional para o setor: o CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.

Cumpra finalmente não nos esquecermos que na questão do financiamento é imprescindível a participação de Estados e Municípios de 10 a 15% de seus orçamentos fiscais para a Saúde. A presença de recursos federais em quantidade suficiente não pode servir de pretexto para que as outras esferas se escondam encolhendo sua participação financeira para se conseguir saúde para todos dentro dos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade das ações de saúde.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO E DEBATE:

- LUTA NACIONAL PELO FIM DA RECESSÃO COM RETORNO AO CRESCIMENTO ECONÔMICO;
- AUMENTO DIRETO DA ARRECADAÇÃO
- RECURSOS FISCAIS
- FONTES ALTERNATIVAS
- ESTÍMULO À ARRECADAÇÃO
- COMBATE À SONEGAÇÃO
- DIMINUIÇÃO DAS PERDAS COM COMBATE
- AO USO INDEVIDO
- À CORRUPÇÃO
- À MÁ UTILIZAÇÃO
- GARANTIR 30% DA SEGURIDADE SOCIAL PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE (LDO - 92);
- EXCLUIR DA CONTA SAÚDE:
- RECURSOS DESTINADOS AO SANEAMENTO (MAS)
- PAGAMENTO DE PESSOAL DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (ME)
- PAGAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECÍFICOS PARA SERVIDORES

FIQUE EM DIA COM A SAÚDE



Leia...
saúde
EM DEBATE
REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE