

CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

PROPOSTAS SOBRE O SISTEMA DE FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL - ALTER-
NATIVAS PARA A REFORMA SANITÁRIA

André C. Medici (Coordenador do Grupo Técnico de Financiamento do Setor Saúde/Comissão Nacional da Reforma Sanitária)

1 - INTRODUÇÃO

O presente texto é fruto das reuniões do grupo técnico da Reforma Sanitária, ao longo dos meses de outubro e novembro sobre o tema financiamento do setor saúde. Nessas reuniões, partiu-se da premissa de que as questões que dizem respeito ao financiamento setorial dependem, em última instância, das definições e metas a serem atingidas quanto a abrangência e princípios de funcionamento do setor dependem também do nível de resolutividade desejado; do arcabouço institucional do sistema e das formas de gestão dos órgãos e instâncias colegiadas decorrentes dessas definições.

O tratamento e a organização de todos os aspectos envolvidos nessas questões é complexo e demorado. Em primeiro lugar, por se tratar de inovar numa área onde já existe uma forte cristalização de opiniões sobre as vantagens e desvantagens das instituições e processos hoje existentes no setor. Em segundo lugar, pela dificuldade de compatibilizar aspectos técnicos, políticos e ideológicos, relativos ao arcabouço institucional e da gestão com objetivos e estratégias de curto, médio e longo prazo no processo de construção do Novo Sistema de Saúde.

Diante deste quadro torna-se difícil avançar na definição dos esquemas de financiamento setorial sem que os problemas acima tratados tenham atingido um certo grau de encaminhamento. Assim, as propostas aqui apresentadas estão balizadas por três eixos: o primeiro consiste em avançar no detalhamento das resoluções e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, enquanto diretrizes de todo o processo de Reforma Sanitária. O segundo é o limite estabelecido pelo atual estado de consenso nas questões que dizem respeito aos princípios gerais, forma de gestão e arcabouço institucional da

CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

Reforma Sanitária. O terceiro se refere ao desenvolvimento de sistemas alternativos de financiamento conjuntamente com o balizamento de seus pós e contras, no que diz respeito às instituições gestoras e ao formato conferido ao processo de regionalização e hierarquização.

Este trabalho está dividido em quatro partes. Na primeira são feitos alguns comentários sobre os princípios gerais da Reforma Sanitária e seu impacto sobre a ordenação do sistema de financiamento. Na segunda, são analisadas as pré-condições financeiras da Reforma, ou seja, os requisitos mínimos de estabilidade e regularidade das fontes que irão ocupar os fundos de saúde. Serão ainda descritos alguns princípios que devem reger a estrutura de sustentação financeira do setor. Na terceira parte é analisada a composição dos fundos de saúde nos distintos níveis possíveis de regionalização. Por fim, na quarta são analisados os mecanismos de gestão e alternativas institucionais na relação entre planejamento e execução financeira dos recursos ao nível das distintas esferas centralizadas e descentralizadas do poder público.



2 - PRINCÍPIOS GERAIS

Acredita-se que haja consenso entre as forças progressistas ligadas ao setor saúde quanto a alguns princípios básicos a serem considerados no processo de Reforma Sanitária. Alguns destes princípios ligam-se as finalidades últimas da Reforma, devendo portanto serem vistos como princípios finalísticos.

São princípios finalísticos da Reforma Sanitária a universalização, a equidade e a integralidade do acesso à saúde. A universalização consiste em estender o acesso à saúde a toda a população, através do setor público, independente dos vínculos de contribuição ou das condições sócio-econômicas de cada indivíduos. A equidade consiste em fazer com que esse acesso não seja feito através da constituição de clientela, mas sim que todos tenham direito aos mesmos serviços em todo o país, independentemente da vinculação funcional, da posição social na hierarquia ocupacional ou do local de moradia ou trabalho. Certamente que isto se refere a garantia de um dado patamar de equidade. Os indivíduos que quizerem ter acesso a serviços individualizados ou a empresas que criarem ou mantiverem planos especiais de saúde para seus funcionários poderiam fazê-lo desde que tais serviços não fossem custeados ou subsidiados tributariamente pelo setor público. A integralidade consiste em conceber a saúde em seu sentido mais amplo, o que pode ser definido pela incorporação da assistência médica, saúde pública, vigilância epidemiológico-sanitária, distribuição de alimentos e acompanhamento do estudo nutricional, distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, cuidados da saúde do trabalhador, medidas de saneamento básico e controle ambiental; tudo isto numa perspectiva integrada ao nível da rede de serviços. Significa também incorporar ao planejamento do setor as ações normativas ou executivas no campo da produção de medicamentos, insumos estratégicos e equipamentos de saúde, bem como cuidar dos meios necessários à construção e ampliação de unidades físicas e da capacidade instalada do setor, além das ações de planejamento no campo da formação de recursos humanos.

Do ponto de vista do financiamento esses três princípios envolvem o conhecimento de certas informações que garantam o mapeamento do investimento para universalização e equidade, em face dos recursos físico-financeiros atualmente disponíveis, bem como o gasto em custeio do novo sistema, incluindo, entre outras, as despesas com formação de recursos humanos, isonomia salarial, insumos e medicamentos, manutenção da capacidade instalada, administração, etc. A integralidade pode colocar novos problemas à questão do financiamento setorial. Ao integrar novas funções, certamente o setor terá que

absorver novos recursos, como pode ser o caso das funções de saneamento básico, cujas fontes financeiras federais estão hoje concentradas no BNH.

Além dos princípios finalísticos, existe consenso quanto a alguns princípios estratégicos da Reforma Sanitária. Considera-se como estratégicos aqueles princípios que são indispensáveis para que os princípios finalísticos sejam atingidos da melhor forma possível. No atual estágio de consenso, pode-se chamar por princípios estratégicos da Reforma a regionalização, a hierarquização e a gestão social.

Por regionalização, entende-se a criação de condições técnicas, políticas e financeiras para que cada localidade possa desenvolver e prestar com autonomia um patamar mínimo de ações de saúde (na perspectiva da integralidade) adequadas a um dado perfil sócio-epidemiológico da região com um nível satisfatório de resolutividade.

Por hierarquização, compreende-se a definição de competências entre as esferas do poder público dadas pelo nível de complexidade tecnológica inerente a cada uma dessas esferas no desempenho das ações de saúde.

Por gestão social, define-se a participação da sociedade organizada na administração e no planejamento das ações de saúde ao nível das distintas esferas de administração do poder público.

Pode-se dizer que o nível de consenso relacionado aos princípios estratégicos da Reforma é bem inferior ao inerente aos princípios finalísticos. A proposta de regionalização leva, em última instância, a divisão do território em distritos sanitários, sendo estes as unidades locais técnico-administrativas de menor tamanho na concepção do novo sistema. Além de não haver consenso quanto a divisão territorial em distritos sanitários, não existe concordância sobre o tamanho e as funções de cada distrito. Alguns afirmam que o tamanho mínimo de cada distrito não poder ser superior ao espaço municipal. Assim, cada distrito seria, no mínimo, equivalente a um município, embora todos concordem que municípios de maior complexidade possam deter mais de um distrito sanitário. Outros, em função da própria experiência administrativa dos Estados, acreditam que, nas regiões de menor densidade populacional, o distrito sanitário poderia integrar mais de um ou dois municípios os quais se uniriam sob a forma consorciada (consórcios inter-municipais) na gerência de um único distrito sanitário.

A proposta de hierarquização também não apresenta um nível absoluto de consenso. Alguns defendem que, na definição de atribuições hierárquicas, deve-se considerar o nível de complexidade das atividades e a capacidade de cada esfera de poder público em desempenhá-las.

CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

rárquicas, os Municípios deveriam ficar com a atenção primária, os Estados, com os níveis secundário e terciário de atenção e o Governo Federal com os níveis mais complexos. Outros preferem substituir ou combinar essa definição com a de assimetria local, no sentido de que cada distrito sanitário deveria conter o nível de complexidade relativo a seu perfil-demográfico e sócio-epidemiológico.

Por fim, não existe também consenso no que diz respeito a gestão social, especialmente na composição dos colegiados de planejamento, administração e fiscalização das ações de saúde. O nível mínimo de concordância a que se pode chegar é que tais colegiados seriam compostos por elementos representantes da sociedade civil organizada e do aparelho de Estado.

Apesar de haver um maior nível de consenso quanto aos princípios finalísticos, as discordâncias quanto aos princípios estratégicos impedem um maior detalhamento da sistemática do financiamento setorial. As distintas propostas de regionalização pressupõem sistemas diferenciados de gestão financeira e distribuição dos recursos. As diferentes concepções de hierarquização não permitem clarificar o balanceamento dos custos, e portanto dos recursos a serem destinados a cada esfera do poder público no que diz respeito aos gastos em saúde. Torna-se, assim, premente uma melhor definição quanto a essas questões para que se desenvolva um sistema de financiamento mais detalhado e rígido. Outra solução seria deixar para adiante tais questões e se pensar num sistema de financiamento mais geral e maleável.



3 - AS PRÉ-CONDIÇÕES FINANCEIRAS DA REFORMA

A montagem de uma estratégia da envergadura política e técnica da Reforma Sanitária exige necessariamente vultuosos recursos. Nessa perspectiva é necessário garantir uma estabilidade maior das receitas, especialmente nas conjunturas recessivas, uma maior justiça social na distribuição dos ônus das prestações e uma maior igualdade no acesso aos benefícios. É de fundamental importância garantir maior aporte de recursos para o setor, tanto em investimento quanto em custeio. Por fim, é imprescindível pensar numa estratégia de transição do atual sistema de financiamento para o futuro sistema que dará respaldo econômico a Reforma Sanitária.

Dados os princípios de universalização e equidade, era de grande importância que, no longo prazo, a Reforma Sanitária fosse custeada basicamente por recursos do Tesouro. Os sistemas universais de atenção à saúde hoje existentes nas economias desenvolvidas sustentam-se basicamente com recursos do orçamento fiscal. Países como a Inglaterra, a Alemanha e a França, que abraçaram a via do Welfare-State detem sistemas universais de saúde desde o pós-guerra. Porém, durante pelo menos 30 anos, uma boa parte do financiamento destas ações continuou a vir dos Fundos Previdenciários. Essa longa transição mostra a impossibilidade imediata de se custear ações universais de saúde única e exclusivamente com recursos do tesouro, dado que os destinos de recursos orçamentários costumam ser pouco flexíveis em curtos períodos de tempo.

A vantagem principal de se custear recursos para a saúde com o orçamento fiscal seria a de quebrar argumentos corporativos do tipo "quem paga merece prioridade no atendimento". No Brasil, no entanto, esses argumentos não são válidos. Cerca de 63% dos recursos do Fundo de Assistência e Previdência Social (FPAS) são oriundos da contribuição das empresas sobre a folha de salários. Grande parte dessa contribuição é repassada aos preços dos produtos o que faz com que a sociedade inteira e não só os segurados da previdência sejam contribuintes dos fundos previdenciários.

Portanto, para garantir um patamar inicial de recursos para o novo sistema único de saúde é necessário que uma parte alíquota do FPAS seja conduzida para o Fundo de recursos que irá custear esse sistema. Sabe-se que as receitas previdenciárias no Brasil são muito instáveis nas conjunturas recessivas quando, em função da contração da massa de salários, tendem a cair rapidamente sem que caiam os compromissos com benefícios na mesma proporção.

CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

A tendência natural face a esse movimento tem sido reduzir os gastos com assistência médica.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde foram propostas algumas medidas destinadas a tornar as receitas previdenciárias mais estáveis (*). Grande parte dessas medidas foram incorporadas pelo Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social. Dentre essas medidas destaca-se a substituição gradativa da contribuição das empresas sobre a folha de salários para a contribuição sobre o lucro bruto; a eliminação do teto de 20 salários mínimos e a diversificação das alíquotas. Além de tornar as receitas mais estáveis, estas medidas contribuem para aumentar as receitas e torná-las mais equânimes na captação.

Mas no que diz respeito exclusivamente ao setor saúde, os mecanismos de ampliação das receitas não se esgotam aí. A criação de um teto de isenção para as despesas com assistência médica privada no imposto de renda poderia criar uma grande massa de recursos adicionais, desde que vinculados a um repasse maior do orçamento do Tesouro para as despesas com saúde. O mesmo se aplica às isenções que as empresas têm com o imposto de renda na manutenção de seus sistemas próprios de seguro saúde. Nesse caso, as receitas provenientes da extinção dessas isenções poderia ser carreada para o Fundo Único de Saúde, através de maiores recursos do Tesouro para esta função. Embora não existam cálculos econométricos que avaliem o montante desses recursos, estima-se que em 1982 o gasto privado das pessoas físicas e jurídicas com saúde equivalem a 37% do gasto total do setor e mais 100% dos gastos em saúde do FPAS. Portanto, a eliminação desses mecanismos não significaria simplesmente um ingresso marginal de recursos.

As experiências internacionais mostram ainda que existem outras formas de aumentar as receitas do setor saúde. Uma delas consiste na criação de alíquotas ou impostos vinculados ao setor sobre produtos ou atividades nocivas à saúde, como é o caso das bebidas, cigarros, atividades poluidoras, etc. Este tipo de recurso não deve sair da perspectiva de uso do sistema na medida em que ele tem um duplo efeito; o de inibir o consumo ao mesmo tempo em que gera recursos adicionais.

Vale dizer ainda que os gastos em saúde dos fundos sociais deveriam ser incorporados também ao Fundo Único de Saúde. Esses fundos sociais,

(*) Ver "MEDICI, A.C. e SILVA, Pedro Luiz B. "Alternativas de Financiamento da Atenção à Saúde" - Texto apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, de 17 a 21 de março de 1986.

incluindo o FPAS, correspondem a cerca de 92% do orçamento fiscal. Na atual estrutura o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e o FINSOCIAL correspondiam as fontes que, depois do FPAS, contribuíam com mais recursos no setor.



4 - A COMPOSIÇÃO DOS FUNDOS SETORIAIS

A experiência do setor público brasileiro, baseada numa multiplicidade de fundos e orçamentos vinculados a determinados programas sociais mostrou-se extremamente injusta. De um lado, pela existência de uma superposição de recursos, atividades e programas geradores de grandes desperdícios, alto consumo de recursos nas atividades meio e baixa eficiência, eficácia e resolução na ponta da linha. De outro lado, pela pouca capacidade de cobertura social dos programas, acarretando na criação de clientela e fortes inequidades pela existência de largas fatias da população não cobertas. Assim, a criação de fundos unificados poderia transferir maior racionalidade técnica administrativa e operacional aos programas sociais, eliminando a duplicidade e o desperdício e promovendo maior efetividade e eficácia em termos de custo/benefício, além de preparar o sistema de planejamento setorial para os propósitos de universalização e equidade.

Em termos globais, a melhor forma de se realizar uma operação dessa natureza seria dados de formação de um Orçamento Social Federal, unificação dos recursos de todos os fundos sociais, agregados as parcelas do Orçamento do Tesouro gastas com Programas Sociais. No entanto, as discussões sobre a montagem de um Orçamento Social não tem evoluído no interior do setor público. Assim, como estratégia de transição, o melhor caminho seria partir para a formação de fundos setoriais que pudessem, mais tarde serem incorporados ao orçamento social.

Para o setor saúde propõe-se a formação de um Fundo Único de Saúde o qual seria composto por recursos do orçamento fiscal, recursos da Previdência Social e recursos dos Fundos Sociais. A Composição Interna desse Fundo Único de Saúde (FUS) seria dada por:

a) 25% dos recursos do FPAS, o que corresponde a uma aproximação dos gastos médios com a assistência médica da Previdência Social ao longo dos últimos dez anos. Esses recursos trariam a garantia de não haver contração dos gastos com atenção à saúde nos patamares que eles hoje se encontram;

b) Média dos últimos cinco anos dos gastos da Previdência com acidentes do trabalho; o que garantiria a incorporação das questões relativas à saúde do trabalhador no sistema único de saúde;

c) 12% dos recursos do orçamento fiscal, o que poderia garantir uma expansão efetiva dos programas de investimento e custeio do novo sistema de saúde tendo em vista as metas de universalização e equidade;

d) recursos correspondentes aos fundos sociais gastos nas funções incorporadas pelo sistema único, tais como saúde, nutrição, saneamento, medicina do trabalho, proteção ao meio-ambiente, por exemplo;

e) recursos externos vinculados ao investimento em infra-estrutura de saúde, como os recém-obtidos para ampliação das redes básicas de saúde do Nordeste junto ao Banco Mundial.

Esses recursos seriam submetidos a uma programação orçamentária global, não só ao nível federal, mas também nas esferas estaduais e municipais. Elaborada a proposta orçamentária esses recursos seriam repassados aos Estados, formando Fundos Únicos Estaduais de Saúde (FUES), os quais seriam compostos por:

a) parte alíquota do FUS, correspondente a cada Estado, a partir dos critérios de repartição definidos pela programação orçamentária;

b) 12% do orçamento fiscal dos Estados;

c) recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários ainda existentes nos Estados, especialmente para os funcionários públicos.

Os recursos dos FUES estariam submetidos a uma programação orçamentária que englobaria os recursos destinados aos gastos municipais com saúde. Dessa forma seriam igualmente repassados aos Municípios formando os Fundos Únicos Municipais de Saúde (FUMS), os quais seriam compostos por:

a) parte alíquota dos FUES, correspondentes as destinações específicas de cada município, a partir de critérios de repartição definidos pela programação orçamentária do Estado;

b) 12% do orçamento fiscal dos Municípios.

A composição dos Fundos de Saúde aqui proposta depende, obviamente, de uma série de circunstâncias. A primeira será dada pelo processo de descentralização tributária no Brasil. A intensidade maior desse processo pode fazer com que os recursos federais do orçamento fiscal se reduzam ao ponto de as transferências para os Estados e Municípios sejam por demais pequenas em face aos recursos partilhados tributariamente junto as esferas descentralizadas. Nesses casos, a autonomia financeira dos Estados e Municípios será bem maior e os programas que, eventualmente tiverem que ser operados pelo nível federal precisarão de mais recursos. Isso pode redirecionar o sentido ou a magnitude dos recursos do FUS a serem repassados.

A segunda circunstância estará dada pelos custos da Reforma Sanitária. A depender do cronograma de atingimento das metas e dos gastos com ampliação da rede; cobertura; investimentos em insumos básicos e equipamentos do setor; programas de saúde de natureza assistencial (como os de nutrição); de recursos humanos, contratações e isonomia salarial das categorias profissionais vinculadas ao setor, o percentual de 12% poderá ser insuficiente.

A terceira circunstância irá depender da magnitude dos orçamentos de investimento e custeio que poderão ser desequilibrados regionalmente, de acordo com as carências de cada região, fazendo com que os percentuais do orçamento fiscal dos Estados e Municípios bem como os recursos a serem transferidos pelo nível federal sejam diferenciados de acordo com cada região.

Vale dizer ainda que, na medida que os orçamentos-programa setoriais serão feitos para o início de cada exercício fiscal é necessário criar fundos de reserva nas distintas esferas (e portanto para o FUS e para cada FUES e FUMS) para cobrir erros de programação, muito frequentes certamente na fase de implantação, ou situações emergenciais de agravamento do quadro sanitário.

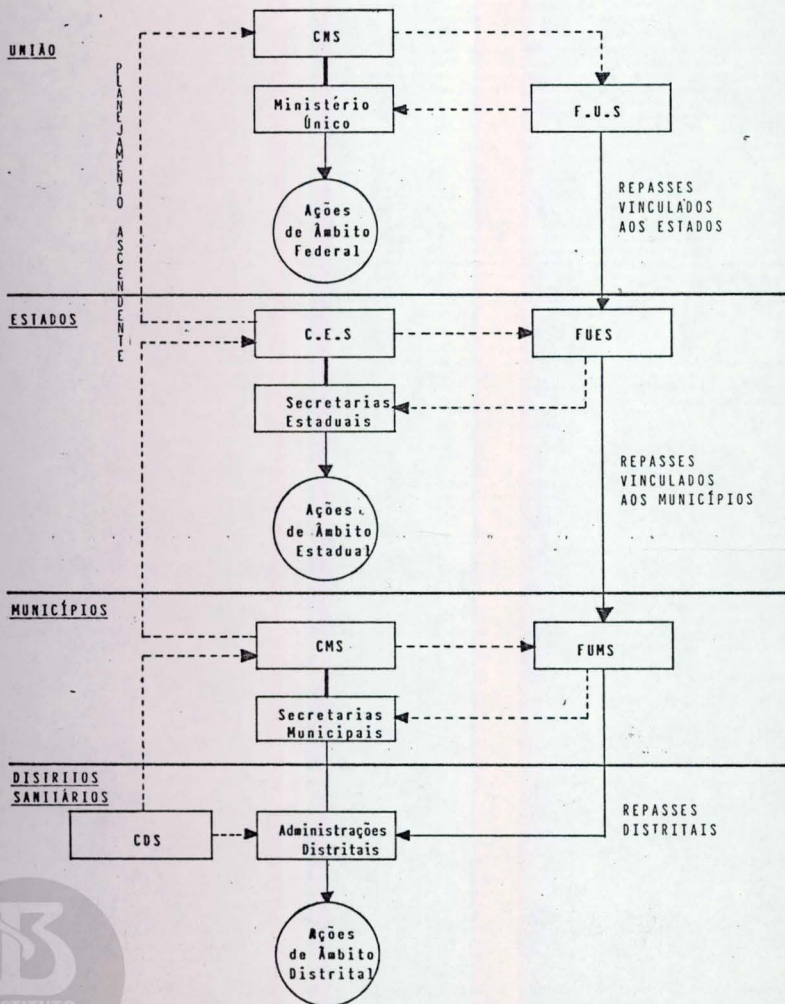


CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

FIGURA 1

FLUXO FINANCEIRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



A figura 1 ilustra como poderão funcionar os mecanismos de gestão e repasse dos fluxos financeiros do setor saúde. Como instância máxima planeja dora do sistema ter-se-á o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que será composto por membros representativos do Governo Federal e Estaduais da Sociedade Civil e dos segmentos organizados vinculados ao setor saúde. O CNS, estaria ligado funcionalmente ao Ministério Único da Saúde e definiria o planejamento, a programação orçamentária e os critérios de repartição do FUS.

Em seguida os recursos do FUS seriam repassados para a constituição dos FUES. A aplicação de recursos dos FUES estaria definida pela programação/orçamentação integrada feita pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Estes Conselhos seriam compostos por membros representativos dos Governos Estaduais e Municipais, da Sociedade Civil e de segmentos organizados do setor saúde. Os CES estariam ligados funcionalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, as quais iriam executar as ações competentes as suas esferas e repassar os recursos do FUES aos Municípios, segundo os critérios definidos pelos CES.

Na etapa seguinte, os recursos dos FUES iriam compor, conjuntamente com as fontes Municipais os FUMS. Os critérios de planejamento, programação e orçamentação dos FUMS, seriam definidos pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), os quais estariam ligados funcionalmente às Secretarias Municipais de Saúde que executariam as ações de natureza local ou promoveriam os meios e recursos para que elas fossem executadas ao nível dos Distritos Sanitários.

As aplicações de recursos de cada Distrito Sanitário seriam programadas e orçadas pelos Conselhos Distritais de Saúde (CDS) que teriam composição semelhante aos CNS, CES, CMS, ao nível local. Em todo esse processo haveria um sistema de planejamento ascendente anterior a fase de programação/orçamentação, ou seja, dos CDS aos CMS; destes aos CES; até chegar, finalmente ao CNS.

As variantes que poderiam ser colocadas em termos de alternativa, dizem respeito inicialmente, ao Nível Estadual e Municipal. Dado que as novas ações de saúde são formuladas na ótica da integralidade, as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais muitas vezes não dariam conta da execução de ação hoje alocadas nas Secretarias de Obras, Meio-Ambiente e outras mais existentes nos distintos modelos de administração estadual. Nestes casos, a criação de Autarquias ou Fundações para agilizar os mecanismos operacionais dessas ações poderia facilitar o encaminhamento do processo de reforma. Alguns Estados como o Paraná, já detem estruturas da administração indireta nesse sentido. Deve-se, no entanto, estudar a melhor forma ou estrutura administrativa pa

CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

ra revestir estes órgãos. Cada Fundação ou Autarquia teria subsidiárias dis
tritais cuja administração seria indicada pelos prefeitos para operacionalizar
as ações de nível distrital.

Outra alternativa estaria dada pela existência de distritos maio
res que a extensão territorial dos municípios e pela possibilidade de criação
de consórcios municipais para operacionalizar as ações de saúde ao nível dos
distritos sanitários. Neste caso o financiamento dos distritos, seria dado pe
la composição de diversos FUMS e gerido pela administração do consórcio.



CNRS

Comissão Nacional da Reforma Sanitária

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As propostas aqui apresentadas necessitam de detalhamentos, modi
ficações e aperfeiçoamentos ainda impossíveis de serem feitos, face a indefi
nição do novo arcabouço institucional do Sistema Único. Certamente um maior
detalhamento deste arcabouço bem como um melhor mapeamento dos custos da Reforma
Sanitária iriam definir, com maior precisão as modelidades de financiamen
to possíveis com maior nível de profundidade.

