

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO  
CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA

RELATÓRIO FINAL DO GRUPO DE FINAN-  
CIAMENTO DO SETOR SAÚDE DA SECRE-  
TARIA TÉCNICA DA COMISSÃO NACIO-  
NAL DA REFORMA SANITÁRIA.

Coordenador do Grupo de Financia-  
mento: ANDRÉ CEZAR MEDICI.

FEVEREIRO DE 1987



## APRESENTAÇÃO

Este relatório é o produto das discussões gerais dos Grupos Técnicos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), as quais vem se realizando desde outubro de 1986. Muitas das idéias aqui discutidas já fazem parte do acervo do pensamento de saúde coletiva, que cresceu enormemente neste esforço de profissionais do setor e da sociedade organizada em construir um novo sistema nacional de saúde, adequado aos propósitos básicos de universalidade do acesso, equidade no atendimento e integralidade das ações. A Reforma Sanitária continua sendo uma bandeira a ser implantada nos Estudos e escrita na nova Carta Constitucional, mas já é uma realidade ao nível das aspirações da população, das intenções dos profissionais de saúde e dos programas de vários dos novos governadores eleitos em 15 de novembro último.

Dado o caráter coletivo das reflexões contidas neste documento, seria impossível recordar todos a quem deve ser atribuída a proposta aqui apresentada. Seria injusto, no entanto, deixar de mencionar alguns nomes. Antes de tudo, não poderíamos deixar de agradecer aos professores Arlindo Gomes de Souza e Cristina de Albuquerque Possas; Secretário Técnico e Coordenadora dos Grupos Técnicos da CNRS, respectivamente. O primeiro possibilitou o apoio material à realização das discussões, à obtenção de documentos e à reprodução e circulação do material produzido pela CNRS e pelos grupos técnicos. A Professora Cristina Possas forneceu inestimável apoio técnico aos grupos, aperfeiçoando os temas discutidos, as propostas de arcabouço institucional sem as quais os trabalhos do grupo de financiamento não teriam sido viabilizadas. Sua motivação, mesmo nos momentos mais difíceis, foi imprescindível na continuidade das providências que deram origem a esta proposta.

Em seguida, mas não em menor importância, gostaria de agradecer aqueles que, mesmo com o pouco tempo de que dispõem, aceitaram a tarefa de se incorporar a esse grupo técnico

co e elaborar a proposta de financiamento setorial. São eles a Professora Beatriz Azevêdo, funcionária da SEPLAN, que participa da Comissão Nacional de Reforma Tributária coordenada pelo Professor Fernando Rezende. A Professora Beatriz Azevêdo contribuiu nas questões relacionadas aos impactos da Reforma Tributária e no esquema de relações financeiras e orçamentárias que irão delinear o sistema descentralizado de funcionamento da Reforma Sanitária, especialmente no que se refere aos Estados e Municípios.

O Professor Pedro Luiz Barros Silva, além de facilitar o acesso a documentos e informações valiosas sobre o processo de reestruturação da assistência médica da Previdência Social, formulou, com sua experiência de Secretário de Orçamento, Finanças e Controle do INAMPS, alguns princípios que norteiam a Reforma Sanitária Brasileira.

Muito se deve também ao Professor Miguel Murat, chefe do Departamento de Planejamento do INAMPS que com a sua experiência no processo de construção da programação e orçamentação integrada para 1987, contribuiu no estabelecimento dos fluxos de relacionamento entre Estados, Municípios, Unidades de Saúde e população, especialmente no que diz respeito a gestão financeira e ao controle das ações de Saúde num sistema unificado.

Os Professores Adolpho Chorny e Francisco Piola também contribuíram na presente proposta com suas reflexões escritas e sua experiência. O primeiro, chefe do Departamento de Planejamento e Administração da ENSP/FIOCRUZ, possui vasto conhecimento sobre a realidade dos serviços e sobre experiências de reformulação de sistemas de saúde em diversos países, e ajudou no sentido de evitar que algumas propostas formuladas não se constituíssem erros já cometidos em outras realidades internacionais. O segundo, técnico do grupo de estudos de saúde do IPEA em Brasília, detentor de grande bagagem na avaliação de programas de saúde ao nível federal, contribuiu, da mesma forma, na discussão de propostas que ga

rantissem, no plano financeiro, os objetivos últimos da Reforma Sanitária.

Por fim, cabe também ressaltar a importância do apoio institucional de órgãos como a FIOCRUZ, o INAMPS e a FUNDAP, esta última na figura do Professor Eduardo Fagnani, que promoveu um seminário sobre "Financiamento da Política de Saúde" em São Paulo no dia 16 de fevereiro último. Certamente que deste seminário emergiu o formato final de muitas das questões aqui abordadas.

O relatório encontra-se dividido em sete partes e dois apêndices. Na introdução são discutidos os problemas relacionados a montagem de um orçamento social unificado, bem como os princípios norteadores da Reforma Sanitária e os percalços e facilidades que tais princípios trazem na montagem de um sistema de financiamento do setor saúde, numa perspectiva de unificação de comando.

A segunda parte — as pré-condições financeiras da Reforma Sanitária — constitui-se no delineamento de algumas medidas financeiras de caráter mais geral, voltadas para organizar a sistemática de fundos governamentais, os orçamentos da União e da Previdência Social. Tais medidas devem ser tomadas com vistas a facilitar a obtenção de novos recursos para a saúde bem como a racionalização e a eliminação do desperdício dos fundos já existentes.

A terceira busca discutir a adequação da sistemática de financiamento setorial ao arcabouço institucional proposto para o novo sistema de saúde, levando em consideração a estratégia de implantação do sistema e seus desdobramentos no curto e no longo prazo.

Na quarta parte são levantadas questões relacionadas ao impacto da Reforma Tributária no sistema de financiamento setorial, especialmente no que diz respeito aos Estados e aos Municípios.

A quinta parte visa analisar novas formas de relacionamento do setor público com a rede privada de serviços de saúde, com ênfase em questões como redefinição dos papéis da rede privada, utilização mais intensa da rede pública e filantrópica e mais seletiva da rede contratada, recursos adicionais que tal mecanismo poderia gerar para o sistema e descentralização da sistemática de contratação da rede privada, ao nível dos Estados e Municípios.

A sexta parte tenta definir alguns mecanismos que possibilitem articular o financiamento e a gestão local e institucional das ações de saúde. Por fim, na última, são arroladas, de forma sintética, as principais propostas discutidas ao longo do relatório.

Construir um novo sistema de saúde no Brasil, com a abrangência e o escopo das tarefas propostas pela Reforma Sanitária não é tarefa que se realize da noite para o dia. Os vícios e deficiências do atual sistema nacional de saúde requerem um certo gradualismo bem como uma estratégia de implantação. Propõe-se, neste relatório, que os Estados sejam, na atual conjuntura, a primeira instância onde ocorrerá a unificação dos sistemas de saúde. Tal processo jamais poderá ser homogêneo, mas ao contrário, responderá objetivamente à realidade concreta de cada Região. Dos Estados sairão as propostas de distritalização e será desencadeado, conjuntamente com as Prefeituras, a unificação dos sistemas de saúde municipais. Dos Estados que, igualmente, serão formados os "lobbies" e serão garantidas as condições técnicas para unificação pela base do sistema ao nível nacional.

Dadas estas características, este relatório, antes de ser ponto de chegada dos trabalhos do grupo técnico de financiamento da CNRS, é ponto de partida para uma discussão mais aprofundada do tema, seja nas Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, seja nos grupos que se formarem para discutir o assunto na Assembléia Nacional Constituinte.

André Cezar Medici

26 de fevereiro de 1987

## I - INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária brasileira vem sendo proposta como estratégia destinada a desencadear, no curto prazo, uma ampla reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com vistas a cumprir os princípios e objetivos fixados pela VIIIª Conferência Nacional de Saúde. Os caminhos a percorrer, tendo em vista a Reforma Sanitária, vem sendo intensivamente discutidos no ultimo ano, seja em órgãos governamentais, nas universidades, nos meios de profissionais ligados à área, seja no seio dos movimentos sociais e de trabalhadores. Com toda essa ampla gama de discussões, torna-se difícil obter consenso, especialmente em questões específicas e que envolvam procedimentos operacionais mais a miúdo. Buscando garantir um maior nível de homogeneidade de propostas e tendo em vista avançar sobre as diretrizes que surgiram a partir da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, foi criada, no segundo semestre de 1986 a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), cuja composição buscou englobar todos os seguimentos sociais e profissionais interessados no estabelecimento de uma nova política de saúde para o país.

O conjunto de propostas e diretrizes que surgem dos trabalhos da CNRE, cujo prazo final de funcionamento é 10 de março do corrente ano, levam em consideração uma série de princípios éticos e sociais, próprios de um setor que, como o de saúde, tem, antes de tudo, responsabilidade pela vida e pelas condições sócio-econômicas inerentes ao perfil da doença na sociedade brasileira. Portanto, a Reforma Sanitária não se resume a mexidas no organograma setorial, planos de isonomia salarial para os funcionários do setor e, até mesmo, em garantir para todos um dado número de vacinas, consultas e internações por ano. Na medida em que ela se propõe a, conjuntamente com as demais políticas sociais, reverter o quadro de determinantes sociais da doença, a Reforma Sanitária pretende trazer, em última instância, uma transformação mais profunda das relações do Estado com a Sociedade na dinâmica das políticas de saúde.

Com esse espírito, o conjunto de princípios e propostas que norteiam os trabalhos da CNRS podem até ser considerados distantes ou de difícil obtenção, embora sejam absolutamente imprescindíveis na sensibilização e mobilização social dos atores envolvidos no processo de mudança.(1) Mas ao mesmo tempo, a consecução de tais princípios e propostas traz a baila a necessidade de se estabelecer um "modus operandi" mais integrado com todo o conjunto das demais políticas sociais, o que implica em formas de financiamento que levem em conta tal integração.

O perfil de saúde da população brasileira é resultante de uma série de determinações expressas pelas condições de pobreza e pela desigualdade de renda e acesso a condições dignas de alimentação, moradia, educação e qualidade do meio-ambiente. Os últimos dados disponíveis, relativos ao ano de 1985, revelam que 43% dos trabalhadores no Brasil recebem até 1 salário mínimo mensal; 28 milhões de ocupados não são contribuintes da Previdência Social (47% do total de trabalhadores); 57% dos empregados assalariados não tem carteira de trabalho assinada, 20,7% das pessoas de 15 anos ou mais são analfabetas, 22,7% dos domicílios urbanos não tem sistemas adequados de abastecimento d'água e 36,0% não tem instalações adequadas de esgoto. Apesar da inexistência de informações recentes, pode-se dizer que mais de um terço das crianças com menos de 5 anos sofrem risco nutricional, o que se reflete nas altas taxas de mortalidade infantil que ainda tem nas doenças do aparelho digestivo e respiratório as principais causas de morte.

Essas rápidas pinceladas do quadro social brasileiro evidenciam que não existe sistema de saúde que, isoladamente, possa avançar até o ponto em que sejam atingidas as condições de saúde hoje vigentes nos países desenvolvidos. Uma reforma sanitária requer, para seu pleno desenvolvimento, uma reforma social, pois alcançar a meta de obter para todos os cidadãos um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva significa adotar um enfo-

que não restrinja a saúde simplesmente à ausência de enfermidade, mas considere-a como expressão de uma adequada qualidade de vida.

A Política social brasileira tem sido historicamente marcada pela compartimentalização. São propostos programas de saúde dissociados da política educacional, da política nutricional, das medidas redistributivas no campo da produção e da renda, da política urbana (saneamento, habitação e proteção ao meio-ambiente), etc. Nos últimos anos essa compartimentalização atingiu o interior de cada setor da política setorial. Assim, ao separar assistência médica de saúde pública, o desenvolvimento urbano de política de transportes, o saneamento básico de política de proteção ao meio ambiente, só para citar alguns exemplos, se impede, na prática, que os recursos alocados nesses setores sejam gastos adequadamente, promovendo, em paralelo, uma justaposição de esforços em algumas áreas, associada a escassez de recursos em outras. A compartimentalização da política social traz ainda graves seqüelas como a impossibilidade de uma efetiva articulação setorial e o decorrente crescimento das máquinas administrativas, pois cada setor passa a ter seu próprio escritório de planejamento e administração de seus recursos. A resultante de todo esse processo é expressa no desperdício de recursos, na baixa eficácia social dos projetos e na ausência de resolutividade na ponta da linha dos serviços.

### I.1 - A necessidade de um orçamento social integrado

Uma adequada política de saúde requer que o sistema educacional promova, ao nível básico, as medidas de educação sanitária para a população, indispensáveis para evitar a transmissão de endemias e para garantir a saúde em todos os aspectos relacionados a higidez. Da mesma forma é em conjunto com o sistema educacional que serão formados os quadros de nível técnico e superior que ocupam o interior das instituições de saúde.

A produção de alimentos e sua distribuição seja pelas vias de comercialização ou pela simples doação à populações carentes, exige uma política agrícola adequada, que forneça alimentos básicos, forma estoques reguladores, estabeleça condições de armazenagem e crie mecanismos de distribuição que jogam ao clientelismo o qual ainda impede uma adequada política alimentar no Brasil, indispensável a redução do risco nutricional nas regiões mais carentes do país.

A articulação entre os programas de saneamento básico e de saúde é fundamental, tendo em vista priorizar o investimento em áreas onde as condições sanitárias ameaçam mais fortemente à saúde da população. Da mesma forma os investimentos em infra-estrutura no campo de produção de equipamentos médicos, fármacos e imunobiológicos e medicamentos criam uma larga ponte entre a política de saúde e as políticas de ciência e tecnologia e industrial. Isso sem não citar a fiscalização das condições de trabalho, de moradia e de lazer, o que estabelece forte ligação entre a política trabalhista/sindical e a política urbana e de meio ambiente com as medidas no campo da saúde.

Não resta dúvida que uma maior articulação entre todos esses campos de política social e econômica traria não só a possibilidade de um planejamento mais integrado como também aumentaria a resolutividade na ponta da linha de seqüelas, cuja causalidade é, sabidamente, multivariada. O melhor ponto de partida para iniciar essa descompartmentalização seria a montagem de um orçamento social integrado que visse a unificar todas as fontes e todos os fundos de receita vinculados à programação sociais.

Ao longo dos últimos vinte anos, ocorreu um progressivo esvaziamento dos recursos a disposição dos órgãos governamentais da administração direta ligados a execução de programas sociais, fazendo com que os recursos do orçamento fiscal fossem insuficientes para o custeio das ações sociais básicas. Em contrapartida foram criados fundos sociais que

tados e Municípios passassem a deter autonomia, não só na gestão, como no financiamento de suas ações de política social.

A integração dos Orçamentos Sociais dos Estados e Municípios com o Federal ocorreria a partir de um fluxo de planejamento ascendente. As esferas de gestão desses orçamentos sociais unificados poderiam ser a Secretaria do Tesouro do Ministério da Fazenda, no caso do Governo Federal, e as Secretarias de Fazenda dos Estados e Municípios, no caso das esferas administrativas descentralizadas. A execução financeira dos orçamentos sociais seria feita pelos Ministérios ou Secretarias setoriais (Educação, Saúde, Previdência Social, Desenvolvimento Urbano, etc.), sendo que os recursos aplicados em cada setor contariam com a decisão de conselhos representativos da sociedade civil que participariam, não só da elaboração do orçamento setorial, como também da fiscalização de sua execução.

Embora haja o reconhecimento de que essa seria a melhor forma de programação e gestão do gasto social, a tarefa de montar um orçamento social unificado, em todas as instâncias administrativas e com todos esses mecanismos, é de difícil consecução no curto prazo. Esta dificuldade prende-se a uma série de condicionantes, cabendo destacar:

- a) A diversidade dos mecanismos de organização administrativa e gestão de cada setor de política social. Alguns setores já se encontram com propostas bem avançadas, até mesmo ao nível da execução, enquanto outros requerem uma revisão total de suas linhas de atuação e seus planos de cobertura;
- b) As dificuldades de se negociar tecnicamente uma alocação conjunta de recursos para os sub-setores sociais que, historicamente, tem sido uma negociação política. Em linhas gerais, pode-se dizer que alguns Ministérios tem receita pró-

pria e não abrem mão de suas receitas, enquanto outros, por não apresentarem capacidade autônoma de arrecadação, tem seus recursos determinados, em boa medida, pelo prestígio do titular da pasta, pela qualidade dos trabalhos de sua equipe técnica e pela magnitude do tráfico de influência relacionado ao setor;

- c) A capilaridade dos programas sociais ao nível dos Estados e Municípios. Apesar da excessiva centralização federal de recursos, alguns setores como saúde e educação, por exemplo, já são parcialmente assumidos pelos Estados e Municípios. Outros, como é o caso das políticas de alimentação e nutrição, são quase integralmente centrados no Governo Federal. É imprescindível aumentar a autonomia dos Estados e Municípios, de forma homogênea, na dinâmica de suas ações sociais, mas isto envolve tempo, qualificação de quadros técnicos, montagem de estruturas de planejamento, avaliação e controle, enfim, uma série de condições que não são passíveis de serem obtidas no curto prazo.

Todas essas dificuldades, somadas a outras de ordem política, impedem que haja uma homogeneidade em cada setor de política social. A montagem de um orçamento social unificado "top-down", nesta perspectiva, certamente traria mais vantagens para os setores mais organizados e menos para os mais incipientes o que, ao invés de possibilitar um desenvolvimento social harmônico e integrado, poderia até desbalancear ainda mais o quadro de alocação do gasto social, fazendo com que os setores com menor grau de organização tivessem um desenvolvimento inequitativo com relação aos demais.

Sugere-se, portanto, como proposta, que ao invés de se montar um orçamento social, ao estilo "top down", seja utilizada a estratégia de agregação setorial para obtenção

desse orçamento. Na primeira, a produção da peça orçamentária seria imediata e simultânea para todos os setores. Na segunda, a montagem seria gradual, podendo terminar somente depois de alguns anos. Os ramos mais bem estruturados de política social seriam, certamente, os mais aptos a se inserirem nesse sistema de planejamento e gestão do gasto social no Brasil. Dentro desses ramos, certamente o de saúde é um dos que se encontram mais avançados.

Seria desejável aproveitar parcialmente as experiências de integração das ações de saúde já existentes, como é o caso das Ações Integração de Saúde, reformulando o que fosse necessário, aumentando a representatividade dos colegiados existentes e dotando-os de infra-estrutura técnica compatível com essas novas responsabilidades de natureza gerencial. Um orçamento unificado do setor saúde poderia se iniciar com a constituição dos Fundos Únicos Estaduais de Saúde (FUES). Estaria garantido, assim, o início da descentralização, não só do processo de orçamentação, como também de gestão dos recursos para a saúde. Os FUES seriam compostos por recursos orçamentários dos Estados, redefinidos em novos patamares em função do processo de Reforma Tributária, e pela descentralização dos gastos federais com saúde pública e assistência médica. Isto, na prática, significaria que as redes básicas do INAMPS e do Ministério da Saúde (SUCAM e Fundação SESP) passariam a ser gerenciadas pelas administrações estaduais e que os recursos financeiros para tal custeio sairiam do orçamento Federal e passariam a ingressar no orçamento dos Estados. A constituição dos orçamentos estaduais unificados de saúde constituiria o ponto de partida para unificação dos sistemas municipais de saúde, a partir de uma estratégia de distritalização sanitária, bem como facilitaria a unificação do sistema ao nível do Governo Federal, com a posterior criação de um Ministério único do setor. Assim, ao fim do processo, passar-se-ia a ter, no nível federal, um Fundo Único de Saúde (FUS), composto por fontes tributárias e pela parcela dos recursos ainda remanescentes de outros fundos sociais com componentes vinculados ao gasto com saúde.

Os demais fundos únicos de saúde descentralizados ( Estados, Municípios e Distritos Sanitários) seriam integrados verticalmente pela via do planejamento com o FUS. Certamente que, haveria radical mudança de enfoque da execução das ações de saúde, de forma que aos distritos sanitários, municípios e estados seriam atribuídas funções de caráter mais executivo; e ao Governo Federal caberiam, prioritariamente, ações de caráter normativo, ou ligadas ao desenvolvimento científico e tecnológico do setor e ao estabelecimento das grandes linhas programáticas.

Embora este pequeno resumo dos mecanismos de operação financeira do setor saúde tenha que ser mais detalhado, o que será feito neste relatório, acredita-se que se procedimento similar fosse adotado em todos os setores sociais, haveria a possibilidade de montar, por agregação, um orçamento social nos níveis federal, estadual e municipal. Isto não significa descartar a proposta de montar orçamentos sociais unificados no país (que até recentemente vinham sendo propostos de forma "top down"), mas sim estabelecer estratégias realistas que tragam a sua efetiva realização.

## I.2 - Os princípios da Reforma Sanitária e sua Factibilidade Financeira

Para entender a reformulação do sistema nacional de saúde, numa perspectiva de unificação programática e financeira, é imprescindível o conhecimento dos princípios que irão nortear a Reforma Sanitária no Brasil. Yonatic

Acredita-se que haja consenso 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, a integralidade das ações, a

descentralização e a participação social. A universalização consiste em estender o acesso à toda população, através do setor público, independentemente dos vínculos de contribuição e das condições sócio-econômicas de cada indivíduo. 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 à garantia de um dado patamar de equidade. Os indivíduos que quiserem ter acesso a serviços individualizados, ou as empresas que criarem ou mantiverem planos especiais de saúde para seus funcionários podem fazê-lo desde que tais serviços não sejam 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 medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e ações normativas e indicativas das áreas de distribuição de alimentos, produção de fármacos, equipamentos e medicamentos, saneamento básico, controle ambiental e acompanhamento do estado nutricional da população; numa perspectiva integrada ao nível da rede de serviços. Isto sem contar as questões ligadas ao dimensionamento, ampliação e capacitação dessa mesma rede, seja no campo do planejamento e construção de unidades físicas, seja na área de formação de recursos humanos. A descentralização consiste na passagem do planejamento e execução dessas atividades para as esferas estaduais e municipais, sob orientação e assistência técnica, quando necessária, do Governo Federal, buscando uma aproximação coerente da tomada de decisões com a própria ação finalística. A participação consiste, antes de tudo, no reconhecimento de direitos dos usuários (a população) em exercerem o controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando ao mesmo tempo a participação efetiva dos profissionais de saúde nesse processo.

Do ponto de vista do financiamento, esses cinco princípios envolvem o conhecimento de certas informações que garantam o mapeamento do investimento para a universalização e equidade, em face dos recursos físicos e financeiros atualmente disponíveis, bem como o gasto em custeio do novo sistema, incluindo, entre outras, as despesas com formação de recursos humanos, isonomia salarial dos quadros funcionais do setor público, 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 por exemplo algumas funções na área de saúde do trabalhador e saneamento básico, por exemplo, cujos recursos concentrados no Ministério do Trabalho ou no extinto Banco Nacional da Habitação teriam que ser partilhados por função, cabendo uma parte da alíquota à área de saúde.

A questão da descentralização estará, em parte, de terminada pela reforma tributária, pela repartição dos fundos sociais e pela magnitude de recursos necessários a operar a rede de serviço, repassadas aos Estados e Municípios, da mesma forma que o princípio da participação traz a baila a necessidade de construir sistemas de monitoramento do fluxo de recursos e da eficácia do gasto.

Além dos princípios jornalísticos, existe consenso quanto a alguns princípios estratégicos ou organizativos da Reforma Sanitária. Consideram-se princípios estratégicos ou organizativos aqueles indispensáveis para que os princípios finalísticos sejam atingidos da melhor forma possível. No atual estágio são considerados estratégicos ou organizativos os princípios da integração institucional; da regionalização /hierarquização; da distritalização e da gestão colegiada. Por integração institucional define-se a ruptura com todo o sistema multi-institucional hoje existente no setor; responsável, em grande medida, pela duplicação de esforços; desco-ordenação; ausência de cobertura em algumas regiões e pela inoperância do sistema de planejamento setorial. A integra-

ção institucional requer a constituição de um sistema único de saúde, com a criação de comandos únicos em cada esfera do Governo. Ao que tudo indica, os Estados serão os primeiros a unificar seus sistemas de saúde, mas a unificação completa requer, no longo prazo, sua extensão aos municípios e ao Governo Federal.

Por regionalização/hierarquização, entende-se a forma de assegurar o acesso aos recursos tecnológicos necessários ao atendimento de todo e qualquer cidadão, na complexidade que cada caso mereça. Isto requer 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 adequadas a um dado perfil socio-epidemiológico e com um nível satisfatório de complexidade tecnológica e resolutividade.

A distritalização seria a forma de caracterizar a unidade espacial-operacional básica do Sistema Único de Saúde, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área quanto às ações básicas de promoção, proteção e recuperação da saúde voltadas tanto para as pessoas quanto para o meio.

Por fim, a gestão colegiada é o instrumento básico tanto da articulação entre os interesses das várias esferas do Governo, como da participação de vários segmentos sociais na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

Os princípios estratégicos ou organizativos também apresentam implicações no campo do financiamento setorial. A integração institucional exige que se construam orçamentos unificados para o setor, não só nos níveis estadual, municipal e distrital, mas também ao nível central, como foi discutido anteriormente. As questões ligadas a regionalização/hierarquização trazem complicações como a determinação dos níveis de complexidade tecnológica dos serviços atinentes às três esferas de Governo. Alguns defendem que os Municípios

deveriam ficar com a atenção primária, os Estados com o nível secundário e o Governo Federal com os níveis de atenção terciária ou com atividades mais especializadas como hospitais, centros de referência em algumas especialidades (câncer, cardiologia, pneumologia, etc.). Mas a proposta dominante é que o nível de complexidade seja definido autonomamente em cada Estado, a partir dos planos Estaduais de Reforma Sanitária e que cada distrito detenha e administre a complexidade de serviços necessária ao seu quadro sócio-epidemiológico. Resguarda-se, apenas, a idéia de manter os hospitais centro-de-referência para uma dada especialidade nos níveis federal ou estadual. Todas essas propostas envolvem formas de custeio e planejamento das ações diferenciadas.

A distritalização também envolve problemas atinentes à questão do financiamento. Além de ser competência de cada Estado definir, em conjunto com as administrações municipais, sua estratégia de distritalização, pode-se dizer que o tamanho dos distritos irá variar em relação ao espaço municipal. Municípios muito complexos, seja pelo tamanho de sua população, pela rede de serviços que dispõe ou pelo quadro socio-epidemiológico apresentado, tenderiam a ter mais de um distrito sanitário, enquanto que municípios de menor complexidade a maior homogeneidade do quadro sanitário, pouco servidos por estabelecimentos de saúde, poderiam conter apenas um distrito sanitário ou se consorciar com outros municípios próximos e com as mesmas características, com vistas a formação de um único distrito.

Pode-se afirmar que as questões relacionadas aos princípios finalísticos apresentam soluções mais homogêneas. No entanto, as características regionais serão importantes na definição das estratégias individuais que cada Estado terá que adotar tendo em vista a operacionalização dos princípios organizativos. Assim, distintos critérios poderão ser utilizados na regionalização, pressupondo sistemas diferenciados de gestão financeira. As diferentes concepções quanto a questão da hierarquização não permitem estabelecer custos

e dimensionar os recursos para montagem dos orçamentos estaduais. Provavelmente, o trabalho das Comissões Estaduais de Reforma Sanitária poderão dar respostas a essas questões.

Conclui-se, portanto, que os princípios finalísticos e os princípios organizativos ou estratégicos são importantes na definição das linhas gerais de ação da Reforma Sanitária, mas só será possível avançar no essencial à luz das condições específicas de cada região, com a participação dos Estados e Municípios na análise das perspectivas e dos obstáculos à sua implementação. Isto permitirá, num momento posterior, a consolidação dos Planos Estaduais da Reforma Sanitária e, mais especificamente, dos mecanismos de financiamento intrínsecos à realidade de cada Estado.

Os princípios delineados na estratégia da Reforma Sanitária não são intangíveis; mas isso não significa que possam ser obtidos unicamente através de um decreto presidencial ou de um artigo da Constituição. Na verdade, um longo processo de aproximações sucessivas terá que ser posto em prática para que tais princípios sejam atingidos gradualmente. A questão da universalização, por exemplo, mesmo que entendida legalmente à toda a população, fica limitada nas regiões onde não existem serviços de saúde públicos. A dificuldade de acesso é mais forte que as palavras do legislador quando se trata de ser atendido pelos serviços de saúde nessas regiões. Isto se aplica, por exemplo, ao caso do trabalhador rural que, mesmo com o decreto nº 98.770, de 10/6/86, (o qual determina que os convênios rurais sejam remunerados da mesma forma que os urbanos) continua não sendo adequadamente atendido, em virtude de não ter sido adotada a simples inclusão da população rural como beneficiária dos contratos ou convênios urbanos. (6) É lógico que, para isto ser feito, o MPAS teria que comprar uma briga interminável com os sindicatos dos setores organizados, com o setor de prestadores privados e com alguns segmentos profissionais do INAMPS que, por motivos diferenciados, defendem a manutenção da separação dos sistemas de contratos de assistência médica para beneficiários urbanos e rurais.

O princípio da equidade é ainda mais problemático sob esse prisma. Trata-se de discutir até que nível será garantida a equidade (ao nível da cirurgia plástica; do transplante de rim; ou com níveis de complexidade mais baixos?). Essa pergunta não poderá ficar sem resposta por muito tempo. Poderá ter até uma resposta diferente em cada região, em função dos recursos disponíveis, da rede de serviços existentes, dos recursos humanos, etc. Isto significaria incluir no vocabulário do planejamento em saúde o conceito de "equidade adstrita a uma dada região" que, na prática, já existe no interior do próprio setor público, por problemas relacionados às chamadas economias de aglomeração. Mas qualquer que seja a via, terá que ser apontada uma solução para o problema do patamar de equidade, pois caso contrário, não existirão recursos que sejam capazes de dar conta do financiamento setorial. Nesse sentido, a estratégia mais recomendável é propiciar, sempre quando possível, um patamar mais baixo de equidade em todas as regiões, segundo os recursos disponíveis, e ir paulatinamente aumentando esse patamar para os níveis desejados. Além do mais, a questão da equidade de acesso, em termos globais, é impossível de ser atendida em economias de mercado onde a operação da rede privada determina a existência de serviços diferenciados para aqueles que podem pagar. O ideal de equidade de acesso aos serviços de saúde em sociedades como a brasileira, é alcançar, com o setor público, o mesmo patamar de atenção médica disponível por aqueles que podem pagar pelos seus próprios cuidados com a saúde.

A questão da equidade fica ainda mais distante quando observamos que existem mecanismos detonados pelo próprio setor público que mantem iniquidades de atendimento para clientela especiais. É o caso dos funcionários de algumas empresas estatais e órgãos ministeriais que têm acesso a assistência médico-hospitalar gratuita ou subsidiada; dos incentivos fiscais à dedução integral do imposto de renda dos gastos com assistência médica que, obviamente beneficia os que ganham mais e das empresas privadas, que, igualmente, têm incentivos fiscais e dedução do imposto de renda ao oferecerem

serviços médicos gratuitos aos seus empregados. Neste último caso, não se trata de defender a extinção desses serviços mas a sua atual forma de subsídio através do gasto público.

Todos esses mecanismos, além de promover iniquidade, desviam recursos públicos que poderiam melhor ser distribuídos na consecução de metas ligadas aos princípios de universalização e equidade.



## II - AS PRÉ-CONDIÇÕES FINANCEIRAS DA REFORMA SANITÁRIA

Uma estratégia de envergadura política e técnica, como a Reforma Sanitária, exige, necessariamente, vultosos recursos. Nessa perspectiva, é imprescindível estabelecer uma série de pré-condições que possibilitem a obtenção desses recursos e sua aplicação nos moldes dos princípios anteriormente descritos.

A menor parcela dos recursos que hoje custeiam as ações de saúde provém de fundos da Previdência Social. Tais fundos, na medida que são constituídos majoritariamente por alíquotas arrecadadas em cima da folha de salários (seja na contribuição dos empregadores, seja na contribuição dos empregados), tornam-se vulneráveis com as variações do emprego e da massa de salários, especialmente nas épocas de crise, quando os salários e o volume do emprego caem em proporções maiores do que a massa de lucros. Nessas ocasiões, as arrecadações da Previdência Social se contraem, o que traz grandes ônus para os beneficiários, não só pela contração dos recursos destinados a aposentadorias e benefícios de seguro, como também pela redução dos gastos com a assistência médica da Previdência Social. Estes últimos tendem a ter perdas relativas maiores que os primeiros, pois os gastos com aposentadorias e benefícios constituem-se compromissos fixos da previdência, enquanto os gastos com saúde estão mais sujeitos a cortes, por ser menor o controle dos usuários sobre o patamar dos serviços prestados e sobre a magnitude da cobertura dos programas de assistência médica. Tal fato pode ser ilustrado claramente no Brasil, a partir da crise dos anos oitenta. Em 1976 os gastos com assistência médica (INAMPS) da Previdência Social chegaram a 32% da receita do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS). Com a crise que se inicia em 1979 essa participação começa a declinar gradativamente, atingindo em 1983 seu ponto mais baixo (21,9%). Apesar da participação relativa dos gastos com assistência médica do complexo previdenciário voltar a crescer em 1984 e 1985 ela sequer atingiu o patamar existente em 1981 e existem evi

dências que tal participação caiu de 26,3% para 23% entre 1985 e 1986, o que mostra a precariedade dessa base de financiamento setorial não só para o custeio, mas principalmente para o investimento em novos programas de saúde. (3)

Com base nessas evidências, torna-se importante detalhar algumas das pré-condições necessárias a montagem de uma sistemática de financiamento que tenha como meta os princípios finalísticos, e como estratégia os princípios organizativos da Reforma Sanitária:

1. Garantir maior estabilidade às receitas que irão financiar o custeio e o investimento dos programas de saúde em bases mais adequadas;
2. Garantir maior justiça social na distribuição dos ônus das contribuições ao financiamento setorial e maior igualdade no acesso aos serviços, tanto para aqueles que diretamente contribuem como para aqueles que contribuem indiretamente. Vale dizer que qualquer cidadão brasileiro encontra-se em uma das duas situações, o que faz com que o sistema tenha que ser universal, não apenas por ser direito do cidadão, mas também pela universalidade da própria base de sustentação financeira do sistema;
3. Garantir maior aporte de recursos para o setor com vistas a possibilitar estender a cobertura, melhor aparelhar os serviços e criar as condições necessárias para a integralidade. Isto deve significar não apenas maiores patamares de investimento, mas também maiores volumes a serem gastos em custeio;
4. Garantir uma efetiva racionalização dos gastos do setor, o que implica na criação de mecanismos de controle e avaliação da aplicação de recursos que passem por um processo de gestão e

acompanhamento social da sistemática do gasto;

5. Garantir uma efetiva descentralização do planejamento das ações de saúde acompanhada por uma real desfederalização do gasto. Para isso, grande parte dos recursos hoje controlados pela União vão ter que ser repassados para o orçamento dos Estados e dos Municípios;
6. Garantir a adoção de estratégias de transição que permitam estabelecer metas reais de cobertura dos serviços de saúde, bem como os prazos para alcançá-las. Para isso, seria de grande relevância, com base nessas metas, o levantamento dos gastos em investimento e custeio da Reforma Sanitária, ao nível dos Estados e Municípios.

A melhor forma de garantir estabilidade aos fundos financeiros voltados para a saúde seria vincular as receitas do setor ao orçamento do Tesouro. Existe uma razão de ordem tributária para explicar esse fato: os recursos do orçamento do tesouro costumam provir de fontes mais estáveis do que os fundos previdenciários, que crescem ou decrescem de acordo com o comportamento da massa de salários. Os principais impostos que sustentam o orçamento fiscal da União são o imposto de renda e o imposto sobre produtos industrializados. O imposto de renda da pessoa física provem não só do rendimento assalariado mas de outras formas de renda pessoal (juros, aluguéis, dividendos, etc.), o que lhe garante uma estabilidade maior que a fonte "salário". O mesmo ocorre com o imposto de renda da pessoa jurídica e o IPI, onde as bases de arrecadação são respectivamente os lucros e o valor da produção. A estabilidade dessas fontes é portanto maior do que a relativa aos salários.

Assim, 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 exis

tentes nas economias desenvolvidas sustentam-se majoritariamente 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.

Portanto, devem ser pensadas formas de tornar a receita previdenciária mais estável às flutuações cíclicas da economia, o que só poderia ser feito no momento em que fosse diversificada a base da contribuição previdenciária. 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. (4)

Tais medidas vem solucionar, também, a questão colocada na segunda pré-condição financeira, ou seja, garantir maior justiça social na distribuição do ônus das contribuições ao financiamento setorial; pelo menos no que diz respeito à parcela do setor saúde que é financiado com fundos previdenciários.

É verdade que 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, a diversificação da base de contribuição, especialmente no que diz respeito a criação de uma alíquota sobre o lucro bruto, poderia ser de grande importância nessa dupla tributação previdenciária dos contribuintes; ou seja, ao descontar do seu salário e ao pagar qualquer outro bem ou serviço disponível no mercado.

Outra sugestão adicional consiste em deduzir, única e exclusivamente da contribuição das empresas (calculada com base no lucro bruto) a parcela destinada ao custeio da assistência médica. Dessa forma, os segmentos trabalhadores mais corporativos não poderiam dizer que estavam financiando as condições de saúde dos não contribuintes, com perda de qualidade no atendimento, pois a destinação da alíquota previdenciária incidente em seus salários estaria sendo destinada unicamente para aposentadorias, pensões e benefícios, enquanto que a atenção universal à saúde estaria sendo, em parte, financiada por este novo critério de cálculo da contribuição patronal.

Logicamente que a instituição desses mecanismos não será imediata, havendo necessidade de estabelecer critérios que combinem tais formas com as atualmente existentes, numa perspectiva de transição. Devem, ainda, serem efetuados estudos econométricos que procurem testar a consistência desses mecanismos.

A terceira pré-condição; garantir maior aporte de recursos, traz também alguns problemas. Apesar de desejável, seria impossível substituir de imediato a parcela de recursos previdenciários aplicados em saúde por parte exclusiva do orçamento fiscal, no curto prazo. Estimativas fei-

tas para 1982, indicam que a Previdência Social era responsável por 78% do gasto federal com saúde; 50% do total dos gastos públicos no setor e 31% do gasto nacional total. Isto equivalia, naquele mesmo ano, a 1,4% do Produto Interno Bruto. Recursos dessa magnitude não podem ser gerados por receita tributária da noite para o dia. Assim, para garantir um patamar inicial de recursos é necessário que os gastos em assistência médica da previdência sejam mantidos nos atuais níveis. Recomenda-se que estes recursos sejam repassados aos Estados, conjuntamente com a gestão da rede própria do INAMPS e a administração dos contratos com a rede privada celebrados naquele Estado. Desse patamar inicial os repasses federais seriam, paulatinamente, substituídos por recursos próprios dos Estados aumentados pelo deslanchar do processo de descentralização tributária que irá se iniciar em 1988. Assim, no longo prazo, poderia ocorrer uma substancial perda de importância da fonte previdenciária no bojo de recursos alocados no setor.

O aumento dos recursos previdenciários voltados para a saúde ainda poderia advir da utilização dos fundos do Instituto de Resseguros do Brasil (IRB) constituídos com recursos do seguro obrigatório de acidentes de trânsito. Esses fundos, do qual o INAMPS nunca lançou mão, são vinculados ao setor saúde e constituem recursos bastante vultosos, na medida em que seriam em tese voltados para ressarcir o INAMPS dos gastos com acidentes de trânsito.

Mas os mecanismos de ampliação das receitas para o setor não se esgotam aí. A criação de um teto de isenção para as despesas com assistência médica privada das pessoas físicas 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 carregada para o Fundo Único de Saúde, através de maiores recursos do Tesouro para esta fun-

ção. 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 equivalia a 37% do gasto total do setor e mais de 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.

A quarta pré-condição, garantir uma maior racionalização dos gastos em saúde é de extrema importância. Vale dizer que em 1985 e 1986 o INAMPS obteve ganhos adicionais de recursos com os programas de racionalização e controle dos gastos. Este processo deve começar pelas Secretarias Estaduais de Saúde, responsáveis em primeira instância, pelo deslanchar do processo de Reforma Sanitária. Isto pressupõe, antes de tudo, um comando único dos recursos alocados no setor em todos os níveis de administração (Único, Estados, Municípios e Distritos Sanitários), tendo em vista racionalizar os recursos e evitar duplicações e desperdícios que poderiam ocorrer sem um orçamento unificado ou uma política de caixa única para o setor, em cada instância de administração.

A falta de racionalização do gasto em saúde é responsável pelo fato de que apenas uma pequena parcela dos recursos alocados no setor chegam ao beneficiário direto dos serviços. O restante é consumido pelo processo burocrático ou desperdiçado em duplicações, clientelismo ou corrupção sem chegar ao usuário.

A quinta pré-condição financeira — garantir u-

ma real desfederalização do gasto — é imprescindível num processo de descentralização das ações de saúde no Brasil. Como todos sabem, o Brasil sofreu, nos últimos vinte anos, uma excessiva centralização de recursos nas mãos do Governo Federal, o que, de um lado favoreceu uma aplicação desorientada dos recursos federais, em particular no que diz respeito ao gasto em saúde, e de outro esvaziou o potencial financeiro, técnico e normativo das Secretarias Estaduais de Saúde em corrigir as distorções do sistema em seus Estados. Com a descentralização dos recursos da União acenada pela Reforma Tributária e a transformação dos Estados em instâncias técnica e financeiramente capacitadas para planejar e executar ações de saúde no contexto de suas próprias necessidades, é urgente a criação dos Fundos Estaduais de Saúde (FUES) e de Conselhos Estaduais de Saúde. Os primeiros seriam compostos pelos recursos do orçamento estadual, agora acrescidos pela maior arrecadação dos Estados e pela maior partilha dos recursos da União e pela transferência de recursos do INAMPS para os Estados.

Os recursos transferidos pelo INAMPS corresponderiam ao equivalente ao pagamento do custeio e do investimento necessário às suas próprias instalações em cada Estado, acrescidos dos recursos repassados à rede contratada e dos fundos para gestão dos convênios de Ações Integradas de Saúde daquele Estado. O INAMPS, conjuntamente com os Estados, co-financiaria, também, os programas de investimento em criação de novas unidades, bem como os planos de reaparelhamento da rede existente e isonomia salarial dos funcionários do setor público. Os FUES seriam compostos ainda pelos recursos repassados pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial para programas especiais de Saúde.

Os Conselhos Estaduais de Saúde seriam uma espécie de instância deliberativa das Secretarias Estaduais de Saúde. Seriam responsáveis pela aprovação do orçamento e a supervisão técnica dos recursos alocados pelos FUES, os quais seriam geridos pelas Secretarias Estaduais. Isto garantiria

não só uma desfederalização do gasto, como também uma maior autonomia dos Estados na busca de soluções que correspondam às suas carências sociais e epidemiológicas.

A sexta e última pré-condição encontrada é a garantia de uma estratégia de transição financeira, que deveria começar a ser montada com a criação das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária. Um dos papéis mais importantes destas Comissões será fixar um cronograma de transição para implantação da Reforma e criação dos Sistemas Estaduais Unificados de Saúde. Para tal é necessário, do ponto de vista financeiro, estabelecer metas quantitativas de resolutividade (medida por indicadores sócio-epidemiológicos) e de produção de serviços; quantificar o quadro atual e mensurar a magnitude dos recursos físicos e financeiros necessários para se atingir essas metas. Nessa equação, provavelmente existirão três variáveis básicas: o tempo e os recursos necessários e a capacidade de formação bruta de capital para o setor. Se os recursos necessários forem muito altos e a taxa de investimento no setor for relativamente grande em função do permitido pela dinâmica do produto interno bruto ou formação bruta de capital do Estado e do país, logicamente que o período de transição será maior, ocorrendo o inverso quando os recursos necessários forem menores e o PIB estadual e nacional for mais elevado. Certamente que fatores de ordem política também irão influir neste esquema, cabendo destacar o grau de prioridade conferido aos investimentos frente a outras necessidades de investimento do Estado; o nível de pressão social por melhoria das condições de saúde; o grau de articulação política das lideranças do setor naquele Estado, em termos nacionais; etc.

Todas essas pré-condições financeiras terão que estar dadas para que a reforma sanitária possa deslançar. Algumas, no entanto, dependem de estratégias nacionais relativas a reestruturação do sistema tributário e previdenciário do país. Outras dependem da forma estadual de organização da sistemática de gasto e orçamentação do setor.

### III - OS FLUXOS FINANCEIROS DO SETOR FRENTE A UM NOVO ARCABOUÇO INSTITUCIONAL

O novo arcabouço institucional proposto pela CNRS tem, na unicidade de comando do setor saúde em cada esfera político-administrativa descentralizada, um dos seus pilares de sustentação. A longo prazo, o sistema de saúde deverá ser formado por um Ministério Único no nível Federal; por Secretarias Estaduais de Saúde que englobem todas as atividades de âmbito estadual; por regiões de saúde, que seriam divisões administrativas ou de planejamento de cada Secretaria Estadual de Saúde; pelas Secretarias Municipais e, finalmente, pelos Distritos Sanitários.

A divisão de trabalho entre estas esferas e órgãos deverá ter como base o princípio da descentralização. Assim, "... caberia a cada esfera de governo executar aquelas ações cuja abrangência corresponda ao território sobre a qual tem jurisdição. Isto é, aquelas ações e serviços hoje mantidos pelos governos estadual e federal e de alcance municipal seriam transferidas com os respectivos recursos para o comando do município; aquelas que atendem a vários municípios, seriam, da mesma forma, colocadas sob comando Estadual; e as de âmbito nacional seriam federais, cabendo ao nível federal a legislação e normalização das ações que se pretende tenham um mesmo padrão nacional." (5) Em certo sentido, as unidades de maior complexidade tecnológica que sirvam de centro de referência para âmbito nacional também deveriam ficar diretamente sob supervisão federal.

Do ponto de vista gerencial, as ações federais terão caráter preponderantemente normativo e as ações de âmbito estadual estarão voltadas para o planejamento, administração, controle e avaliação dos serviços prestados pela rede. As Regiões de Saúde serão divisões territoriais ligadas à Secretaria Estadual, cuja principal função é promover a coordenação e o apoio técnico a um dado conjunto de distritos sanitários.

As Secretarias Municipais de Saúde, a depender do tamanho, complexidade da rede de serviços e quadro nosológico da população, teriam papel maior ou menor na coordenação das ações de saúde de âmbito regional. Assim, em função dessas características, as Secretarias de Saúde dos municípios maiores teriam, sob sua coordenação, vários distritos sanitários, podendo existir, também, distritos sanitários cuja abrangência territorial envolvesse mais de um município. Nestes casos, as Secretarias de Saúde Municipais se consorciariam tendo em vista criar uma estrutura administrativa para aqueles distritos sanitários.

Nessa hierarquia institucional, destaca-se a importância do distrito sanitário como unidade operacional básica do sistema de saúde. Subordinado às Secretarias Municipais de Saúde, é no distrito sanitário que coincidirão as ações básicas de cuidado às pessoas com aquelas dirigidas ao meio, como vigilância sanitária, controle das condições de trabalho, vigilância ecológica, etc. A organização de cada distrito sanitário deverá buscar uma resolutividade própria e adequada às suas condições sociais e institucionais. Com esse espírito, "o distrito sanitário não se limitaria, portanto, a uma única planta física, mas abrangeria o conjunto dos recursos humanos e instituições (laboratórios, ambulatórios e hospitais públicos ou contratados sob controle público; centros de formação, etc.) existentes em uma localidade, configurando um complexo orgânico de serviços sócio-sanitários cuja delimitação geográfica seria definida por cada Estado, considerando a realidade local a partir de critérios previamente estabelecidos". (5)

### III.1 - A Sustentação Financeira do Novo Arcabouço Institucional

Do ponto de vista administrativo, a questão da unicidade de comando traz uma série de vantagens sobre as formas pretéritas de organização do setor saúde, como, por exemplo, a unificação dos fundos. A experiência do setor pú

blico 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 resolutividade na ponta da linha. De outro lado, pela pouca capacidade de cobertura social dos programas, acarretando na criação de clientelas 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. (4)

É certo que tal estratégia de unificação da gestão e dos recursos, numa perspectiva de descentralização poderá obter resistências não só das burocracias centrais, como também de segmentos corporativos de profissionais (especialmente federais) ligados ao setor. Torna-se, assim, necessário pensar em formas de aliança e captação política que tragam parte desses segmentos para os interesses mais gerais ligados à condução da reforma. (6)

Como foi visto na introdução deste relatório, seria ideal que os fundos que irão financiar os recursos para a saúde provenham de um orçamento social unificado. No entanto, a montagem de um Orçamento Social detem sérias dificuldades no curto prazo. 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. (4)

Convém assinalar que a formação dos fundos setoriais de saúde não deve ser pensada unicamente do ponto de vista lógico ou finalístico, mas sim a partir dos limites e

possibilidades colocados pelo processo político e pelas condições dadas pela política econômica do país. Sob este prisma, o primeiro nível onde deveria ocorrer a unificação é o Estadual.

Assim, os Fundos Estaduais de Saúde (FUES) seriam compostos por:

- a) parcela do orçamento fiscal dos Estados comprometida com os programas de saúde;
- b) repasses decorrentes da administração e execução das ações federais no âmbito dos Estados, como é o caso das redes da SUCAM, da FSESP e do INAMPS, que seriam transferidas para as unidades federativas;
- c) recursos destinados à execução de programas especiais, como é o caso do projeto NORDESTE, financiado com recursos do Banco Mundial;
- d) recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários, ainda existentes nos Estados, especialmente para os funcionários públicos.

Dos recursos assinalados na composição dos FUES, os itens a e b representam as maiores parcelas. O item a corresponde a uma fatia que poderá crescer na medida em que seja desencadeado o processo de reforma tributária, o que poderá aumentar as receitas fiscais em duas vias: de um lado, pela redefinição da estrutura tributária estadual de forma a torná-la mais eficiente na arrecadação e mais significativa no montante de recursos; de outro, pela maior transferência da massa tributária federal para os Estados e Municípios, através da redefinição dos fundos de participação (FPE e FPM) atualmente existentes.

O item b merece maiores comentários. Em documento recente (7) técnicos do INAMPS, apesar de concordarem

com os princípios gerais que levariam a unificação do sistema de saúde, colocaram sérias desvantagens na estratégia de "unificação por cima", representada pela simples fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde sem que nenhuma medida concreta tenha sido tomada previamente ao nível da rede de serviços. Dentre estas desvantagens destacam-se:

- a) Centralização do processo decisório e excesso de níveis administrativos, causando hipertrofia e agravando a eficiência dos mecanismos de decisão e de gestão;
- b) Discordâncias técnicas de autoridades do MPAS que consideram a contribuição previdenciária como recurso exclusivo de uso dos contribuintes e que, portanto, não admitem que tais recursos possam ser usados no financiamento de ações universais no campo da saúde.

Analisando o argumento b, chega-se a conclusão que, na realidade, a parcela que empregador para a título de contribuição previdenciária é parcialmente composta por recursos que vem da sociedade como um todo. Isto porque as empresas líderes, que tem a capacidade de formação de preços, transferem facilmente os custos decorrentes dessa prestação para os consumidores, embutindo tais custos nos preços dos produtos. Além disso, "recursos do FPAS estão destinados à política de universalização e equalização da assistência médico-hospitalar, envolvendo as rubricas relativas a remuneração de serviços prestados por hospitais universitários, convênios com secretarias estaduais de saúde, prefeituras municipais, entidades filantrópicas e privadas, além do atendimento universalizado na rede própria do INAMPS e das unidades do M.S." (7) Portanto, não há lógica nesse argumento.

Já o item a deve ser levado em consideração, pois a experiência brasileira de "centralizar para descentralizar posteriormente" dificilmente passa da primeira fase.

A vocação centralizadora (ao nível federal) e pluralista (ao nível institucional) da administração pública brasileira poderá, com o tempo, impedir o deslançar do processo e a consecução dos princípios norteadores da Reforma Sanitária. Isto sem contar as dificuldades políticas da unificação que são muito maiores ao nível federal do que ao nível estadual; principalmente quando Governadores e técnicos das Secretarias Estaduais assumem a responsabilidade de implantar a estratégia.

Com base nestas questões, o documento do INAMPS propõe uma unificação descentralizada, onde a estratégia esteja baseada na consolidação dos sistemas estaduais e municipais, tendo como unidade menor de operação e análise o distrito sanitário. "Este processo deve iniciar-se pela transferência da gestão das unidades próprias do INAMPS e do Ministério da Saúde (FSESP, SUCAM, etc.) para o âmbito estadual e municipal, excetuando-se hospitais de grande complexidade tecnológica, vinculados à pesquisa, por serem unidades de referência ao nível nacional." (7)

Do ponto de vista do financiamento, a consecução desta unificação descentralizada deve ser gradativa. Para tal o INAMPS aponta os seguintes passos:

- 1) Inicialmente a passagem não ocorreria com a transferência do patrimônio dos órgãos do INAMPS e do MS aos Estados. Isto somente ocorreria ao final do processo, estimado em dez anos.
- 2) O INAMPS e o M.S. repassariam, no primeiro ano, todos os recursos destinados a manutenção da rede própria nos Estados, pagamento de contratos e convênios com a rede privada, financiamento de programas de investimento e reaparelhamento da rede própria. Financiar

am ainda 50% da isonomia salarial (igual salário para igual função) para todos os funcionários de âmbito Estadual e 70% para os funcionários municipais das unidades que qui serem assumir a unificação.

- 3) A partir de 1988, a cada ano, 10% dos recursos do MS e INAMPS repassados aos Estados se riam substituídos por fontes próprias dos Es tados e Municípios os quais iriam aumentar com os recursos adicionais propiciados pela Reforma Tributária.

### III.2 - Os Fluxos Financeiros entre as esferas de Governo

Embora seja perigoso definir um prazo para efetivação desse processo, o que irá depender das condições técnicas, institucionais e financeiras de cada Estado, pode-se dizer que tal estratégia é altamente eficaz na formação da base financeira do processo descentralizado de unificação de comando. Com ela é possível obter recursos adicionais na composição dos FUES, pois, apesar de assumirem novas funções e passarem a administrar um maior número de unidades, os Estados poderão ter as ferramentas para cortar as duplicações e desperdícios, reduzir os fundos gastos com a rede privada, com as brechas encontradas na rede pública e filantrópica e, até mesmo, obter com esse processo, recursos decorrentes des se processo de racionalização.

Ao fim de determinado tempo as instituições exe cutivas ao nível federal (INAMPS, FSESP, etc.) estariam ex tintas e o papel da esfera federal passaria a ser preponde- rantemente normativo, o que facilitaria o processo de unifi- cação de comando ao nível federal. Os recursos destinados a manutenção dessa nova estrutura federal não precisariam mais advir de fonte previdenciária. O novo Ministério Único pode ria deter recursos provenientes unicamente de fontes do Te-

souro. Tais recursos deveriam ser em quantidade suficiente não só para financiar suas ações, mas também para ter reservas que pudessem, eventualmetne, socorrer Estados onde problemas emergenciais ou falhas na estrutura de captação de recursos pudessem comprometer o quadro sócio-sanitário ou a qualidade da prestação dos serviços de saúde. A soma de todos esses recursos disponíveis, ao nível federal, poderia constituir os Fundos Únicos de Saúde (FUS).

Não resta dúvida que a consolidação dos sistemas unificados nos Estados é condição sine-qua-non para a unificação do sistema ao nível federal, assim como será o ponto de partida para a criação de comandos únicos nos municípios e distritos sanitários. Isto porque somente a partir do momento em que deslanche a Reforma Sanitária nos Estados, com a criação das Comissões Estaduais da Reforma Sanitária, é que poderá ser montada, em conjunto com as administrações municipais, a estratégia de distritalização e de criação das Regiões de Saúde. A consolidação dos Fundos Municipais e dos Fundos Distritais de Saúde irá depender, portanto, desse processo.

Os Fundos Municipais e os fundos distritais seriam formados, em tese, segundo os mesmos princípios que definem os FUES. Em outras palavras, seriam compostos por recursos provenientes do orçamento fiscal dos municípios, adicionados dos recursos destinados ao gerenciamento das redes repassadas pelo INAMPS e pelo Ministério da Saúde. A processualística de transferência dos recursos repassados pelo INAMPS, de fonte previdenciária para fonte orçamentária própria dos municípios, seria similar ao que foi previsto com relação aos Estados.

Os Fundos Distritais seriam compostos por partes do orçamento fiscal do Município adicionados pelos repasses do INAMPS e do MS para o gerenciamento das redes transferidas com o processo de descentralização. No caso de distritos compostos por mais de um município, o fundo distrital

seria a soma dos fundos das municipalidades que compõem o distrito.

A composição dos Fundos de Saúde proposta depende, obviamente, de uma série de circunstâncias. A primeira será dada pela intensidade do processo de descentralização tributária no Brasil. Um processo menos intenso pode fazer com que os recursos federais do orçamento fiscal permaneçam elevados ao ponto de ameaçar os Estados e Municípios no desempenho de seus programas. Nesses casos, a autonomia financeira dos Estados e Municípios será bem menor e os programas que, eventualmente tiverem que ser operados pelo nível local precisarão de mais recursos federais. Isso pode modificar o sentido ou a intensidade do processo de unificação.

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 prazo necessário a consecução do novo arcabouço institucional e da sistemática de financiamento poderá ser bem longo.

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 freqüentes certamente na fase de implantação, ou situações emergenciais de

agravamento do quadro sanitário.

Toda a sistemática até aqui proposta, centrada na estratégia de implantar primeiramente a Reforma Sanitária nos Estados, tem como meta a criação posterior de um sistema único de saúde em todos os níveis. Embora não se tenha condição de projetar o tempo de implantação dessa estratégia, pois este irá variar segundo as condições existentes em cada Estado, pode-se pensar em grandes linhas, um esboço da estrutura de financiamento a que se quer chegar no longo prazo.

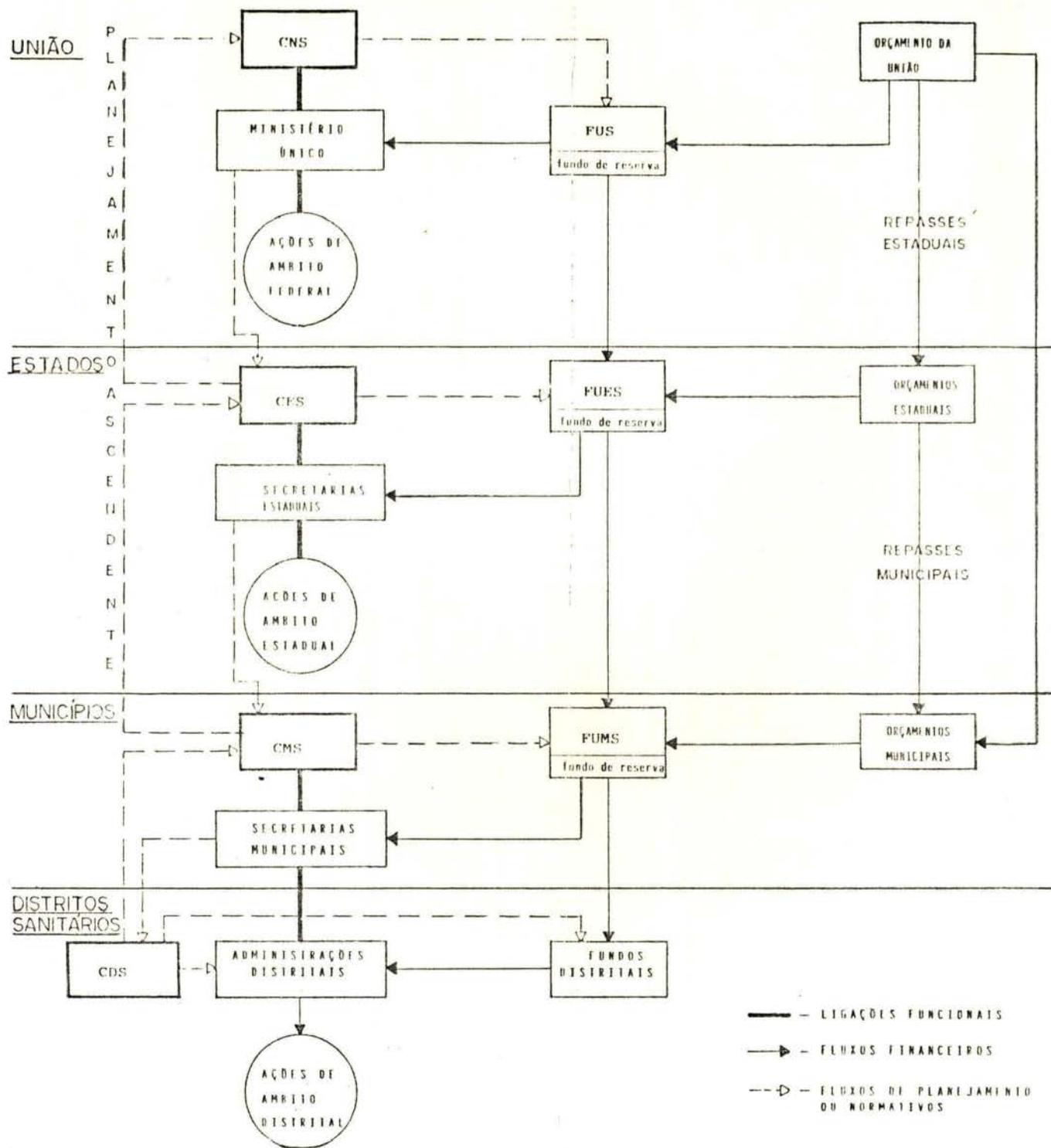
A figura 1 ilustra como poderão funcionar os mecanismos de gestão e repasse dos fluxos financeiros do setor saúde. Como instância máxima planejadora do sistema ter-se-á o Conselho Nacional de Saúde (CNS) que será composto por membros representativos do Governo Federal e Estaduais da Sociedade Civil e 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 alocação do FUS.

O FUS seria composto basicamente por recursos provenientes do orçamento da União para serem gastos com o setor saúde. Seu montante estaria quase que integralmente comprometido com os programas federais no setor. No entanto, o FUS teria uma de suas parcelas compostas por um fundo de reserva que poderia ser transferido aos FUES no caso de emergências, calamidades ou ausência de recursos por insuficiência de captação tributária dos Estados.

Os FUES seriam formados basicamente por recursos provenientes do orçamento dos Estados, oriundos de receitas tributárias próprias e transferências da União. 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

FIGURA 1

FLUXO FINANCEIRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ais de Saúde, as quais iriam executar as ações competentes às suas esferas. Da mesma forma que o FUS, os FUES teriam uma parte composta por um fundo de reserva para transferir aos municípios no caso de eventualidades que ocorressem no campo da saúde.

Os Fundos Únicos de Municipais de Saúde (FUMS) seriam formados por recursos dos orçamentos municipais provenientes de receitas tributárias próprias e transferências da União e dos Estados.

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 (Fundos Distritais) 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. Muitos Estados já detêm estruturas da administração indireta nesse sentido. Deve-se, no entanto, estudar a

#### IV - DESCENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA E REFORMA TRIBUTÁRIA

O sistema de fluxos financeiros e o novo arcabouço institucional descritos na parte anterior demandaram, certamente, uma maior descentralização dos recursos administrativos no campo da saúde. Isto implicaria na reversão da atual centralização federal dos recursos, especialmente no que diz respeito à Previdência Social que é responsável por 68% do gasto da União com saúde (dados estimados para 1987). Estimativas para 1982 mostram que o setor público federal respondia por 64% dos gastos públicos com saúde, enquanto que os Estados e os Municípios responsabilizavam-se por apenas 24% e 12%, respectivamente.

A reversão desse perfil de gastos, em favor dos Estados e Municípios, só poderia ser feita a partir de uma Reforma Tributária que desse conta, simultaneamente de:

- a) Elevar a participação global dos Estados e Municípios na massa tributária do país;
- b) Transferisse paulatinamente o gasto com a assistência médica da previdência social para o âmbito dos Estados e Municípios, evitando a duplicação de estruturas de financiamento, e promovendo o comando único e a gestão dos recursos nas mãos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

##### IV.1 - A Elevação da participação dos Estados e Municípios na massa tributária do país

Para aumentar as possibilidades dos Estados e Municípios elevarem seus gastos sociais e, particularmente com a função saúde é imprescindível a realização de uma Reforma Tributária que ponha mais recursos nas mãos das unidades administrativas descentralizadas. Existem duas formas complementares de viabilizar essa mudança. A primeira é au-

mentar a participação dos Estados e Municípios nas receitas partilhadas da União. Tais receitas correspondem aos chamados Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (FPE e FPM) bem como os impostos partilhados, como é o caso do Imposto Único sobre energia elétrica; imposto único sobre mineração e outros.

Os Fundos de Participação dos Estados e Municípios correspondem a cotas que são distribuídas a estas obras a partir dos principais impostos de incidência Federal - o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados. Ao longo dos últimos 20 anos a participação dos Estados e Municípios nas receitas tributárias da União teve seu ponto mais alto em 1968 (21,17%). A partir desse ano ela nunca mais alcançou a faixa dos 20%. Logicamente que os Estados e Municípios carecem de maiores recursos para implementarem seus programas sociais.

Paralelamente, a capacidade de arrecadação própria dos Estados e Municípios, a partir dos impostos de incidência estadual (ICM) e municipal (ISS, IPTU, contribuição de melhoria, etc.) é muito diversificada, variando de acordo com o nível de desenvolvimento econômico de cada região. Estados como São Paulo apresentam uma dependência financeira da União de apenas 7,5% de seu orçamento, enquanto que no Acre essa dependência chegava a 87,8% (dados de 1983).

Por todos esses motivos, uma reforma tributária deve ser capaz de corrigir tais desequilíbrios. É importante criar mecanismos de distribuição que permitam transferir proporcionalmente mais recursos aos Estados que detêm menor potencialidade de arrecadação.

Além da capacidade de arrecadação, outro critério de distribuição dos recursos federais nos estados e municípios deve ser a necessidade de programas de inversão, o que pode ser aquilatado pelo quadro de carências sociais de cada região. Nesse particular é importante que se crie uma base municipal (ou até mesmo distrital) de indicadores soci-

ais que permita diagnosticar o estudo de carência e apontar os caminhos para o investimento público. Em outras palavras, é importante que uma parte das receitas partilhadas corresponda a transferências vinculadas às demandas sociais e ao quadro social dos Estados e Municípios.

Por fim, mas não em menor importância, os recursos da União devem ser partilhados entre Estados e Municípios que apresentem projetos e tenham capacidade técnica e administrativa para implementá-los. Hoje, grande parte dos re cursos repassados aos Estados e Municípios ou não são aplicados ou gastos de forma inadequada e irresponsável. Propõe-se, portanto, que uma parte dos recursos partilhados corresponda ao desenvolvimento de projetos factíveis, seja na área de infra-estrutura econômica, seja no campo das políticas sociais, como forma de incentivar a melhoria dos quadros técnicos e da resolutividade das administrações descentralizadas.

Assim, para aumentar a participação dos Estados e Municípios nas receitas partilhadas da União, propõe-se que tal incremento seja feito através de 3 critérios: a) de forma inversamente proporcional à dependência financeira da Região; b) de forma diretamente proporcional ao quadro de necessidades sociais da população; c) de forma diretamente proporcional à apresentação de projetos factíveis em infra-estrutura econômica ou em políticas sociais.

A segunda forma de incrementar os recursos das esferas administrativas descentralizadas é aumentar o escopo dos impostos de incidência estadual e municipal, tornando-os menos regressivos e mais eficientes na arrecadação. Existem muitas formas de pensar esta questão. Uma delas é colocar a arrecadação vinculada à máquina de maior potencial de fiscalização (os Estados) e aumentado a margem de distribuição desta aos municípios. Neste caso, a distribuição poderia seguir os critérios que foram anteriormente definidos em nome das receitas partilhadas da União.

#### IV.2 - Os recursos para saúde do FPAS e dos demais fundos sociais

A reforma tributária de 1967 e seus posteriores desdobramentos, tiveram, no campo das políticas sociais, um efeito duplamente perverso. Ao mesmo tempo que reduziram a capacidade financeira dos orçamentos da União, Estados e Municípios em financiar gastos desta natureza, criaram formas extra-tributárias (calcadas seja em cima da folha de salários, seja com base no consumo direto de bens e serviços) de financiamento das políticas sociais. Tais formas podem ser visualizadas nos chamados "Fundos Sociais", aos quais, se for adicionado o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), compõe recursos equivalentes a 90% do orçamento fiscal.

Tal procedimento, por um lado, diminuiu o poder da administração direta em administrar recursos voltados para políticas sociais e, ao mesmo tempo, centralizou e incorporou os interesses privados na administração e prestação dos serviços de natureza social, o que correspondeu, em certo sentido, a uma privatização dos interesses do Estado. São exemplos das receitas desses fundos a contribuição previdenciária, que incide majoritariamente sobre a folha de salários e a contribuição do FINSOCIAL, que incide sobre a receita bruta das empresas privadas (ou sobre o imposto de renda devido das empresas públicas) e que oneram o consumidor através de seu repasse aos preços dos bens e serviços.

No caso da saúde, essa "privatização dos interesses do Estado" acarretou na criação de modalidades assistenciais, onde os recursos públicos financiavam o investimento da rede privada com crédito subsidiado (como foi o caso dos financiamentos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social — FAS — para a construção de hospitais privados) e, posteriormente garantiam a utilização da capacidade instalada através de contratos, credenciamentos e convênios do INAMPS, criando uma verdadeira reserva de mercado para o setor médi-

co-hospitalar privado. Ao mesmo tempo, a rede pública se deteriorava, principalmente nos Estados e Municípios que não recebiam recursos adequados para sua manutenção. Tal procedimento fez com que, ao longo dos anos setenta, a rede privada absorvesse 70% dos gastos do INAMPS. Já na década de 80, particularmente com o advento da Nova República, o percentual de repasses à rede contratada reduziu-se para menos da metade dos gastos do INAMPS e os convênios de Ações Integradas de Saúde (AIS), marcados pela reabilitação das vendas estaduais e municipais na estratégia de universalização das ações de saúde do INAMPS, passaram a absorver cerca de 12% dos recursos daquele órgão, contribuindo para resgatar a credibilidade das redes hospitalares e ambulatoriais descentralizadas (dados de 1986).

Mesmo assim, o estado da rede pública é lamentável, carecendo de investimentos em infra-estrutura e recursos humanos. Ao mesmo tempo, torna-se difícil prescindir integralmente da rede privada na prestação de serviços pela ausência adequada de oferta por parte da rede pública.

Por todos esses motivos torna-se imperioso acabar com os mecanismos centralizados de controle do gasto público na área social. Isto significa transferir sempre que possível os recursos potencialmente gerados por estes fundos para a administração direta descentralizada; desde que essa passe a deter mais eficiência; torne transparente suas aplicações e permitir um maior acompanhamento social da alocação desses recursos. Alguns fundos como o FINSOCIAL por exemplo poderiam ser estadualizados ou municipalizados, o que poderia ser feito pela simples extinção de seus mecanismos de arrecadação, no âmbito federal e pela criação de impostos ou sobretaxas (no valor correspondente) de competência fiscal dos estados ou dos municípios.

Logicamente que, no caso de fundos como o FINSOCIAL, deverá ser pensada uma estratégia de transição, na medida em que tais fundos apresentam ainda hoje compromettimentos plurianuais de seus recursos, o que significa que nos

próximos anos muitos recursos ainda serão desembolsados, pelo nível federal, por conta desses compromissos. Portanto, o mais adequado seria mudar a base de recolhimento da contribuição social que dá origem ao FINSOCIAL, passando-a do nível federal para o nível estadual. Isto poderia ser feito pela adição dessa contribuição ao novo imposto sobre valor adicionado que, segundo a Comissão de Reforma Tributária, será de competência estadual e corresponderá a fusão dos atuais critérios de recolhimento do FINSOCIAL, serão repassados ao BNDES que continuará administrando o Fundo, transferindo recursos aos programas já comprometidos e distribuindo o excedente para o Fundo de aplicação social a ser distribuído entre os Estados e Municípios. Como o BNDES não assignará novos recursos para o nível federal, o percentual de transferência de recursos aos Estados e Municípios será progressivamente maior, até o ponto onde todos os recursos serão repassados para estas esferas, o que significará na prática a extinção do FINSOCIAL e o estabelecimento de critérios automáticos de distribuição desse novo fundo, sem a necessidade de uma administração centralizada dos recursos.

Da mesma forma sugere-se que os recursos físicos, financeiros e humanos da previdência gastos com saúde sejam diretamente repassados às Secretarias estaduais e municipais, na forma descrita no item III deste relatório, o que levaria, no longo prazo, a um aumento do poder financeiro e de execução destas esferas na gestão do sistema de saúde e na liberação dos recursos da previdência para o pagamento de benefícios, a qual constitui finalidade última da previdência.

Os efeitos de uma reforma tributária dessa natureza no campo das políticas de saúde não podem obviamente ocorrer "da noite para o dia". Até que os Estados e Municípios passem a deter recursos suficientes para implementar seus programas, torna-se imprescindível adotar estratégias de transição, onde certamente estes fundos continuem a sustentar o gasto agregado do setor. No caso dos recursos da Pre-

vidência Social, isto implica em adotar mecanismos que garantam maior estabilidade das receitas (como a contribuição sobre o lucro bruto sugerida na parte II deste relatório) e permitam repassar recursos para a saúde sem que aumente a oposição dos setores mais corporativos da classe trabalhadora que, na prática, se contrapõe a estratégias mais amplas de universalização a partir de recursos previdenciários. Como exemplo tem-se a dedução da parcela a ser gasta em assistência médica única e exclusivamente da contribuição das empresas, conforme foi apresentado na parte II deste relatório, que teria como efeito principal desvincular o gasto em um sistema universal de saúde das contribuições diretas dos trabalhadores.

## V - FINANCIAMENTO DA SAÚDE E CUSTEIO DO SETOR PRIVADO

O atual perfil do gasto em assistência médica do INAMPS é em grande parte consumido pelas transferências de recursos aos prestadores privados de serviços de saúde. Embora tenha ocorrido uma reversão da tendência ao aumento destas transferências, a partir dos anos oitenta, a participação do financiamento à rede contratada do INAMPS ainda representava 49,47% da despesa daquele órgão em 1985.

Uma breve análise do gasto do INAMPS de 1981 a 1985 evidencia um aumento da despesa com prestadores próprios (de 25,4% para 30,2%); com órgãos conveniados, ao estilo Ações Integradas de Saúde (de 1,2% para 9,8%) e com hospitais universitários (de 1,0% para 5,6%), o que indica o estabelecimento de novas prioridades calcadas no repasse de recursos à rede pública. Vale dizer ainda que o ano de 1985 foi decisivo no reordenamento dessas prioridades e que em 1986 os recursos foram aplicados em moldes similares.

No entanto, a rede privada contratada ainda absorve metade dos gastos com assistência médica previdenciária. Somando-se tal ordem de recursos com os gastos propriamente privados com saúde, sejam eles oriundos das pessoas físicas, sejam eles originários das empresas, ou sindicatos, notamos que o setor privado movimenta 57% do total dos recursos gastos com saúde no país(\*). Estão, portanto, completamente errados a-

(\*) - Estimativas de 1982. Naquele ano a rede contratada privada absorvia 62,02% dos gastos do INAMPS. Dado que a assistência médica da previdência montava 31,01% dos gastos totais

queles que dizem que a medicina é estatal no Brasil, da mesma forma que é praticamente impossível conceber no curto prazo um sistema de saúde no Brasil que não utilize a rede privada de serviços.

Como foi mencionado na parte anterior deste relatório, a rede privada contratada teve muitos privilégios financeiros do setor público. O financiamento do investimento (via FAS) e do custeio dessa rede (via INAMPS) em condições favoráveis, criou uma verdadeira reserva de mercado para o setor de assistência médica privada no Brasil. Apesar de não ser homogêneo, esse setor atuou dentro de uma lógica de oferta de serviços que não correspondia ao padrão de assistência médica necessário, segundo o quadro de enfermidade existente no país. A oferta de serviços especializados e tecnificados, aliada a ênfase em intervenções cirúrgicas, muitas das quais desnecessárias, constituía parte das estratégias do setor.

Logicamente que existe razoável número de estabelecimentos privados que prestam serviços de forma adequada, como é o caso dos grandes hospitais beneficentes e filantrópicos. Geralmente tais estabelecimentos são maiores e mais antigos do que aqueles que surgiram nos anos setenta, cuja característica básica é a pequena escala e a baixa eficiência. O INAMPS, recentemente, redefiniu sua relação com os estabele-

---

com saúde no país, a rede contratada privada absorvia 19,23% do gasto nacional com saúde. Adicionando-se a esse valor os 37,76% gastos pelas pessoas físicas, empresas e sindicatos, podemos estimar que 56,99% dos gastos nacionais com saúde circulavam nas mãos do setor privado em 1982.

cimentos filantrópicos, incorporando-os às estratégias de universalização das AIS. Mas existem grandes limitações para que isto seja feito com a totalidade dos hospitais privados.

Em 1984 o setor privado absorvia 76,3% dos leitos hospitalares de internação. Essa relação chegava a 88% no Paraná, apesar de ser equilibrada em alguns estados das Regiões Norte, Nordeste e Sudeste. Mesmo existindo grande ociosidade nos hospitais públicos, a utilização plena da capacidade instalada não poderia eliminar a utilização da rede privada, não apenas na cobertura assistencial dos previdenciários, mas também na estratégia de universalização das ações de saúde.

É verdade que existem muitos problemas e interpretações quanto ao papel da rede privada de serviços. A principal delas diz respeito a questão da resolutividade do setor privado contratado, que é considerada baixa em função da oferta de serviços não corresponder às demandas sociais. Por essa linha de pensamento, o setor privado estaria oferecendo serviços muito especializados e consumindo recursos que poderiam ser canalizados para ações de caráter coletivo onde a resolutividade social é mais alta. Além desses argumentos, existem algumas evidências pretéritas quanto ao caráter fraudador de certa parcela da rede privada de serviços, que cobra por internações fantasma ou por procedimentos distintos dos realmente praticados. Todos esses problemas estariam agravados pelo fato dos contratos do INAMPS com a rede privada serem feitos por adesão, não garantindo ao órgão repassador o papel de fiscalizar as ações prestadas por aquela rede.

Dadas estas características, algumas medidas no sentido de resgatar a credibilidade e a operosidade da rede pública tornam-se necessárias. A eliminação da ociosidade, o reaparelhamento e o reordenamento das ações do setor público, a eliminação da duplicidade e a unificação das redes federais, estaduais e municipais, através do estabelecimento de maior complementariedade entre os estabelecimentos públicos são tarefas indispensáveis, tendo em vista tal objetivo. A delimitação de espaços para adstrição de clientela para determinados níveis de complexidade também poderá favorecer conjuntamente com as medidas anteriormente citadas, um maior aproveitamento da rede pública e uma possível eliminação da rede privada nos locais ou nas modalidades assistenciais onde ela se torne supérflua.

Isso, no entanto, não satisfaz as condições para que haja uma suficiência de oferta do setor público, ao ponto de eliminar a contratação da rede privada, pelo menos no curto e médio prazo. Em outras palavras, essa rede terá que continuar operando, à serviço do setor público, nas regiões e nas modalidades onde sua presença é indispensável, o que significa pensar em duas ordens de necessidades:

— A de controlar socialmente o processo de trabalho, o fluxo de recursos, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados pela rede privada;

— A de criar uma oferta adequada de serviços privados a fim de que não se configure, em algumas regiões, situações de monopólio ou oligopólio, que geralmente são nefastas

para a comunidade e não trazem alternativas assistenciais para os órgãos governamentais, no caso de ruptura, paralisação, lock-out, ou quebra de alguns segmentos da rede privada.

Dadas as características conjunturais e estruturais do setor, torna-se difícil pensar numa estatização da medicina no Brasil. Mas é possível estabelecer uma efetiva subordinação das ações prestadas pela rede privada de serviços aos interesses da população e ao comando do setor público.

A partir da VIIIª Conferência Nacional de Saúde, duas soluções vêm sendo propostas no sentido de equacionar o papel do setor prestador privado no sistema de saúde. A primeira delas propõe a estatização da rede privada de serviços, o que poderia ser feito, ou pela expropriação desta rede pelo Estado ou pela desapropriação destes estabelecimentos. Pode-se dizer que esta vertente não tem caminhado muito. Em primeira instância, porque a questão da expropriação não se coloca numa sociedade com as características da brasileira. Expropriar os estabelecimentos de saúde detém, como pré-condição, uma mudança radical de todo o espectro de relações sociais, econômicas e políticas no Brasil. Em segunda instância porque desapropriar a rede privada traria implicações econômicas que não passam pela realidade dos cofres públicos brasileiros. Se o orçamento estimado para o setor não tem condições imediatas para reaparelhar a rede pública, que dirá para comprar estabelecimentos privados. Além do mais, desapropriar tais estabelecimentos seria transferir recursos para um segmento do empresariado nacional, que já foi beneficiado pelo setor público duplamente; seja pelo investimento subsidia-

do, seja pela reserva de mercado garantida pelo custeio do INAMPS. Portanto, essa opção seria socialmente injusta e economicamente inaceitável.

Da vertente que propõe a estatização deve-se aproveitar, no entanto, a idéia de canalizar o gasto público, daqui em diante, unicamente para o investimento e para o custeio na rede pública de serviço, o que implica em três medidas básicas:

a) Acabar com os mecanismos de crédito subsidiado ao investimento privado em redes de serviços de saúde, tais como FAS, que ainda continuam operando;

b) Rever os atuais contratos com a rede privada, eliminando aqueles que são supérfluos ou inadequados no interior de cada unidade regional;

c) Só aceitar novos contratos e credenciamentos com os prestadores privados nas modalidades, e regiões onde for absolutamente indispensável tal procedimento, ou seja, quando houver necessidade imperiosa do serviço e não houver meios públicos de oferecê-lo no curto prazo numa dada localidade.

A segunda vertente propõe, ao invés da estatização, uma modificação na relação contratual entre o setor público e o setor privado. A nova relação poderia ser refletida na criação de um contrato padrão de direito público onde os prestadores privados se subordinassem às normas técnicas e financeiras de prestação dos serviços, bem como se submetessem aos critérios públicos de fiscalização técnica, financeira e operacional. Isto significaria, em última instância, estabelecer

como de responsabilidade do hospital ou ambulatório privado os descaminhos técnicos e financeiros que, porventura se estabeleçam, subordinando o julgamento destes descaminhos às sanções previstas em lei.

Esta vertente teve alguns progressos nos anos de 1985 e 1986, na medida em que o INAMPS chegou a formular uma nova proposta de contratos padrão. No entanto, a aprovação deste novo contrato tem encontrado resistências em quase todo o setor privado lucrativo, embora tal comportamento não possa ser estendido a rede filantrópica, que tem atuado em colaboração com o setor público na estratégia de universalização das ações de saúde.

Do ponto de vista prático, as duas vertentes são complementares, ou seja, é perfeitamente factível estabelecer uma estratégia onde se priorize o investimento público em novas unidades, conjuntamente com a subordinação da rede privada contratada aos interesses do setor público.

Na atual conjuntura, todas essas soluções esbarram em obstáculos imediatos de ordem financeira. Isto porque, segundo informações das entidades patronais do setor privado, tem ocorrido uma gradativa deterioração do valor dos pagamentos do INAMPS aos serviços prestados pela rede privada. Ao mesmo tempo, o INAMPS até hoje tem ratificado a atual política de compra de serviços, não tendo proposto alternativamente nenhuma alteração nessa relação que pudesse ajustar a defasagem financeira dessas compras ao orçamento do INAMPS. Na verudade, aquele órgão tem jogado, no estabelecimento do novo conu

trato padrão, todas as expectativas de reversão, esquecendo-se da gravidade da situação atual, a qual poderá ficar mais prejudicada caso ocorra uma possível queda na arrecadação previdenciária em função de estratégias de ajustamento econômico à inflação esperada em 1987, as quais geralmente redundam em contenção salarial e, eventualmente, em queda dos níveis de emprego.

Para exemplificar, o custo médio estimado de uma consulta prestada pelo setor privado situa-se em torno de Cz\$60,00. Mesmo com o reajuste, continuaria a haver defasagem. Caso similar ocorre com as internações. Dessa forma, é impossível sustentar a atual relação com o setor privado mantidas as bases de financiamento vigentes.

Assim, no curto prazo, o INAMPS encontra-se diante de duas opções: ou aumenta os gastos com assistência médica privada, o que teria impactos negativos nas estratégias de universalização através do setor público e dos convênios AIS, postas em prática desde meados de 1985; ou começa a questionar as estimativas de custo do setor privado, passando imediatamente à revisão dos atuais contratos como estratégia de emagrecimento do custeio à rede contratada.

A verdade é que "é impossível servir bem a dois senhores". Ao longo dos anos 1985 e meados de 1986, o INAMPS conseguiu aumentar os gastos com a rede pública em função do aumento das receitas previdenciárias e da defasagem do valor do pagamento aos custos dos prestadores privados. O emagrecimento provável das receitas previdenciárias em 1987 e a grita

generalizada de órgãos como a FBH torna imperiosa uma decisão sobre o assunto e uma opção de política. O atual quadro envolve gestões em questões relacionadas à falta de recursos; à redefinição da política de compras de serviços e ao estudo de uma cobertura mais adequada. Por outro lado, a frouxidão dos mecanismos de controle faz com que não haja apenas uma permissividade técnica com relação à "fraude consentida" mas em condições para que aumente a fraude criminal.

A passagem da administração da rede contratada do INAMPS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pode resolver parte destes problemas, especialmente aqueles que dizem respeito ao estudo de uma cobertura mais adequada dos serviços prestados por esta rede. Neste sentido, as administrações descentralizadas podem até reduzir a parcela de recursos repassados aos prestadores privados, embora haja o risco de que nas regiões mais carentes e de menor poder de resolução da rede pública, estes recursos passam até aumentar. Mas tal passagem não resolve os problemas mais estruturais relacionados à uma possível falta de recursos.

Por todos esses motivos, existe apenas um cenário alternativo que pode ser traçado no que diz respeito às relações entre o setor público e o setor privado no curto prazo, o qual corresponde a modificar a atual política de contratação do INAMPS, mantendo suas atuais tendências institucionais. Isto significaria levar adiante os convênios de Ações Integradas de Saúde, nos Estados e Municípios onde não ocorra transferência das redes do INAMPS para as Secretarias Estaduais e

Municipais de Saúde e possibilitar a aceleração do processo dessa transferência aos Estados e Municípios que detiverem condições técnicas, políticas, econômicas e institucionais de absorção. Neste último caso, os contratos com a rede privada passariam a ser pagos com recursos do Fundo Estadual de Saúde (FUES). Existem duas opções relacionadas à sistemática de reajuste destes contratos:

a) Caso eles sejam de direito público, seria desejável que as próprios Estados definissem o percentual de reajustes. Isto só teria sentido se os recursos repassados pelo INAMPS aos FUES fosse feito sem vinculação prévia. Os recursos que sobrassem, caso os Estados viessem a emagrecer o número de contratos, seriam destinados à ampliação, ao reaparelhamento e à melhora das condições técnicas da rede pública;

b) Caso os contratos se mantenham por adesão, não haveria saída imediata. Os recursos repassados seriam vinculados e os reajustes continuariam a ser feitos abaixo dos custos reais alegados pelos prestadores.

Em ambos os casos, as pressões dos segmentos corporativos se fariam sentir. No primeiro, porque dificilmente os órgãos patronais se sujeitariam a uma política de reajustes diferenciada por Estado ou Município, dado que suas entidades representativas são nacionais e seus associados, apesar das contradições internas, procuram agir de forma cartelizada. No segundo caso, porque, na eventualidade de uma recessão, o reajustamento abaixo dos custos faria com que muitos prestadores viessem a romper seus contratos, trazendo o risco de au -

mentar as filas e reduzir o acesso da população aos serviços.

De qualquer forma a existência de um contrato padrão, vencidas as pressões corporativas do setor privado, seria a melhor opção. Só assim é possível fazer, ao nível de cada Estado, uma contratação seletiva de hospitais e ambulatórios particulares, eliminando aqueles que são desnecessários e praticando uma política de reajustes dos preços dos serviços a partir do conhecimento real dos custos privados e das disponibilidades de caixa dos Fundos Estaduais de Saúde. Os novos contratos, quando necessários, não serão feitos mais ao sabor do clientelismo das Superintendências Regionais do INAMPS, mas serão submetidos a uma seleção através de concorrência pública. Os pacientes encaminhados a essa rede contratada passarão por uma triagem ambulatorial pública rigorosa e serão constantemente supervisionadas e acompanhadas por essa única porta de entrada para o sistema. Deverão ser criadas regras para descredenciamento ou cancelamento de contrato para aqueles hospitais ou unidades de saúde que infringirem as normas estabelecidas pelo sistema de fiscalização pública, bem como deverão ser rigorosamente apuradas as denúncias que provenham dos organismos representativos da sociedade.

É importante frisar que toda a estratégia proposta por este cenário está vinculada ao repasse dos recursos do INAMPS às secretarias estaduais de saúde, com a formação dos Fundos Estaduais de Saúde, e a absoluta responsabilidade estadual pela gerência do sistema de contratos e convênios.

Obviamente que a adoção dessa proposta trará algumas consequências para os estabelecimentos contratados de na-

tureza lucrativa, especialmente para os hospitais, sendo que em média, mais de 60% do orçamento dessas unidades têm sido financiadas pela Previdência Social nos últimos anos. Mas é necessário frisar que tais conseqüências, num primeiro momento, serão diferenciadas por Estado, podendo até ser positivas para a rede privada nas regiões onde a rede privada assume papel hegemônico na prestação de serviços.

Uma boa parte da rede contratada terá que encontrar no mercado novas formas de financiamento de suas ações. Para isso poderão contar com os mecanismos de seguro-saúde privados e existentes, os quais poderão até aumentar caso se adote uma política tributária relativa ao imposto de renda onde, apesar de criar um teto para dedução das despesas pessoais com assistência médica, possa ser incluído o seguro saúde como modalidade de dedução do imposto de renda. Sob a ótica do mercado, a existência desses mecanismos é altamente salutar pois tenderá a aumentar a eficiência não só daqueles que quiserem manter seu vínculo contratual com o setor público, como também daqueles que quiserem disputar os espaços oferecidos, fora do âmbito estatal, pelo mercado de serviços de saúde.

## VI - FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE: GESTÃO LOCAL E INSTITUCIO- NAL

No novo sistema de saúde definido pelos princípios da Reforma Sanitária, as unidades regionais descentralizadas (estados, municípios e distritos sanitários) serão, em última instância, os órgãos responsáveis pela consecução das ações de saúde numa perspectiva de integralidade. Em última instância, caberão a estas unidades o planejamento e a execução das ações médico-assistenciais, das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como das ações relacionadas a vigilância dos locais de trabalho. Caberão, também a essas unidades, o acompanhamento do estado nutricional das populações e a definição dos indivíduos que poderão receber auxílios ou benefícios ligados a distribuição de alimentos e medicamentos. Por fim, tais unidades deverão ainda se relacionar com outros órgãos regionais gestores e executores de política social, com vistas a planejar as políticas de saneamento básico, educação, etc., especialmente nos aspectos que são relacionados com a saúde.

Não deveria ser função dos sistemas unificados de saúde ações no campo da distribuição de alimentos ou construção de sistemas de saneamento. As primeiras porque, em muitos casos, as redes de saúde não têm condições para comprar, estocar e distribuir alimentos. Na verdade essas formas de assistencialismo, apesar de importantes em algumas regiões quando bem executadas, acarretam enormes gastos para os Governos e baixo retorno social para as populações. Tomando-se co

mo exemplo o financiamento das ações de distribuição de alimentos vemos que o FINSOCIAL, um dos principais órgãos financiadores, aloca recursos para o Ministério da Saúde que os repassa para o INAN. O INAN contrata a COBAL para comprar e estocar os alimentos. A COBAL distribui tais alimentos pelas redes de serviços de saúde ou pelas prefeituras (no caso de inexistência desses serviços nas prefeituras de menor porte). Estas distribuem os alimentos às populações beneficiárias dos programas. Supondo-se que cada uma dessas instâncias consuma 10% dos recursos, à título de administração, tem-se que de cada Cz\$100,00, alocados nos programas, só Cz\$59,00 chegam às mãos da população na forma de alimentos e isto numa perspectiva otimista.

Deve-se adicionar que outros problemas se superpõem, como a deterioração desses alimentos, pela insuficiente rede de armazenagens ou ainda a compra dos mesmos por preço, acima do mercado, através de mecanismos de clientelismo ou favoritismo político. Paralelamente outros programas assistenciais de distribuição de alimentos, como é o caso do PCA, executado pela LBA (Ministério da Previdência) e da merenda escolar se superpõem, acarretando na existência de populações superassistidas ao lado de outras absolutamente carentes. Por todos esses motivos, é imprescindível que os programas de distribuição de alimentos sejam regionalizados. Isto, provavelmente traria benefícios e eficiência, ligada à própria redução do número de instâncias de repasse e administração dos recursos. Paralelamente possibilitaria melhores condições de controle social dos gastos com estes programas, na medida em que todo o

processo — desde a alocação até a execução — estaria ao alcance visual da população e na esfera de controle administrativo de uma mesma localidade.

Porém é necessário frisar que as unidades de saúde não são as entidades mais adequadas para administrar programas de distribuição de alimentos. O melhor seria que a condução dessas ações fosse feita por setores ligados à área de abastecimento que, normalmente trazem economias de escala ao cuidar do assunto. Caberia no entanto, ao sistema unificado de saúde acompanhar o estado nutricional da população-alvo destes programas, bem como indicar, quando possível, os beneficiários destas ações.

A construção de redes de saneamento básico (água e esgoto) também não deve ser feita no âmbito das ações de saúde, dado que as secretarias de obra são as mais adequadas a tais tarefas. Caberia, no entanto, aos sistemas regionais de saúde a identificação das áreas onde a falta de saneamento básico constitui forte determinante de doenças transmissíveis ou decorrentes da falta de higiene, contribuindo, dessa forma, no planejamento comum às ações de mais de uma secretaria de área social.

Estes dois exemplos servem para ilustrar duas questões:

— As ações de saúde, mesmo numa perspectiva de integralidade, têm limites muito claros, os quais são dados pela definição do que é ou deve ser executado no âmbito de um sistema de saúde;

— No entanto, as questões relacionadas à saúde, mesmo sendo executadas por outras secretarias, devem ser objeto do planejamento e intervenção conjunta de diversos setores sociais. Do ponto de vista do financiamento, isto significa em identificar as ações e os fluxos financeiros comuns, tendo em vista a possibilidade futura de montagem de um orçamento social integrado.

A gestão local dos sistemas de saúde, numa perspectiva de integralidade, traz à baila a necessidade de unificar as instituições de saúde existentes naquela região. A fusão das Secretarias Estaduais, das unidades do INAMPS, do Ministério da Saúde (Fundação SESP e SUCAM) ocorreriam a partir de sua subordinação a um mesmo comando unificado e os recursos destinados à manutenção destes órgãos passariam a integrar o Fundo Estadual de Saúde (FUES).

Do ponto de vista orçamentário, a gestão destes recursos já unificados traz sérias dificuldades, pois a integração não ocorre pela simples superposição de orçamentos, mas sim pela redefinição dos programas, eliminação das duplicações, cobertura das brechas e lacunas etc. Em 1987, os Estados no Brasil passaram a trabalhar, em certa medida, com formas mais integradas de gestão orçamentária dos recursos destinados à saúde. Trata-se da Programação Orçamentação Integrada — P.O.I., proposta pelo INAMPS tendo em vista introduzir o planejamento no processo de orçamentação e trabalhar com recursos multi-institucionais mesmo antes de qualquer verificação setorial ao nível dos Estados.

A POI de 1987, como era de se esperar, apresenta alguns problemas naturais de uma estratégia implantada pela primeira vez. No entanto, com os futuros aperfeiçoamentos técnicos que deverão surgir, a POI poderá transformar-se num poderoso instrumento de gestão descentralizada dos recursos, deixando de ser um instrumento de planejamento e controle do INAMPS para ser a grande matriz programática das ações unificadas de saúde, ao nível dos Estados.

Além das questões relacionadas ao planejamento e ao controle dos sistemas estaduais unificados, é importante estabelecer critérios que venham a nortear:

a) o processo de regionalização e distritalização de saúde. Como se sabe as realidades estaduais são bastante distintas, não só pela diversidade do quadro nosológico, mas também pelos processos sócio-culturais, econômicos e institucionais existentes. Assim, a estrutura de oferta de serviços e a organização do setor deve ser um espelho de cada realidade local. Isto fará, provavelmente, com que cada Estado escolha seu próprio caminho e a sua própria estratégia de distritalização sanitária;

b) o levantamento dos investimentos necessários ao reaparelhamento das instituições existentes e a construção de novas unidades, bem como o cálculo do custeio (recursos físicos e humanos) da nova capacidade instalada requerida para a região. Isto significa, em última análise, proceder ao levantamento dos chamados custos da Reforma Sanitária. Levantar estes custos numa perspectiva nacional seria totalmente inócuo,

dados que os centros de decisão passarão, efetivamente para os Estados. Portanto, todos os cálculos relativos à isonomia salarial, formação de pessoal, contratação eventual de novos profissionais, construção de novas unidades, reaparelhamento das unidades já existentes etc., devem ser feitos a partir das necessidades e do planejamento dos Estados;

c) a criação de sistemas estaduais de informação para o planejamento em saúde que venham a subsidiar as estratégias de programação financeira e orçamentária. É necessário que sejam montados três sub-sistemas: o primeiro de informações sócio-econômicas, demográficas e epidemiológicas, destinado a mapear as áreas ou setores prioritários de intervenção ; o segundo, de informações relacionadas a oferta de serviços , envolvendo a disponibilidade de capacidade instalada, recursos humanos, aparelho formador e recursos financeiros alocados, ao menor nível possível de desagregação; o terceiro seria formado por indicadores de acompanhamento do setor, resolutividade técnica etc., envolvendo relações custo/benefício ou custo médio unitário das distintas modalidades assistenciais, possibilitando o conhecimento das disfunções e gargalos do sistema de saúde. A totalidade desses três sub-sistemas de dados poderá formar, ao nível de cada localidade, um sistema de Informações Gerenciais da Saúde (SIGS), o qual seria o melhor meio de se ter diagnósticos permanentes para corrigir, sempre que necessário, acidentes de percurso.

Cabe mencionar que os recursos que compõem o FUES deverão ser totalmente transparentes, tendo em vista facili-

tar o processo de fiscalização social sobre tais recursos. As experiências descentralizadas de participação comunitária e fiscalização social, nas quais os últimos governos de São Paulo e Paraná são exemplos claros, mostram que a população quando estimulada sabe muito bem cuidar dos seus interesses em moldes eficazes. Propõe-se, portanto, que através dos Conselhos Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde, os mecanismos de gestão local tenham a representatividade social necessária.

Por fim, a melhoria dos sistemas de saúde locais não pode ou não deve ser aquilatada simplesmente por um aumentada relação gastos com saúde/habitante ou pela parcela do PIB estadual gasta com saúde em determinado Estado ou Região. Estes indicadores, apesar de importantes não esclarecem nada sobre a resolutividade do sistema. Falta, portanto, uma outra equação que pode ser representada pelos benefícios que podem ser feitos naquela região, por unidade de gasto com saúde.

VII - SÍNTESE DO RELATÓRIO: PRINCIPAIS PROPOSTAS NO  
CAMPO DO FINANCIAMENTO ÀS AÇÕES DE SAÚDE

VII.1 - Princípios

- . Os princípios e propostas de Reforma Sanitária têm como diretriz a necessidade de estabelecer formas de financiamento setorial que permitam criar mecanismos de acompanhamento da receita e do gasto integrados com os recursos alocados no conjunto das demais políticas sociais.
- . A melhor forma de promover uma integração efetiva de todos os programas e recursos alocados na área social seria criar um orçamento social unificado, o qual poderia ser composto pelos gastos do tesouro com políticas sociais, adicionado dos Fundos Sociais, incluindo o Fundo de Previdência e Assis - tência Social.
- . A montagem do orçamento social unificado em todos os níveis administrativos regionais (União, Estadual e Municípios) exige que as instâncias descentralizadas, particularmente os Estados, tenham plena autonomia fiscal e financeira no custeio de seus programas sociais, o que só é viável a partir de uma Reforma Tributária que venha a reverter a atual centralização federal dos recursos fiscais.
- . A diversidade dos mecanismos de organização, admi

nistração e gestão de cada setor de política social; as dificuldades de se negociar tecnicamente uma alocação conjunta de recursos para sub-setores de política social que historicamente tem sido uma negociação isolada e política e os diferentes níveis de capilaridade dos programas sociais nas administrações descentralizadas são fatores que impedem a montagem de um orçamento social unificado no curto prazo. O melhor seria fazer com que esse orçamento surgisse a partir da criação de orçamentos unificados de cada sub-setor, nos distintos níveis de administração pública (União, Estados e Municípios).

- . O orçamento unificado do setor saúde deverá se iniciar pela construção dos Fundos Estaduais de Saúde (FUES), que passariam a incorporar todos os recursos do orçamento Estadual, das redes estaduais do INAMPS e do Ministério da Saúde (SESP, SUCAM, etc.). OS FUES seriam o ponto de partida para uma posterior unificação dos sistemas municipais e Federal de saúde, com a constituição dos fundos unificados relativos a estes níveis.
- . São princípios finalísticos da Reforma Sanitária a universalização do acesso, a integralidade das ações, a descentralização e a participação social.
- . Os princípios estratégicos ou organizativos são aqueles indispensáveis para que os princípios fi-

nalísticos sejam atingidos. Constituem-se princípios estratégicos da Reforma Sanitária a integração institucional; a regionalização/hierarquização; a distritalização e a gestão colegiada.

- . Apesar da importância dos princípios finalísticos e estratégicos da Reforma Sanitária, só será possível avançar à luz das condições específicas de cada região, o que implica em consolidar, no prazo mais rápido possível, os Planos Estaduais de Reforma Sanitária e os mecanismos financeiros intrínsecos à realidade de cada Estado.

#### VII.2 - Pré-condições Financeiras da Reforma Sanitária

- . Estabilidade das receitas destinadas ao investimento e ao custeio dos programas de saúde, o que poderia ocorrer, no longo prazo pela passagem progressiva das fontes financeiras do orçamento da Previdência para o orçamento do Tesouro, em todos os níveis. No curto prazo devem ser pensadas formas de tornar a receita previdenciária mais estável, onde se destaca a mudança da base de contribuição das empresas (da folha de salários para o lucro bruto).
- . Maior justiça social na distribuição dos ônus e maior igualdade no acesso aos serviços. A contri

buição sobre o lucro aliviaria os consumidores em função da maior dificuldade de seu repasse aos preços dos bens e serviços. Por outro lado, para dar respaldo ao princípio da universalização, seria importante que os recursos da Previdência para a saúde fosse tirados dessa nova base de contribuição das empresas;

- . Maior aporte de recursos para o setor, como a utilização dos recursos do IRB relacionados a cobertura dos acidentes de trânsito ou a mudanças na legislação do imposto de renda que transfiram os recursos hoje deduzidos com assistência médica para o setor;
- . Racionalização do gasto do setor, o que implica criação de mecanismos de controle e avaliação da aplicação de recursos, especialmente pela sociedade;
- . Efetiva descentralização do planejamento das ações de saúde acompanhada por uma real desfederalização do gasto, o que poderia ser obtido a partir de uma Reforma Tributária e da passagem da rede do INAMPS, com seus recursos correspondentes, para os Estados;
- . Montagem de uma estratégia de transação que busque, em cada Estado, o estabelecimento de metas de cobertura e de prazos para alcançá-la.

VII.3 - Fluxos Financeiros e novo  
arcabouço institucional

- . Os FUES seriam compostos por parcela do orçamento fiscal dos Estados comprometida com programas de saúde; repassês decorrentes da administração e execução das ações federais no âmbito dos Estados (SUCAM, FSESP, INAMPS, etc); recursos destinados a execução local de programas especiais, como é o caso do projeto Nordeste, financiado com recursos do Banco Mundial; recursos remanescentes dos gastos com assistência médica dos sistemas previdenciários, ainda existentes nos Estados.
- . A transferência das redes do INAMPS, da FSESP, da SUCAM, etc., para os Estados se iniciaria com o repasse dos recursos daquela instituição gastou em assistência médica naquele Estado. Tais recursos do Tesouro que aumentaram com o processo de Reforma Tributária. Ao final de um certo prazo, estes órgãos se extinguiriam, bem como seus recursos; as redes estaduais seriam custeadas com recursos do Tesouro e os fundos previdenciários estariam destinados somente ao pagamento de benefícios e assistência social da previdência.
- . O Modelo final de financiamento do setor pode ser utilizado na figura 1. Do ponto de vista do financiamento, haveriam o Fundo Único de Saúde (de ordem federal), os Fundos Estaduais de Saúde (FUES);

os Fundos Municipais de Saúde (FUMS) e eventualmente os Fundos Distritais. Todos esses fundos seriam custeados unicamente com recursos de Tesouro. O FUS teria suas aplicações definidas pelo Conselho Nacional de Saúde e sua execução subordinada a um Ministério unificado para o setor. Estrutura semelhante ocorreria nos Estados e Municípios.

- . Em termos imediatos, tal estrutura começará a funcionar nos Estados e só posteriormente seria estendida aos municípios e distritos, bem como serão dados os passos para a unificação do sistema ao nível federal.

#### VII.4 - Descentralização Financeira e Reforma Tributária

- . Para viabilizar as propostas anteriores é fundamental elevar a participação global dos Estados e Municípios na massa tributária do país e repassar os recursos hoje concentrados em instituição federal (INAMPS, FSESP, SUCAM) para as esferas descentralizadas.
- . Aumentar a participação dos Estados e Municípios na massa tributária do país significa incrementar a fatia transferida pela União a estas esferas, a partir das receitas partilhadas, e também elevar os recursos provenientes dos impostos de competên

cia estadual e municipal.

- . Paralelamente devem ser extintos os atuais Fundos Sociais, criando mecanismos para que o equivalente às suas receitas seja repassado para a administração direta descentralizada, através de rearranjos na máquina fiscal.

#### VII.5 - Financiamento do Setor Saúde e Custeio do Setor Privado

- . Deverão ser extintos os mecanismos de crédito subsidiado ao investimento privado em redes de serviços de saúde, tais como o FAS.
- . Deverão ser revistos os atuais contratos e credenciamentos com a rede privada, eliminando aqueles que são supérfluos ou inadequados no interior de cada unidade regional.
- . Novos contratos e convênios só serão efetuados com os prestadores privados nas modalidades e regiões onde tal procedimento for absolutamente indispensável, ou seja, quando houver necessidade imperiosa do serviço e não houver meios públicos de oferecê-lo no curto prazo, numa dada localidade.
- . Deverã ser criada uma nova relação contratual com o setor privado — expressa num novo contrato padrão de direito público — onde os prestadores privados se subordinem às normas técnicas e finan

ceiras de prestação de serviços, bem como se submetam aos critérios públicos de fiscalização técnica, financeira e operacional.

- . A administração da rede contratada passará a ser feita pelas Secretarias Estaduais de Saúde que terão plena autonomia para cancelar os contratos e convênios ainda existentes, tendo em vista o uso destes recursos para ampliação e remanejamento da rede pública.

#### VII.6 - Financiamento do Setor Saúde: Gestão

##### Local e Institucional

- . As funções do sistema unificado de saúde ao nível local, estarão ligadas ao planejamento e a execução das ações médico-assistenciais, das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, bem como das ações relacionadas à vigilância dos locais de trabalho.
- . Caberão também a estas unidades o acompanhamento do estado nutricional das populações e a definição dos indivíduos que poderão receber auxílio ou benefícios ligados à distribuição de alimentos e medicamentos.
- . No entanto, não são funções do sistema, ações como distribuições de alimentos ou construção de sistemas de saneamento básico. Isto no entanto, não

impede que o sistema de saúde promova atividades normativas neste campo e se interrelacione com outros órgãos executivos destas políticas. Este seria um primeiro passo para a integração dos orçamentos dos diversos órgãos gestores de política social, ao nível local.

- . O principal instrumento de integração orçamentária e gesto financeira e programática dos FUES deverá ser a POI que deixará paulatinamente de ser instrumento de gestão do INAMPS, para ser um instrumento de planejamento, orçamentos e gestão financeira das Secretarias Estaduais de Saúde.
- . Em termos das ações imediatas no campo do financiamento e gestão local, caberá, ainda em 1987, três atividades básicas: a criação dos mecanismos financeiros de repasse de recursos às regiões de saúde e distritos sanitários; o levantamento dos investimentos necessários ao reaparelhamento das instituições existentes, bem como do custeio do novo sistema — o custo da reforma sanitária ao nível estadual — e a criação de sistemas de informação que permitam um acompanhamento dos recursos alocados numa perspectiva de análise custo/benefício.



## B I B L I O G R A F I A

- (1) - CASTELLANOS, Pedro Luis; MENDES, Eugenio, SONIS, Abraam e SUÁREZ, Rubēm. "Esquema Tentativo para el Análisis de las Implicaciones Economicas de SPT/2000", Documento Preliminar, OPS, Washington D.C., diciembre de 1986, mimeo.
- (2) - REZENDE DA SILVA, Fernando e AZEREDO SILVA, Beatriz. "Fundos Sociais".
- (3) - MEDICI, A. C. e SILVA, L. B., "Financiamento e Gasto do Setor Saúde no Brasil até 1986: Balanços, Perspectivas e Opções de Política". RJ, nov. de 1986, mimeo.
- (4) - MEDICI, A.C., "Propostas sobre o Sistema de Financiamento do Setor Saúde no Brasil — Alternativas para a Reforma Sanitária", CNRS, mimeo, nov. de 1986.
- (5) - CNRS, "Reforma Sanitária: A Hora da Ação", CNRS, mimeo, dez. de 1986.
- (6) - VIANNA, Solar Magalhães e PIOLA, Sérgio Francisco, "Os Desafios da Reforma Sanitária", IPEA/IPLAN, Brasília, novembro de 1986, 62 p. mimeo.
- (7) - INAMPS, "A Reforma Sanitária — Bases Estratégicas e Operacionais para a Descentralização e Unificação do Sistema de Saúde (Reflexões e Controvérsias)", Rio de Janeiro, mimeo, nov. de 1986.

## SUMÁRIO

	Página
APRESENTAÇÃO.....	1
I - INTRODUÇÃO.....	5
I.1 - A necessidade de um orçamento social integrado.....	7
I.2 - Os princípios da Reforma Sanitária e sua factibilidade financeira.....	13
II - AS PRÉ-CONDIÇÕES FINANCEIRAS DA REFORMA SANITÁRIA.....	21
III - OS FLUXOS FINANCEIROS DO SETOR FRENTE A UM NOVO ARCABOUÇO INSTITUCIONAL.....	30
III.1 - A Sustentação Financeira do Novo Arcabouço Institucional.....	31
III.2 - Os Fluxos Financeiros entre as esferas de Governo.....	36
IV - DESCENTRALIZAÇÃO FINANCEIRA E REFORMA TRIBUTÁRIA.....	43
IV.1 - A Elevação da participação dos Estados e Municípios na massa tributária do país.....	43
IV.2 - Os Recursos para a saúde do FPAS e dos demais fundos sociais.....	46
V - FINANCIAMENTO DA SAÚDE E CUSTEIO DO SETOR PRIVADO.....	50
VI - FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE: GESTÃO LOCAL E INSTITUCIONAL.....	62
VII - SÍNTESE DO RELATÓRIO: PRINCIPAIS PROPOSTAS NO CAMPO DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE.....	69