

O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Texto subsídio para o tema: Financiamento do Setor Saúde: quem paga a conta e quem se apropria dos recursos.

Mozart de Oliveira Jr. *
Maria Luiza Jaeger **
Gilson Carvalho ***
Edmilson Leão ****

INTRODUÇÃO

As políticas de financiamento do setor saúde no Brasil têm sido objeto de vários estudos (bibliografia anexa). Entretanto, devido as rápidas mudanças destas políticas, não encontramos disponível bibliografia que trate articuladamente dos diversos aspectos desta questão. Assim, este texto busca preencher esta lacuna, particularmente no momento onde Estados e Municípios realizam debates preparatórios para a IX Conferência Nacional de Saúde.

O setor social sempre teve um tratamento marginal dentro das políticas públicas no Brasil. A área de saúde não é uma exceção. Apesar da maior parcela dos recursos para o financiamento das atividades da área social terem como origem aparente os orçamentos federais, estes recursos sempre tiveram como fonte as contribuições de empregados e empregadores. O governo federal sempre destinou uma parcela muito pequena de sua receita fiscal para a Seguridade Social e Saúde. Ao contrário, na maioria das vezes, retirou recursos da Seguridade Social para financiar investimentos em outras áreas.

Esta política é coerente com a visão dominante do papel do Estado Brasileiro, consolidada a partir do Governo Vargas. O Estado é encarado como uma alavanca para propiciar o desenvolvimento capitalista, assumindo diretamente a execução de grandes obras de infra-

* Secretário de Saúde de Timóteo - MG
** Secretária de Saúde de Porto Alegre - RS
*** Secretário de Saúde de São José dos Campos - SP
**** Secretário Substituto de Saúde de São José dos Campos - SP
- Membros da Comissão de Financiamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)
- Críticas e sugestões para o aperfeiçoamento deste texto, favor enviar para Mozart de Oliveira Jr., Pça.29 de Abril, 198, Timóteo-MG, CEP 35174. Fone:(031)848-1102. FAX (031)848-1212.

estrutura (rodo-ferroviária, portuária, etc.), além de financiar diretamente a indústria de base, elemento indispensável, segundo esta concepção, para fornecer o alicerce necessário ao acúmulo de capitais, motor de um futuro e próspero capitalismo brasileiro.

A consequência óbvia deste modelo de desenvolvimento foi a atrofia do financiamento de atividades de interesse social e coletivo. Assim, o ônus de criar um sistema de seguridade social ficou sobre os ombros dos trabalhadores, que já na década de 20 criam as Caixas de Aposentadoria e Pensões e, posteriormente, os Institutos de Aposentadoria e Pensões que foram unificados em 1967, com a criação do INPS.

Somente muito recentemente o papel do Estado "empreendedor/empresário" começa a ser debatido, ainda assim maquinado pelo discurso "modernizador" do governo Collor.

A universalização do acesso e a equidade na atenção estão em xeque, embora permaneçam presentes no discurso oficial. De qualquer modo, pensar em uma revisão desta política passa necessariamente pela definição clara de alguns pontos: qual deve ser o papel do Estado; quais suas prioridades e quem as define; como consequência, para onde serão alocados os recursos disponíveis.

A área social (e dentro desta a saúde) é efetivamente prioritária? Neste caso, os recursos do orçamento fiscal da União, somados aos dos Estados e dos Municípios, devem financiar parte importante dos gastos da Seguridade Social, o que não vem ocorrendo, como veremos a seguir.

OS GASTOS COM O SETOR SAÚDE NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

A TABELA I mostra o que representaram, isoladamente, os gastos federais com o setor saúde nos últimos 10 anos, em dolar/percapita/ano e em % do PIB.

A TABELA II mostra, para o ano de 1989, a composição dos gastos totais em saúde no Brasil, segundo a esfera de governo e setor privado.

Como ressaltamos na TABELA I, Médici considera que os dados sobre os gastos federais com saúde para 1989 estavam super-estimados. Isto realmente ocorreu, como podemos observar na discrepância entre os valores por ele citados para este ano (2,27 % do PIB), contra os 1,85% apresentados pelo Min. da Saúde.

TABELA I

GASTO FEDERAL COM O SETOR SAÚDE: EM U\$/PER CAPITA/ANO E % DO PIB
BRASIL - 1981 a 1991

ANO	U\$/PER CAPITA/ANO (*)	% do PIB (**)
1981	36,20	1,74
1982	36,94	1,78
1983	28,88	1,48
1984	29,46	1,51
1985	33,17	1,56
1986	34,76	1,50
1987	49,25	2,11
1988	45,51	1,99
1989	50,04 (****)	1,85
1990	56,50 (***)	2,36
1991	58,99 (***)	2,66 (***)

FONTE: (*) Médici, André. 1991
(**) Ministério da Saúde
(***) Estimativa do Min. da Saúde
(****) Dado possivelmente super-estimado, seg. o autor

De qualquer modo, não invalida a análise da TABELA II, cujo objetivo principal é conhecer a composição aproximada destes gastos.

TABELA II

GASTO TOTAL EM SAÚDE SEGUNDO A ESFERA DE GOVERNO E SETOR PRIVADO
BRASIL - 1989

Origem do gasto	dolar/per capita/ano	% do PIB
FEDERAL	50,04 (55%)	2,27
ESTADUAL E MUNICIPAL	11,39 (12%)	0,51
PRIVADO	30,25 (33%)	1,40
TOTAL	91,68 (100%)	4,18

FONTE: Médici, André. 1991

Assim, mesmo conhecendo a possibilidade de super-estimação dos dados relativos ao gasto federal deste ano (1989), e sabendo da dificuldade de obter informação sobre gastos de estados, municípios e do próprio setor privado, a TABELA II apresenta um dispêndio total de 91 dolares/per capita/ano em saúde no Brasil, equivalente a 4,18% do PIB.

O setor privado com e sem fins lucrativos contribuiria com 1/3 deste total, ficando mais da metade do restante para o gasto federal e apenas 12% para o conjunto dos estados e municípios brasileiros.

Mais importante do que trabalhar estes dados isoladamente é compará-los com os gastos com saúde no Brasil com os de outros países do mundo. A TABELA III mostra o desconforto de vermos o Brasil em uma posição inferior a países com PIB e renda per capita menores que as nossas.

TABELA III

GASTO COM SAÚDE EM ALGUNS PAÍSES - VALORES EM DOLAR PER CAPITA E DO PIB - ANO DE 1987

PAÍS	DOLAR/PER CAPITA	% DO PIB
ETIÓPIA	3,9	3
CHILE	65,5	5
AFRICA DO SUL	75,6	4
BRASIL	80,8	4
COLÔMBIA	86,8	7
ARGENTINA	95,6	4
GUATEMALA	123,5	13
URUGUAI	131,4	6
ITÁLIA	724,5	7
SUÉCIA	1710,5	11
EUA	2594,2	14
SUIÇA	3199,5	15

FONTE: Relatório do Banco Mundial, 1987.

A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a lei orçamentária anual (art. 165) é composta por três orçamentos: o orçamento Fiscal; o orçamento de investimentos das empresas estatais; e o orçamento da Seguridade Social.

O orçamento da Seguridade Social irá financiar um conjunto de ações relativas à Saúde, Previdência e Assistência Social (art.194 e 195).

Os recursos destinados à Seguridade Social vêm de diferentes fontes, como podemos observar na composição das receitas para o orçamento de 1991 (TABELA IV).

TABELA IV

COMPOSIÇÃO DAS FONTES DE RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL
ORÇAMENTO 1991 (EM MILHÕES DE DOLARES)

FONTES DE RECEITA	TOTAL DOS RECURSOS	
	SEGURIDADE SOCIAL	MINISTÉRIO DA SAÚDE
100-Rec. Tesouro	3.816, (6,69%)	587, (4,35%)
122-C. Prognósticos	176, (0,31%)	101, (0,75%)
140-PIS-PASEP	6.269, (10,99%)	-
151-Cont. s/lucro	2.202, (3,86%)	836, (6,20%)
153-Finsocial	12.956, (22,71%)	4.968, (36,83%)
154-Cont. s/folha	26.797, (46,97%)	4.777, (35,38%)
Diretam. arrecadad	3.788, (6,64%)	2.015, (14,94%)
Outros	1.047, (1,84%)	210, (1,56%)
TOTAL	57,051, (100%)	13.489, (100%)

FONTE: Lei NA 8.175 de 31/01/91

Como foi destacado anteriormente, os recursos provenientes de receitas ordinárias do tesouro (tributos arrecadados) para a Seg. Social são bastantes reduzidos (6,69%). Não bastasse isso, a União tem tido a prática de financiar atividades não relacionadas com a Seguridade Social, além de acumular uma vultosa dívida com o orçamento da Seguridade Social, por retenção de recursos.

A TABELA V mostra a distribuição dos recursos previstos no orçamento da Seg. Social por ministério e outros gastos.

TABELA V

DESTINO PERCENTUAL DOS RECURSOS DA SEGURIDADE SOCIAL
BRASIL - 1991

ORGÃO	%
MIN. DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL	57,89
MIN. DA SAÚDE	23,64
MIN. DA AÇÃO SOCIAL	5,04
MIN. DA EDUCAÇÃO	2,33
ENCARGOS PREVIDENCIÁRIOS DA UNIÃO	8,63
TODOS OS DEMAIS	2,47
TOTAL	100,00

FONTE:
D.O.U. de 10 de fevereiro de 1991

Historicamente os Encargos Previdenciários da União têm sido pagos com recursos do Orçamento Fiscal, ficando apenas 10% sob responsabilidade da Seg. Social. Entretanto, em 1990 e principalmente em 1991, foi do orçam. da Seg. Social que saiu a quase totalidade destes recursos. Como a União havia colocado apenas 6,69% de seus recursos na Seg. Social, e retirou 8,63% para o pagamento dos Encargos Previdenciários da União, conclui-se que somente aqui já retornaram ao tesouro os recursos inicialmente alocados.

Mas as irregularidades não param aí. Segundo o Relatório Final da Subcomissão de Arrecadação e Fiscalização da Comissão Parlamentar encarregada de apurar irregularidades na Previdência Social (1), 15% dos recursos da Seguridade Social são gastos em ações que não deveriam ser financiadas por este orçamento.

Agrega-se a isto um débito acumulado entre 1986 a 1990 de 12,2 bilhões de dólares da União para com a Previdência Social (2).

Outro aspecto a ser destacado é a participação da Saúde dentro do Orçamento da Seguridade Social. O percentual de 23,64% dos recursos da Seg. Social destinados ao Ministério da Saúde é um dos mais baixos dos últimos anos, próximo ao de 1990 e da média dos anos anteriores a 1987, como pode ser observado na TABELA VI.

TABELA VI

PERCENTUAL DA SEGURIDADE SOCIAL DESTINADO À SAÚDE (*)
BRASIL - 1981 a 1991

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

FONTE: DAF/MINISTÉRIO DA SAÚDE

(*) É importante destacar que a nova definição de Seg. Social feita pela Constituição Federal de 1988 dificulta parcialmente a comparação precisa desta série histórica.

A distribuição percentual destes recursos do Ministério da Saúde por Unidade está detalhada da TABELA VII, mostrando que o INAMPS continua como o grande responsável pelo gasto de mais de 65% dos recursos do MS.

TABELA VII

PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DAS UNIDADES DO MIN. DA SAÚDE NO
ORÇAMENTO DE 1991

ÓRGÃO	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL
INAMPS	65,3%
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE	14,0%
MS - ADMINISTRAÇÃO DIRETA	8,3%
CEME	6,3%
FIOCRUZ	2,8%
FUNDAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS	1,7%
INAN	1,6%
TOTAL	100,0%

FONTE: PLANO QUINQUENAL/MINISTÉRIO DA SAÚDE

REDEFINIR O FINANCIAMENTO DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

Inicialmente é necessário retomarmos o que foi dito na introdução deste texto, onde afirmamos que repensar o financiamento do setor saúde no Brasil significaria redefinir o papel do Estado. A reorientação política das ações de governo (nos seus três níveis, mas, particularmente, o governo Federal) deveria ser revista, priorizando-se o gasto de recursos do Tesouro com as áreas sociais e, dentro destas, com a saúde.

O discurso de campanha do atual Presidente da República apontava para uma meta de gastos de 10% do PIB com saúde, até o final de seu governo. André Cesar Médici (3) faz uma análise bastante precisa sobre a impossibilidade de atingir esta meta, mantidas as tendências atuais de gastos federais ou mesmo melhorando substancialmente nos próximos anos.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1992 define em seu artigo 28, parágrafo 3º, que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, excetuando-se o seguro desemprego, devem ser gastos com saúde. Considerando-se a previsão orçamentária de 1992 (*) para a Seg. Social, de US\$ 51,4 bilhões (**), e retirando-se o valor do seguro desemprego (Fundo de Amparo ao Trabalhador-FAT) de US\$ 3,2 bilhões, restariam US\$ 48,2 bilhões. Trinta por cento deste total representa um montante de US\$ 14,4 bilhões para o Ministério da Saúde.

Este é o valor que DEVERIA ser destinado ao Ministério da Saúde para 1992. O valor destinado ao chamado "setor saúde" foi de US\$ 14,7 bilhões (30,6% do orçamento da Seguridade Social). Entretanto, para o MS, o valor previsto é de 12,4 bilhões de dólares, já incluído aí US\$ 700 milhões para os CIACS.

Os 2,3 bilhões de dólares que estão fora do MS mas dentro do chamado "setor saúde", artifício criado para poder cumprir a LDO, estão distribuídos entre o Min. da Ação Social (US\$ 950 milhões), Min. da Educação (US\$ 1,17 bilhões) e Min. do Trabalho e Previdência Social (US\$ 88,4 milhões).

(*) Esta proposta é a que foi enviada pelo Governo Federal ao Congresso Nacional e, portanto, ainda passível de modificação.

(**) Os valores do orçamento federal têm como base o mês de abril. Para este mês o dólar médio foi de Cr\$ 260,73, valor utilizado para os dados apresentados acima.

No setor saúde, entraram as seguintes ações:

ATIVIDADE	VALOR	MINISTÉRIO
1) Saneamento básico	US\$ 796 milhões	MAS
2) Pagamento de Docentes dos Hospitais Universitários	US\$ 451 milhões	MEC
3) Merenda Escolar	US\$ 711 milhões	MEC
4) Saúde do Trabalhador	US\$ 38 milhões	MTPS
5) Saúde dos Servidores	US\$ 50 milhões	MTPS
6) Assistência Médica a servidores federais	US\$ 86 milhões	Vários
7) Outros	US\$ 160 milhões	
TOTAL	US\$ 2,3 bilhões	

Assim, excluídas estas ações, o valor destinado ao MS fica em 24,2% do orçamento da Seguridade Social.

O saneamento básico é definido na Lei 8.080 como ação complementar do SUS e financiado com recursos de outras fontes (Art. 32, parágrafo 3º), sendo ilegal sua inclusão no orçamento do Min. da Saúde.

A Constituição Federal, no seu artigo 200, e a Lei Orgânica da Saúde, artigo 6º, definem com clareza o que são as ações "típicas" do SUS, detalhando inclusive o que são atribuições comuns e específicas de cada esfera de governos (art. 15 a 18 da LOS).

Diante deste quadro, mais do que nunca é necessário retirar da IX Conferência Nacional de Saúde propostas que apontem para uma reversão desta tendência histórica de distanciamento discurso/prática das políticas de financiamento da área de saúde.

Como contribuição ao debate, apresentamos os seguintes pontos que, uma vez cumpridos, representarão aporte substancialmente maior de recursos à Seguridade Social e ao Ministério da Saúde.

PROPOSTAS PARA A IX CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

1) Alocação de, no mínimo, 10% dos recursos do Orçamento Fiscal da União, dos Estados e Municípios para o Ministério/Secretarias de Saúde, sem os artifícios de incluir saneamento básico, etc., neste percentual.

Exigir apenas do Governo Federal o financiamento das ações de saúde é incorreto. Uma constatação que fica cada vez mais evidente é que parcela significativa dos estados e municípios vêm diminuindo seu orçamento para a área de saúde, com o crescimento dos repasses feitos pela União. É necessário um compromisso global das três esferas de governo.

Além da garantia de comprometimento de, no mínimo, 10% da receita fiscal com a Seguridade Social, é fundamental que possamos garantir que, deste orçamento, pelo menos 30% seja destinado ao Ministério da Saúde (e não ao "setor saúde").

2) Fiscalização rigorosa da arrecadação dos recursos do Finsocial que, após o aumento da alíquota para 2% do faturamento bruto das empresas, não apresentou incremento significativo de receita, levando a crer que há grande sonegação. Além disso, o repasse dos recursos arrecadados pela União para a Seg. Social deve cumprir rigorosamente os prazos da lei; os recursos devem ser repassados a cada dez dias. Em 1990 esta retenção foi, em média, de 45 dias, ficando os juros de aplicação financeira deste período para o tesouro da União.

Outro imposto que exige rigorosa fiscalização é aquele advindo da contribuição sobre o lucro das empresas.

3) Pagamento das dívidas do governo federal com a Seg. Social, que, segundo relatório da Subcomissão de Arrecadação e Fiscalização da CPI da Previdência Social, somava US\$ 12,2 bilhões entre 1986 e 1990, sendo que somente neste último ano foi de US\$ 4,7 bilhões. Ou seja, apenas a dívida da União com a Seg. Social é equivalente a todo o recurso que o Min. da Saúde receberá em 1992.

4) Redução imediata da sangria representada pelo pagamento dos Encargos Previdenciários da União (EPU) com recursos do Orçamento da Seguridade Social. Historicamente apenas 10% dos EPU eram pagos pelo orçamento da Seg. Social. Em 1991 praticamente 100% foram pagos com estes recursos.

De acordo com o novo plano de Custeio da Seg. Social, em 1992 continuarão a ser pagos 55% dos EPU pela Seg. Social, 45% em 93, 35% em 94 e apenas em 1995 voltará a média histórica de 10%; lembrando sempre que em 1991 os EPU representaram 8,63% das despesas da Seg.

Social, sendo que a União contribuiu com apenas 6,69% da receita.

5) O mau uso e a corrupção são outros fatores de evasão de recursos da Seg. Social que necessitam ser rigorosamente controlados. Somam-se às fraudes do INSS com aposentadorias e pensões as fraudes em órtese e prótese, nos procedimentos de alta tecnologia, nas internações hospitalares, nos processos licitatórios de hospitais e unidades de saúde, etc.

Entretanto, não se combate fraudes com shows pirotécnicos de mídia. Segundo o Dep. Antônio Brito, após todo o alarde feito em torno desta questão, as contribuições com a previdência cresceram em 4% e o pagamento de benefícios caíram somente 1%!

Propõe-se aqui que além da necessária transparência nas investigações das fraudes e na divulgação dos valores devolvidos aos cofres públicos, seja constituída uma COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO permanente do Conselho Nacional de Saúde, que acompanhe e analise essas investigações e que seja implementada, no menor prazo possível, a efetiva PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES NA GESTÃO DA SEGURIDADE SOCIAL.

6) A economia informal é outra incalculável de evasão de receitas. Segundo dados do Relatório Final do Simpósio Sobre Economia Informal e seus aspectos fiscais (4), promovido em dezembro de 1989, os cálculos do que representa a economia informal no Brasil variam de 13 a 50% do PIB, tendo seus reflexos mais graves exatamente sobre as contribuições para a Seguridade Social. Não há aqui soluções milagrosas.

7) Outra discrepância do atual modelo é o desconto, agora integral, da atenção médica, hospitalar, odontológica, etc. no Imposto de Renda. Isto significa que o conjunto da sociedade brasileira paga o tratamento privado de um grupo de poucos privilegiados que podem desembolsar "temporariamente" recursos para pagar seu tratamento de saúde. Enquanto isso, a imensa maioria dos que não podem pagar têm que se submeter às restrições de um modelo de saúde mantido com 90 dólares per capita/ano.

Para se ter uma idéia do que isso representa, basta dizer que entre os anos de 1987 e 1989, entre 4,1 e 4,5% da renda bruta das pessoas que declaram imposto de renda foi abatida apenas nesta rubrica, segundo dados fornecidos pela própria receita federal.

Sugerimos a proibição total de qualquer desconto de tratamento de saúde no IR. Esta é a forma de universalizarmos verdadeiramente o sistema. Não aceitamos a idéia de um SUS para os pobres, dando aos que podem pagar a opção de descontar seus gastos no IR.

8) A tão propalada reforma tributária que alguns empresários estão propondo pode ser catastrófica para a Seguridade Social, caso caminhe na direção proposta por eles. Seu objetivo principal é diminuir

os gastos com encargos sociais em um país onde esta é praticamente a única fonte de financiamento da área de saúde. Conjuntamente com as medidas acima relacionadas, é fundamental que tomemos posição frontalmente contrária a qualquer reforma tributária que tenha por objetivo jogar ainda mais sobre os trabalhadores a responsabilidade de custear benefícios básicos, direitos elementares de uma sociedade que já atingiu o grau de desenvolvimento econômico do Brasil.

9) Os recursos destinados a investimento em obras e instalações, reformas, ampliações, etc., obedecerão, segundo a Norma Operacional Básica/SUS nº 01, os seguintes critérios para liberação: plano quinquenal de investimentos, planos estaduais e municipais de saúde, lei orçamentária e absoluta excepcionalidade. Critérios estes que, na generalidade do plano quinquenal e ausência de planos estaduais de saúde, ficam completamente a mercê de interesses político-partidários localizados.

Sabe-se que milhares de dólares foram gastos em investimentos no governo Collor. Entretanto, não foi possível obter junto ao Min. da Saúde sequer os municípios que foram beneficiados e o tipo de investimento feito.

A IX Conferência de Saúde deve definir critérios transparentes para o repasse destes recursos, evitando assim que continuem em vigor critérios tão condenáveis como os atuais, onde algumas grandes empreiteiras, deputados e senadores substituem os planos de saúde na captação de recursos.

10) A forma como está (des)organizado o Sistema de Informação da Previdência Social e Saúde, no nível federal, não permite que tenhamos dados com o mínimo de confiabilidade.

Obter informações no Min. da Saúde e no INAMPS, como em outros órgãos do governo federal, é praticamente impossível. Quando existem, são fornecidas parcialmente, com atraso e de acordo com a boa vontade do interlocutor escolhido. É estarrecedor imaginar como é possível gerir tal volume de recursos com tão poucas informações e dispostas de forma tão anárquica. Por exemplo: com relação a 1991 não existem informações tabuladas de quanto dos recursos pagos aos prestadores ambulatoriais o são à rede pública estadual, municipal, privada, universitária. Os dados que existem tabulados são o quanto foi pago a prestadores de serviço por Estado.

A própria Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080) prevê o acesso aos serviços de informática e base de dados do Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portanto, cabe a estes ministérios viabilizarem o cumprimento da lei.

Outro aspecto importante a ser destacado é que o CONASEMS vem tentando, há dois anos, ter acesso às propostas iniciais do orçamento do Min. da Saúde para poder opinar e promover uma mobilização política em defesa de pontos essenciais. Contudo, estas tentativas tem sido fracassadas. O máximo que conseguimos foi receber informações informais de alguns números genéricos. Apenas tardiamente, quando o

orçamento está pronto para ser enviado ao Congresso Nacional, recebemos os dados completos.

11) Mais importante que todas estas medidas para o incremento dos recursos para a Seguridade Social e Saúde é a retomada do CRESCIMENTO ECONÔMICO com o FIM DA RECESSÃO. Não podemos deixar de dizer que o desemprego e a queda do poder aquisitivo dos trabalhadores em um sistema de seguridade social mantido basicamente por eles, direta ou indiretamente, é catastrófico nas duas "pontas" do sistema: na diminuição da receita e no aumento das despesas.

A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS DO SUS

Uma vez definido o montante dos recursos a serem destinados ao Ministério da Saúde, cabe decidir COMO eles serão gastos.

Por lei, todos os recursos destinados à saúde devem ser centralizados no Fundo Nacional de Saúde. O CONASEMS defende que este fundo seja orçamentário, contábil e financeiro, sob a gestão do Ministério da Saúde.

O acompanhamento e a fiscalização da execução orçamentária do Fundo fica a cargo do Conselho Nacional de Saúde, que deverá se estruturar melhor para executar esta tarefa, inclusive com assessoria especial, conforme a necessidade.

A seguir, cabe definir a parcela de recursos do Fundo que ficarão nos níveis Federal, Estadual e Municipal. O ponto base para esta definição é justamente as atribuições constitucionais e legais que têm cada esfera de governo.

Genericamente defendemos que fique no nível federal apenas os recursos necessários para: manutenção da máquina administrativa; desenvolvimento científico e tecnológico da área de saúde; fiscalização e controle de qualidade de equipamentos, medicamentos e imunoderivados; produção de medicamentos básicos, através da CEME, etc.; apoio técnico a Estados e Municípios; controle de endemias e epidemias ou surtos esporádicos; etc.

O restante dos recursos deve ser transferido a Estados e, principalmente, Municípios, responsáveis pela prestação direta de serviços. De acordo com a lei 8.142, provisoriamente, 70% dos recursos seriam transferidos a Municípios e 30% aos Estados.

O REPASSE AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

O artigo 35 da Lei 8.080 define que a transferência dos recursos federais a Estados e Municípios será feita de maneira direta e automática. Entretanto, como este artigo ainda não foi regulamentado, foram criados critérios "provisórios", que mudam completamente o sentido da lei. Os critérios só se referem a uma parte dos recursos do orçamento do INAMPS, e não do conjunto dos recursos do Ministério da Saúde.

A Resolução nº 258 e a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, reeditada em Julho de 1991, criam os Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS); Ambulatorial (SIA/SUS); de Órtese e Prótese (SIOP/SUS); e de Procedimentos de Alto Custo (SIPAC/SUS).

O sistema hospitalar, com a permanência da AIH e o pagamento por procedimentos, muda pouco em relação ao sistema anterior de financiamento. Unificam-se as tabelas para os setores públicos e privado e criam-se alguns diferenciais de remuneração apenas para os hospitais universitários.

Os Sistemas de Órtese e Prótese e de Procedimentos de Alto Custo procuram normatizar áreas onde o controle sempre foi deficiente no âmbito da assistência à saúde.

E na área ambulatorial que ocorrem as mudanças mais profundas. Foi criada a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), que irá ser um fator de ponderação para o volume dos recursos repassados aos Estados, que, multiplicado por sua população, irá determinar o valor global que cada unidade da federação receberá para atendimento ambulatorial de sua população. A TABELA VIII mostra estes dados, para o mês de julho de 1991, evidenciando um valor per capita de US\$ 1,09 a 2,00, de acordo com os critérios definidos na portaria 20, de 08/01/91, a saber: população, capacidade instalada, desempenho assistencial em termos de qualidade e resolutividade, casos atípicos e série histórica de custeio das Unidades Federadas.

TABELA VIII

RECURSOS FEDERAIS REPASSADOS AOS ESTADOS E MUNICÍPIOS PARA
CUSTEIO - BRASIL - MÊS DE JULHO DE 1991

ESTADOS	POPULACAO	VALOR UCA (*)	TOTAL	VALOR
		EM Cr\$	EM MIL Cr\$	PERCAPITA EM US\$
ACRE	441.491	374,16	165	1,09
AMAPA	275.014	374,16	102	1,09
RONDONIA	1.373.720	374,16	513	1,09
ROAUMA	220.852	374,16	82	1,09
TOCANTINS	1.043.097	374,16	390	1,09
AMAZONAS	2.206.070	468,33	1.032	1,36
MARANHAO	5.407.827	468,33	2.530	1,36
MATO GROSSO	2.204.342	468,33	1.031	1,36
PARA	5.392.409	468,33	2.523	1,36
PIAUI	2.837.486	468,33	1.327	1,36
ALAGOAS	2.824.005	560,83	1.584	1,64
D FEDERAL	1.841.028	560,83	1.032	1,64
E SANTO	2.692.408	560,83	1.510	1,64
GOIAS	4.515.983	560,83	2.533	1,64
M G SUL	1.943.069	560,83	1.090	1,64
R G NORTE	2.522.652	560,83	1.415	1,64
SERGIPE	1.593.319	560,83	893	1,64
BAHIA	12.637.573	624,16	7.885	1,82
CEARA	6.725.805	624,16	4.196	1,82
MINAS GERAIS	16.956.983	624,16	10.581	1,82
PARANA	9.162.671	624,16	5.717	1,82
PERNAMBUCO	7.889.014	624,16	4.922	1,82
R G SUL	9.348.284	624,16	8.833	1,82
S CATARINA	4.789.894	624,16	2.900	1,82
R JANEIRO	13.076.454	685,83	8.970	2,00
SAO PAULO	32.028.569	685,83	21.971	2,00
TOTAL	151.950.019	610,00	95.727	1,78

PONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/IBGE
DOLAR UTILIZADO: 343,03
(*) VALOR DA UCA/12

Várias críticas têm sido feitas em relação a esta forma de pagamento, destacando-se as seguintes:

a) a UCA não diminuiu as desigualdades regionais na distribuição dos recursos, e, ao mesmo tempo, não superou os problemas financeiros dos Estados mais desenvolvidos;

b) representa um sistema de compra de serviços públicos e privados, com pagamento por procedimentos, estimulando seu incremento, deter-

minando na prática a persistência de um modelo de atenção à saúde sabidamente falido e caro, principalmente em um país onde se gasta 90 dólares/percapita/ano, além de ser contraditório com toda a proposta de descentralização das ações, ferindo a autonomia dos Municípios na organização de seus Sistemas Locais de Saúde;

c) o pagamento de ações individuais e curativas consolida o problema mencionado no item anterior. Já foi dito que no Brasil é a tabela do INAMPS que define o Modelo Assistencial hegemônico;

d) definição de valores da UCA sem levar em conta o perfil epidemiológico, demográfico e outros critérios do artigo 35 da Lei 8.080;

Todavia, apesar desta proposta ter sido colocada em execução no início de 1991, no mês de julho desse mesmo ano a maioria dos Estados ainda não estavam organizados (ou não tinham a decisão política de estar) para seguir estas novas determinações legais.

Este fato fez com que houvesse sobra enorme de recursos, incompatível com a lógica do novo sistema de repasse de parte dos recursos do INAMPS. Apenas para exemplificar, de um total de 94 bilhões de cruzeiros liberados pelo governo federal para pagamento ambulatorial no mês de julho de 91, através das GAPs para pagar prestadores públicos e privados, apenas 60 bilhões foram emitidos como pagamento. Alguns Estados do norte e nordeste sequer chegaram a apresentar GAPs do setor público municipal e estadual.

Uma vez pago o valor correspondente às GAPs dos serviços públicos e privados, o resíduo (UCA residual) deverá ser repartido da seguinte forma: 10% fica com o Estado; os 90% restantes, distribuídos aos Municípios dentro de 15 dias após o repasse, por critérios fixados pelo próprio Estado. Os municípios que atenderem aos pré-requisitos previstos na Lei 8.142 (Fundo Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Comissão para elaboração de PCCS, contra-partida financeira, relatório de gestão e PROS), receberão diretamente seus recursos, proporcionalmente à sua população.

Além de receberem por procedimento (GAP) e pela UCA "Residual", os Municípios podem habilitar-se a receber outros recursos, caso atendam às exigências contidas na Lei 8.142. São eles:

Fator de Estímulo à Municipalização (FEM) = 5% do valor da UCA estadual, proporcional à população do município, repassado para o desenvolvimento de ações genericamente definidas como de saúde coletiva.

Unidade de Capacitação da Rede (UCR) = varia na razão inversa do valor da UCA, de 1 a 5% de seu valor total, destinado aos Estados para repasse aos Municípios como apoio à aquisição de equipamentos para a melhoria da capacidade tecnológica da rede de serviços.

Em ambos os casos, os valores são pequenos e, no segundo, depende de critérios fixados pelos Estados para transferência, o que, em certos casos, pode significar que não serão repassados aos municípios.

Outro ponto que merece menção é a determinação de que 80% das AIHs passem diretamente aos Municípios que atenderem às exigências da Lei 8.142. Ainda não se sabe ao certo como será feita a administração, pelos Municípios, destas AIHs, a despeito de ser esta descentralização correta e há muito esperada. Todavia, mantém-se ainda a tabela nacional para pagamentos e a AIH continua funcionando como um "cheque em branco", dado para ser preenchido pelos hospitais, com qualquer valor, desde que respeitado o custo dos procedimentos da tabela.

RESUMO ESQUEMÁTICO DA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

RECURSOS FEDERAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ADM DIRETA/AUTARQUIAS	TRANSFERÊNCIAS A ESTADOS E MUNICÍPIOS
A) Pessoal	I) Repasse para Custeio
B) Est. Administrativa	II) Equipamentos para a Rede
C) Atividades Nacionais	III) Obras e Construções
	IV) Estímulo à Municipalização

I) REPASSE PARA CUSTEIO DA REDE DE SAÚDE

CUSTEIO AMBULATORIAL

ESTADOS (UCA X POP)

PAGAMENTO DE GAPs
(Pública e Privada)

RESÍDUO DA UCA
Est.)
10% Est. 90% Mun.

CUSTEIO HOSPITALAR

AIH
(Sem limite p/ valor individual)
0,1 X pop. do Estado / 12 meses

(0,08 X pop. Mun.) + (0,02 x pop.

II) EQUIPAMENTO DA REDE AMBULATORIAL

UCR (Unidade de Capacitação da Rede)

Inversamente proporcional aos valores da UCA

(Variando de 1 a 5% do valor da UCA)

Repasse aos Municípios

III) OBRAS E CONSTRUÇÕES

CRITÉRIOS TEÓRICOS DE TRANSF. AOS MUNICÍPIOS

- A) Plano quinquenal de Investimentos
- B) Planos Estaduais e Municipais de Saúde
- C) Previsão em lei orçamentária
- D) Excepcionalidade

IV) FATOR DE ESTÍMULO À MUNICIPALIZAÇÃO (FEM)
(Financiamento de Ações Coletivas)

DIRETO AOS MUNICÍPIOS " MUNICIPALIZADOS "
Valor = 5% da UCA do Estado X pop. do Município

**PROBLEMAS ADICIONAIS QUE NECESSITAM SER SUPERADOS NA
POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS**

O principal obstáculo a ser transposto na política de financiamento do SUS, garantido um volume de recursos satisfatórios, é a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080, que define a transferência regular e automática destes recursos, segundo a combinação dos seguintes critérios:

- I - Perfil Epidemiológico da Região;
- II - Perfil Demográfico da População;
- III - Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde;
- IV - Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - Previsão do plano quinquenal de investimentos;
- VII - Ressarcimento do atendimento a serviços prestados a outras esferas de governo.

Urge que tenhamos uma proposta para colocar em prática estes critérios, contornando o emaranhado de normas que virou a política de financiamento do SUS. Alguns trabalhos (5, 6) já apontam nesta direção.

Enquanto o artigo 35 não for regulamentado e permanecerem as exigências da Lei 8.142 para a municipalização efetiva dentro do SUS, os Estados também devem cumprir as exigências legais para receberem as transferências dos recursos federais, criando os Fundos Estaduais de Saúde, os Conselhos de Saúde paritários, etc.

O rigor com que os próprios Estados e a União têm tratado esta questão, cobrando insistentemente dos Municípios seu cumprimento, é incoerente com o grau de tolerância do nível federal com os estados e a não existência de Fundo Nacional onde deveriam ser alocados todos os recursos federais para a área da saúde. É imperativo que os Estados repassem imediatamente sua rede de serviços de saúde aos municípios. Cabe a estes assumi-la de fato, superando os obstáculos atuais e promovendo a efetiva descentralização.

Finalmente, os recursos humanos representam um dos mais graves obstáculos à municipalização. É imprescindível que criemos mecanismos para contornar este problema. A disparidade salarial entre os níveis Federal, Estadual e Municipal tende a inviabilizar o sistema. A proposta de um plano nacional de pisos salariais do SUS vem sendo descartada pelo Ministro da Saúde. Como contra-proposta, propõe a criação de autarquias especiais, com autonomia administrativa e financeira. Todavia, a necessidade de ficar dentro do regime jurídico

único do Município diminui a flexibilidade sugerida na teoria. Além disso, seria questionável pagar salários diferenciados unicamente em uma grande autarquia, mantendo os demais funcionários do SUS com salários menores. Por isso, devemos estudar outras propostas e mesmo manter a de uma tabela nacional de pisos salariais do SUS, com mecanismos legais que viabilizem a complementação salarial.

Em relação à formação de Recursos Humanos, o quadro também é desalentador. Os Municípios e parte dos Estados não dispõem de pessoal habilitado para promover a necessária mudança no Modelo Assistencial, condição indispensável para o êxito do SUS. A União e os Estados que puderem, devem priorizar o investimento em formação e reciclagem de RH, apoiando tecnicamente os Municípios.

Esperamos que este texto contribua para fomentar o debate em torno do tema financiamento, nas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, levando para a IX Conferência Nacional propostas que possibilitem tornar a política de financiamento do SUS mais democrática e transparente.

BIBLIOGRAFIA REFERIDA

- 1 - Relatório Final da Subcomissão de Arrecadação e Fiscalização da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito Destinada a Apurar Irregularidades na Previdência Social. Presidente Deputado Eduardo Jorge. Congresso Nacional, 1991.
- 2 - Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Previdência Social. Presidente Senador Amazonino Mendes. Congresso Nacional, maio de 1991.
- 3 - MÉDICI, André C. Perspectiva do Financiamento à Saúde no Governo Collor de Mello. Mimeo. 64 p. ENCE/IBGE, março 1991.
- 4 - Relatório do Simpósio Sobre Economia Informal e seus Aspectos Fiscais. ANFIP. São Paulo, Dezembro de 1989.
- 5 - CASTRO, Janice Dornelles, et. alli. Análise da Distribuição dos Recursos Financeiros para a Assistência à Saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul e Proposta de Operacionalização dos Critérios para a sua Distribuição. Revista Saúde em Debate nº 32, junho de 1991. Pág. 10 a 16.
- 6 - SOLON, M.V.; PIOLA, S.F.; et. alli. O Financiamento da Descentralização dos Serviços de Saúde: Critérios para Transferências de Recursos Federais a Estados e Municípios. Série Economia e Financiamento nº 1. OPS. Brasil. 1990.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTENCIA A SAUDE

PORTARIA Nº 165, DE 02 DE SETEMBRO DE 1991(*)

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS (respondendo), no uso de suas atribuições e,

CONSIDERANDO o desempenho dos diversos Estados em relação aos gastos com os serviços ambulatoriais, resolve:

Redefinir os valores da UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial, constantes no ANEXO I desta portaria, a vigorarem a partir de 1º de outubro de 1991.

RICARDO AKEL

UNIDADE FEDERADA	POPULACAO 1.991	UCA HAB./ANI	UCA VALOR ANUAL (Cr\$ 1.000,00)	VALOR MENSAL (Cr\$ 1.000,00)
Acre	441.491	4.488	1.981.411,61	165.117,63
Alagoas	2.824.005	6.732	19.011.201,66	1.584.266,81
Amapa	275.014	4.488	1.234.262,83	102.855,24
Amazonas	2.206.070	5.616	12.389.289,12	1.032.440,76
Bahia	12.637.576	7.488	94.630.169,09	7.885.847,42
Ceara	6.725.805	7.488	50.362.827,84	4.196.902,32
Distrito Federal	1.841.028	6.732	12.393.800,50	1.032.816,71
Espirito Santo	2.692.408	6.732	18.125.290,66	1.510.440,89
Goiás	4.515.983	6.732	30.401.597,56	2.533.466,46
Maranhao	5.407.827	5.616	30.370.356,43	2.530.863,04
Mato G. do Sul	1.943.069	6.732	13.080.740,51	1.090.061,71
Mato Grosso	2.204.342	5.616	12.379.584,67	1.031.632,06
Minas Gerais	16.956.903	7.488	126.973.289,66	10.581.107,47
Para	5.392.409	5.616	30.283.768,94	2.523.647,41
Paraiba	3.616.203	6.732	24.344.278,60	2.028.689,88
Parana	9.162.671	9.467	86.741.173,82	7.228.431,15
Pernambuco	7.889.014	7.488	59.072.936,83	4.922.744,74
Piauí	2.837.486	5.616	15.935.321,38	1.327.943,45
Rio de Janeiro	13.076.454	9.467	123.792.174,73	10.316.014,56
Rio G. do Sul	9.348.284	9.467	88.498.334,97	7.374.861,25
Rio G. do Norte	2.522.652	6.732	16.982.493,26	1.415.207,77
Rondonia	1.373.720	4.488	6.165.255,36	513.771,28
Roraima	220.852	4.488	991.183,78	82.598,65
Santa Catarina	4.789.894	7.488	35.866.726,27	2.988.893,86
Sao Paulo	32.028.569	9.467	303.208.057,01	25.267.338,08
Sergipe	1.593.319	6.732	10.726.223,51	893.851,96
Tocantins	1.043.097	4.488	4.681.417,34	390.118,28
BRASIL	155.566.145		1.230.623.169,91	102.551.930,83

Mes - Outubro

Arq.:UCA_OU.CMP

(Of. nº 38/91)

(*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no D.O. de 09/09/91. Não 18904

Fonte: Diário Oficial da União-Seção I-11/9/91-pág. 19190

