

ipea

Instituto de Planejamento Econômico e Social

IPLAN

Instituto de Planejamento

REFORMA SANITÁRIA:
O FINANCIAMENTO DA TRANSIÇÃO^{a/}

SOLON MAGALHÃES VIANNA^{b/}

Brasília, Janeiro de 1987

REFORMA SANITÁRIA:
O FINANCIAMENTO DA TRANSIÇÃO^{a/}

SOLON MAGALHÃES VIANNA^{b/}

Brasília, Janeiro de 1987

a/ Este documento elaborado em novembro de 1986, reflete apenas a opinião do autor, não sendo - no todo ou em parte -- necessariamente endossado pela organização a que está vinculado.

b/ - Coordenador de Saúde e Previdência Social do IPEA/IPLAN.

REFORMA SANITÁRIA: O FINANCIAMENTO DA TRANSIÇÃO^{a/}

Solon Magalhães Vianna^{b/}

1. INTRODUÇÃO

Se houver opção política por um sistema nacional de saúde integrado por subsistemas federal, estaduais e municipais autônomos mas articulados entre si, a forma atual de financiamento setorial terá que sofrer profundas alterações.

Sem uma reforma constitucional e tributária que fixe em cargos e, em igual proporção, assegure recursos aos governos estaduais e municipais, dificilmente poder-se-á falar em descentralização. Muito menos em autonomia. Em contrapartida, se não forem garantidos meios para que o governo federal exerça sua função redistributiva, a pretendida equidade no acesso aos serviços e saúde, continuará como objetivo distante. E, mesmo que aumente a produtividade social dos recursos públicos - cerca de 3% do PIB - já aplicados em saúde, esse montante não será suficiente para resgatar a enorme dívida social acumulada no setor.

Contudo ainda não há consenso sobre o que e como mudar na sistemática atual de financiamento do setor. Inúmeras propostas técnicas vêm sendo gestadas. Entre elas se inclui a individualização da alíquota previdenciária para custear os serviços de saúde durante a fase de transição que necessariamente antecederá a plena vigência das Reformas Sanitária e Tributária. As vantagens e desvantagens dessa alternativa são discutidas neste documento.

^{a/} Este documento elaborado em novembro de 1986, reflete apenas a opinião do autor, não sendo - no todo ou em parte - necessariamente endossado pela organização a que está vinculado.

^{b/} - Coordenador de Saúde e Previdência Social do IPEA/IPLAN.

2. AS LIMITAÇÕES DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

O Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS tem sido responsável por perto de 80% do gasto público com a função saúde. É pouco provável ~~em~~ que a previdência possa continuar por muito tempo como fonte federal hegemônica de financiamento dos serviços de saúde, como tem sido até hoje. A pressão sobre suas prestações financeiras - pensões e aposentadorias principalmente - tende a crescer tanto em razão do aumento da expectativa de vida da população, como ^{DELA NECESSIDADE} ~~porque~~ e ^{de} socialmente necessário aumentar o valor unitário desses benefícios.

Igualar o piso dos benefícios ao salário mínimo, como é intenção do governo, acarretaria um aumento de 20% nas despesas com ~~as~~ essas prestações, conforme estimativas examinadas na comissão que estudou a reforma da Previdência Social. Se a receita não aumentar ^{*/} para atender a medida proposta a fatia do INAMPS, que vem se mantendo em torno de 25%, poderá encolher pela metade.

Tudo isso indica a conveniência de limitar o SINPAS apenas aos compromissos securitários (pensões, aposentadorias, etc...). A médio prazo os serviços de saúde passariam a ser financiados com recursos fiscais e/ou contribuições sociais específicas tipo FINSOCIAL. Até que isso ocorra no bojo de uma reforma tributária, a previdência terá que continuar como fonte majoritária de custeio de setor.

Nada obstante se for concretizada - como proposto pela VIII Conferência Nacional de Saúde - a criação de um novo Ministério de Saúde como resultado da fusão dos diferentes agências federais com responsabilidade no campo de saúde e portanto com a retirada

^{*/} - Os estudos de reforma previdenciária, estimam um aumento de 10% na arrecadação, com a eliminação do teto de contribuição das empresas, entre outras medidas.

da assistência médica da órbita do SINPAS, é indispensável definir com clareza como a previdência social continuará a participar do custeio do sistema de saúde.

3. AS OPÇÕES PARA A TRANSIÇÃO

3.1 - UM ACORDO DE CAVALHEIROS

Uma alternativa seria o IAPAS, por força de convenio ou outro instrumento formal qualquer, repassar periodicamente para o novo ministério recursos em valores equivalentes aqueles que seriam destinados ao INAMPS como se este estivesse na estrutura do SINPAS.

Embora fácil de formalizar, a solução tem desvantagens. A cada ano haverá um contencioso sobre o quantitativo a ser transferido. O INAMPS tem sido financiado com a "sobra" do seguro social. Sem responsabilidade direta na prestação da assistência médica, livre da pressão de usuários e prestadores, a tendência do MPAS poderá ser a de repassar o mínimo possível. E quando possível. Principalmente porque seus compromissos com as pensões, aposentadorias e assistência social serão crescentes.

Qualquer que seja o instrumento formal eventualmente adotado, a prática tem demonstrado que acordos financeiros entre agências oficiais estão sujeitos a descumprimentos ou, pelo menos, de longas burocráticas nos repasses de recursos.

3.2 - A INDIVIDUALIZAÇÃO DA ALÍQUOTA^{*/}

Por conseguinte parece razoável pensar na identificação

*/ - Vianna, S. M., Piola, S. F. e Pinto, V. G., A Política de Saúde da Nova República: subsídios para sua formulação. IPEA/IPLAN/CNRH DOC. de Trabalho nº 24, Brasília, fev. 1985, 51 p.

de encargo social específico para financiar os serviços de saúde, até que a reforma tributária traga outra (s) alternativa (s). Esse novo encargo seria estabelecido a partir da alíquota incidente sobre a contribuição patronal.

Admitindo que a contribuição das empresas esteja em torno de 60% da receita do SINPAS, uma alíquota de 40 a 45% sobre esse valor, equivaleria a - mais ou menos - o que vem sendo em média nos últimos anos dispendido pelo INAMPS. Nessa hipótese não há aumento no valor dos encargos sociais pagos pelo empregador, mas apenas uma dicotomização da alíquota. Os recursos seriam, a partir do fato gerador, apropriados ao Fundo Nacional de Saúde - FNS. Diretamente. Sem passar pelo "caixa" do IAPAS ou do Tesouro. O primeiro (IAPAS) entretanto, continuaria com a competência para fiscalizar o recolhimento dessa contribuição.

Evidentemente a legislação do FNS seria alterada com vistas a adequá-lo a nova situação e, sobretudo, a sua nova dimensão financeira. Uma dessas alterações seria a inclusão no Conselho Diretor (atual Junta Administrativa) de representantes do MPAS e da sociedade civil (usuários e empresários).

4. AS LIMITAÇÕES DA PROPOSTA

A criação dessa "contribuição social", "encargo social" ou seja qual for a denominação adotada, não pretende resolver a questão crucial relativa a necessidade de mais recursos para a saúde.

Para esse problema só existem duas saídas, além da modernização do aparelho arrecadador e o aumento das sanções que penalizem os contribuintes inadimplentes: aumentar os encargos sociais

e/ou definir a curto prazo novas fontes fiscais (ou aumentar significativamente os atuais) para que possam fazer frente ao custeio do sistema de saúde, de modo que - nesta última hipótese - toda a receita do SINPAS possa ser carregada para benefícios e assistência social. Essas novas fontes fiscais deveriam ter capacidade para gerar algo em torno de US\$ 10 bilhões^{*/}.

5. AS VANTAGENS

A mera individualização da alíquota embora não resolva essa questão equaciona um problema político decorrente da fusão e fortalece o Sistema de Saúde ao assegurar-lhe maior autonomia.

Sem essa alíquota específica, haverá sempre o risco do novo ministério resultante do amálgama institucional, ficar não só na dependência do tesouro - o que é inevitável quanto aos recursos de origem fiscal - como, o que é mais sério dado a maior magnitude dos recursos do SINPAS, subordinado aos humores da burocracia previdenciária e as suas prioridades entre as quais não estaria necessariamente incluída a assistência médica.

Ademais o encargo social para a saúde, retirado basicamente da contribuição patronal, elimina o argumento anti-universalização dos serviços de saúde segundo o qual, a assistência médica, financiada com recursos previdenciários, supostamente retirada do salário do trabalhador, só a ele e a seus dependentes deveria beneficiar^{**/}. Como também dispensa a retenção de qualquer percentual dos proventos dos inativos a título de custeio da assistência médica.

^{*/} - Vianna, S.M., O financiamento da política de Saúde Bucal. Documento apresentado na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal 10/12 out 1986. Bsb, 15p.

^{**/} - A argumentação é refutável. Ela, ignora o caráter coletivo do contrato previdenciário que difere do contrato individual típico do seguro privado. Ao mesmo tempo ela é pouco solidária: o trabalhador de hoje pode ser o desempregado - e portanto sem assistência médica - amanhã.

Finalmente os recursos assim gerados ficam também desvinculados da assistência médica, odontológica e farmacêutica, como, de certa forma, estão hoje. Incorporados ao FNS e somados a outras fontes, passarão a financiar ações e serviços de promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação. Em outras palavras serão alocados em função de prioridades determinadas por critérios sociais e epidemiológicos.

