ipea

Instituto de Planejamento Econômico e Social

CSP.

O FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL*/

Solon Magalhães Vianna

Brasília/Dezembro/1986.

*/ - Documento apresentado na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília,DF. 10-12 de outubro de 1986.

O FINANCIAMENTO DA POLITICA DE SAUDE BUCAL*

Solon Magalhães Vianna**

1. INTRODUÇÃO

Uma política de saúde que tenha forte conteúdo social deve incorporar aos seus objetivos a ampliação e o aprimoramento de determinados serviços ainda pouco acessíveis a população e para cujo provimento a atuação governamental seja inadequada e/ou insuficiente.

É o caso dos serviços odontológicos. Nessa área as chamadas ações preventivas de aplicação coletiva, a despeito de seu baixo custo e reconhecida eficácia, apresentam cobertura insatisfatória. Em 1982 apenas 11% dos 4 mil municípios brasileiros e 20% da população do país dispunham de água fluoretada.

O componente assistencial, por sua vez, no qual predomina o livre jogo das forças de mercado é, por essa razão, inacessível a grande maioria da população. Quando esse acesso ocorre são os segmentos de mais baixa renda aqueles que comprometem um percentual maior de sua renda com cuidados odontológicos. As famílias com renda inferior a 1 salário mínimo dispendem quase 10% de seu orçamento com tratamento dentário. Esse percentual é inferior a 2% entre os que ganham mais de 5 salários mínimos (Tabela 1).

---

*/ - As opiniões aqui emitidas refletem somente o ponto de vista do autor, não sendo necessariamente endossadas, no todo ou em parte, pela instituição a qual está vinculado.
Documento elaborado para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 10/12 outubro de 1986.

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

Alterar esse contexto de inegável iniqüidade exige forte vontade política sem o que, nem se aumenta a presença do estado na prestação desses serviços, nem se reorienta essa presença no sentido do atendimento de prioridades definidas com base em critérios epidemiológicos e sociais.

O ponto crítico dessa proposta é a questão dos recursos. Por isso este documento discute dois aspectos relacionados com o financiamento das ações governamentais no campo odontológico: o custo dessas ações e as fontes alternativas que poderiam atendê-la.

2. O CUSTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O gasto público federal com serviços de saúde*/ está estimado para este ano em Cz$ 65 bilhões, ou seja, mais de US$ 4,5 bilhões. Este valor representa algo em torno de 70% do gasto público total**/ com a função saúde. A Tabela 2 mostra a evolução do gasto federal com essa função***/ entre 1978 e 1985 bem como as estimativas para o período 1986-1989. Entre 1984 e 1989 o crescimento real dos recursos federais para a área de saúde será superior a 70%. Em valores "per-capita" significa passar o gasto público total de US$ 37 para US$ 57, admitindo que a participação dos estados e municípios se mantenha em torno de 30% do total.

Este crescimento, embora significativo e marcante em relação ao período anterior à Nova República, ainda é insuficiente. US$ 57 "per-capita" ainda é muito pouco para a 8º economia do mundo...

---

*/ - Excluídos os programas de alimentação e saneamento. Inclui gastos do INAMPS.

**/ - Incluindo os dispêndios dos estados e municípios com saúde.

***/- Excluídos os programas de alimentação e saneamento. Inclui gastos do INAMPS.

Nossa posição no ranking dos países em desenvolvimento com relação a gastos com saúde, continuará — a despeito desse avanço — bastante desconfortável. Países como Venezuela, Jamaica e Portugal dispendiam com saúde (1976), respectivamente US$ 112, US$ 91 e US$ 79 por habitante/ano (4).

Mas a classificação internacional do Brasil nesse caso é uma questão menor. O fundamental é o fato de que, nada obstante o crescimento inusitado dos recursos oficiais para saúde, dificilmente poder-se-á com os recursos mencionados:

- recuperar as perdas salariais da força de trabalho, e implementar novos planos de cargos e salários*/,
- investir anualmente perto de CZ$ 20 bilhões para evitar o sucateamento da capacidade instalada e fazer com que seu crescimento acompanhe o aumento populacional, corrigindo o déficit assistencial nas áreas mais carentes (Norte, Nordeste e periferias urbanas em geral),
- atender as aspirações dos produtores privados, hospitais contratados, médicos e dentistas credenciados pelo INAMPS, cuja remuneração atual está em torno de 35% das reivindicações da categoria;
- elevar os parâmetros assistenciais para 2 consultas e 0,1 internação per-capita ano, nas regiões Norte e Nordeste e entre a população rursl de todo o país;

---

*/ - O custo da implantação da isonomia salarial com o INAMPS em todas as Secretarias Estaduais de Saúde e abrangendo apenas as categorias de nível superior foi estimado em Cz$ 2,5 bilhões (1).

- equalizar o direito de acesso à assistência médica, odontológica e farmacêutica entre previdenciários rurais, urbanos previdenciários;

- universalizar a assistência odontológica básica pelo menos para os grupos etários de maior prioridade epidemiológico e social e extender a fluoretação da água a pelo menos 85% da população urbana de todo o país.

Os recursos previstos até 89 permitirão a consecução de alguns desses objetivos, mas não, certamente, de todos. Na verdade, contemplar todos esses pontos exigiria um orçamento público em saúde de no mínimo US$ 10 bilhões, dos quais — dada a atual estrutura tributária — 70% teriam que ter origem federal, (inclusive a previdência social). Mesmo assim se o Brasil entrar na próxima década com um gasto público "per-capita" superior a US$ 66, continuará em posição secundária em relação aos países já citados, Venezuela, Jamaica e Portugal.

3. O GASTO PÚBLICO EM ODONTOLOGIA

O gasto público em odontologia não obedece a um padrão comum e uniforme nas diferentes instituições do setor. Estima-se que na FSESP, por exemplo, a atenção odontológica absorva 13% (3) dos recursos dispendidos com serviços de saúde. No INAMPS, o principal prestador de assistência odontológica no país, esse percentual é ligeiramente superior a 3%. Esse percentual desce para 5% entre os estados e municípios (2).

Estimativa mais completa de PINTO (2) indica que o gasto público com odontologia (incluindo estados e municípios) pode alcançar a US$ 196,5 milhões ou seja 3,2% do gasto público com saúde. A

participação federal nesse total é da ordem de US$ 117,2 milhões (60%), segundo a mesma fonte.

Ainda que expressivos, esses recursos estão muito aquém das necessidades, já que representam apenas 30% do que se estima como necessário (US$ 361,2 milhões) para atender apenas os 11 milhões de escolares da rede oficial urbana de ensino de 1º grau. A Tabela 3 mostra os custos de diferentes opções para tratamento odontológico básico de escolares de 7 a 12 anos da rede urbana oficial de ensino de 1º grau segmento que corresponde a mais ou menos 8% da população brasileira.

Atender apenas esse grupo (11,282 milhões de crianças) requeriria anualmente de Cz$ 3,5 bilhões à 5 bilhões, admitindo um custo unitário de tratamento básico similares aos registrados no Programa Integrado de Saúde Escolar - PISE no Distrito Federal e da Fundação Serviços de Saúde Pública - FSESP do Ministério da Saúde.

Nessa hipótese somente esse grupo de inequívoca prioridade, absorveria em 1986 de 5% a 7% dos recursos federais destinados a serviços de saúde. Embora elevado esse percentual é a metade do que seria gasto se a opção de prestar esse atendimento fosse através do setor privado remunerado com base em tabela de preços de convênio(5).

As ações preventivas, entretanto, tem sido relativamente melhor aquinhoadas. A partir de 1983 com o surgimento do Programa Nacional de Fluoretação da Água (6), o Governo Federal passou a alocar recursos para implementar esse serviço. Entre 1985 e 1987, os recursos com essa finalidade chegarão a cerca de Cz$ 80 milhões, o que será suficiente para implantar perto de 1.600 novos sistemas(3). A manutenção desses serviços tem um custo bastante baixo, inferior a

Cz$ 1,5 "per-capita"/ano, custo este automaticamente incorporado as tarifas locais de água e, por conseguinte, paga pelos beneficiários.

O fato desse benefício — obrigatório por lei — ainda não estar universalizado nas áreas urbanas*/, não se deve portanto a falta de recursos. A causa básica desse descompasso entre a norma jurídica e a ação concreta, parece estar relacionada a falta de controle social sobre serviços de abastecimento de água.

Há um longo caminho a percorrer nesse campo. Manter a população informada sobre a qualidade da água que consome, concientizá-la do benefício da fluoretação e dos seus direitos a esse benefício, quer como contribuinte, quer como consumidor e, sobretudo, como cidadão, é uma tarefa para a qual a profissão odontológica, consorciada com as agências oficiais de saúde, tem muito a contribuir.

4. A ORIGEM DOS RECURSOS

Perto de 90% dos recursos federais destinados aos serviços de saúde são retirados do FPAS (5). O restante tem origem em fontes convencionais do Tesouro como o IR, IOF E IPI**/ bem como na "contribuição social" que forma o FINSOCIAL. As últimas fontes mencionadas, ou seja, as não previdenciárias, compõem o Orçamento Geral da União.

---

*/ - Esta afirmação não se aplica a São Paulo. Nesse estado a fluoretação que atingia menos de 20% passou a beneficiar 98% da população servida pela rede pública de água, durante o atual governo.

**/- Imposto de Renda, Imposto sobre Operações Financeiras e Imposto sobre Produtos Industrializados.

Essa estrutura de financiamento tem se revelado nitidamente insatisfatória. Seu componente hegemônico, a receita previdenciária, apresenta inúmeras desvantagens como fonte de financiamento dos serviços de saúde. Baseada em alíquota que incide sobre a folha de salário, a contribuição previdenciária pressiona contra a absorção de mão-de-obra favorecendo a opção por tecnologias intensivas em capital. Em um país que precisa a cada ano criar mais de 1,5 milhões de empregos novos, isso soa como um contrasenso. A fonte tem ainda, alta regressividade: as remunerações que excedem a 20 salários mínimos não são oneradas.

A receita da previdência tende a médio e longo prazo a exaustão, em decorrência sobretudo da pressão dos benefícios e da reduzida participação da União. Entre 1971 e 1984 a contribuição da União ao FPAS oscilou entre 6% e 13% do valor total do Fundo.

A fonte é instável. Pode, eventualmente, alcançar taxas espetaculares de crescimento, como aconteceu no início da década de 70. Mas como é vulnerável a oscilação no nível de emprego, pode entrar em queda livre, como ocorreu nos estertores da Velha República.

A essas desvantagens se agrega a da rigidez. De um lado, as aplicações em saúde do FPAS estão vinculadas a assistência médico-odontológica, circunstância que impede remanejamentos para outras prioridades. De outro, sua origem na folha de salários induz ao entendimento de que se trata de "dinheiro do trabalhador e do empresário" quando, na verdade, a receita previdenciária tem, em última análise, origem nos consumidores, segurados ou não da previdência social. São eles que compram os bens e serviços que geram o faturamento das empresas e os salários dos trabalhadores.

A base tributária que compõe as fontes do Tesouro — também é fortemente regressiva. Impostos como o IPI ou a "contribuição

social" (FINSOCIAL) penalizam os consumidores indistintamente. O Imposto de Renda, por sua vez, incide principalmente sobre os assalariados*/.

5. AS NOVAS FONTES DE FINANCIAMENTO

5.1 - AS POSSIBILIDADES NÃO EXPLORADAS

Eliminar previlégios fiscais de parlamentares, magistrados e militares, aumentar a eficiência do aparelho arrecadador, rever critérios para dedução de despesas com serviços de saúde das pessoas físicas e jurídicas, aumentar a taxação sobre produtos danosos à saúde, dar a previdência social participação no seguro obrigatório de veículos**/ ou, ainda, aumentar a taxação sobre os mais ricos, são algumas — entre tantas — possibilidades defensáveis para aumentar a receita global do governo e, a partir daí assegurar mais recursos para saúde***/.

---

*/ - O Imposto de Renda tem exercido no campo da saúde um papel incentivador do gasto privado bastante questionável do ponto de vista social. A permissão para que os gastos médicos, odontológicos e hospitalares sejam abatidos da renda bruta, constitui um privilégio que beneficia apenas cerca de 1,8 milhões de declarantes.

Esse subsídio se distribui de forma desigual entre seus beneficiários. São igualmente dedutíveis, por exemplo, tanto os custos de umtratamento pago por um assalariado porque esse serviço não foi proporcionado pela previdência social, como a cirurgia plástica cosmética.

**/ - É o INAMPS quem, em quase todos os casos, custeia parcial ou totalmente o atendimento médico às vítimas de acidentes automobilístico sem nada receber das seguradoras por este serviço.

***/- Não se pode esquecer, por igual, a correção de distorções tributárias. Rever a concessão de incentivos fiscais em geral e a separação entre pessoa física e pessoa jurídica para efeito de imposto de renda, teria impacto significativo na Receita Fiscal.

5.2 - O BALIZAMENTO POLÍTICO

Contudo tão ou mais importante do que identificar fontes alternativas é o balizamento político dessa identificação. Em outras palavras: o trabalho técnico necessário à definição de um novo modelo de financiamento para o setor público de saúde para ter legitimidade, deve subordinar-se a critérios definidos politicamente. Isso significa que as fontes de custeio do setor devem atender, no máximo possível, as seguintes características:

ESTABILIDADE - vale dizer, imunidade e eventuais oscilações no comportamento da economia. A taxação sobre o lucro das empresas e sobre as pessoas físicas de renda mais alta são bons exemplos de fontes estáveis.

EFICÁCIA - para alcançar no ano 2000 no gasto público com saúde a taxa, ainda modesta, de US$ 100 "per-capita"/ano, será necessário comprometer com essa função de governo cerca de 6% do PIB. Uma meta apenas razoável, mas mesmo assim dependente de forte decisão política, já que o percentual atual não chega a 3%*/.

PROGRESSIVIDADE - as fontes atuais, como já mencionado, são bastante regressivas, favorecendo os segmentos de renda mais alta.

NÃO INIBIDORA DA CRIAÇÃO DE EMPREGO - a contribuição previdenciária baseada na folha de salário, desestimula o uso de mão-de-obra.

MÍNIMO EFEITO INFLACIONÁRIO - o Imposto de Renda das pessoas físicas tem esta característica. Um exemplo oposto, seriam os impostos, taxas e contribuições que sejam repassáveis para os preços.

---

*/ - Em 1986 para um PIB estimado em US$ 260 bilhões, o gasto público com saúde deverá chegar a US$ 6,6 bilhões.

ASSEGURE A AUTONOMIA DE ESTADOS E MUNICÍPIOS - uma reforma tributária que promova uma nova repartição de encargos e recursos entre as áreas federal, estadual e municipal, deverá assegurar a autonomia financeira e administrativa desses níveis de governo. Um sistema nacional de saúde efetivamente descentralizado pressupõe que a maior parte dos recursos, hoje centralizada na União, passe ao âmbito dos estados e municípios.

GARANTA O PAPEL REDISTRIBUTIVO DA UNIÃO - a reforma tributária ao assegurar a reversão do quadro atual de centralismo e dependência traz embutida, em um país de desigualdades, o risco de favorecer as áreas mais ricas. Seria imprescindível, portanto, garantir recursos para que o governo federal possa eliminar ou reduzir esse virtual desequilíbrio, de modo que a restauração do regime federativo não implique no agravamento das disparidades regionais.

6. CONCLUSÕES

O dispêndio governamental com a função saúde, a despeito de seu crescimento nos últimos anos, ainda é incompatível com o objetivo de garantir saúde para todos.

Saúde como direito universal e dever do estado continuará como figura de retórica se a participação oficial no financiamento do sistema de saúde não crescer em escala significativa nos próximos anos.

Aumentar os recursos públicos para a saúde embora não seja um fim em si mesmo é — juntamente com o incremento da produtividade dos recursos já existentes — condição básica para o resgate da imensa dívida social acumulada no setor.

Passar o orçamento público com saúde de menos de 3% do PIB para 10% no ano 2000 significa elevar o gasto "per-capita" de US$ 57 em 1989 para cerca de US$ 173 em 10 anos. Alcançar esta meta ou, sobretudo, antecipá-la depende de vontade política. Esta, para ser exercida requer efetiva pressão da sociedade.

Se, de um lado, parecem assegurados os mecanismos para a universalização no meio urbano de método preventivo de massa (fluoretação da água) resta, de outro, o desafio da prevenção no meio rural e o da organização dos serviços assistenciais urbanos e rurais.

No campo da prestação de serviços odontológicos a definição de um orçamento com vistas a ampliação da cobertura e a melhoria qualitativa da assistência, deve ter em conta que apenas o grupo de maior prioridade social e epidemiológica — as crianças matriculadas na rede urbana pública de ensino de 1º grau — absorveriam cerca de 5% a 7% do orçamento para a saúde. O percentual destinado a adontologia tem sido de 3%.

Inobstante a euforia provocada pelo aumento da receita previdenciária decorrente da recente retomada do nível de emprego, do controle das fraudes e da melhoria da arrecadação, o FPAS, a médio e longo prazo, tende a exaustão face a crescente pressão dos benefícios do seguro social. Daí a necessidade de redefinir o financiamento do sistema de saúde, criando fonte(s) alternativa(s) que tenha(m) como características a estabilidade, progressividade, eficácia, mínimo efeito inflacionário, sem inibir a criação de empregos, ao mesmo tempo em que assegure(m) a autonomia dos estados e garanta(m) a função redistributiva da União.

BIBLIOGRAFIA

1) MENDES, Eugênio Vilaça, - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Visão Geral. Trabalho apresentado na CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÙDE, 8. Brasília, 1986. 76p.

2) PINTO, Vitor Gomes, - Saúde Bucal no Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, 17:316-27, 1983.

3) PIOLA, Sérgio Francisco et alii, - A Política de Saúde na Nova República; subsídos para sua formulação. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1985. 35.p. (CNRH. Documento de Trabalho 24).

4) POLÍTICA e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: Uma Perspectiva Internacional, por William Paul Mcgreevey e outros. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1984. 200p. (Estudos para o Planejamento/IPEA/IPLAN, 26).

5) SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS DO DISTRITO FEDERAL, - Tabela básica de honorários profissionais para convênios e/ou credenciamentos; aprovada em Assembléia-Geral da classe odontología do DF, em 18/05/82. Brasília, 1982. 2p.

6) VIANNA, Solon Magalhães & PINTO, Vitor Gomes, - Programa de Fluoretação da Água de Abastecimento Público. Brasília, IPEA/IPLAN/CNRH, 1983. 18p. (CNRH. Documento de Trabalho, 28).

TABELA 1

BRASIL: Percentual de orçamento familiar, por classe de renda, dispendido anualmente com despesas hospitalares e tratamento dentário

1981

CLASSES DE RENDA	% da renda anual gasta com serviços de saúde	
	Hospitalares	Odontológicos
TOTAL	4,4	1,9
até 1 Salário-mínimo	27,7	9,1
de 1 a 2 Sal. mínimos	12,3	2,4
de 2 a 5 Sal. mínimos	7,4	2,3
mais de 5 sal.mínimos	3,4	1,7

Fonte: IBGE (PNAD - Saúde, 1981)

TABELA 2

BRASIL. Estimativa dos Gastos Federais Totais com Saúde

1978-1989

ANO	US$ MILHÕES	VARIAÇÃO ANUAL (%)
1978	3 860	-
1979	4 026	+ 4,3
1980	4 008	- 0,4
1981	4 361	+ 8,8
1982	4 764	+ 9,2
1983	3 229	- 32,2
1984	3 413	+ 5,7
1985	3 841	+ 12,7
1986 a/	4 656	+ 21,0
1987 b/	5 136	+ 10,3
1988 c/	5 456	+ 6,2
1989 c/	5 893	+ 8,0

FONTE: IPEA/IPLAN/CNRH

NOTAS: a/ - Orçamento (Posição Inicial)

b/ - Orçamento Proposto ao Congresso

c/ - Estimativas preliminares para o Plano de Metas (86-89)

OBS. : 1) Dados sujeitos a revisão.

2) Não inclui gastos com saneamento e com programas de alimentação e nutrição.

TABELA 3

BRASIL: Custos Alternativos de Tratamento Odontológico Básico de Escolares de 7 a 12 Anos[a/] Matriculados na Rede Urbana Oficial de Ensino de 1º Grau

1986

MODALIDADE	CUSTOS		% em relação ao Gasto Federal com Serviços de Saúde
	Unitário (Cz$ 1,00)	Total (Cz$ 1000)	
PISE[b/]	306,00	3 452 290	5,3
FSESP[c/]	441,00	4 975 360	7,7
SETOR PRIVADO[d/]	847,00	9 555 850	14,8

FONTES: 1) PISE
2) FSESP - Metodologia da Estimativa de Custos na Função SESP. Setembro de 1983.
3) Sindicato dos Odontologistas do DF.

NOTAS : a/ - Número estimado de escolares: 11.282.000

b/ - Programa Integrado de Saúde Escolar da Secretaria de Educação. Dados de 1984.

c/ - Estimativa com base em dados de 1983 (setembro).

d/ - Tabela básica de honorários profissionais para convênio e/ou credenciamentos aprovado em Assembléia de Sindicato dos Odontologistas do DF em 18.05.82.

TABELA 4

BRASIL: Recursos Federais para Fluoretação na Água

1985-1987

ANO	CZ$ 1000
1985 a/	27 304
1986 b/	27 776
1987 c/	27 800

FONTE: SEPLAN/SOF

NOTAS: a/ - Gastos

b/ - Posição Orçamentária Inicial

c/ - Projeto de Lei Orçamentária

TABELA 5

BRASIL: ORIGEM DOS RECURSOS FEDERAIS APLICADOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE[1/]. NO EXERCÍCIO DE 1986.

F O N T E S	PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL
TOTAL	100,0
Fundo de Previdência e Assistência Social - FPAS	87,3
Imposto de Renda - IR Imposto sobre Operações Financeiras - IOF Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI	4,5
Fundo de Investimento Social - FINSOCIAL	4,3
Outras Fontes	2,3
A definir	1,6

FONTE: IPEA/IPLAN/CSP - Estimativas para o Plano de Metas (1986/1989)

1/- Não inclui programas de Saneamento e de Alimentação e Nutrição.