

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde Pública.

Audiência Pública

Como implementar os critérios de rateio dos recursos das transferências federais: critérios “automáticos” ou processo de programação?

Francisco Carlos Cardoso de Campos

Brasília

07 de Maio de 2013

Lei Complementar nº 141/2012

O rateio dos recursos da União observará:

- necessidades de saúde da população;
- as dimensões epidemiológica;
- dimensão demográfica;
- dimensão socioeconômica;
- dimensão espacial;
- capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde;
- o disposto no [art. 35 da Lei nº 8.080, de 19/09/90](#)

Art. 35, Lei 8080

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- 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 da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Rateio por indicador composto: propostas de “alocação equitativa”

- Metodologias de “alocação equitativa”:
 - PORTO, Sílvia et al. Metodologia de alocação equitativa de recursos. 1º Relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, Reforsus, 2001.
 - MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais. / Mônica Viegas Andrade et al. Belo Horizonte: 2004.
 - MENDES, Áquilas; LEITE, Marcel Guedes e MARQUES, Rosa Maria. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.3.
- Inspiradas no RAWLP – Resource Allocation Working Party;
- Utilizam um único indicador composto, síntese de um conjunto de indicadores sanitários e sócio-econômicos.

Críticas às metodologias de “alocação equitativa” propostas

- Metodologia de difícil compreensão para a maioria das pessoas;
- Propõem-se alcançar a equidade apenas com recursos de custeio – as desigualdades são estruturais e devem ser enfrentadas com projetos de investimento;
- Não remunera os serviços realmente existentes;
- Sistema de incentivos invertido: premia as situações com indicadores sanitários “piores”;
- Considera indicadores estaduais e municipais médios (há grande contingente de cidadãos com elevadas necessidades sanitárias e sociais em estados e municípios com indicadores “bons”);
- Não contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na organização dos serviços de saúde.

Rateio por programação

- Incorporação das dimensões previstas na legislação aos critérios de cálculo dos valores dos “tetos estaduais”;
- Estabelecimento de consensos sobre os padrões adequados de oferta e correspondentes “parâmetros” de programação (concentração per capita; tempos máximos de deslocamento até os pontos de atenção; carga de população coberta por tipo de equipamento sanitário etc.);
- Permite estimar as necessidades totais, indicando áreas carentes de investimento;
- Definição de componentes financeiros por recortes da atenção à saúde (“abertura” da programação)

Exemplo – iniciando pela “abertura” da RENASES:

I - ações e serviços da atenção básica (primária);

II - ações e serviços de urgência e emergência;

III - ações e serviços da atenção psicossocial;

IV - ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar;

V - ações e serviços da vigilância em saúde.

III - ações e serviços da atenção psicossocial:

- CAPS – Centros de Atenção Psicossocial;
- CAPS- Álcool e Drogas;
- Serviços de Urgência 24 horas para atendimento de agudos;
- Hospital-dia especializado;
- Serviços hospitalares em hospitais gerais;
- Serviços hospitalares especializados;
- Residências terapêuticas;
- Ambulatórios especializados (tipologia?);
- Outros dispositivos de atenção psicossocial.

Francisco Carlos Cardoso de Campos
cardoso@nescon.medicina.ufmg.br