

REFORMA ADMINISTRATIVA DO SISTEMA DE SAÚDE

Luiz Carlos Bresser Pereira¹

Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à
XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD.
Buenos Aires, 25 de outubro, 1995

A Constituição Brasileira de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como um direito de cidadania estendido a todos o brasileiros. Em 1990, na sua regulamentação, através da Lei Orgânica da Saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS. Iniciava-se então uma reforma sanitária de grande envergadura, definida a partir dos seguintes princípios: (1) universalidade de cobertura, ou seja, atendimento integral gratuito, e equidade; (2) descentralização dos serviços para os estados e municípios, que participarão do financiamento; (3) não-concorrência mas unidade e hierarquização entre as ações de saúde da União, dos estados e dos municípios; (4) participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (5) prioridade para as atividades preventivas; e (6) controle social através dos Conselhos de Saúde e participação da comunidade.

O SUS tornou-se, assim, o sistema integrado de assistência à saúde garantido pelo Estado brasileiro. A responsabilidade pela administração do SUS foi atribuída ao Ministério da Saúde, mas as secretarias de saúde a nível estadual e municipal, e os centros de pesquisa sobre saúde também são parte integrante do sistema. O sistema de financiamento não foi definido, embora ficasse clara a responsabilidade dos três níveis de Estado, com ênfase na União.

¹ - Luiz Carlos Bresser Pereira é Ministro da Administração Federal e da Reforma do Estado.

Conforme observa precisamente um documento básico do Ministério da Saúde (1993), o SUS tem como objetivo a saúde como um todo, definida não apenas pela medicina curativa, mas a saúde entendida como um requisito para o exercício pleno da cidadania, que começa a ser garantida pelos serviços preventivos de vigilância sanitária, e se completa pela efetiva proteção da saúde de cada cidadão.

Neste relatório faremos uma proposta de reforma administrativa do sistema de saúde, particularmente na parte que diz respeito ao sistema de assistência médico-hospitalar. A proposta em parte reproduz a experiência de outros países. Conforme observam Dilulio e Nathan (1994), a maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos estão baseadas na descentralização para entidades regionais e na formação de uma espécie de mercado, que promova a competição entre os fornecedores de serviços, com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, os pressupostos da reforma são cinco. Primeiro, pressupõe-se que a descentralização permite um controle muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados localmente. Segundo, que a descentralização acompanhada de controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço torna-se duplamente efetiva. Terceiro, que a separação clara entre a **demanda** e a **oferta** de serviços permite, entre os fornecedores dos serviços médico-hospitalares, o surgimento de um mecanismo de competição administrada altamente saudável. Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais evitará uma grande quantidade de internações hospitalares inúteis. Quinto, que, a partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria realizada pelo Ministério da Saúde nos hospitais passará a ter caráter complementar à auditoria permanente realizada a nível municipal, onde, de resto há muito mais fiscalização e participação comunitária.

Diagnóstico Sumário

A criação do SUS foi sem dúvida a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985. Entretanto a implementação do programa realizou-se de forma parcial. Tanto assim que em 1993 o

Ministério da Saúde publicou um relatório com o título significativo, “Descentralização dos serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Este documento estabeleceu as bases para a descentralização dos serviços de saúde, definindo três situações transitórias de descentralização: “transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena”.

A descentralização, entretanto, vem caminhando lentamente. Na verdade, a situação atual do Sistema Único de Saúde é profundamente preocupante, não obstante a enorme quantidade de energia que os responsáveis pela saúde pública no Brasil dedicaram a ele. Este fato é principalmente verdadeiro em relação ao atendimento ambulatorial e hospitalar da população. Embora dedicando mais de 80 por cento do seu orçamento à medicina curativa, hospitalar e ambulatorial, que, desta forma, absorve uma parte dos recursos escassos que deveriam estar destinados às ações preventivas, os resultados deixam muito a desejar.

No plano da vigilância sanitária a situação é melhor. Os avanços realizados desde o início do século foram enormes. Mas mesmo esse setor foi atingido pela crise do sistema de financiamento do SUS, ocorrida nos últimos anos, como se pode observar pelo ressurgimento de endemias e o aumento da mortalidade infantil no Nordeste (Medici, 1995: 133).

Em qualquer ação de governo estão envolvidos três aspectos: a definição da política, seu financiamento, e sua administração. Nesta exposição, limitar-nos-emos a examinar o problema administrativo da medicina ambulatorial e hospitalar. Entendemos que a definição da política do governo em relação à saúde está bem definida, pelo menos em suas linhas gerais, através da criação dos SUS. O financiamento, por outro lado, está sendo agora encarado de forma corajosa e realista pelo Ministro da Saúde, através da proposta de recriação da Contribuição Provisória sobre Circulação Financeira, vinculada à Saúde. A proposta de reforma que aqui faremos reconhece o caráter prioritário da vigilância sanitária, mas só se refere às ações de vigilância sanitária em termos residuais, na medida em que propõe que todas as verbas que forem economizadas pelos municípios na medicina hospitalar e ambulatorial deverão ser recebidas pelos mesmos e destinada às ações preventivas, de caráter eminentemente sanitário.

O problema fundamental enfrentado pela medicina ambulatorial e hospitalar é o da baixa qualidade dos serviços. Estes não estão disponíveis para a população nem na quantidade

nem na qualidade minimamente desejável. O cidadão é obrigado a filas imensas e a um atendimento sempre precário. Não é por outra razão que os sistemas privados de medicina em grupo - os convênios - floresceram, financiados não apenas individualmente, mas principalmente pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não realiza os objetivos a que foi proposto. Na prática não é universal, não garante a equidade, é muito limitadamente descentralizado, e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos estados e dos municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e eficiente.

São inúmeras as razões para esta situação. A principal delas é naturalmente financeira. As políticas de redução do gasto público adotadas como resposta às diversas crises econômicas que o país atravessou, têm afetado, de modo geral, os programas sociais e, em particular, os da área de saúde, acarretando um decréscimo drástico e persistente do aporte real de recursos financeiros para o setor. Por outro lado, a grande elevação de custos advinda do aumento da complexidade e sofisticação tecnológica dos tratamentos médicos e hospitalares, tem um papel relevante na crise financeira do sistema. Em consequência, conforme observa relatório do Banco Mundial (1994), a erosão do valor dos reembolsos diante da alta inflação, e o fato de que o valor dos reembolsos não tomar em consideração o custo das novas tecnologias, dos novos procedimentos médicos e dos novos medicamentos, levou a um sério sub-pagamento dos hospitais e à redução dos honorários médicos. A resposta dos hospitais privados e filantrópicos, que respondem por 80 por cento da oferta de serviços hospitalares, foi o aumento das fraudes e a baixa da qualidade dos serviços.

As causas de caráter administrativo da crise do atendimento hospitalar, entretanto, são também fundamentais. Entre elas salientamos duas: o fato de que o sistema continua centralizado no governo federal, e de que não haja uma clara distinção, dentro do governo, entre a **demanda** dos serviços realizada por uma autoridade de saúde que paga pelos serviços em nome da população, e a **oferta** de serviços hospitalares, de responsabilidade de entidades hospitalares estatais, públicas não-estatais (comunitárias ou filantrópicas) e privadas.

A municipalização do sistema está sendo implementada, através da descentralização nas condições de gestão “incipiente, parcial e semi-plena”. Mas o processo é lento, por duas razões: porque se exigem pré-condições de competência muito elevadas para os municípios, resultando daí um gradualismo sem fim; e porque se pretende englobar no processo de descentralização todos os aspectos da saúde ao invés de separar os problemas e atacá-los individualmente. No relatório de 1993 do Ministério da Saúde a descentralização é afinal encarada como uma concessão da União aos municípios, desde que eles preencham determinados requisitos, ficando em segundo plano a idéia de que seja um objetivo fundamental da própria União, que assim poderia cortar definitivamente seu vínculo direto com os hospitais.

Já a idéia da separação entre demanda e oferta não foi ainda discutida. Esta é uma proposta que viabiliza a implementação do SUS, ao tornar muito mais rápida e efetiva a descentralização, na medida em que concentra a atenção sobre a **demand**a ou compra de serviços de saúde hospitalares por parte do Estado, em nome da população. A **oferta** de serviços hospitalares é estimulada e parcialmente controlada através da demanda. Além disso, torna-se possível promover uma forma de competição administrada entre os hospitais, que facilitará o seu controle pelas autoridades de saúde do SUS.

A centralização ainda dominante e a falta de distinção entre a oferta e a demanda de serviços hospitalares determinam uma dificuldade essencial em controlar ou auditar os hospitais, facilitando a corrupção (que é estimulada pelos preços irrealisticamente baixos pagos pelo governo para os diversos tipos de ação médico-hospitalar) e a baixa qualidade dos serviços prestados.

A Reforma

A partir desse diagnóstico sumário, o governo Fernando Henrique Cardoso, através de seu Ministério da Saúde, com o apoio técnico do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, está desenvolvendo uma proposta de reforma administrativa na área da compra ou demanda de serviços hospitalares e ambulatoriais, que dará uma nova vida e força aos propósitos de descentralização, integralidade, equidade e eficiência do SUS.

O que se está procurando, através desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma parte fundamental do mesmo - e certamente a mais cara: a assistência hospitalar. A metodologia de gestão operacional e administrativa proposta tem as seguintes características básicas:

(1) clara separação entre **demanda** de serviços de saúde, constituída por um Sistema Nacional de Demanda de Serviços de Saúde, abrangendo as esferas federal, estadual e municipal, e oferta de serviços de saúde, constituída pelos hospitais públicos estatais (de caráter federal, estadual ou municipal), os hospitais públicos não-estatais (hospitais públicos filantrópicos como as Santas Casas e as Beneficências), hospitais privados;

(2) aprofundamento da atual política do Ministério da Saúde, de descentralização e municipalização, de forma que a responsabilidade direta pela saúde dos residentes em cada município seja do Conselho Municipal de Saúde e do Prefeito;

(3) aproveitamento de todas as economias realizadas pelos municípios na assistência médica para utilização adicional nas ações de medicina sanitária.

Para viabilizar a reforma, serão essenciais (a) a utilização do estoque de informações gerenciais disponíveis no DATASUS e (b) o aproveitamento das enormes facilidades de controle e comunicação de dados que foram proporcionadas pelos recentes desenvolvimentos da informática, particularmente em termos de barateamento dos equipamentos e simplificação das operações.

Examinemos mais detidamente cada um dos três pontos da reforma. Esta começará pela criação de um Sistema Nacional de Demanda de Serviços de Saúde (Sistema de Demanda) que englobará uma secretaria a nível da União, uma subsecretária a nível de cada um dos Estados, e uma subsecretária ou diretoria a nível de cada município, dependendo de seu tamanho.

O Sistema de Demanda, a nível federal, contará com um orçamento que será uma parte do orçamento da União para o SUS. O orçamento do SUS é mais amplo, envolvendo a vigilância sanitária e a pesquisa. A nível estadual e municipal o Sistema de Demanda contará

com uma suplementação orçamentária correspondente às disponibilidades e prioridades atribuídas ao programa pelas respectivas assembleias legislativas e câmaras municipais.

Nos municípios, onde se realizarão as ações de saúde, farão ainda parte do Sistema de Demanda, e portanto da demanda de serviços de saúde, os postos de saúde e/ou os ambulatorios públicos e os médicos clínicos vinculados aos postos, que serão a única forma regular de admissão nos hospitais e ambulatorios (quando o posto de saúde não for ele próprio um ambulatorio).

Isto significa que os hospitais não receberão Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). As AIHs, que não são outra coisa senão a dotação orçamentária para custear a internação e as cirurgias, serão distribuídas mensalmente às prefeituras, de acordo com o número de residentes no município e o perfil epidemiológico. Não haverá, assim, razão para que um município receba AIHs em proporção maior do que outro porque tem um hospital e o outro não tem. O município receberá AIHs basicamente proporcionais à sua população e encaminhará os doentes para os hospitais que julgar conveniente.

Será mantida uma reserva de AIHs para os Estados (para atendimento emergencial às prefeituras) e outra ao Ministério da Saúde (para atendimento emergencial aos Estados).

Caberá aos postos de saúde ou aos clínicos gerais que fazem parte do Sistema de Demanda encaminhar os pacientes, com a respectiva AIH, aos hospitais credenciados da região. Estes não farão parte do Sistema de Demanda, ou seja, não estarão subordinados a ele, já que estarão do lado da oferta, competindo entre si para oferecer os melhores serviços. Os hospitais estatais existentes em cada esfera também estarão do lado da oferta, competindo com os hospitais privados e filantrópicos.

Caberá à autoridade municipal do Sistema de Demanda credenciar os hospitais, negociar com eles as condições do serviços e eventuais pagamentos suplementares com recursos do próprio município, encaminhar aos hospitais credenciados os pacientes, aprovar as contas correspondentes às AIHs enviadas, debitá-las à verba mensal, e encaminhá-las por via eletrônica à Secretaria Central do Sistema de Demanda, em Brasília, que, através do Banco do Brasil, autorizará imediatamente o pagamento ao hospital, respeitados os limites de

dotação mensal do município. Caso o limite tenha sido ultrapassado, caberá à autoridade municipal do Sistema de Demanda solicitar à autoridade estadual suplementação emergencial.

Se, ao invés de falta, houver sobra de recursos - dadas as economias realizadas pelo município -, este terá direito à diferença, que poderá ser utilizada para complementar seu orçamento de ações sanitárias de saúde.

Toda a operação da autoridade municipal de saúde do Sistema de Demanda será controlada por um Conselho Municipal de Saúde.

Observe-se que, em termos de modelo de descentralização, a reforma corresponde aproximadamente ao sistema descentralizado parcial hoje em uso. Não se propõe o sistema semi-pleno porque se quer promover, de uma só vez, a descentralização para cerca de dois mil municípios. Só assim será possível afirmar, no momento do lançamento da reforma, que a partir daquele dia os prefeitos e os conselhos municipais de saúde tornaram-se responsáveis pela saúde da grande maioria dos cidadãos brasileiros, solidariamente com o Presidente da República, seu Ministro da Saúde, os governadores dos estados e seus respectivos secretários de saúde.

A implantação dos Sistema de Demanda será precedida de um período de treinamento intensivo. Não obstante, uma parte dos municípios escolhidos terão dificuldades, inicialmente, em se adaptar à reforma. É preferível, entretanto, enfrentar as dificuldades e resolvê-las no processo, ao invés de ficar adiando a descentralização indefinidamente em nome do habitual argumento centralizador: “os agentes aos quais se quer delegar autoridade não estão ainda preparados”.

A Oferta

Observe-se que esta proposta de reforma não se concentra no fomento da **oferta**, através da construção e equipamento de novos hospitais públicos. Isto não significa que esta tarefa não seja importante. Simplesmente, que não é prioritária no momento. Conforme observa Hésio Cordeiro (1991), no regime autoritário toda a ênfase foi dada á oferta de serviços de saúde.

Desde meados dos anos oitenta, entretanto, as pressões de demanda passaram a ser dominantes.

É preciso, entretanto, reconhecer que nos municípios mais pobres existe um problema real de oferta. A prática de consórcios, que o Ministério da Saúde vem adotando com êxito, é uma resposta adequada ao problema. Por outro lado, ainda no plano da oferta, os estados e os hospitais universitários continuarão a ter um papel fundamental na oferta de serviços terciários.

Em cada nível da federação haverá uma autoridade responsável pelos hospitais públicos e mais amplamente, pela **oferta** de serviços hospitalares. (que não poderá ser a autoridade do Sistema de Demanda). Os hospitais públicos deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. Esta “publicização” dos hospitais estatais, entretanto, não faz parte integrante da reforma administrativa ora proposta. O que é essencial para ela é simplesmente a clara separação dos hospitais estatais - que fazem parte da oferta de serviços hospitalares -, do Sistema de Demanda, de forma que caiba a este credenciar e contratar os serviços dos hospitais estatais, que competirão com os hospitais públicos não-estatais e mesmo com os hospitais privado em termos de qualidade e custo dos serviços.

Naturalmente, os hospitais universitários e os hospitais que tenham um papel relevante na pesquisa médica deverão continuar a ter prioridade por parte do Estado, e, portanto, deverão receber, como organizações sociais, dotações orçamentárias, além das receitas provenientes dos serviços contratados pelo Sistema de Demanda do SUS.

Conclusão

Ao privilegiar a descentralização, o Governo Federal se alinhará com as mais modernas tendências de gestão do Estado, reconhecendo e valorizando o papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos essenciais, com maior racionalidade e controle operacional e

social. Ao privilegiar a qualidade do atendimento ao cidadão, o Governo Federal se alinhará com as mais modernas técnicas de gestão, valorizando a competição e a busca por resultados, com foco central no cidadão. Ao privilegiar a compra ou demanda de serviços de saúde, o Governo Federal reduzirá os custos operacionais do SUS, otimizando sua gestão operacional e administrativa. Ao garantir que as economias realizadas pelos municípios sejam canalizadas para sua própria medicina sanitária, o Governo Federal estará reconhecendo a prioridade desses gastos em um país pobre como o Brasil, onde os ganhos com ações de saúde preventivas são ainda enormes.

Referências

- Dilulio Jr., J.J. and R.P.Nathan, orgs. (1994) *Making Health Reform Work*. Washington: The Brookings Institution.
- Cordeiro, Hésio (1991) *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial.
- Medici, André Cezar (1995) “Saúde: modelos de gestão descentralizada - alternativas para o Brasil”. In Velloso, Albuquerque e Knoop, orgs. (1995).
- Ministério da Saúde (1993) “Descentralização dos serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Brasília: Ministério da Saúde, Sistema Único de Saúde.
- Velloso, J.P.R., R.C. Albuquerque e J. Knoop, orgs. (1995) *Políticas Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Fórum Nacional e Ildes.
- World Bank (1994) *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s*. Washington: Banco Mundial, relatório no.12665-BR, junho 1994.