

Capítulo 14

REFORMA GERENCIAL NA SAÚDE

Luiz Carlos Bresser-Pereira

Na primeira reunião da Câmara da Reforma do Estado, em fevereiro de 1995, quando o Governo Fernando Henrique começava, declarei que pretendia, na reforma da administração pública, dar prioridade à área social. Argumentei, para justificar minha opção, com o fato de que isto seria consistente com um governo social-democrático.¹ Meu principal argumento, entretanto, foi o de que era este o setor que mais necessitava de reforma, e no qual uma administração pública moderna poderia ter efeitos extraordinários. Enquanto a área econômica tinha economistas, e a área de infra-estrutura, engenheiros funcionários das empresas estatais, que são bons administradores e relativamente bem pagos, na área social bons administradores são uma raridade, e os salários, muito baixos.

Por outro lado, as economias ou os ganhos de produtividade que se podem realizar com uma boa gestão da política social são imensos. Para isto, entretanto, é preciso valorizar os aspectos gerenciais do problema. Kliksberg (1997: 119) aponta, com muita propriedade, um dos mitos existentes entre os responsáveis por políticas sociais. É o ‘mito da dicotomia formulação-gestão’, segundo o qual “o problema central circunscreve-se ao campo do planejamento e da formulação de estratégias. Superado esse problema, mediante uma concepção adequada das políticas públicas, empreender-se-ia a etapa administrativa de ‘pura implementação’, durante a qual as dificuldades, embora possíveis, seriam secundárias”. Ora, este é um equívoco muito grande. A política pode estar corretíssima, mas se não for bem administrada pode se

¹ - O jornal inglês *The Guardian* resumiu os princípios do novo trabalhismo britânico, que sob muitos aspectos tem servido de referência para as reformas empreendidas no governo Fernando Henrique, nos seguintes termos: política econômica prudente e estável; ênfase nos investimentos em educação, treinamento profissional e infra-estrutura e não em política industrial; renovar o *Welfare State* senão a direita acaba com ele; *reinventar o governo e descentralizar de forma que o que conta no Estado* (a área social, além das funções clássicas de garantia da propriedade e dos contratos) *funcione*; ser internacionalista, opondo-se ao isolacionismo da direita inglesa. (Citado em *Folha de S. Paulo*, 8.2.98; os itálicos e a frase entre parênteses são meus). Vemos, por essa citação, que a reforma gerencial (reinventando o governo, descentralizar) para viabilizar a ação social é central nos novos programas da centro-esquerda social-democrática ou social-liberal. O governo Blair durante a campanha eleitoral fez críticas à reforma nos moldes da ‘nova gestão pública’, mas no governo a está confirmando com modificações menores.

tornar muito ineficiente (muito cara em relação ao serviço prestado), seja porque grande parte dos recursos alocados para aquela política são gastos com a própria burocracia e seus controles, seja porque, apesar dos controles, a corrupção, ou, mais amplamente, a captura do patrimônio público por interesse privados não é superada. E além de ineficiente torna-se inefetiva porque, como os recursos são limitados, o número de cidadãos atendidos com qualidade acaba sendo muito menor do que poderia ser estivesse uma administração gerencial competente sendo aplicada.

Um exemplo dramático das economias que podem ser realizadas na área das políticas sociais com a adoção de uma estratégia de administração gerencial nos é dada pelo caso do National Health Service - NHS, na Grã-Bretanha, sistema que, desde o final de 1996 começou a ser introduzido no Brasil. A reforma gerencial do SUS, consubstanciada na NOB-96,² está baseada no modelo inglês de administração no National Health Service, que, nos últimos anos, vem sendo adotado por um número crescente de países. São quatro as idéias básicas: descentralizar a administração e o controle dos gastos com a saúde, que serão distribuídos aos municípios de acordo com a população existente e não com o número de leitos; criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatorios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente; transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais (*quangos* na Grã-Bretanha, organizações sociais no Brasil); e criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que podem ser funcionários do Estado ou podem ser contratados pelo Estado e pagos de acordo com o número de pacientes que livremente se inscrevem em suas clínicas (como é o caso dos *general practioners* na Grã-Bretanha). Para se ter uma medida das economias que um modelo gerencial deste tipo traz, citarei aqui uma matéria especial do *The Economist* (1997) sobre o NHS. Nessa matéria a revista, notável por sua competência e pelo liberalismo de suas posições, afirma, surpreendentemente, que o NHS, porque não conta com recursos orçamentários suficientes, está “ameaçado de privatização” (sic). Privatização, explica, é o controle do sistema de saúde por empresas seguradoras e de convênios, e “nós sabemos como esse sistema é ineficiente, basta ver o que ocorre nos Estados Unidos”, enquanto que o sistema britânico “é muito eficiente”. Para demonstrar este fato, compara o sistema americano (privado, baseado em empresas de seguro), o francês (basicamente estatal), e o britânico (financiado pelo Estado mas provido por organizações públicas não-estatais competitivas): o último custou (1996) US\$ 1.300 por habitante ano, contra o dobro (US\$ 2.600) para o sistema de saúde estatal francês e quase o triplo (US\$ 3.800) para o sistema privado americano. Em termos de despesa em relação ao PIB, os Estados Unidos gastam 14,5 do seu produto interno com saúde contra 6,8 por cento na Grã-Bretanha. Os números *per capita* e em relação ao PIB não são perfeitamente coerentes, mas sem

² - NOB-96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 1996. Brasília: Ministério da Saúde, Portaria do Ministro da Saúde publicada no *Diário Oficial da União*, 6.11.1996.

dúvida revelam uma diferença dramática. Para uma qualidade de saúde que eu acredito ser superior na Grã Bretanha, já que esta dispõe de um sistema universal de saúde enquanto nos Estados Unidos 20 por cento de sua população não tem cobertura médico-hospitalar, os britânicos economizam mais de 7 pontos percentuais do PIB. Sem dúvida, como afirma o próprio *The Economist*, deveriam gastar um pouco mais, já que o fato de o NHS estar subfinanciado vem prejudicando a qualidade de seus serviços, e “ameaçando-o de privatização”, com o aumento do número de famílias que recorre a seguros privados.³

Uma economia desse montante, decorrente de um sistema gerencial competente, tem conseqüências importantes: com a mesma quantidade de recursos um número maior de cidadãos pode ser atendido com qualidade, ao mesmo tempo que recursos orçamentários para a área social são legitimados perante a sociedade. Uma das resistências da sociedade em pagar impostos, além do natural individualismo, é a convicção de que o dinheiro recebido pelo Estado é mal gasto. Quando se verifica o contrário, o pressuposto neoliberal da ineficiência intrínseca do Estado é refutado, e abre-se espaço para uma ação social efetiva do Estado.

Reforma no SUS

Na área social, o ministério mais difícil é o da Saúde. É diretamente responsável pela manutenção de um sistema de atendimento médico e hospitalar que a constituição determina ser universal e gratuito - o Sistema Único de Saúde -, mas não dispõe, para isto, nem de recursos orçamentários suficientes, nem de pessoal administrativo competente, nem de um modelo de administração do SUS adequado para executar a tarefa., que possa garantir um mínimo de eficiência e efetividade para o sistema. Além disso, como trata de um direito humano fundamental, e com grandes somas de recurso, é um ministério altamente politizado e ideologizado, o que em muito dificulta sua administração. Finalmente, a responsabilidade direta do ministério pelo atendimento de saúde, em uma federação com quase seis mil municípios, representa uma dificuldade a mais para o estabelecimento de um sistema de saúde efetivamente universal e de boa qualidade. A conseqüência é que o ministério está constantemente nos jornais, na medida em que falhas muitas vezes dramáticas do sistema de saúde são descobertas e denunciadas pela imprensa.

No Governo Fernando Henrique, embora o problema não tenha sido resolvido - é impossível resolvê-lo em quatro anos - uma reforma gerencial, consubstanciada na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 1996 (NOB-96), abriu uma perspectiva concreta de implantar no país um sistema administrativo baseado na descentralização para os municípios e na competição administrada, nos moldes

³ - A literatura sobre o NHS é imensa. Ver, entre outros, a perspectiva crítica de Klein (1995) e a favorável de Warner (1995).

que diversos países desenvolvidos vêm adotando de forma bem sucedida, a partir da experiência britânica.

Este livro não pretende narrar a história de minha administração à frente do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, mas apresentar as bases históricas e teóricas da Reforma Gerencial em curso no país, descrever as principais instituições que foram criadas, e dar uma informação sobre o início da sua implantação. Considero, entretanto, o fato de haver logrado convencer os médicos sanitaristas que dirigem o Ministério da Saúde, da superioridade do modelo proposto, uma das maiores vitórias de meu ministério.

O SUS, quando iniciou-se o Governo Fernando Henrique, era administrado segundo a NOB-93,⁴ que previa a municipalização ‘semiplena’ da saúde. Através desse sistema, que vinha sendo implantado lentamente, alcançando pouco mais do que 100 municípios, estes, ao serem colocados nesta condição, passavam a receber um orçamento proporcional ao número de leitos hospitalares, ficando autorizados a gastar os recursos de forma mais autônoma. O sistema semipleno já era um avanço, mas havia uma imensa dificuldade de generalizá-lo. Na prática, o sistema continuava centralizado em Brasília, e, quando aparentemente descentralizado, não se estabelecia a responsabilidade da administração municipal pelos cidadãos residentes no município. A responsabilidade continuava com um super-homem encarregado de uma missão impossível: o Ministro da Saúde.

Em minha viagem à Inglaterra, em abril de 1995, conheci o sistema gerencial implantado pelo governo britânico para administrar o National Health Service, baseado na descentralização, no controle pelo lado da demanda ao invés do controle pelo lado da oferta, e em um sistema de competição administrada entre os hospitais, responsáveis pela oferta de serviços, transformados em organizações sociais (*quangos - quasi autonomous non-governmental organizations*, na terminologia britânica). Convenci-me imediatamente da extraordinária superioridade administrativa e democrática do sistema britânico sobre o sistema estatal e centralizado existente no Brasil, que era baseado na crença de que seria possível, a partir de Brasília, planejar e implantar um ‘sistema hierarquizado e regionalizado’ de oferta de serviços de saúde para todos os brasileiros. E passei à tarefa de persuasão do Ministro Adib Jatene, de seu Secretário Executivo, José Carlos Seixas, e do Secretário diretamente responsável pelo SUS, Eduardo Leukowitz. Para isto, pronunciei duas conferências para o pessoal da saúde, escrevi um *paper*,⁵ conversei várias vezes com o Ministro Adib Jatene, e mantive duas longas conversações com José Carlos Seixas. A partir destas, e feito o acordo entre nós de que não usaríamos

4 - NOB-93 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - 1993. Brasília: Ministério da Saúde, Portaria do Ministro da Saúde publicada no *Diário Oficial da União*, 24.5.1993.

5 - Ver Bresser Pereira (1995b). Para desenvolver esse trabalho, contei também com a colaboração de Luiz Arnaldo Pereira da Cunha e Ana Teresa da Silva Pereira.

as palavras ‘oferta’ e ‘demanda’ no documento, começamos a escrever juntos, ainda em 1995, a minuta da NOB-96. Depois que Eduardo Leukowitz se convenceu do sistema, assumiu o trabalho ao lado de Seixas. O projeto passou, então, por um ano de discussões no Conselho Nacional de Saúde e nas comissões bipartites e tripartites, sempre com o apoio de Jatene e do Presidente da República. No final, formou-se um grande consenso em torno da proposta, que permitiu a Jatene assinar a NOB-96 em dezembro de 1996. Com a saída de Jatene, o novo ministro, Carlos César Albuquerque, experiente administrador da área de saúde, adotou o projeto, e logrou, em 1997, implantar sua primeira fase, o PAB - Piso Assistencial Básico -, financiando com R\$ 10 por habitante a instalação dos sistemas municipais de entrada e triagem, condição preliminar para a plena implantação do sistema, que ocorrerá quando também os recursos destinados ao atendimento hospitalar e de ambulatórios especializados passarem a ser distribuídos aos municípios de acordo com sua população.⁶ Ao assumir o ministério em abril de 1998, o senador José Serra, reconhecido por sua competência econômica e administrativa, decidiu continuar e aprofundar a reforma.

Bases da Reforma

A Reforma Gerencial do SUS, contida na NOB-96, leva à efetiva municipalização da saúde pública através do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal, que será a porta de entrada obrigatória na rede hospitalar, e da transferência para os municípios do credenciamento, controle e pagamento dos serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios especializados aos cidadãos do município. Para isto, a estratégia consiste em distribuir aos municípios os recursos da União disponíveis para a saúde na proporção do seu número de habitantes, ao invés de distribuí-los na proporção dos leitos hospitalares existentes no município, como hoje ocorre. Desta forma, será possível às autoridades de saúde locais e a seus respectivos conselhos municipais de saúde assumirem a responsabilidade da saúde de seus munícipes. O controle será realizado a partir da demanda, representada pelas autoridades municipais, e não pela oferta constituída pelos hospitais. Assim, do ponto de vista político, o novo sistema de controle municipal do SUS, ao permitir a efetiva responsabilização de cada prefeito e de cada conselho municipal de saúde, permitirá uma parceria maior entre o Governo Federal e os governos municipais no financiamento da saúde. Os governos estaduais também deverão participar do sistema, embora devam ter sua função reduzida, já que não há

⁶ - Segundo a *Mensagem ao Congresso Nacional de 1998*, do Presidente Fernando Henrique Cardoso (1998: 61), a Norma Operacional Básica - NOB-96, permitirá fortalecer a gestão municipal e estimular a participação da comunidade na definição e no acompanhamento da implantação das políticas no setor. Em 1998, 3.300 municípios já serão enquadrados no PAB. A distribuição dos recursos para financiar as internações em hospitais e ambulatórios especializados, de acordo com a população de cada município, deverá ser implantada a partir de 1999.

razão para intermediação estadual na distribuição das verbas orçamentárias *per capita*. O Estado poderá, entretanto, receber uma parte dos recursos federais para atender a eventualidades ou casos de emergência.

Dois são os pressupostos desta reforma. Primeiro, que a oferta de leitos hospitalares é hoje muito maior do que a demanda. Existem hoje no país cerca de 25 mil leitos hospitalares, mas os internamentos estão em torno de 13 mil. Segundo, que o controle descentralizado, municipal, desses fornecedores de serviços de saúde, é muito mais efetivo do que o controle federal. A velha estratégia de montar centralmente um sistema de oferta jamais funcionou. No fundo, representava uma idéia de planejamento central hoje superada. A nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses fornecedores descentralizados, ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado. A organização da oferta com apoio do Estado continuará nos hospitais universitários e de maior complexidade. Ocorrerá, ainda, subsidiariamente naqueles locais onde existe deficiência de equipamentos hospitalares e ambulatoriais, através de consórcios municipais. Os hospitais e ambulatórios deverão ser, em princípio, organizações sociais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS; embora também possam continuar a ser organizações estatais, filantrópicas e privadas. O importante é que compitam entre si, não havendo monopólio para nenhum deles, inclusive para os hospitais e ambulatórios pertencentes ao município ou ao estado. O objetivo é sempre montar um sistema hierarquizado e regionalizado, mas a partir da demanda dos serviços controlada pelo Estado através dos municípios. As ações, pelo lado da oferta, serão, portanto, pontuais e complementares.

As idéias-força do novo sistema são: (a) tetos físicos e financeiros de gastos em saúde (Autorizações de Internação Hospitalar - AIHs) distribuídos aos municípios, através dos estados, de acordo com a população residente; (b) responsabilização compartilhada da União, dos estados e dos municípios pela saúde; (c) municipalização do controle dos hospitais, desde o seu credenciamento até a aprovação das contas; (d) prioridade na capacitação das prefeituras para desenvolver seus sistemas de atendimento básico, que serão a porta de entrada para os hospitais e ambulatórios especializados; (e) entrega do Cartão Municipal de Saúde para cada cidadão; (f) transformação dos hospitais estatais em organizações públicas não-estatais, competitivas com as entidades filantrópicas e privadas; (g) reafirmação da prioridade para as áreas sanitária e preventiva.

No sistema que está terminando, os hospitais recebiam diretamente do Ministério da Saúde as quotas de AIHs. Era a raposa dentro do galinheiro. Isto só não acontecia nos poucos municípios em que já havia sido instalada a 'administração semiplena', mas ainda neste caso os municípios recebiam e repassavam para os hospitais a verba federal segundo os leitos neles existentes, não segundo os serviços prestados à população. Agora, cada município pagará aos hospitais que prestarem serviço à sua população, estejam eles no próprio município

ou nos municípios vizinhos, desde que os pacientes tenham sido por ele encaminhados. Os hospitais só poderão atender diretamente nos casos de emergência.

A reforma do SUS, definida pela Norma Operacional Básica 1996 do Ministério da Saúde, nada tem a ver com o PAS - Plano de Atendimento de Saúde, implantado no município de São Paulo em 1996. Neste sistema, não há separação entre oferta e demanda. O atendimento de saúde básico e os serviços hospitalares menos complexos são privatizados, através da formação de cooperativas de médicos. Como as cooperativas recebem do município por cidadão residente em sua área e não por serviços prestados, cada uma delas seria, em princípio, um sistema de seguro subsidiário ao SUS. Na verdade, não é isto que acontece, já que a cooperativa não é obrigada nem tem condições de oferecer atendimento integral. Como cooperativas são organizações privadas, que distribuem seu excedente entre os cooperados, o estímulo implícito é o de atender o mínimo, transferindo para fora do PAS, para os hospitais do Estado ou da União, os atendimentos mais complexos. Temos, assim, um sistema caro e perverso, que não garante o uso ótimo dos recursos escassos existentes, e permite ganhos descontrolados aos membros das cooperativas.

Os opositores da Reforma Gerencial do SUS são aqueles hospitais particulares ou pretensamente filantrópicos que fraudam o SUS, com a desculpa de que os preços pagos pela União são irrisórios.⁷ De fato, são. Mas se os recursos forem complementados pelos estados e municípios, como a reforma em vias de ser implantada estimula, e se forem melhor controlados através de um sistema municipal como o descrito, o círculo vicioso em que nos encontramos será rompido, podendo-se, assim, garantir um atendimento infinitamente melhor para a grande maioria da população brasileira, que não tem acesso a seguros de saúde privados.

⁷ - Uma experiência pessoal que tive nesse sentido foi a audiência que concedi, em 1996, ao Sr. Mansur José Mansur, presidente da Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro, que veio a meu gabinete para manifestar sua oposição ao controle municipal que o Ministério da Saúde está planejando. Usou como argumento que o sistema, para ser racional, “deve ser hierarquizado e regionalizado a partir de Brasília...” Diante da minha discordância radical esse senhor, que depois eu viria a saber ser o proprietário do Asilo Santa Genoveva, onde ocorreu o escândalo da morte de um grande número de velhos por mal tratamento, retirou-se manifestando a meus assessores sua decepção pela falta de apoio do ministro a tão nobres idéias...

Reforma Administrativa da Saúde ⁸

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: (a) universalidade de cobertura, ou seja, atendimento integral gratuito, e equidade; (b) descentralização dos serviços para os estados e municípios, que participarão do financiamento; (c) não-concorrência mas unidade e hierarquização entre as ações de saúde da União, dos estados e dos municípios; (d) participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (e) prioridade para as atividades preventivas; e (f) 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.

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 farei 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 supridores 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

⁸ - O leitor pode terminar aqui a leitura deste capítulo. Entretanto, se quiser ter uma visão mais detalhada da reforma, poderá ler as seções que se seguem, que reproduzem o *paper* de 1995 (Bresser Pereira, 1995b), não publicado anteriormente, onde a proposta original foi apresentada. Além dos trabalhos citados nesse *paper*, sobre o sistema de saúde brasileiro, ver Cohn (1995) e Mendes (1996).

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 transicionais de descentralização: “transicional incipiente, transicional parcial e transicional semiplena”.

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-me-ei a examinar o problema administrativo da medicina ambulatorial e hospitalar. Entendo 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 farei 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 pagamento insuficiente 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, posso salientar 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 **demand**a 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 semiplena'. 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 **demanda** 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, eqüidade 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:

(a) 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;

(b) 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;

(c) 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 utilização do estoque de informações gerenciais disponíveis no DATASUS e 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.

Examinarei 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, no 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. No 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 ambulatórios públicos e os médicos clínicos vinculados aos postos, que serão a única forma regular de admissão nos hospitais e ambulatórios (quando o posto de saúde não for ele próprio um ambulatório).

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 semipleno 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 à oferta de serviços de saúde. Desde meados dos anos oitenta, entretanto, a 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 do 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.