

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
BANCO MUNDIAL**

**SEMINÁRIO
A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Centro Cultural Banco do Brasil
Rio de Janeiro/RJ
13 e 14 de abril de 1999**

Série D – Reuniões e Conferências, n.º 6

**Brasília-DF
Janeiro de 2001**

© 2001. Ministério da Saúde / Banco Mundial
Permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série D : Reuniões e Conferências, n.º 6

Tiragem especial: 1.000 exemplares.

Produção, informação e distribuição:
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 8.º andar
70058-900 – Brasília, DF
Telefone: (61) 315 2931 Fax: (61) 224 0659

Banco Mundial
Diretoria do Brasil

Organizadores:
Geraldo Biasoto (Ministério da Saúde)
Vera Valente (Ministério da Saúde)
Patrício Milan (Banco Mundial)
Hérman Montenegro (Banco Mundial)
Fabiana Imperatriz (Banco Mundial)

Edição de texto, projeto gráfico e arte:
José Humberto Fagundes
Mauro N. Barbosa

Impressão e acabamento:
Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE/MS

Revisão:
Jonilda Bonfim, Denise Carnib e Edilson F. L. Costa

Este documento reflete o que ocorreu no Seminário. Baseia-se nas apresentações, nos comentários e perguntas dos participantes. O texto é uma transcrição editada das palestras. As idéias aqui expressadas não devem, de nenhuma forma, ser atribuídas ao Banco Mundial, as suas organizações afiliadas ou a membros de seu Comitê de Diretores Executivos.

Ficha catalográfica

Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde (1. : 1999 : Rio de Janeiro)

Seminário a Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde : Rio de Janeiro, 13 e 14 de abril de 1999 / Ministério da Saúde; Banco Mundial – Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

216p. – (Série D - Reuniões e Conferências; n.º 6)

ISBN 85-334-0322-4

1. Sistema Único de Saúde – Financiamento – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde – Serviços de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Banco Mundial III. Título.

CDU 614.2:338.2 (81)
NLM WA 540
DB8

SUMÁRIO

Apresentação	7
Abertura	
- Geraldo Biasoto Júnior Ministério da Saúde. Secretário de Gestão e de Investimentos em Saúde	13
- Patricio Millán Banco Mundial	14
- Paul Wellen Convênio de Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido para a Reforma do Sistema de Saúde Representante no Brasil	17
- João Yunes Ministério da Saúde. Secretário de Políticas de Saúde	18
Palestra	
- Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos por países que adotaram a separação das funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. <i>Rafael Bengoa</i>	23
Painel	
- Experiências internacionais - a experiência da <i>Catalunha</i> . <i>Josep Maria Via</i>	41
Palestra	
- A experiências do Reino Unido <i>Elizabeth Ayoub Jorge</i>	59
Palestra	
- A reforma chilena <i>Rony Lenz</i>	71
Palestra	
- A superposição das funções de gestão do sistema e gerência de unidades estatais. <i>Eduardo Levcovitz</i>	83
Comentários	
- Silvio Mendes de Oliveira Filho	103
- Carlos Eduardo Ferreira	111
- Eduardo Levcovitz	117
Painel: A superposição das funções de gestão do sistema e gerência de unidades estatais	
- Abordagem econômica: o financiamento do sistema de saúde e a necessidade de receita das unidades assistenciais. <i>Sulamís Dain</i>	121
- Abordagem organizacional: estruturas e instrumentos administrativos de regulação <i>Pedro Luiz Barros Silva</i>	135

- Abordagem assistencial: organização de redes regionalizadas e hierarquizadas <i>Eduardo Levcovitz</i>	150
- Abordagem jurídico-legal: leis e normas necessárias à implementação dessas funções <i>Sueli Dalari</i>	156
Debates	
- Coordenação de Geraldo Biasoto	165
- Luiz Antônio Secretário de saúde de Pirai (RJ)	166
- João Gutemberg Universidade Estadual da Bahia. Instituto de educação coletiva	168
- Tito Lires Secretário Adjunto de Saúde do estado de Pernambuco	169
- Josep Maria Via	170
Palestra aberta aos participantes	
- Eduardo Levcovitz	171
Palestra	
- Instrumentos inovadores de regulação das relações entre gestores e financiadores do sistema e prestadores de serviços estatais e privados: compromissos de gestão, contratos e programas. <i>Josep Maria Via</i>	175
Comentários	
- Rafael Bengoa	189
- Josep Maria Via	190
Debate	
- Maria Cecília	195
- Josep Maria Via	195
- Walmir Peçanha	196
- Josep Maria Via	197
- Fátima Andrezza	197
- Josep Maria Via	198
- Sulamis Dain	200
- Rafael Bengoa	200
- Josep Maria Via	202
- Elizabeth Jorge	205
- Rony Lenz	206
Encerramento	
- Geraldo Biasoto Ministério da Saúde	213
- Hermán Montene Banco Mundial	214

APRESENTAÇÃO

O livro que ora se apresenta ao público é fruto de intensas discussões em torno de questões da organização dos sistemas de saúde, realizadas em Seminário com o tema “A Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde” ocorrido no Centro Cultural Banco do Brasil, no Rio de Janeiro, nos dias 13 e 14 de abril de 1999. O Seminário foi realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Banco Mundial e o DFID – Departamento para Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, e contou também com o apoio do Banco do Brasil.

É nossa opinião que sua importância vai muito além dos pronunciamentos e teses nele transcritos e sustentadas por profissionais de grande experiência profissional e capacidade de reflexão. Em verdade, o elemento a destacar é a cooperação na busca constante do aperfeiçoamento das formas de gestão da saúde brasileira. A análise das experiências internacionais permite que o exercício da crítica trabalhe no sentido da procura de novas formas para a organização do sistema. Alguns poderiam objetar a opção pela crítica a um sistema que ainda não logrou construir-se em todas as suas dimensões, como o Sistema Único de Saúde. Mas a crítica a que nos propomos não é aquela que busca o desmanche. Ao contrário, a proposta é a crítica em seu sentido transformador, a que visa o desenvolvimento e que resulta na síntese entre as estruturas institucionais em consolidação e as propostas inovadoras.

O debate sobre a universalidade no acesso à saúde brasileira terá, em todos os casos, as cores das paixões políti-

cas e dos grandes temas do século que se finda. Partimos, aqui, de uma constatação que, por sua natureza humanística, poderia ser tomada como axioma. A década de implementação do SUS, que ora se encerra, representou para a sociedade brasileira a universalização do direito à saúde. Mesmo que filas ou deficiências no atendimento sejam uma realidade presente no cotidiano da saúde brasileira, o cidadão passou a identificar que a sociedade tem um dever para com a sua saúde, em particular, e a da população em seu conjunto.

A compreensão do cidadão sobre seus direitos apenas aumenta o nível de responsabilidade da sociedade, representada pelo Estado, para com a existência do indivíduo. Talvez esta noção de responsabilidade do Estado passe a, como no caso inglês, desconhecer a discussão que sempre se colocou entre o liberalismo e o *welfare state*. No Brasil, esse debate ganha cores ainda mais dramáticas, posto que não basta ressaltar a condição de cidadania conferida pelo SUS ao conjunto da população. Importa estender, efetivamente, a todos o acesso à saúde gratuita.

Lograr o objetivo de dar acesso à saúde pública para um amplo segmento da população brasileira é uma tarefa de grande envergadura que não será realizada sem que sejam enfrentadas diversas questões. É importante, por isso, identificar as grandes questões que afetam o sistema.

A primeira grande questão é a estabilidade de financiamento. A atenção à saúde envolve a alocação de parcela substancial dos recursos públicos. A partir de 1988, a universalização do acesso, juntamente com a responsabilização dos três níveis de governo, teve lugar uma configuração completamente nova para o setor. O crescimento da responsabilidade do Estado pareceu, preliminarmente, identificado com o financiamento federal, que passou por enormes entraves, que acabaram resultando em sucessivos aumentos da carga tributária. Primeiro com a expansão da COFINS, depois com a criação de uma contribuição especificamente vinculada à saúde, a CPME.

A tão desejada estabilidade não foi, no entanto, alcançada, motivando a Proposta de Emenda Constitucional em vias de aprovação pelo Congresso Nacional. Além de fixar um novo patamar para os recursos Federais e uma trajetória de crescimento, a nova proposta dá conta de uma questão essencial cujo encaminhamento parecia intocado: a competência concorrente dos três níveis de governo para o financiamento da atenção à saúde. A nova proposta de Emenda Constitucional passou a definir um piso de vinculação para Estados e Municípios, relativamente às receitas de impostos e às transferências derivadas de impostos.

A segunda grande questão é a atenção básica. Durante várias décadas, a atenção à saúde foi identificada com a unidade hospitalar, onde o cidadão tinha existência apenas na forma de paciente. A compreensão de que a saúde teria que dar conta de um todo complexo, que envolvia desde ações de educação em saúde e saneamento, passando por cuidados básicos de medicina preventiva, chegando ao atendimento hospitalar como momento extremo da atenção à saúde, apenas colocou-se de forma concreta no passado mais recente.

Mais que a compreensão da atenção à saúde como uma ação realizada em vários níveis, o início do novo milênio vem trazer uma grande inovação para a estruturação dos sistemas de saúde: a fixação de níveis de acesso dentro de um processo de hierarquização do atendimento. A estratégia de saúde da família aparece com grande destaque, no sentido de exercer, ao mesmo tempo, as funções de porta de entrada para os níveis de atenção de maior complexidade e de execução das políticas de promoção e prevenção, dada sua presença na própria comunidade assistida.

A terceira questão a merecer destaque é justamente a organização das relações entre os diversos personagens do sistema de saúde. A separação das atribuições entre os distintos agentes envolvidos na atenção à saúde é peça essencial na

definição de formas inovadoras e mais eficazes de gestão. Por décadas, as unidades de saúde funcionaram sob uma ótica puramente orçamentária, recebendo recursos do Estado e desenvolvendo o trabalho para a população com os recursos disponíveis, numa ação tão contínua como carente de crítica, direcionamento e avaliação.

A chegada de mecanismos de racionalização e qualificação das ações de saúde acaba por dar contornos melhor definidos à idéia de gestão. As novas formas de contratualização atingem diretamente o ponto ao resgatarem os conceitos de custo, efetividade e qualidade para as relações entre os agentes que detêm recursos financeiros para adquirir serviços clínicos e ambulatoriais e os provedores dos mesmos. Não que seja importante a privatização, mas que sendo de propriedade pública ou privada, os ingredientes custo e qualidade passam a ter seu lugar recomposto dentro das relações entre as unidades de saúde.

O propósito deste livro é disseminar as discussões e apresentações do Seminário e contribuir para o debate de como melhorar a organização e gestão do SUS. Os grandes feitos do Sistema Único de Saúde poderão apenas ganhar novo fôlego, posto que é da mudança, da permanente ação crítica, que a universalização do direito à saúde poderá manter-se infenso aos diversos movimentos institucionais no sentido da revisão de seus conceitos e ideais.

Geraldo Biasoto Júnior
Secretário de Gestão de
Investimentos em Saúde
Ministério da Saúde

Vera Rosana Nunes Valente
Diretora do Departamento de
Gerenciamento de Investimentos
Ministério da Saúde

SEMINÁRIO
A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ABERTURA

O Seminário **A Separação do Financiamento e da Provisão de Serviços no Sistema Único de Saúde** foi realizado nos dias 13 e 14 de abril de 1999, no Centro Cultural do Banco do Brasil, no Rio de Janeiro. Integraram a mesa, como representantes do Ministério da Saúde, o Secretário de Gestão e de Investimentos em Saúde, Dr. Geraldo Biasoto Júnior, e o Secretário de Políticas de Saúde, Dr. João Yunes; como representante do Banco Mundial o Dr. Patrício Millan, e como representante no Brasil do Acordo Brasil-Reino Unido, o Dr. Paul Weelen.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIO DE GESTÃO E DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE
Dr. Geraldo Biasoto Júnior

Receber a todos aqui é uma grande satisfação. Pelo apoio à realização deste Seminário, gostaria de agradecer a meu antecessor, Mauro Marcondes, e ao Banco do Brasil. E também ao Banco Mundial e ao Convênio Brasil-Reino Unido, pelas iniciativas, por parte do custeio deste evento e pela colaboração no temário em discussão.

Inicialmente, gostaria de explicar por quê este Seminário é importante. Sempre olhei as finanças públicas com algum viés para as políticas sociais. E examinar o conjunto das políticas de saúde sempre me causou certo espanto, com a enorme engenharia idealizada e montada por um conjunto de pessoas na estruturação do Sistema Único de Saúde, SUS. Ao analisar a saúde no Brasil, certamente, veremos que é uma das políticas sociais mais desenvolvidas do ponto de vista da tentativa da articulação dos padrões de descentralização das formas pactuadas de gestão entre os vários níveis de governo e do ponto de vista do planejamento.

É curioso observar que, por outra via e em determinados pontos, toda essa engenharia produzida, especialmente no período anterior à reforma de 1988, e nos três ou quatro anos subseqüentes, tenha sido obstaculizada em alguns aspectos durante esse processo. De certo ponto de vista, na perspectiva microeconômica, da gerência, ela acabou atrofiada.

Esta é, um pouco, a perspectiva deste Seminário. Na verdade, dentro da perspectiva da formação do SUS e de toda a montagem da saúde pública no Brasil, o que se pretende é incluir ingredientes de inovação que introduzam nesse sistema padrões de eficiência não disponíveis hoje. Por isso, a experiência internacional, em especial a que será apresentada pelos palestrantes, é absolutamente essencial. Isso pela oxigenação que traz, do ponto de vista da alteração de aspectos no SUS, e inclusive do aumento dos níveis de eficiência e de capacidade dos gestores e de gerenciamento do sistema de saúde.

Conseguir avançar nessa reflexão é estar trabalhando muito pela saúde pública no Brasil, pela saúde em geral e para colocar novas questões na pauta de discussão. São questões que, certamente, exigirão um trabalho muito grande nos próximos anos. Mas, sem dúvida, serão absolutamente cruciais ao desenvolvimento do país.

BANCO MUNDIAL
Dr. Patricio Millán

Para o Banco Mundial, é uma honra participar da abertura deste Seminário, juntamente com o Ministério da Saúde e a Cooperação Britânica.

Hoje em dia, a estratégia, ou a função, do Banco Mundial é investir em gente, nas pessoas. Como instituição multilateral de desenvolvimento comprometida com a redução da pobreza e com a promoção do desenvolvimento sustentável, o Banco está convencido de que sem investimento nas pessoas não existe possibilidade de desenvolvimento sustentável. É necessário que a população seja saudável, tenha condições de saúde, educação e condições sociais adequadas. O financiamento do Banco Mundial aos setores sociais não era uma atividade inicial da instituição,

mas foi se desenvolvendo com o tempo. Os primeiros projetos nas áreas de saúde, praticamente, datam do final da década de 70. Hoje em dia, não só o Banco aprova financiamento aos setores sociais de cerca de quatro bilhões de dólares ao ano, como é a instituição internacional que outorga o maior financiamento à área da saúde. A carteira de projetos do Banco contabiliza mais de 150 projetos espalhados pelos mais diversos países do mundo.

A ação do Banco Mundial na área de saúde adapta-se às necessidades de cada um dos países. O Banco procura analisar a problemática do país e adaptar-se a ela.

Existem, no entanto, três áreas consideradas importantes como objetivos gerais do Banco. Em primeiro lugar, melhorar os níveis de saúde dos grupos mais pobres da população. Evidentemente, esse é um problema comum a todos os países desenvolvidos, pois é preciso melhorar os níveis de saúde. O segundo objetivo estratégico consiste em melhorar o desempenho do sistema de saúde, promovendo o acesso eqüitativo de todos os setores aos serviços e que os serviços sejam efetivos, bem administrados, de boa qualidade, a custos razoáveis e que respondam às necessidades da população beneficiária. A terceira área e linha de ação está na obtenção de um financiamento garantido e sustentável para os serviços de saúde.

Esses três objetivos são importantes hoje no Brasil: melhorar os serviços, os níveis de saúde da população e o desempenho do sistema e conseguir um financiamento seguro e sustentável para os serviços de saúde. O Banco Mundial, porém, reconhece que os desafios do setor saúde não podem ser enfrentados de forma isolada. Por isso, busca alianças com outras instituições, tanto nacionais como internacionais. Estou muito contente com a participação, neste Seminário, de representantes do Banco Interamericano de Desenvolvimento, nosso parceiro na execução de alguns projetos no Brasil e em vários países da América

Latina, de representantes da Organização Pan-americana de Saúde, da Cooperação Britânica, que colaborou com a organização deste Seminário, e também com a participação de universidades e escolas da área de saúde, as quais consideramos fundamentais para o melhoramento dos sistemas de saúde, tão necessários hoje em dia.

A situação da saúde no Brasil melhorou de forma dramática nos últimos anos. Todas as estatísticas apontam para importantes reduções na mortalidade infantil, na mortalidade materna e na mortalidade por doenças infecciosas. Alguns programas de atenção primária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa da Saúde na Família têm obtido grande sucesso e o próprio Banco Mundial os utiliza como modelo em outros países da América Latina em seminários iguais a este.

É preciso ressaltar também, e de forma enfática, a política de descentralização adotada pelo Brasil. A meu ver, é uma das mais avançadas existente no contexto latino-americano. No entanto, cabe mencionar que diversos estudos têm detectado que o desempenho de muitas estruturas municipais e estaduais é fraco na gestão dos serviços de saúde e que os instrumentos de supervisão, controle e monitoramento de gastos precisam ser reforçados. Talvez seja esse o grande desafio do Sistema Único de Saúde no Brasil: melhorar a qualidade e a eficiência do sistema.

Esse é o tema deste Seminário. Um mecanismo para ajudar a melhorar a eficiência e a qualidade do sistema está na busca ou promoção da separação da função de financiamento da provisão de serviços.

Muitos países reformularam seus sistemas de saúde com esse mesmo objetivo e com esse mecanismo. Por isso, convidamos a participar deste Seminário especialistas da Espanha, tanto da região da Catalunha quanto do País

Basco, do Reino Unido e do Chile para que relatem as suas experiências e o que conseguiram nessa área. Por outro lado, também queremos abordar os aspectos conceituais da separação de funções e dos mecanismos de compra. A experiência desses países pode ser muito útil na modernização do Sistema Único de Saúde brasileiro e para melhorar a sua qualidade e eficiência.

O mecanismo de compra e de contratação de serviços também é útil para regular as relações entre os distintos níveis de governo: federal, estadual e municipal. É um mecanismo que serve para corrigir a superposição de funções hoje existente no sistema.

Quero agradecer ao Ministério da Saúde, especialmente à Secretaria de Gestão em Investimentos, que acolheu esta iniciativa por nós sugerida e organizou este Seminário. Também gostaria de agradecer às outras secretarias do Ministério, representadas aqui pelo Secretário de Políticas de Saúde, que nos recebeu e ouviu nossas idéias sobre o tema. Reitero os agradecimentos ao Conselho Britânico e à Cooperação Técnica do Reino Unido pelo apoio concedido. Espero que este Seminário seja um ponto de partida para discussões que devem acontecer com maior profundidade em todos os níveis da sociedade para melhorar a eficiência e a qualidade do sistema.

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA BRASIL-REINO
UNIDO PARA A REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE
REPRESENTANTE NO BRASIL
Dr. Paul Weelen

É um prazer estar aqui hoje, como representante do Departamento para Desenvolvimento Internacional do governo inglês, que, por intermédio da cooperação técnica já existente há alguns anos, pode dar a sua contribuição

a um assunto tão importante para o desenvolvimento do modelo assistencial da saúde no Brasil.

Espero que a apresentação de algumas experiências do Reino Unido possa contribuir para o debate e para o processo de implementação do SUS. Que as soluções encontradas no Reino Unido possam ser frutíferas para o Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE
Dr. João Yunes

É uma satisfação participar deste Seminário e parabenizar a iniciativa desta promoção do Ministério da Saúde, Banco Mundial e Conselho Britânico. É também uma satisfação ter a participação de outras agências internacionais, como o BID e a OPAS, parceiros importantes na Cooperação Técnica.

Nós, do Ministério da Saúde, que coordenamos a gestão do SUS e a Secretaria de Políticas de Saúde, sentimos uma necessidade muito grande de maior desenvolvimento desta área que chamaria de economia em saúde. Essa área não se restringe apenas ao financiamento, mas a outros aspectos que, sob a direção da Secretaria de Investimento em Saúde, esperamos que se desenvolvam ainda mais. A expectativa da Secretaria de Políticas de Saúde é a de que o Dr. Biasoto realmente contribua muito para definir uma área tão crítica como essa de financiamento e de economia em saúde, principalmente quando se enfatiza, cada vez mais, a política de descentralização e municipalização.

Em um seminário com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conasems, realizado recentemente em São Paulo, discutimos que, com a municipalização,

ficou muito mais claro o papel do município e do governo central, no plano da política de financiamento e de cooperação técnica. O nível estadual, no entanto, por estar ausente das ações concretas, ficou meio perdido. Por isso, há certa falta de identidade em relação aos estados. Acharmos que os estados, dentro de seus limites, têm um papel muito importante na regulação, na cooperação técnica e as ações de saúde dos estados seriam suplementares apenas.

O fato de ter aqui experiências de vários países, como Inglaterra, Espanha e Chile, também é muito importante, pois o papel da cooperação técnica é cada vez mais valorizado no Ministério da Saúde. Não só a cooperação técnica internacional, entre outros países e o Brasil, mas do Ministério da Saúde com estados e municípios. O Ministério também tem insistido muito na cooperação técnica horizontal. Os estados e municípios têm muito a intercambiar, além de repassar as várias experiências que ocorrem no país.

Com relação ao financiamento do sistema, apesar da falta de estudos mais aprofundados, observa-se que o recurso em saúde, tanto da União quanto do município, tem aumentado substancialmente. Não é isso, porém, o que se vê em relação aos estados, de modo geral. Há quase uma substituição. Estudos mostram que têm havido aumento do recurso financeiro ao nível dos municípios e da União, enquanto o governo estadual se recolhe em relação ao financiamento do sistema, em alguns casos.

Seria também muito interessante, aproveitando a presença do Banco Mundial, do BID e de outras agências, se aparecesse nas discussões deste Seminário a universalização “versus” a focalização, tema muito discutido no Brasil.

Como disse o Dr. Patricio Millán, é fundamental a melhoria da qualidade da gerência, do gestor. A Secretaria de Política de Saúde espera muito as contribuições e as sugestões deste Seminário para procurar implementar e avançar o sistema em uma área tão crítica como a do financiamento.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PALESTRA

**QUESTÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS
E RESULTADOS JÁ OBTIDOS POR PAÍSES
QUE ADOTARAM A SEPARAÇÃO
DAS FUNÇÕES DE FINANCIAMENTO E PROVISÃO
DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

QUESTÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS E RESULTADOS JÁ OBTIDOS POR
PAÍSES QUE ADOTARAM A SEPARAÇÃO DAS FUNÇÕES DE
FINANCIAMENTO E PROVISÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Rafael Bengoa¹

Gostaria de agradecer às autoridades brasileiras, ao Banco Mundial, a outras organizações internacionais e à Cooperação Britânica por organizar este tipo de reunião. Os países que estão realizando este tipo de mudança, de separação das funções de financiamento e de provisão, têm promovido continuamente reuniões como esta. É um processo muito dinâmico, porque as coisas não estão completamente claras nem acabadas. De sete, oito ou dez anos para cá, lançamos-nos todos em uma nova dinâmica, alguns países mais do que outros. No entanto, é importante não concluir desta apresentação que existe um modelo bem acabado, bem finalizado, mas que os países estão empreendendo uma aventura com algumas noções muito claras que permitem progredir rumo à eficiência e à qualidade.

Esta apresentação vai girar em torno de temas conceituais da separação do financiamento da provisão e, ao mesmo tempo, ocasionalmente, da experiência prática que conheço de alguns países, embora a descrição detalhada dessas experiências fique a cargo das apresentações seguintes, especificamente do Chile, Reino Unido e Catalunha (Espanha).

¹ Rafael Bengoa, espanhol, é médico, Mestre em Medicina Comunitária, consultor da B y F Gestión y Salud de Espanha, professor de Política de Saúde da Escola Superior de Administração e Gerenciamento de Vasco, na Espanha. O Dr. Rafael foi também responsável pela Unidade de Políticas e Gestão Sanitária da Organização Mundial de Saúde em Copenhague.

Para começar, um pouco de semântica. Quando se separa o financiamento da provisão, parte-se para algum tipo de modelo organizativo no qual o nível central normalmente é o financiador. Pode ser um Ministério ou o Estado. O papel que assume o financiador nessa separação de financiamento e provisão é fundamental. Seja o Ministério ou o Estado que desempenhe a função de financiamento e regulação, organiza-se algum tipo de agência de contratação. É uma organização para realizar contratações, que normalmente não existe em nossas administrações, e que os senhores também chamam de acordos de gestão. Em outros países, são chamados de acordos de gestão com os provedores. Os provedores são os centros de saúde, os hospitais, sejam públicos ou privados.

A diferença desse sistema com o anterior, o clássico, que seguíamos a exemplo de muitos países e do qual queremos nos distanciar, estava no fato de que o centro da organização, seja o Ministério ou o Estado, também era sempre o provedor. Ao se distanciar da provisão de serviços e criar algum tipo de órgão de contratação entre o financiador e o provedor, consegue-se introduzir uma lógica diferente, separando o financiamento da provisão, entre a agência de contratação e os provedores assistenciais. É aqui que ocorre a separação do financiamento da provisão. Não é lá em cima, no Ministério. O que o Ministério faz é alocar recursos para as agências de contratação, mas lá não se registra a separação entre financiamento e contratação. O que existe é uma organização administrativa normal com a obrigação de contratar serviços. Como acontece na Espanha, em muitos países europeus e também no Brasil, onde se verifica uma tendência à descentralização e em conceder um papel mais importante aos estados, o Ministério aloca recursos ao estado, mas o que existe entre o Ministério e o estado é a alocação de recursos, não um contrato. A contratação de serviços e a sepa-

ração entre financiamento e provisão ocorre entre a agência de contratação e os provedores e os usuários.

O modelo da separação de financiamento e provisão existe por uma série de razões, diferentes de país para país.

Cada país tem a sua história, cultura e organização e, portanto, tem a sua lógica. No entanto, é interessante constatar que a separação entre financiamento e provisão está servindo a 15, contamos 16 países outro dia, que sempre foram más referências mundiais, como o Reino Unido etc., em organização de serviços de saúde. A muitíssimos países, serve para dar-lhes um novo marco estratégico geral ao sistema. A separação de financiamento e provisão é uma decisão política. É preciso que o nível político decida que, a partir de amanhã, irá estabelecer um modelo que separa, ou tende a separar, o financiamento da provisão.

Todos temos problemas universais, mas existem respostas universais para eles. A separação entre financiamento e provisão surge como uma delas. Constitui um novo modelo de organização e começa a ter um caráter universal no setor saúde e em outros setores. Na educação, também se separa as duas coisas, quando possível.

Os problemas dos custos e das ineficiências do setor são comuns a todos nós. Uma das respostas está em separar o financiamento da provisão e introduzir a concorrência ao setor. Mas também se pode separar as duas coisas e não introduzir a concorrência entre os provedores. É possível separar o financiamento e a provisão e fazer concorrer entre si os hospitais, os centros de saúde. Ou se pode separar as duas coisas e excluir a concorrência entre os provedores. Há países que acreditam mais na concorrência, outros menos. Mas todos acreditam na separação entre financiamento e provisão.

Portanto, a separação entre financiamento e provisão permite criar um modelo competitivo entre os prove-

dores ou um modelo de colaboração entre eles, o que é bem mais interessante. Ao mesmo tempo, promove-se uma clara descentralização financeira e de gestão. Concede-se mais autonomia aos hospitais, centros de saúde etc. para acompanhar a separação entre o financiamento e a provisão. E transfere-se, cada vez mais, a responsabilidade clínica sobre gastos e sobre qualidade. Nesse modelo, introduzem-se incentivos relacionados às organizações, aos hospitais, aos centros de saúde e aos indivíduos. Estabelecem-se objetivos de eficiência. Tudo isso sob a marca de um modelo contratual.

De fato, como se sabe, na OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Européia) os sistemas já não são mais chamados de “sistemas nacionais de saúde”. Começam a ser conhecidos como “sistemas contratuais de saúde”, porque o modelo de separação entre financiamento e provisão, que condiciona a introdução de acordos de gestão sofisticados, a criação de uma agência de contratação, quase inexistente em nossos países, e a introdução de contratos de serviços completos, faz com que nossos sistemas sejam muito diferentes do que foram há sete ou dez anos. Um outro problema, digamos, universal é o da variabilidade e qualidade e a efetividade clínica. Existem estudos que indicam que entre 30% e 70% do que fazemos em Medicina não serve para nada. Ainda que se fique com o estudo mais otimista, o dos 30%, persiste o grande problema de variabilidade clínica e de efetividade clínica. Portanto, há uma série de respostas que vêm surgindo, como os protocolos, as guias clínicas etc. e também novas instituições a estabelecer padrões de qualidade.

Esse movimento, simplesmente, acompanha os modelos de separação entre financiamento e provisão, com a introdução no contrato, no acordo, de uma política mais centrada na qualidade. Ao mesmo tempo, procura-se uma

orientação mais voltada para a comunidade e para os pacientes de todo o setor. Tem surgido uma série de respostas que levam a algo mais, embora ainda com muitas imperfeições. Não acredito que exista algum país que tenha conseguido realmente introduzir o usuário ao sistema. Todos pensam em como fazê-lo, mas é difícil encontrar um país no qual o usuário, na verdade, tenha algo real a dizer ao setor e a influenciá-lo. Esse é um problema para o qual começam a surgir determinadas respostas. O terceiro grupo de problemas comum a todos está no fato de que não se sabe avaliar o rendimento, a “performance”, a produtividade do sistema. Isso tem aparecido muito mais nos modelos que separam o financiamento da provisão e introduzem os contratos, com toda uma lógica de avaliação do rendimento da atividade dos gerentes, das instituições e dos clínicos.

O que tem acontecido nos últimos dois ou três anos proporciona uma resposta muito interessante. Por alguns anos, tem prevalecido uma obsessão acertada de que gestão, produtividade e rendimento sempre se associaram à palavra eficiência. Por isso, em muitos países que têm adotado esses modelos, vêm-se trabalhando muito na avaliação da produtividade em termos do volume de atividade desempenhada pelos médicos, pela enfermagem etc. Ultimamente, o conceito de rendimento tem sido bem mais ampliado para permitir a avaliação dos ganhos de saúde, da equidade, do acesso a serviços, da experiência dos pacientes e qualidade, da atenção apropriada.

É interessante constatar que os países voltados para o modelo de separação do financiamento da provisão estão ampliando a lógica do que entendem por produtividade. Portanto, já não se afirma que produtividade é igual à eficiência. O conceito é muito mais amplo. Foi bom para a Espanha ter prevalecido por dez anos uma obsessão pela eficiência, pois se praticava um modelo muito fechado, muito administrado.

Por fim, outro problema existente e não trabalhado eficazmente é o balanço dos serviços. Qual a atenção primária? E a hospitalar? Como participam os serviços sociais? Qual o papel dos municípios nisso tudo? Portanto, a fragmentação da atenção, a fragmentação em que os hospitais fazem uma coisa e a atenção primária faz outra, e o paciente não sabe exatamente o que irá acontecer em cada um desses níveis, configura um problema muito sério, que não tem merecido a importância necessária até recentemente. Mas há uma resposta que permite a esse modelo voltar-se para a integração de serviços.

Nos últimos dez anos, portanto, houve uma obsessão por esse modelo e mais ainda pela eficiência. E o sistema, talvez, tenha se fragmentado mais, porque se firmavam contratos com os hospitais, com a atenção primária e isso acabava por fragmentar ainda mais as atividades dessas instituições. Agora, a tendência consiste em emitir, desde a contratação, sinais que unam os provedores, que os façam colaborar.

Existe uma série de problemas universais e respostas universais. A todos esses problemas, muitos países pensam que o marco institucional, político, de política de saúde mais conveniente está na separação entre financiamento e provisão. O Brasil terá de decidir também se esse é o caso aqui. Por que separar o financiamento da provisão? Alguns países o fazem para maximizar a eficiência. Outros, talvez, para melhorar a acessibilidade. Outros, ainda, afirmam que é para melhorar o sistema e orientá-lo para as necessidades reais dos usuários. Mas, há países que o fazem para ter um sistema voltado para a atenção primária, pois consideram que os sistemas estão muito voltados para os hospitais. E afirmam que vão separar o financiamento da provisão, introduzir contratos e utilizá-los para voltar-se mais para a atenção primária do que hospitalar. Existem outros, cujo objetivo consiste em minimizar uma

série de custos administrativos, embora informações indiquem que esse modelo, a princípio, talvez contribua para aumentar esses custos.

A melhoria da qualidade da atenção é outro objetivo da política de saúde que serve para justificar essa separação, da mesma forma que o planejamento de serviços. Portanto, por trás da separação existem múltiplos objetivos. Em geral, o mais comum é a maximização da eficiência. Nos países em que foi introduzida nos anos 90, na Espanha, em outros países europeus, na Nova Zelândia etc., esse foi o objetivo, embora englobe subjacentemente todos os outros aqui mencionados.

Implicitamente, significa que esses países estão dizendo que se continuam iguais não atingirão esses objetivos. Quer dizer, se não separam o financiamento da provisão, o sistema não pode rumar nessa direção. A única coisa que se conseguirá será melhorar as margens e alguns pontos de gestão, mas sem mudanças qualitativas e importantes no setor.

A agência de contratação é o instrumento chave, responsável pela operacionalização do modelo.

Passamos, então, de uma organização em que o financiamento e a provisão estão absolutamente misturados e no qual a tecnologia de controle é a hierarquia de instituições sobre outras instituições e de indivíduos sobre outros indivíduos, a um modelo no qual o setor não controla pela hierarquia, pela regulação, burocratização e normatização do sistema. Não o faz somente por intermédio de normas e regulação, mas introduz a lógica contratual. Portanto, a tecnologia de controle no modelo de separação entre financiamento e provisão implica trabalho sério na organização do que virá a ser a contratação de serviços. Antes, na Espanha, Inglaterra etc. não existia esse tipo de organização. A administração contratava serviços a instituições privadas, tinha acordos de gestão, mas não havia

uma autêntica agência de contratação que desse forma à separação entre financiamento e provisão. Assim, foi preciso instituí-la e desenvolvê-la.

Quais as funções dessa agência? Contratar é um processo muito complexo, assim como desenvolver um acordo de gestão com uma instituição. É bom lembrar que o objetivo da separação voltava-se para a eficiência e a qualidade. E essas são funções dessa agência. Na Espanha, depois de cinco, sete anos, continuávamos sem ter instituições que fizessem isso suficientemente bem. No entanto, as coisas têm melhorado. Hoje, há pessoas que sabem mais como avaliar as necessidades de uma população e também introduzir técnicas de priorização.

Os sistemas de informação para essa agência de contratação têm sido bem desenvolvidos. E começa-se a introduzir os pacientes nesse contexto, além de se buscar minimizar os custos de transação que, como se sabe, são bastante elevados nesse modelo. Essa entidade tem de saber administrar o risco financeiro. É uma entidade que tem responsabilidade sobre uma localidade geográfica, cujo número de pessoas abrangidas, alguns países calculam em 100 mil, outros em 150 mil ou 200 mil. Agora, em termos atuariais, ninguém afirma que se possa contratar serviços para menos de 100 mil habitantes. Portanto, essa contratação deve abranger uma população entre 100 e 150 mil para se distribuir o risco. Não existe nada de mágico nesses 150 mil. Para menos de 100 mil, a tendência observada nos países conhecidos é a de que não existe possibilidade, nem capacidade.

Isso significa que, para os municípios se transformarem em entidades de contratação, precisam abranger pelo menos 150 mil habitantes, em termos atuariais.

Por fim, é preciso saber administrar os orçamentos, pois obviamente o motivo pelo qual se separa o financiamento da provisão e se introduz os contratos é influir

nas etapas inferiores. Não sei qual é o caso do Brasil, mas na Espanha não havia nenhum controle da administração sobre o que acontecia nos hospitais e nos centros de saúde. Até hoje, o controle é reduzido. No entanto, o modelo contratual possibilita um controle maior. E controle no sentido positivo, de poder influir nas etapas inferiores para que haja mais atenção primária ou mais serviços de um tipo do que de outro. Portanto, a adoção desse modelo significa poder influir nos provedores. Caso contrário, é melhor não adotá-lo. Existem países que estão fazendo tudo isso, mas sem conseguir influir nos provedores. É muita dor de cabeça para não se conseguir o objetivo final.

São essas, as funções de contratação e da organização delas encarregada, que se tem de reforçar ao se separar o financiamento da provisão. Em geral, em quase todos os países, a agência de contratação é uma entidade da administração, normalmente a nível regional, um estado, por exemplo. O que se fez na Espanha, e em outros países, foi criar quatro ou cinco agências para contratar serviços, de acordo com o volume de contratação. São entidades da administração que contratam serviços até os níveis inferiores e promovem acordos de gestão. No entanto, as coisas começaram a mudar em alguns países que entendem que a contratação deve ocorrer a partir da atenção primária. Quer dizer, não é necessária uma entidade para contratar serviços, pois as organizações de atenção primária exercem essa função.

Portanto, existem dois modelos. Em um deles, a função de contratação fica a cargo de uma entidade subordinada a quem financia, o Ministério e o Estado. No outro, essa função cabe às instituições de atenção primária. Entre esses dois modelos, já surgiram uma série de modelos híbridos, nos quais a atenção primária realiza aquisições parciais ou integrais. A tendência predominante orienta-se nessa direção.

Embora isso seja subjetivo e não existam evidências suficientes para sustentar essa afirmação, provavelmente, a maior parte dos países representados neste Seminário organizou uma entidade de compra supralocal, supramunicipal e não atribuiu à atenção primária a função de compra, porque lhe pareceu uma medida demasiadamente complexa.

Portanto, a maioria dos países realiza as contratações a partir de uma entidade administrativa que abrange uma população de 200, 250 mil habitantes, de acordo com o país. É interessante constatar, no entanto, que a tendência desses países é a de atribuir à atenção primária a função de compra.

Na Espanha, isso não tem sido feito. Existem algumas experiências a serem comentadas, mas, em geral, o que tem acontecido é a contratação a partir de uma entidade macro que abrange todo um grupo populacional. É possível que, com o decorrer do tempo, atribua-se à atenção primária a função de compra. Porque o que se quer é, simplesmente, mais atenção primária, pois é ela que resolve a maior parte da assistência. Por isso, em termos de política de saúde, muitos países estão apostando no fato de que a atenção primária deve ser o foco principal do sistema. Se assim é, a melhor forma de conseguir que a atenção primária seja o foco de todo o sistema está em transferir a ela o orçamento de compra e a responsabilidade de fazer os acordos com os hospitais, com outros serviços comunitários etc. Acredito que, pouco a pouco, e daqui a muitos anos, estaremos todos marchando nessa direção. Mas, provavelmente, será preciso passar antes por etapas mais macro, antes de atribuir essa função à atenção primária.

Não existe, porém, um modelo para isso. Quais os critérios poderiam ser escolhidos e utilizados na Espanha, na Inglaterra, no Brasil, para decidir se uma agência de

contratação, depois de separar o financiamento da provisão, está mais centralizada ou descentralizada? Centralizada significa que um estado com 10 milhões de habitantes no Brasil teria quatro, cinco, seis agências de contratação. Esse é o enfoque centralizador da contratação. Um enfoque muito descentralizador seria transferir a contratação aos municípios. Tudo depende de que tipo de políticas um país quer seguir. Caso o critério adotado para decidir por uma agência de contratação mais centralizada, como na Espanha, seja o de privilegiar a busca da eficiência, o sistema centralizado permite maior eficiência sobre uma população muito grande do que sobre uma população pequena. Caso se queira seguir uma política de acesso a serviços, de equidade, será mais interessante manter uma agência de contratação bem mais macro para abranger uma população mais ampla.

No entanto, se o que se pretende, a exemplo do que se busca hoje na Inglaterra, em algumas partes da Nova Zelândia e na Finlândia, é o desenvolvimento de um modelo de saúde no qual as coisas sejam decididas localmente, com muita sensibilidade em relação às necessidades locais, portanto, o modelo centralizado de agência de contratação não serve tanto quanto o descentralizado. Dessa forma, se a política pretende ser bem sensível às necessidades locais, deve-se montar um modelo de contratação bem descentralizado. Se o que se quer contempla outras variáveis, deve-se montar outro modelo de contratação. Em geral, os países que promoveram a separação entre financiamento e provisão consideraram, a princípio, os conceitos de eficiência, equidade, estabilidade dos provedores etc. e, portanto, montaram um modelo de contratação bastante centralizado, sem descentralizar a função de compra para o nível local.

O único país da Europa com contratação municipalizada é a Finlândia. Há muitos anos, obviamente, isso

vem sendo trabalhado lá e eles têm muita capacidade de gestão a esse nível. Em termos atuariais, no entanto, decidiram que necessitam de municípios grandes para tornar isso realidade. Isso significa a necessidade de um grupo populacional bastante amplo para o exercício dessa função de contratação. Portanto, não existe um modelo centralizado ou descentralizado. Depende da história, da cultura, da política que se queira seguir em determinado país e, sobretudo, dos critérios de decisão. Na organização de um modelo muito descentralizado de contratação, muito sensível às necessidades locais, não se pode esperar daí que seja possível trabalhar a equidade em termos sistêmicos, pois umas variáveis são sacrificadas em função de outras e, por isso, chama-se de “trade-off”. A decisão política por uma dessas opções sacrifica outras. Portanto, cada país tem de decidir esse conceito.

Enquanto se separou o financiamento da provisão e se introduziu contratos, dentro dessa lógica aqui colocada, aprendemos na medida que caminhávamos. E aprendemos muito com os ingleses, os neozelandeses, os suecos etc. Está claro que, com a separação do financiamento da provisão e a introdução de um modelo contratual e de entidades sólidas de compra, existe de fato melhoria na eficiência. Sai caro, porque introduzir contratos representa, em termos administrativos, um gasto considerável. Sem embargo, com o modelo contratual tem havido melhorias importantes na eficiência dos provedores. Porém, esse modelo de contratação com os hospitais, atenção primária etc., separadamente, acaba por fragmentá-los ainda mais. Na Espanha, por exemplo, a atenção primária não se comunica com os hospitais. São culturas diferentes. Com os serviços sociais, ninguém se comunica. Então, existem provedores na comunidade que não se comunicam. O que se tem visto nos últimos anos, e vem muito da lógica, e não do modelo de “managed care” norte-americano, é que as

melhorias na saúde não são possíveis se os serviços na ponta estão fragmentados. Portanto, para se obter melhorias na saúde, e não de eficiência, é preciso que a atenção primária, a hospitalar e os serviços de saúde trabalhem em conjunto em algum tipo de sistema. É isso que está sendo construído e do qual se ouvirá falar mais tarde. Todos estão de acordo com a separação entre o financiamento e a provisão e a introdução de contratos. Mas o que não se concorda é que isso sirva para fragmentar ainda mais os serviços de ponta. Portanto, é preciso utilizar a lógica contratual para unir, não para fragmentar. E essa lógica permite a união.

Em termos teóricos, isso significa basicamente que a margem de melhoria nas “interfaces” entre nossas instituições é muito maior do que dentro das próprias instituições. Conseguir que a atenção primária e a hospitalar trabalhem juntas e um dia ainda muito distante, também em conjunto com os serviços sociais, proporcionará uma margem de melhoria muito maior do que se os distintos elementos do sistema forem em si melhorados. Embora a Espanha tenha hospitais e atenção primária perfeitamente administrados, isso não permitirá um salto qualitativo em direção ao futuro. O que permitirá esse salto será o trabalho conjunto entre os hospitais e a atenção primária. Portanto, o maior potencial de melhoria está em assegurar o trabalho conjunto. Não há suficiente informação documentada para corroborar essa afirmação. No entanto, em termos teóricos, essa é a tendência a ser seguida. Portanto, não basta separar o financiamento da provisão, organizar uma agência de contratação sólida e contratar serviços. É preciso assegurar que não haja fragmentação.

O que se busca, por intermédio do modelo de contratação, é a maior consistência dos serviços e maior coordenação. Não importa se estamos ou não contratando. Em geral, o nosso sistema fragmenta, ao invés de unir.

O sistema espanhol, por exemplo, contrata os hospitais e a atenção primária. Mas esses contratos servem para fragmentar, não para o desenvolvimento do trabalho conjunto. Portanto, estão ignorando o potencial de melhoria existente nas “interfaces”. A tendência é fazer com que uma organização que tenha atenção primária e hospitalar e faça prevenção, promoção e também reabilitação e, um dia, serviços sociais, seja um sistema; algum tipo de sistema. Ninguém sabe exatamente que sistema é esse, mas irão aparecer uma infinidade deles em nossos países.

O importante é a noção da criação, a nível local, de um sistema integrado. Na Nova Zelândia, por exemplo, já se está experimentando em sete áreas o que chamam de contratação integrada. É realizada por uma entidade específica, que contrata pacotes de serviços integrados de atenção primária e hospitalar. Emite, portanto, um indicativo de união e não de separação.

É possível organizar a separação de funções dentro de um modelo competitivo, com concorrência ou não entre os provedores. Em geral, é muito importante o fato de que o modelo de separação de financiamento da provisão ter trazido muitíssima clareza ao sistema de papéis a serem desempenhados. Sabe-se quem é quem, quem exerce quais funções e o que tem de fazer, embora outra coisa seja consegui-lo. Mas, pelo menos, a determinação do papel de cada um fica bem clara.

O modelo contratual permite se obter melhorias significativas na eficiência, mas com alguns senões, já mencionados. Permite, provavelmente, tender ao que se chama de “seamless care”, atenção sem fronteiras, o que representa trabalho conjunto dos provedores a nível local.

Em síntese, é bom manter a separação entre financiamento e provisão. Os países que a adotaram não voltaram atrás, pois o modelo continua lhes servindo. No entanto, o conceito de concorrência é sacrificado. Existe uma

tendência de se falar mais de colaboração do que de concorrência. Os contratos, os acordos de gestão são medidas aprovadas, mas têm apresentado mudanças. Hoje, já são mais anuais, a longo prazo, e procura-se a desburocratização do processo contratual que acabou burocratizado.

Portanto, para se levar isso adiante é preciso não ser muito burocrático. Uma tendência clara é a de atribuir, pouco a pouco, maior responsabilidade à atenção primária e talvez um dia também à contratação. É preciso acabar com a fragmentação e privilegiar a descentralização de responsabilidades de administração operacional. Se o financiamento e a provisão são separados a nível dos hospitais, centros de saúde, a administração operacional, não a gestão macro, tem de estar nesse mesmo nível, pois são eles que alcançam maior nível de eficiência e não quem está no centro das organizações.

Por último, gostaria de fazer um comentário sobre os enfoques para essa mudança. Em geral, dois ou três estudos indicam que a tendência nos países não é a de produzir de imediato uma grande mudança com muita rapidez, a exemplo do que já foi feito em vários países. Muita rapidez e mudança muito ampla gera mudança muito radical. A tendência da separação é de ser ampla, porém lenta, com uma mudança evolutiva, mais controlada, com experiências demonstrativas a nível dos estados, das regiões etc. Decorridos dez anos, essa é uma tendência clara em alguns países que imprimiram um salto muito acentuado, com muita rapidez e com muita ambição na mudança. Agora, continua-se bem ambicioso na extensão do que se quer conseguir, mas voltado mais a fazer política por intermédio de experiências demonstrativas, experiências-piloto etc., embora plantando indicações muito claras do rumo que se vai tomar, a nível macro, em políticas de saúde.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PAINEL

**EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS
A EXPERIÊNCIA DA CATALUNHA**

EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS
A EXPERIÊNCIA DA CATALUNHA
Josep María Vía²

Gostaria de agradecer aos organizadores, ao Banco Mundial, ao Ministério da Saúde e à Cooperação Britânica, pelo convite para participar deste evento.

Minha contribuição será apresentar o caso da Catalunha. Será necessário retomar alguns dos conceitos utilizados por Rafael Bengoa em sua apresentação, porém, já adaptados à região, localizada no Noroeste da Espanha.

Em primeiro lugar, para um país com a intenção de separar as funções de provisão e aquisição de serviços, o importante é levar em consideração que essa ação não constitui uma finalidade em si mesma, mas um meio de alcançar alguns de vários objetivos. Representa um meio, ou uma estratégia, a ser adotada com cautela e prudência, principalmente, porque existem poucas avaliações sólidas e suficientemente amplas, tanto em termos de casuística como de experiência. Apesar de existirem algumas evidências, como as que serão abordadas aqui, ainda é difícil hoje para qualquer país, inclusive os europeus, extrair conclusões definitivas sobre os reais benefícios da separação de funções.

A partir de algumas idéias, intrinsecamente lógicas, a tendência tem sido a de atribuir à separação de

² Josep María Vía é espanhol, médico e Mestre em Administração de Serviços de Saúde. Atualmente, exerce a função de Secretário do Governo da Catalunha e de relações com o Parlamento. Dirigiu a área sanitária do Serviço Catalão de Saúde durante o período de reforma do sistema de saúde daquela região.

funções um conjunto de efeitos positivos sobre o sistema de saúde, independentemente do contexto ou do grau de desenvolvimento do sistema em questão. Uma dessas idéias é de que existe certo consenso sobre a não-conveniência de se ter uma mesma entidade jurídica exercendo funções de compra e provisão, porque representa um conflito de interesses em potencial.

Por outro lado, parece evidente que a influência dos provedores, principalmente dos médicos, na tomada de decisões que afetam o sistema de saúde e a alocação de recursos conduz a resultados às vezes orientados para atender às necessidades dos profissionais, nem sempre coincidindo com as necessidades da população ou com as possibilidades financeiras do sistema de saúde. Portanto, essa duplicidade de interesses em um mesmo processo pode fazer com que surja o interesse de avançar no sentido de separar as funções de compra e provisão. Em geral, aceita-se que esse processo venha acompanhado de um avanço na autonomia de gestão dos provedores, o que também é positivo.

Em segundo lugar, mesmo admitindo que a separação seja clara e comprovadamente benéfica, ainda há dúvidas sobre a sua generalização, isto é, sobre a conveniência de estendê-la aos sistemas de todos os países. Cada situação é única. Por exemplo, no caso da Catalunha, existe uma tradição histórica no âmbito da separação de funções. A maioria dos provedores, principalmente os do nível hospitalar e terciário, ou crônico, e menos os da atenção primária, tem exercido funções jurídicas diferentes daquelas tradicionalmente executadas por compradores de serviços públicos de saúde. Quando a Europa, por volta dos anos 80, começava a dar os primeiros passos em direção a uma doutrina de separação de funções, a Catalunha já operava em regime de separação há 40 anos, falando apenas da época moderna. Por isso, é obviamente impos-

sível comparar o caso da Catalunha com o de um país que começa agora a vislumbrar essa possibilidade.

O nível de treinamento de pessoal, o grau de sofisticação na elaboração de contratos e a experiência no manejo e na avaliação desses contratos, evidentemente, são diferentes. Portanto, os objetivos de uma separação de funções devem estar muito claros. Deve-se avaliar, em determinado momento, se a separação é realmente uma prioridade para o sistema de saúde do país e as possibilidades de adaptação a uma série de requisitos, ou, pelo menos, reconhecer claramente se o país tem condições de desenvolver um esforço que exige a disponibilidade de vários instrumentos.

Mais uma vez, recomenda-se prudência, reflexão e clareza quanto aos objetivos a serem perseguidos antes de tomar a decisão de empreender a separação das funções de compra e provisão. Seguindo essas recomendações, não resta dúvida de que a experiência de outros países poderá ser aproveitada para encurtar o processo e evitar os erros cometidos por outros.

Uma separação bem-sucedida exige requisitos e objetivos. Nesse sentido, será analisado até que ponto a Catalunha conseguiu se ajustar, ou não, a esses requisitos e alcançar, ou não, esses objetivos.

O primeiro requisito é a clareza e o consenso político em relação ao modelo de separação. Não existe apenas um, mas muitos modelos e o país candidato deverá adotar um deles. O modelo escolhido deve ter apoio político. O segundo requisito é a clareza dos objetivos do sistema, em termos de saúde, serviços e qualidade. Os objetivos devem ser claramente definidos no contrato, que é por excelência o instrumento que fará a relação entre os entes de compra e provisão. Se os objetivos não estiverem claros, então será muito difícil aplicar políticas de incentivo, positivo e negativo, como conseqüência do grau de

cumprimento dos contratos. O terceiro requisito é a disponibilidade de sistemas de informação que permitam definir e monitorar os objetivos e avaliar os resultados.

O sistema deve contar com pessoal capacitado e treinado para contratar e definir o conteúdo dos contratos, bem como para gerenciá-los, monitorá-los e avaliar seus resultados. Estratégias adequadas de alocação de recursos e mecanismos de pagamento são necessárias para incentivar os objetivos a serem alcançados. Portanto, o contrato deve especificar bem ambos os mecanismos. O contrato requer certa capacidade de gestão que permita um manejo coerente, a partir da perspectiva dos interesses do provedor, pois esse deve saber como e por que está sendo pago. Os provedores, por sua vez, devem possuir nível profissional adequado para gerir os contratos. Na ausência desse elemento, qualquer gestão, evidentemente, torna-se difícil. Principalmente a gestão do contrato. Os provedores devem ter a capacidade de tomar decisões, o que implica autonomia, e isso quer dizer a possibilidade de equivocarse. Por outro lado, é bom que os provedores tenham a capacidade de assumir certo grau de risco.

Quanto aos objetivos, isto é, para que serve e não serve a separação das funções de compra e provisão, deve estar claro que, caso se pretenda manter o provedor, e especificamente o médico, afastados das decisões estratégicas, será conveniente incentivar então a separação de funções. Caso haja interesse em reordenar a oferta de serviços, para aproximar o nível primário do hospitalar, do terciário e dos serviços sociais, é aconselhável separar as funções e proceder por contrato, especificando nesse instrumento políticas que permitam reordenar essa oferta e adequá-la melhor às necessidades de saúde e às possibilidades financeiras.

Por outro lado, existem objetivos que não devem ser perseguidos na separação das funções de compra e

provisão. Ao contrário do que parece, a separação de funções não é, per si, um instrumento de privatização, apesar do sistema de saúde aceitar a concorrência de provedores particulares na prestação de serviços. Tampouco é um instrumento de descentralização no sentido político-administrativo. A separação de funções pode contribuir para a delegação de funções de provisão de serviços, mas não para descentralizá-los. Apesar de muitos pensarem o contrário, a separação de funções não é um instrumento útil para controlar a demanda.

Portanto, levando em conta para o que serve, e não serve, a separação de funções, os objetivos centrais dessa mudança devem ser, em primeiro lugar, vincular os objetivos de saúde e de serviços à alocação de recursos. Nesse sentido, controlar a alta tecnologia é um assunto que preocupa a todos os países. Em segundo lugar, conter os gastos, aumentar a produtividade e, como resultado, melhorar a eficiência e a qualidade da assistência.

Existem, também, objetivos colaterais ou intermediários que ajudam a alcançar os objetivos centrais. Um exemplo é a introdução de mecanismos de mercado entre os provedores. Pode ser que a separação funcione no sentido de introduzir, ou não, a concorrência. Caso a intenção seja introduzir mecanismos de mercado, a separação de funções pode ser um objetivo intermediário. Para potencializar a atenção primária de saúde, a transferência de risco para os provedores e, conseqüentemente, para a oferta de serviços, o objetivo pode ser outro. O risco pode, basicamente, ser transferido para a oferta ou a demanda. Por exemplo, se a separação de funções afeta as seguradoras, o risco está sendo transferido para a demanda. Se, por outro lado, a separação de funções afeta os provedores, o risco está sendo transferido para a oferta. E esse é o mecanismo mais apropriado quando se acredita que a sensação de risco pode estimular uma reação nos prove-

dores no sentido de aumentar a eficiência, a qualidade etc. Por último, a descentralização da gestão aos provedores melhora a eficiência, no sentido jurídico de separação de funções.

O que aconteceu, na Catalunha, em relação a todas essas questões? Primeiro serão abordados os requisitos e, dentro desse item, o modelo de saúde. Com relação ao primeiro requisito, o do modelo, depois de muitos anos de debate, a Catalunha possui hoje um modelo de saúde apoiado em amplo consenso político de várias tendências. Portanto, na eventualidade de mudanças políticas no governo, o modelo catalão não corre o risco de sofrer modificações significativas, pois está pactuado politicamente e se sustenta numa tradição histórica.

De acordo com o modelo adotado, a parte governamental, ou seja, o Ministério, se ocupa do planejamento, da definição dos objetivos e da elaboração de políticas de saúde, enquanto a provisão, pública ou privada, logicamente se ocupa da compra de serviços. O sistema funciona dentro de um regime de separação de funções, porém tem uma diferença fundamental em relação ao sistema espanhol e, para entendê-lo, serão citados os exemplos dos hospitais. A proporção de hospitais que pertencem à administração pública na Catalunha é exatamente inversa à da Espanha. Isso quer dizer que apenas 30% dos hospitais de utilização pública pertencem à administração pública, enquanto 70% a empreendimentos autônomos, dotados de personalidade jurídica própria e para os quais a separação de funções é praticamente uma condição inevitável. Cabe enfatizar que esses hospitais não são particulares, mas fundações sem fins lucrativos, voltadas para o serviço público, consórcios, empresas públicas e hospitais, como, por exemplo, da Igreja ou da Cruz Vermelha.

A existência dessas duas sub-redes, a verdadeiramente pública que pertence ao Ministério e a de hospitais

autônomos de diferentes personalidades, tem permitido comparar e tomar uma posição quanto à situação mais conveniente. O sistema verdadeiramente público funciona, como qualquer outro, com base no funcionalismo e numa dinâmica orçamentária própria das administrações públicas, ou seja, o orçamento administrativo é designado de maneira hierarquizada e com base histórica. A diferença entre este e o sistema composto de hospitais que possuem personalidades diferentes e não pertencem ao governo é que o segundo possui regime laboral próprio da empresa privada, isto é, nenhum funcionário tem estabilidade no emprego. Ao contrário do sistema público, que segue o padrão administrativo, a contabilidade da rede autônoma se baseia na prestação de contas e apresentação de balanços e seus recursos são designados mediante mecanismo de contratação de funções separadas.

Diante dessas duas situações e da possibilidade de compará-las, se os 70% de hospitais que não pertencem à administração pública fossem assimilados pelos 30% de hospitais públicos, estaria sendo constituída uma rede que, de certa forma, teria menos autonomia, maior vínculo funcional etc. No caso inverso, se os 30% de hospitais do sistema público fossem ganhando autonomia seria possível avançar em direção a mecanismos que permitiriam substituir a designação orçamentária hierarquizada por mecanismos de contrato, conhecidos como contratos-programas, ou compromissos de gestão, para diferenciá-los dos verdadeiros contratos assinados com hospitais autônomos, com personalidade jurídica própria e características de empresa.

Portanto, na Catalunha, como em qualquer outro mercado, existe um regime de contratação real. Por um lado, está o sistema essencialmente público, que avança em direção à autonomia de gestão e à assinatura de compromissos de gestão. Por outro, o sistema de hospitais que não

pertencem à administração pública e sim a outras entidades. Ambos têm as mesmas condições, estão sujeitos às mesmas normas de garantias e competem pelo mesmo e único orçamento, ou seja, o da saúde pública do país.

Em relação à atenção primária, a situação cada vez mais se parecia àquela dos hospitais pertencentes à administração pública. Levando-se em consideração a experiência do setor hospitalar, e após o mesmo exercício de comparação, também se tem obtido melhorias no sentido de introduzir o conceito de gestão empresarial. Os centros públicos, hierarquizados, com orçamento designado em base histórica têm gradativamente se transformado numa rede que avança em direção à autonomia de gestão e que se relaciona com a administração pública por intermédio de contratos-programas, ou mecanismos de gestão. Isso é fragmentação, porque existem duas situações diferentes de contratos específicos a nível hospitalar e de atenção primária. É verdade que, por exemplo, quando se elabora um contrato com um hospital, a parte variável dos recursos designados está condicionada a objetivos como coordenação com a atenção primária e vice-versa. Mas, na realidade, a partir do ponto de vista de sinergias importantes entre a atenção primária e a hospitalar, esses objetivos são modestos e pouco ambiciosos, certamente.

Já a rede terciária, que engloba a atenção sócio-sanitária a idosos e a enfermos crônicos, desenvolvida na Catalunha de maneira organizada a partir dos anos 80 e, portanto, relativamente recente, foi totalmente inspirada no modelo hospitalar existente. Tanto no nível residencial, como no de hospital-dia e no de atenção domiciliar, é composta de empresas com personalidade jurídica própria, separada da administração pública, mas que também se relaciona com essa mediante contrato de prestação de serviços.

A história da Catalunha foi muito marcada por determinado tipo de desenvolvimento hospitalar, o que

permitiu, inclusive, comprovar as vantagens do modelo em relação ao da gestão pública. Por isso, foi relativamente fácil chegar à conclusão de que era necessário caminhar em direção à separação de funções, não apenas no âmbito hospitalar, mas também nos níveis de atenção primária e terciária.

O modelo existe como parte de uma opção política, fortemente condicionado a uma história, mas pactuado no consenso. E esse modelo prevê a separação de funções. Portanto, o primeiro requisito foi cumprido.

Com relação ao segundo requisito, o de vincular os objetivos de saúde e de serviços, existe uma peça chave na Catalunha, chamada Plano de Saúde. O Plano define os objetivos estratégicos do sistema, em termos de saúde e de características dos serviços, que são operacionalizados em diferentes partes do território. Esses objetivos são traduzidos em atividades quantificáveis e incorporados aos contratos. Uma parte variável do pagamento aos provedores está vinculada à consecução desses objetivos. Esse é um exercício complexo devido, basicamente, a duas razões. Em primeiro lugar, não é fácil correlacionar objetivos de saúde com parâmetros de serviços de gestão clínica. Em segundo lugar, apesar da experiência histórica da Catalunha na elaboração, aplicação e avaliação de contratos, tratava-se de um tipo de contrato que não incorporava objetivos de saúde e serviços, mas de estrutura e processo.

Houve um avanço no que diz respeito à dinâmica de contratação, mas ainda falta experiência do ponto de vista da correlação dos objetivos de saúde e serviços com o orçamento. O importante é saber que um contrato deve especificar claramente: a) os objetivos que, no caso da Catalunha, aparecem no Plano de Saúde; b) como os objetivos serão alcançados, ou seja, o processo de garantia; c) como os objetivos serão financiados, isto é, o próprio mecanismo de contratação, especificamente a parte que

trata do sistema de pagamento; e d) como será avaliado o cumprimento do contrato.

Com relação ao terceiro requisito, que é a disponibilidade de sistemas de informação, quando um objetivo não pode ser monitorado nem avaliado na Catalunha, então ele não é incluído no contrato, porque gera frustração. Em outras palavras, é inútil incluir objetivos muito atrativos sem um mecanismo para comprová-los. A experiência da Catalunha hoje permite afirmar que ter sistemas de informação muito sofisticados, que permitam introduzir no nível hospitalar, por exemplo, objetivos expressos em unidades finas de *case mix*, não é tão importante quanto dispor de um sistema de informação confiável que atenda aos objetivos mínimos, para iniciar um processo adequado, a dinâmica, a mudança cultural, o treinamento e a nova relação. O provedor já não depende hierarquicamente da administração pública, apenas se relaciona com ela por meio de um contrato, no qual ambas as partes estabelecem objetivos claros, prestam contas e contam com sistemas de informação que permitem a avaliação desses objetivos.

Depois de muitos anos, a Catalunha finalmente introduziu, no ano passado, objetivos clínicos nos contratos, expressos em termos de carga de recursos, de estrutura, de complexidade de patologias e de recursos associados à complexidade de patologias. No nível sócio-sanitário, há apenas dois ou três anos foram introduzidos sistemas de informação de medidas apuradas do grau de autonomia de idosos ou enfermos crônicos. Isso quer dizer que, durante muitos anos, a Catalunha funcionou com sistemas de informação rudimentares, mas que permitiam colocar a dinâmica em marcha. Os mecanismos de pagamento devem ser adequados e eficazes. Para isso, é necessário que o contrato defina exatamente a produção esperada, que os objetivos de saúde, quantidade e qualidade, bem como as prestações econômicas e os mecanismos de

incentivo à eficiência estejam claros, incluindo, no último caso, penalidades ao desvio econômico de quantidades ou de tipos de produtos acordados.

A partir desse momento, se estabelece na Catalunha uma diferença no sistema, entre uma parte fixa, dividida em 12 mensalidades iguais, e outra variável. No caso dos hospitais, por exemplo, a variável é de 30% e oscila conforme o grau de cumprimento dos objetivos estabelecidos no contrato.

O quarto requisito, o do nível profissional da gestão, foi prioritário na Catalunha. Antes de falar de modelos, ou de traçar qualquer estratégia futura, o objetivo número um foi investir alguns anos na profissionalização da gestão. A Catalunha possui hoje um quadro de bons profissionais de gestão. E, mesmo que não se tivesse optado por um modelo que se beneficiasse da separação de funções de compra e provisão, teria sido positivo para qualquer finalidade o investimento na formação de quadros de pessoal e na disponibilidade de um bom nível profissional na gestão.

Quanto à possibilidade de tomar decisões e assumir riscos, que também é um requisito, a autonomia é absoluta nos 70% dos hospitais que não pertencem ao setor público, enquanto é crescente naqueles do setor público. Por exemplo, no segundo caso, e ainda relacionado à profissionalização da gestão, os gerentes não são funcionários. São profissionais com contratos trianuais, por objetivos, e renovados pelo menos teoricamente em função do cumprimento desses objetivos. A idéia é incentivar a tomada de decisões e a aceitação de certo nível de risco, inclusive nas estruturas onde isso é mais difícil por estarem claramente vinculadas à própria administração pública.

Com relação à transferência de riscos, entretanto, é preciso admitir que a capacidade do sistema catalão é limitada. Às vezes acontece o contrário, isto é, os provedo-

res transferem os riscos ao comprador, o que é inadmissível. Mas, em certas ocasiões, essa prática acontece.

Quanto aos objetivos, pode se dizer que hoje há uma vinculação dos objetivos de saúde, de qualidade, de quantidade e de tipo de serviço à designação de recursos. Entretanto, até o surgimento do Plano de Saúde, em 1993, os objetivos se limitavam à estrutura e ao processo e eram menos sistematizados. Portanto, apesar de recente, essa vinculação pode ser considerada uma conquista.

O subobjetivo específico de contenção do crescimento tecnológico não visa apenas a limitar o crescimento dos gastos. Em primeiro lugar, a idéia é evitar a duplicidade. Em segundo lugar, assegurar suficiente massa crítica para manter as habilidades necessárias. A contenção do crescimento tecnológico tem sido um dos objetivos mais difíceis de alcançar. Embora não reste dúvida de que na ausência de qualquer atuação os resultados teriam sido menos satisfatórios, ainda se esperam melhorias nessa área.

As conquistas da Catalunha aconteceram, principalmente, a partir da introdução do contrato com sistemas de pagamento diferentes para a alta tecnologia. A alta tecnologia é um capítulo que se financia separadamente, mediante a criação de uma agência de avaliação de tecnologia médica que avalia a eficácia e a efetividade das diferentes técnicas introduzidas no mercado de provedores.

Com relação às despesas na área de saúde, sabe-se que um dos objetivos da separação das funções de compra e provisão é limitar os gastos. Os gastos continuam crescendo, como em todos os países. Nenhum deles tem conseguido reduzi-los. Entretanto, nos últimos anos, tem ocorrido uma desaceleração ou diminuição relativa do ritmo da dívida pública na área de saúde. A Catalunha havia chegado a um ponto em que o nível da dívida ultrapassava o orçamento, também crescente. Nesse sentido, nos últimos anos, foi possível inverter o nível de endividamento

do sistema público de saúde na Catalunha. Portanto, houve um progresso no sentido de limitar os gastos com saúde e, mais adiante, se verificará se isso foi ou não o resultado do contrato ou da separação de funções.

Em termos de eficiência, evidencia-se claramente o aumento da produtividade. O número de altas hospitalares cresce todos os anos, acompanhado de uma redução na permanência média e de um incremento na complexidade atendida. O mesmo acontece com o número de consultas na atenção primária e de consultas externas e de emergência nos hospitais. Além disso, os indicadores de eficiência e qualidade têm melhorado constantemente nos últimos anos. Os contratos hoje incluem indicadores de qualidade, como, por exemplo, as taxas de readmissão devido a determinadas patologias, ou, no caso hospitalar, a evolução da porcentagem de certas infecções.

Essa evolução pode ser verificada, na maioria dos países europeus, a partir da introdução da separação das funções de compra a provisão. Entretanto, é provável que esses resultados também estejam relacionados a outros fatores, como, por exemplo, às melhorias de gestão introduzidas no sistema, à descentralização, a melhorias na qualidade da informação disponível e ao estabelecimento claro de objetivos mediante instrumentos como o Plano de Saúde. É lógico pensar que tudo contribui e que é difícil determinar exatamente o peso relativo de cada ação.

A separação de funções foi útil no desenvolvimento da atenção primária e para estimular a autonomia de gestão dos provedores. Exemplo disso foi a sistematização dos objetivos de saúde, introduzidos claramente no contrato com os respectivos centros de atenção primária e a designação de uma parte variável dos recursos em função do grau de cumprimento dos mesmos.

Entretanto, a separação de funções na Catalunha não tem sido útil na introdução do mercado competitivo no setor

público. Em muitos países europeus, como a Finlândia, Itália, Espanha, Reino Unido, Suécia, países da CEI, do Leste Europeu etc, o motivo fundamental da separação de funções, inicialmente, foi a introdução de um mercado competitivo. É claro que, de qualquer maneira, essas reformas têm tido um impacto positivo em termos de incremento na produtividade, de redução no tempo de espera para o atendimento e de introdução de determinadas inovações.

Infelizmente, quase não existem avaliações a esse respeito e há fortes controvérsias. Por exemplo, no caso do Reino Unido, melhorias na produtividade pode ter sido o resultado de melhorias no financiamento do sistema de saúde. No caso da Catalunha, pode se afirmar que não houve concorrência real. Apesar do discurso político a certa altura ter incorporado a concorrência, o sistema tem continuado funcionando à margem desse discurso. De qualquer maneira, não acreditamos que a ausência de concorrência seja necessariamente algo ruim. No Reino Unido, foi necessário que Tony Blair criasse uma teoria, chamando de terceira via uma situação que pretende dar mais espaço à colaboração do que à concorrência. É claro que o conceito de terceira via é muito mais amplo, mas essa seria a definição nesse caso concreto.

Tanto na Catalunha como no Reino Unido, o discurso tem seguido seu próprio caminho. Mas, na realidade, não tem havido concorrência. Em Londres, por exemplo, como em muitas cidades da Catalunha, a fusão de hospitais e a redução do número de leitos nesses estabelecimentos não têm sido atribuídas à concorrência, mas a exercícios de planejamento. O planejamento, a separação de funções e a inclusão disso tudo num contrato, que se financia em função dos objetivos, provoca fusões e reduções no número de leitos.

A concorrência na Catalunha tem provocado efeitos contrários, como o aumento dos recursos além do

necessário. O importante é, a partir da experiência prática, procurar uma relação entre a separação de funções e a concorrência.

Para terminar, uma simples advertência. Nas reformas, tem havido um excesso acadêmico. A realidade é diferente do meio acadêmico e evolui em outra velocidade. A vida acadêmica exige a pesquisa, a inovação e a publicação. O investigador que não publica, que não tem resultados, não é reconhecido. E essas necessidades, que são claras no campo da pesquisa, não coincidem necessariamente com as necessidades reais dos sistemas de saúde. Por um lado, é bom que as universidades inventem um modelo a cada três anos, ora realçando a competição, ora a separação. Mas o que importa é a realidade. O importante é observar a realidade, ter clareza sobre o modelo político, fazer opções, deixar que os pesquisadores façam seu trabalho e tirar o máximo proveito disso. E entender que, no final, são opções dos governos e das pessoas que gerenciam os sistemas de saúde, e não opções impostas pela moda.

De qualquer maneira, espero que esta apresentação tenha ajudado, do ponto de vista da reflexão que um país deve fazer na hora de tomar a decisão de incorporar mecanismos desse tipo, sem sofrer a influência dos efeitos da moda.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PALESTRA

A EXPERIÊNCIA DO REINO UNIDO

A EXPERIÊNCIA DO REINO UNIDO

Elizabeth Ayoub Jorge³

É um prazer estar aqui e compartilhar a experiência do Reino Unido na separação do financiamento da prestação de serviços de saúde. Serão abordadas as reformas de 1990 até 1998 e seus objetivos, as funções e os tipos de gestores, os tipos de prestadores de serviços, os tipos de contratos e acordos e os resultados. E, como nada permanece sem mudanças, abordarei também as reformas de 1999, ainda em andamento.

O ingrediente chave das reformas de 1990 a 1998 foi a aquisição dos serviços de saúde para a população local pelas Secretarias Distritais de Saúde, responsáveis pela compra de serviços de saúde para uma população entre 300 mil e 1 milhão de habitantes. Também foram concedidos recursos financeiros aos clínicos gerais para aquisição de serviços de saúde para seus pacientes.

A Inglaterra tem uma extensa rede de clínicos gerais que provê serviços básicos de saúde à população. Por isso, o governo decidiu que seria melhor fornecer recursos a alguns clínicos gerais, não a todos, para que eles mesmos decidissem o que comprar para seus pacientes. O fornecimento de serviços hospitalares, ou comunitários, seria provido ou prestado por companhias e/ou entidades de saúde autônomas. O que unia gestores e prestadores de serviços era a celebração de contratos ou acordos de serviços por tempo limitado.

³ Elizabeth Ayoub Jorge, brasileira, médica, especialista em Administração Hospitalar, membro da Faculdade de Saúde Pública, Diretora de Saúde Pública e Estratégia na Inglaterra. Atualmente, a Dra. Elizabeth Jorge participa dos processos de planejamento, regulação e controle na compra de serviços de saúde na Inglaterra.

O Reino Unido tem uma Gerência Executiva de Saúde, semelhante ao Ministério da Saúde brasileiro, e oito Secretarias Regionais de Saúde. Nesse nível, são traçadas as estratégias e decidida a alocação ou a concessão de recursos, transferidos para as 100 Secretarias Distritais de Saúde. Os prestadores de serviços são as 450 companhias ou entidades de saúde, denominadas “National Health Service Trusts”. As Secretarias Distritais de Saúde também alocam ou concedem recursos para os clínicos gerais. As formas de alocação de recursos são diferenciadas.

Em toda a Inglaterra, por exemplo, existiam 3.500 clínicos gerais com verba padrão, ou limitada, e clínicos gerais com verba total. Os de verba limitada só podem comprar certos tipos de serviços. Os outros, todos os tipos de serviços.

Também foram criados, experimentalmente, grupos financiadores locais. São grupos de clínicos gerais que cobrem uma área ou uma população maior. Há também os consórcios de clínicos gerais com verba. A relação entre os gestores e os prestadores de serviços é feita por contrato ou acordo.

Os objetivos das reformas realizadas na Inglaterra foram: 1) separar o financiamento da prestação de serviço (antes de 1990, as Secretarias Distritais de Saúde eram tanto responsáveis pelo financiamento, quanto pela manutenção e operacionalização dos hospitais. Passavam mais tempo preocupadas com o funcionamento dos hospitais do que com o planejamento dos serviços de saúde); 2) criar companhias e entidades de saúde autônomas, com poder de decisão, que não precisariam procurar as Secretarias Distritais para pedir permissão sobre o que fazer, sobre o valor a ser pago aos funcionários ou mudanças nos serviços etc.; 3) destinar verbas aos clínicos gerais para a aquisição de serviços para seus pacientes; 4) regulamentar em contrato o financiamento e a provisão; 5) financiar os serviços de saúde com base na população-alvo.

Antes das reformas, o financiamento de saúde era feito de acordo com o número de hospitais em determinada área e não com a população. Isso mudou e, portanto, vários hospitais tiveram de fechar ou reduzir o número de leitos, pois o faturamento já não era suficiente para mantê-los em funcionamento.

Outro objetivo das reformas foi melhorar o uso do capital fixo, como equipamentos, hospitais e clínicas. Se havia, por exemplo, muitas clínicas ou muitos leitos nos hospitais, não existia nenhum incentivo para diminuição do número de hospitais, nem de leitos, ou tampouco para tornar o serviço mais eficiente. Com a introdução de um imposto sobre o capital fixo, porém, todas as companhias de saúde tiveram de pensar muito antes de manter uma grande rede de hospitais e clínicas.

O último objetivo das reformas foi promover a auditoria médica, já que não havia leis para os médicos. Assim, as reformas pretendiam que os médicos passassem mais tempo olhando os resultados dos serviços que prestavam e todos tinham de participar da auditoria.

Quais os motivos dessas reformas? O incentivo ou a motivação de todo governo parece ser o de minimizar os custos, aumentar a eficiência, reduzir a burocracia e distribuir recursos de forma mais justa.

Com as reformas, foram criados vários tipos de gestores. A Inglaterra tinha 100 Secretarias Distritais de Saúde, que compravam serviços de saúde para seus pacientes. Geralmente, esses serviços são de emergência ou especializados.

Já os clínicos gerais com verba padrão podiam comprar, para seus pacientes, serviços hospitalares, de ambulatório, de diagnóstico e serviços hospitalares seletivos. Também eram responsáveis pela compra de medicamentos e pela alocação de recursos para pagamento de pessoal clínico e administrativo.

Esses clínicos tinham de ter um mínimo de 5.000 pacientes para se qualificar e receber uma verba. Mas, como o governo queria que mais clínicos participassem desse modelo, criaram outro tipo de clínicos gerais, os clínicos com verba, para prestação de serviços comunitários e abrangência a populações de 3.000 habitantes ou mais. Neste outro modelo, eles poderiam ter verba para aquisição de medicamentos e equipamentos a serem usados nos domicílios, e também para pagamento de enfermeiras comunitárias, visitadoras de saúde, pessoal clínico e administrativo.

Isso acabou criando uma “multidão” de gestores. E os próprios gestores perceberam que não estava dando resultado. A partir daí, começaram a se agrupar em consórcios para reduzir os gastos administrativos. Deste modo, foram criados vários consórcios de clínicos gerais com verba padrão. O governo também tentou o mesmo com os clínicos gerais com verba total.

Nos últimos dois anos, o governo introduziu a experiência com grupos financiadores locais. Esses grupos cobriam todos os clínicos gerais de determinada área e eram responsáveis pela compra dos serviços de saúde que esses clínicos faziam para a população.

Na Inglaterra, apenas 10% da provisão ou da prestação de serviço é de natureza privada. A maioria dos prestadores de saúde são companhias ou entidades públicas de saúde, sem fins lucrativos, que fazem parte do Sistema Nacional de Saúde. Esses prestadores competem por contratos com todas as Secretarias Distritais de Saúde e com os clínicos gerais com verba.

Há vários tipos de contratos entre financiadores e prestadores de serviços. Os três mais usados são o contrato em bloco, o de custo por volume e o de custo por caso.

O contrato em bloco é o mais simples. Nele, o gestor paga pela prestação de um ou mais serviços de saúde, por um período de tempo.

A quantidade e a qualidade desses serviços são especificados nominalmente. O pagamento é fixo e o acesso ilimitado ao serviço. O custo administrativo desse modelo é mínimo. Há uma renda garantida ao prestador de serviços e um bloco de serviço básico é garantido ao gestor.

Este tipo de contrato pode se tornar mais sofisticado quando se incluem metas para a quantidade de serviço. Uma meta pode ser, por exemplo, de 100.000 consultas de ambulatório ou 50.000 admissões hospitalares. São incluídas quantidades mínimas e máximas. Se não for atingida a quantidade mínima, por exemplo, o gestor não retirará a sua renda, mas não deixará de pagar. Se a meta, porém, for ultrapassada, o gestor pagará apenas o que exceder a 5%. O gestor só pagará se não cumprir as quantidades mínimas e máximas especificadas. As combinações de casos são específicas e permite-se a revisão e a negociação dos contratos.

Outro tipo de contrato é o de volume por custo. Nele, o prestador de serviço concorda em fornecer uma quantidade específica de serviço. Por exemplo, 5.000 atendimentos de ambulatório ou 2.000 admissões hospitalares. O pagamento pode ser ajustado de acordo com o nível de fornecimento. Nesse tipo, se as metas forem ultrapassadas, não haverá, como no contrato anterior, pagamento de uma quantidade mínima pelo excesso, mas sim do custo real.

Esse tipo de contrato precisa de controles de incentivos, porque quanto mais se paga ao prestador de serviço maior a superprovisão e o superfornecimento de serviços. Nesses casos, os prestadores de serviços podem tratar mais pacientes e reduzir a qualidade do serviço. Esse é outro risco desse tipo de contrato. A auditoria é necessária, porque os prestadores de serviços podem não cumprir o contrato ou prover coisas ou serviços não comprados. As revisões anuais também são necessárias.

Os contratos de custo por caso são baseados em custos unitários. O gestor concorda com o preço e a quantidade de cada atividade. As atividades não são especificadas. O gestor paga depois do fato consumado. Esse tipo de contrato gera altos custos de transação. É bom para serviços pequenos e para serviços especiais de pouca quantidade. Geralmente, é o tipo de contrato adotado pelos clínicos gerais com verba. Se economizar e não enviar seus pacientes aos hospitais, eles não pagam. Nesse caso, podem usar os recursos economizados para melhorar os serviços de suas clínicas e/ou adquirir outros tipos de serviços.

Quais os resultados dessas reformas? A separação do financiamento da prestação de serviços permitiu maior liberdade aos fornecedores de serviço, possibilitou a tomada de decisões mais rápidas e levou à mudança do tipo de serviço. Também trouxe grandes inovações ao serviço de saúde. Em muitos lugares, foram introduzidos serviços com visita única do paciente. Por exemplo, para uma mulher confirmar um pressuposto diagnóstico de câncer de mama, seriam necessárias de seis a dez consultas: ir ao especialista, fazer vários testes, esperar os resultados dos testes etc. Agora, essas pacientes podem fazer tudo em uma única consulta ao serviço. Ela chegaria às 13 horas e sairia às 16 horas, já com o diagnóstico. Todos os exames seriam feitos em visita única.

Vários serviços foram descentralizados. Ao invés de realizados no hospital, passaram a ser feitos em unidades móveis. Essas reformas geraram também grande eficiência. Houve uma redução na permanência hospitalar. Dependendo do tipo de operação, o paciente não teria de passar sete dias no hospital e a permanência poderia ser reduzida. As pessoas com doenças crônicas, que faziam consultas ambulatoriais e tinham de retornar de seis em seis meses ao especialista, passaram a ser enviadas aos clínicos gerais para o prosseguimento do tratamento.

Houve também maior participação de clínicos gerais na gestão de serviços de saúde, na medida que podiam optar pela compra de tipos de serviços considerados mais benéficos. Foi reduzido drasticamente o uso de medicamentos nos serviços básicos e introduzidas grandes quantidades de novos serviços prestados por clínicos gerais.

Mas as reformas também tiveram resultados negativos. O primeiro deles foi a fragmentação dos serviços entre um número muito grande de gestores. Até o fim do ano passado, havia 3.800 gestores financiados para comprar serviços. Cada um comprava de cinco, dez ou 15 fornecedores ou prestadores de serviço. Isso aumentou tremendamente a burocracia.

Com 3.800 gestores, houve falta de coordenação e de planejamento. Todos estavam mais preocupados com os seus contratos do que com o planejamento dos serviços. Outro problema foi a falta de integração entre os serviços de saúde e os sociais. Na Inglaterra, é mais fácil, por exemplo, telefonar para uma ambulância e levar o paciente para o hospital do que conseguir que ele seja visto em casa por uma visitadora social. Isso, obviamente, gera custos mais altos.

Também houve injustiças. Em certas áreas, os pacientes não recebiam o tratamento que precisavam ou tinham de esperar mais por ele. Se um clínico geral com verba negociasse um contrato mais vantajoso com o hospital e exigisse que seus pacientes não esperassem mais do que seis meses pelo tratamento, um outro clínico, menos incisivo, poderia fazer com que os pacientes dele, na mesma cidade, tivessem de esperar mais pelo tratamento.

Também surgiram distorções. A competição levou à criação de serviços desnecessários, ao invés de estimular a cooperação entre os hospitais e entidades de saúde. Os prestadores podiam ganhar mais com o aumento da provisão de serviços. Mesmo sendo clara a melhoria do siste-

ma, as reformas, que tinham como um dos objetivos combater a ineficiência, acabaram gerando outros tipos de ineficiência.

Muitos contratos entre diferentes órgãos aumentaram a burocracia e elevaram os custos administrativos. Finalmente, a instabilidade dos contratos, ou a sua anualidade sem garantia de renovação, fazia com que as mudanças necessárias não pudessem ser planejadas pelos prestadores de serviços.

Como nenhuma reforma ou nenhum modelo é perfeito, em 1999, o governo resolveu introduzir outras mudanças. Os objetivos foram simplificar o sistema de saúde, que havia se tornado bastante complexo, modernizar o serviço e reduzir a burocracia e os custos.

O Sistema de Gerência Executiva e as Secretarias Regionais de Saúde não mudaram e continuam responsáveis pelas estratégias e pela concessão de recursos para as Secretarias Estaduais de Saúde. Mas, foi reduzido drasticamente o número de gestores, de 3.800 para 500. No entanto, em 1º de abril de 1999, foram criados os “Primary Care Groups”, ou Grupos de Serviços Básicos. São grupos de clínicos gerais de uma área que atendem de 100 a 200 mil habitantes. Eles recebem verba para comprar todos os serviços necessários à população-alvo.

As companhias e entidades de saúde permanecem em igual número, mas, ao invés de terem contratos de serviços anuais, seus acordos passam a ter longo prazo, cinco anos ou mais. Além disso, cada Secretaria Distrital de Saúde tem de desenvolver um programa de melhoria de saúde envolvendo todos os órgãos locais, como o governo estadual e municipal. Todos os acordos têm de estar em conformidade com os parâmetros do Programa de Melhoria de Saúde.

Resumindo, as mudanças centrais da reforma de 1999 foram a introdução dos grupos de serviços bási-

cos responsáveis pela compra da maioria dos serviços de saúde, dentro dos parâmetros do Programa de Melhoria de Saúde; as Secretarias Distritais, responsáveis por desenvolver estratégias, estabelecer prioridades, alocar recursos, auditar os grupos de serviços básicos e também desenvolver o Programa de Melhoria de Saúde; a substituição dos contratos anuais por acordos de longo prazo e a introdução de responsabilidade – regida por um estatuto – pela qualidade dos serviços prestados. Essa responsabilidade abrange tanto as companhias de saúde para grupos de serviços básicos como as autoridades distritais de saúde.

No passado, os médicos tinham a sua própria lei. Nas entidades de saúde, não havia ninguém que quisesse auditar os médicos. Mas, com essa responsabilidade regimental, todas as companhias de saúde passaram a ser responsáveis pelos erros médicos ou de todos os clínicos que eles empregam. Passaram assim a ter maior interesse em verificar se a qualidade do serviço prestado era boa.

Finalmente, não considerando benéfica a competição entre os vários prestadores de serviço, o governo a substituiu por uma maior cooperação, introduzindo parcerias tanto entre os prestadores de serviços e as Secretarias Distritais de Saúde, como entre estes e os serviços sociais locais que, atualmente, também estão sendo objeto de grandes reformas.

Conforme exposto, a Inglaterra introduziu reformas drásticas em um período de dez anos. Não só uma reforma, mas várias. Acredito que a última foi, na verdade, apenas uma plataforma para a próxima reforma.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PALESTRA

A REFORMA CHILENA

A REFORMA CHILENA

Rony Lenz ⁴

Gostaria de agradecer aos organizadores do evento o convite ao Fundo Nacional de Saúde chileno e espero que esta exposição seja do interesse de todos.

A primeira abordagem contempla alguns aspectos gerais do processo de reforma chilena e, em seguida, um caso específico de modelo de contratação, denominado “seguro catastrófico”.

Tentarei explicar a função de compra ou contratação do Fundo Nacional e como essa função, no contexto do seguro público de saúde, sofre algumas transformações que a tornam bastante interessante.

O sistema chileno é um tanto *sui generis*. As reformas iniciadas pelo governo militar nos anos 80 não só provocaram a reorganização do sistema público de saúde, mediante a separação de suas funções internas e a mudança de um sistema de Previdência baseado em categorias laborais para outro baseado em faixas salariais, mas criaram a figura de seguros privados de saúde, paralelamente. Dentro de uma lógica totalmente empresarial, os seguros privados cobrem cerca de 30% da população chilena, enquanto os outros 70%, compreendendo os grupos de média a baixa renda, ficam com o Fundo Nacional de Saúde. Portanto, o sistema de seguros é competitivo e cada um deles mantém as suas relações de compra.

⁴ Mestre em Economia, Diretor do Fundo Nacional de Saúde do Chile, organização pública que financia os serviços de saúde no Chile. Participou, como consultor, dos processos de reforma do setor saúde de Honduras, Bolívia e Costa Rica. Durante os últimos anos, está implementando a política de separação de funções e compra de serviços a provedores públicos e privados.

Nesse contexto, serão feitas referências à relação de compra entre o Fundo Nacional de Saúde e os prestadores públicos e entre o Fundo e os prestadores privados. Não será abordada a função de compra entre as ISABRES, ou companhias de seguros privadas, e os prestadores privados, porque é um subconjunto do que se faz, de certa forma, no sistema público. No Chile, o sistema público possui muito mais instrumentos de contratação do que o sistema privado.

A separação de funções se torna cada vez mais uma necessidade à medida que os sistemas de saúde se modernizam, até porque a oferta é incapaz de solucionar todas as necessidades e os problemas da população, principalmente os denominados “emergentes”. Os mecanismos podem ser múltiplos e algumas alternativas serão abordadas aqui.

A separação de funções no Chile nasceu nos anos 80 e a lei em vigor naquela época consagrou três instituições com funções diferentes. Em primeiro lugar, delegou ao Ministério da Saúde a responsabilidade de regular, estabelecer prioridades de saúde e normatizar os sistemas público e privado. Em segundo lugar, criou a figura do financiador, denominado Fundo Nacional de Saúde (Funasa), com a responsabilidade de arrecadar fundos, administrar riscos e distribuí-los posteriormente. Em terceiro lugar, paralelamente, municipalizou os serviços de saúde sob um eixo principalmente voltado para o campo da provisão. São redes locais de saúde, divididas geograficamente, com hospitais desde o nível terciário até serviços de atenção primária. Essas redes de saúde não têm apenas o poder de compra e realizam as funções de provisão. A lei também lhes confere autoridade local na área de saúde.

As reformas da década de 90 não geraram até a presente data, e provavelmente não deverão gerar, mudanças na legislação. Operando dentro do mesmo marco

legal, tentam colocar em prática as mudanças geradas na década anterior. Se o governo militar dos anos 80 se dedicou principalmente à consolidação do sistema privado, sem avançar em matéria pública, os governos democráticos dos anos 90 têm feito o caminho inverso. Isto é, os esforços têm se concentrado no sentido de desenvolver o sistema público, deixando que a regulação ou desregulação da própria lei das ISABRES module o mercado privado.

O modelo de separação de funções, em processo de construção no Chile desde o início dos anos 90, baseia-se precisamente no que acabei de explicar. O Ministério da Saúde, na liderança do sistema, delega as prioridades ao Fundo Nacional, cuja função é administrar o financiamento, junto com algumas indicações de como se deve organizar o modelo de atenção no âmbito da provisão. Com essas prioridades, o Fundo Nacional, financiado 50% pelo Estado e 50% pelo pagamento da previdência dos segurados, realiza a compra. Tanto no âmbito da atenção primária municipalizada quanto dos serviços de saúde, o Fundo compra de prestadores públicos e privados. Nessa estrutura de funções diferenciadas, o usuário, ou beneficiário, também entra como um dos atores e parte integrante do processo e, dessa forma, introduz uma série de novas relações no sistema.

Por um lado, o Fundo Nacional de Saúde, em sua relação com os beneficiários, deve disponibilizar um plano de saúde, ou normas de acesso, ou os direitos à prestação de serviços, além das condições de qualidade, tempo e cobertura financeira a que eles têm direito. Por outro lado, existe uma relação, desde a oferta até os beneficiários, tradicionalmente denominada “cobertura do atendimento”, que será abordada aqui com ênfase no papel da intermediação.

O processo de compra, no âmbito do Fonasa, é organizado em duas etapas: 1) identificando, com vistas à

eqüidade, grandes segmentos da população, de acordo com a divisão de saúde vigente no Chile, em que prevalecem desvios com relação aos gastos médios do sistema, ou o que se denomina “macrodesignação de recursos”, ou “macrocompra”; e 2) comparando a capacidade de atendimento dos prestadores de serviços de saúde dessa localidade em relação ao total de recursos colocados à sua disposição. Em uma situação típica de distribuição ineficiente de recursos, esse exercício evidentemente revelaria uma série de diferenças entre a situação desejada e a vigente, gerando o primeiro grande mapa de política de articulação de recursos financeiros. Esse grande mapa, por sua vez, pode ser subdividido para determinar diferentes níveis de prioridade, conforme o rumo das ações pretendidas pelas autoridades.

Os serviços de saúde são ordenados a partir de uma matriz, onde se dimensiona a distância entre certas populações e a média da oferta. No caso do Chile, algumas estão muito longe da média; até 10%, estão dentro da média; e outras estão bem acima da média, isto é, seus gastos per capita são maiores do que a média chilena. Nas colunas da matriz se coloca a capacidade de provisão de serviços em relação a determinado financiamento. Dessa forma, a autoridade pode determinar quais são as zonas críticas de onde devem ser deslocados recursos e as que enfrentam maiores problemas de eqüidade. A partir dessa definição, se estabelecem várias estratégias de abastecimento para determinadas partes do território nacional.

Essa é a primeira fase, a da “macrodesignação”. Quando se geram políticas nesse nível de designação de recursos, provavelmente o impacto na área de saúde a médio e a longo prazo será positivo e não se incorrerá em grandes erros. Entretanto, isso não é suficiente, porque, após a designação dos macro-orçamentos, é necessário correlacioná-los ao nível microeconômico. Portanto, nasce

a segunda fase da função de compra, denominada “micro-compra” no Chile, e a mais comumente utilizada. A idéia é aumentar a cobertura em função de determinado orçamento, aumentar a qualidade, reduzir os custos e compartilhar os riscos. São quatro temas que devem estar presentes na função de contratação ou de compra.

Existem vários mecanismos de compra, como os per capita, os pacotes associados a diagnósticos e resultados, as cotas, as licitações abertas e fechadas, diferentes formas de estabelecer preços e compromissos de gestão e contratos de curto a longo prazos. Há toda uma tecnologia que pode ser revisada e armazenada.

A principal função da compra é gerar disponibilidade de oferta para a população, ou seja, deve assegurar certo número de provedores com capacidade de prestar serviços à população para a qual se está efetuando a compra. Entretanto, a função de compra nem sempre pode assegurar que, após a disponibilização da oferta, as pessoas possam acessá-la. Portanto, em termos metodológicos, convém separar a função essencialmente de compra daquela referente à intermediação.

O eixo da função de intermediação está mais voltado para o ponto de vista do usuário, ou do beneficiário do sistema. As perguntas, portanto, devem ser feitas a partir dessa perspectiva. Sua preocupação deve ser a solução de problemas relacionados à localização, às barreiras econômicas, ao financiamento e à informação. E, ao contrário da função essencialmente de compra, que gera contratos funcionais aos provedores, a função de intermediação deve gerar produtos que sejam funcionais à demanda.

Dentro dessa lógica, por exemplo, um dos produtos idealizados no Chile há aproximadamente três anos, e já testado na concorrência com o setor privado com bastante êxito, é o seguro catastrófico. A idéia é ocupar áreas que, em geral, preocupam os países com uma composição

típica dos países de renda média, como o envelhecimento, o câncer, as doenças cardiovasculares e os acidentes, e tentar dar uma resposta, dessa forma, à sensação de insegurança vivida pela população em matéria de saúde. Foi com essa idéia que se criou o seguro catastrófico, que já precisa de uma imagem corporativa, como, por exemplo, um mascote, para apresentá-lo à imprensa e realizar campanhas de publicidade.

Nas doenças que demandam altos custos, como o uso de equipamento, recursos humanos muito sofisticados e centros altamente complexos, se incluíram precisamente as intervenções necessárias às doenças já mencionadas. Essas intervenções compreendem cardiocirurgias, neurocirurgias, transplantes renais, alguns transplantes hepáticos para crianças, radioterapias nos casos de câncer e algum tratamento de malformações congênitas, como pacientes com fissura ou escoliose.

Todas essas intervenções podem ser realizadas pela rede de prestadores públicos chilena, que tem financiamento fechado e funciona em condições de acesso bem definidas, estabelecidas pelo sistema de referência nacional. Pelas normas desse sistema, as pessoas são examinadas primeiro pela atenção primária, segundo nos consultórios fixos dos hospitais e, finalmente, pelo atendimento fechado. Os casos de urgência são atendidos, alternativamente, pelas emergências dos hospitais.

Diante dessa perspectiva, as pessoas telefonam ou abordam as autoridades locais para indagar sobre as condições de admissão ao seguro, onde comprá-lo, as providências necessárias para adquiri-lo etc. As perguntas, formuladas não pela oferta e sim pelas pessoas, exigem respostas que levem em conta que este é um produto gerado para os contribuintes e beneficiários do Fundo, inclusive os indigentes ou aqueles que não pagam os 7% de contribuição, mas para os quais o Estado desembolsa recursos.

O seguro catastrófico faz parte do seguro geral para toda a população coberta pelo Fundo e, portanto, a admissão a ele é automática, desde que exista indicação clínica. Em outras palavras, a condição para a admissão é a própria necessidade do paciente.

As pessoas também começam a se questionar se é verdadeira a existência de um seguro tão maravilhoso, pois sua experiência no sistema público não tem passado de longas filas de espera, do pagamento pelo atendimento, da falta de resposta sobre a situação de sua saúde etc. Portanto, deve-se especificar os prazos de acesso previamente contratados com a oferta, de acordo com a patologia e a seriedade do caso.

Daí, a importância do parecer clínico. É claro que, para os pacientes de urgência, a atenção é imediata. Mas cada caso é um caso. Por exemplo, devido aos problemas enfrentados pelo país, os pacientes que precisam de transplante geralmente estão sujeitos à disponibilidade de órgãos. Em outros casos, os prazos podem ser definidos *a priori*.

Quanto custa a atenção? No caso do seguro catastrófico, e isso depende da definição política de cada país, o atendimento é 100% grátis, principalmente porque deriva de patologias não eletivas. Por exemplo, um paciente não pode induzir a demanda de um transplante renal ou de qualquer outra intervenção cirúrgica ou tratamento. Entretanto, isso não quer dizer que não haja custos. Os custos existem e alguns serão mencionados.

Por exemplo, no levantamento dos custos de um transplante renal, foram realizados alguns estudos de custo-benefício e de custo-custo para identificar qual a vantagem de um transplante em relação à hemodiálise. Como se sabe, é muito mais vantajoso um paciente transplantado, não apenas porque aumenta sua qualidade de vida, mas porque torna o sistema financeiramente mais sustentável. Um transplante renal representa, em dólares americanos,

mais de nove mil, enquanto o tratamento de um paciente de hemodiálise custa aproximadamente sete mil e setecentos por ano.

Para se chegar a esses custos, como em todos os tipos de serviços que fazem parte do seguro catastrófico, é feito um trabalho com todos os grupos clínicos de todos os estabelecimentos credenciados e estabelecidos os conjuntos por cada uma das partes do processo. Os transplantes renais, por exemplo, demandam estudos de histocompatibilidade nos institutos especializados, a procura dos órgãos, o transplante de rins, a nefrectomia e o medicamento necessário ao paciente.

Todas as áreas são detalhadas em termos de custos e definição de frequência, resultando no custo total das intervenções. Nos casos que envolvem cardiocirurgia, computa-se o custo do leito por dia, todos os exames, os procedimentos etc. Essas matrizes são revisadas a cada dois anos. Os coeficientes são atualizados, realizam-se estudos de custo e, como resultado, produz-se um preço atraente para o fornecedor.

Com todos esses procedimentos, o sistema pode ser explosivo do ponto de vista financeiro. Onde estão os mecanismos de contenção? O primeiro mecanismo de contenção consiste, principalmente, em possuir uma rede credenciada e fixa de estabelecimentos, tomando muito cuidado para que não se abram mais centros ou pólos de desenvolvimento, além dos credenciados. Ademais, a rede pública também pode operar com alguns centros privados. O segundo mecanismo de contenção consiste em operar a partir de quantidades. Em outras palavras, nos mecanismos de designação, deve-se escolher algum elemento redutor, como o preço, o tempo de espera etc. E a função do seguro catastrófico é justamente gerar algumas cotas, objeto de decisão de políticas de saúde, e reordenar o sistema com base nisso.

Antes do seguro catastrófico, isto é, do mecanismo de pagamento de serviços complexos, o país não contava com um sistema de cotas e, portanto, era bastante inflacionário do ponto de vista da contenção de gastos. A resposta do mundo das finanças a um grande aumento na quantidade de serviços por parte dos prestadores era a queda nos preços. Assim, o sistema acabava sendo onerado, chegando-se a realizar transplantes e outras intervenções a título de caridade. A vantagem de um sistema como este é dispor de um forte mecanismo de compras que não permita quaisquer desvios dos contratos e dos protocolos que fazem parte do seguro catastrófico.

O processo de compra é bastante complexo. O Chile levou aproximadamente três anos para estruturá-lo. Parte da previsão passa por algumas pesquisas de custo-benefício que alimentam a função de compra. Posteriormente, os produtos e os preços e custos dos prestadores são definidos de acordo com essa previsão. Após definição de um preço padronizado para uma rede de prestadores, geralmente se alimenta a concorrência dentro da rede em relação às cotas e à adoção de preços menores do que os padronizados. É necessário trabalhar bem próximo da oferta. Nesse sentido, a experiência chilena é tradicionalmente caracterizada por muita colaboração entre o Fundo Nacional de Saúde e a rede pública de prestadores.

Além disso, é preciso explicar bem ao usuário as condições de entrega dos serviços. O usuário não está apenas interessado em bons contratos entre o financiador e o provedor, mas na tradução desses contratos em direitos claros para ele.

Finalmente, o tema da equidade é muito importante e significa garantir que o sistema seja corretamente acessado a médio e longo prazos. Em termos de cifras, houve melhorias importantes nas áreas de cardiocirurgia, transplante hepático, determinados medicamentos etc,

precisamente porque o mecanismo conseguiu absorver mais recursos em um contexto onde, para as autoridades econômicas e de saúde, há um bom mecanismo de gestão e de contenção de custos que o torna sustentável e atrativo para a população.

Mesmo que de maneira um pouco mais voltada para o ponto de vista do mercado, verifica-se que a incorporação da população como usuária que tem direitos, apesar de não pagar por eles, permite que ela exija os benefícios oferecidos pelo Fonasa e potencializa ainda mais os contratos entre o Fundo Nacional de Saúde e os prestadores públicos, já que hoje não há apenas um acordo entre duas autoridades públicas, mas um compromisso com a cidadania. Por exemplo, existe um serviço de disque-denúncia que pode ser utilizado por pessoas que não conseguem resolver seus problemas. A partir da ligação telefônica, os casos são investigados até serem solucionados. Esse é um exemplo de como, progressivamente, podem ser gerados outros elementos que vão além do contrato e da designação tradicionais entre um ente comprador, como o Fundo Nacional de Saúde, e grandes conglomerados de prestadores de serviços, fazendo com que o produto gerado nesse processo de reforma se torne tangível para a população.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PALESTRA

**A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES
DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA
DE UNIDADES ESTATAIS**

A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA DE UNIDADES ESTATAIS

Dr. Eduardo Levcovitz⁵

As reflexões que têm sido feitas na Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, direta e indiretamente, estão associadas ao tema da separação das funções de financiamento e provisão de serviço.

A idéia original desta primeira apresentação nacional era a de situar as especificidades dessa discussão em relação ao estágio de desenvolvimento e de implantação do Sistema Público de Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). O tema da separação das funções de provisão e prestação de serviços está presente, de forma generalizada, em um sem número de iniciativas de reforma, de transformação e de mudanças nos sistemas de saúde por todo o mundo, como se pôde perceber nas várias exposições dos palestrantes.

A idéia fundamental, a partir deste Seminário, consiste em cruzar o conjunto de experiências internacionais sobre o tema com as especificidades e as características peculiares do sistema de saúde brasileiro. Durante as discussões preparatórias, entendemos que o Brasil apresenta uma situação um pouco distinta de boa parte dos países onde a diretriz, ou a idéia de separação das funções, tem feito parte das discussões do processo de reforma.

A primeira situação a ser pontuada é a idéia de que é muito marcante a estrutura do sistema de atenção

⁵ Eduardo Levcovitz é Subsecretário da Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, e Professor Adjunto do IMS/UERJ.

médico-hospitalar originário da Previdência Social, pela própria história do desenvolvimento e da constituição do sistema de saúde brasileiro, ao longo dos últimos 60 anos, pelo menos, e particularmente na herança do Sistema Único de Saúde até o final dos anos 80. Para aqueles que conhecem menos a história do sistema, deve-se ressaltar que só em 1990 tivemos a fusão completa das estruturas de prestação de serviços na área de assistência médico-hospitalar com as de saúde pública, ou de atenção coletiva aos problemas de saúde.

Particularmente, pela história previdenciária dessa herança, a prestação direta de serviços médico-hospitalares no Brasil ocorre, predominantemente, por intermédio de terceiros em relação ao Estado e não por unidades de natureza estatal, sejam elas entidades privadas lucrativas, privadas de natureza não-lucrativa, ou filantrópicas, ou o que se convencionou chamar de grande grupo de hospitais universitários que, na verdade, não conformam uma única natureza jurídica. Existem hospitais universitários federais, estaduais e até municipais, e muitos comunitários e privados de natureza não-lucrativa. Mas, são considerados “terceiros” do ponto de vista dos órgãos gestores do sistema de saúde, com competência gestora na legislação relacionada ao sistema de saúde, que são União, estados e municípios.

Historicamente, no Brasil, a maior parte dessa prestação direta de serviços à população é feita por terceiros. Esse segmento, entretanto, comporta-se de forma bastante distinta quando se trata de atenção hospitalar e do macro grupo, no Brasil chamado de atenção ambulatorial, que não coincide com o que foi chamado neste Seminário de atenção primária ou atenção básica. Também temos usado como convenção denominar, historicamente, de atenção ambulatorial tudo aquilo que não se refere ao paciente diretamente internado. De todo modo, nesses dois grupos,

seja na área de internações hospitalares, seja na de atividades ambulatoriais como um todo, existe um comportamento, um mix substancialmente distinto.

Na área hospitalar *stricto sensu*, de prestação de serviço de internação hospitalar, há uma absoluta e majoritária predominância da prestação de serviços por terceiros, particularmente por hospitais privados e beneficentes e com importante componente também de hospitais universitários.

Na área ambulatorial, esse mix se comporta de forma um tanto quanto distinta, dependendo do nível de complexidade e do grau de especialização das unidades. As unidades de atenção primária ou básica e boa parte das unidades de atenção intermediária são predominantemente unidades públicas estatais. São postos de saúde, centros de saúde, ambulatórios, centros de especialidades ou os antigos postos de assistência médica originários da seguridade social e espalhados por quase todo o Brasil. No grupo de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, e especialmente nas terapias de alto custo e complexidade, mais uma vez, existe predomínio da prestação por terceiros, particularmente por serviços de natureza privada lucrativa e com participação também relativamente importante de hospitais universitários.

É importante notar que, particularmente na área ambulatorial, existe uma diferença bastante expressiva considerando-se as distintas regiões do país. Especialmente na Região Norte, mas também bastante significativa na Região Nordeste, há uma expressiva participação de unidades estatais, inclusive na área de atenção hospitalar. A análise das demais regiões, Sudeste e Centro-Oeste, e mais especificamente a Região Sul, mostra que, em parte da atenção básica, há um expressivo predomínio de terceiros e de entidades de natureza privada ou filantrópica, inclusive na área ambulatorial.

Desse ponto de vista, enquanto tendência geral, pode-se dizer que a atenção hospitalar é predominantemente prestada por terceiros e a atenção ambulatorial predominantemente prestada pelo próprio segmento estatal. Mas o mix se manifesta de forma distinta, de acordo com as diferentes regiões do país e, dependendo de características históricas, da forma como o sistema de saúde foi se compondo e se organizando. De todo modo, é importante notar que, nesta década, há uma tendência manifesta ao crescimento da participação estatal. Se for feita uma comparação muito rápida, superficial e simples, tomando como indicador a evolução do gasto federal total e o seu destino final, é possível perceber, nesses últimos cinco anos, uma tendência razoavelmente expressiva, no sentido do aumento da destinação dos recursos para unidades estatais.

Infelizmente, por algumas descontinuidades administrativas ao longo desta década, não se tem o registro sistemático dos gastos estaduais e municipais. Mas é seguro afirmar que, caso se agreguem os gastos estaduais e municipais ao gasto federal, a proporção da participação estatal crescerá bastante mais, uma vez que a maior parte dos gastos dos estados e municípios ocorre em suas próprias unidades e eles são menos compradores de serviços do que o governo federal.

Ao contrário de certa tendência observada em sistemas de saúde em todo o mundo, há a junção das funções de financiamento e prestação direta de serviços, que tem se acentuado no Brasil ao longo desta última década. O fenômeno da separação não parece configurar uma tendência, se considerada a prestação direta e o financiamento em um mesmo nível de governo.

Com relação à repartição entre os vários níveis de governo, ela se comporta de forma distinta. Esse fenômeno, de tendência discreta mas significativa, da junção maior das funções e não da separação das funções, como se tem

visto ultimamente, acontece de forma simultânea a um processo razoavelmente radical de descentralização da prestação direta de serviços.

Nesse sentido, se considerado que o recurso federal é a principal fonte de financiamento de serviços ainda vigente no sistema de saúde brasileiro, há uma tendência à separação entre o aporte à alocação de recursos e a prestação direta de serviços, quando se discute ou se analisa o sistema do ponto de vista do exercício dessas funções por distintos níveis de governo.

É interessante apresentar alguns dados relativos à participação das três esferas de governo nos gastos públicos com saúde até 1992. Lamentavelmente, por causa de algumas iniciativas ou decisões políticas do governo federal, no período 1990/1992, foram descontinuadas as estruturas que monitoravam por funções as despesas estaduais e municipais. Por isso, a partir de 1993, não existem registros sistemáticos destes dados. Nos últimos dois anos, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde tem se esforçado para recompor esse perfil de gastos, mas ainda não obteve registro histórico de dados confiáveis que permitam continuar essa série.

Segundo informações colhidas mais recentemente, há uma tendência observada, nesses estudos feitos pelo Ministério da Saúde, de crescimento da participação estadual e municipal no gasto público, que em 1998 estaria em torno de 67% a 68% na esfera federal, e em torno de 32% na esfera estadual ou municipal. De qualquer forma, não resta dúvida de que pelo menos dois terços do financiamento do gasto público em saúde ainda são provenientes da área federal.

Nesta última década, com a quase radical exceção do Município do Rio de Janeiro – onde ainda existem 13 unidades hospitalares federais de grande porte – e de alguns municípios no interior do Norte, Nordeste e Cen-

tro-Oeste do país – onde ainda existem unidades da Fundação Nacional de Saúde, da antiga fundação SESP – o governo federal não é mais prestador direto de serviços. Nesses últimos 12 anos, de 1987 a 1999, com exceção desses hospitais mencionados, o governo federal transferiu aos estados, em um primeiro movimento, suas unidades de prestação direta, seus equipamentos e pessoal. No final da década de 80 e ao longo da década de 90, realizou-se um processo bastante radical e bastante rápido de municipalização da prestação direta de serviços. Ao longo desta década, esse processo também se fez acompanhar, particularmente no âmbito municipal, mas também em alguns casos na esfera estadual, da construção de novas unidades pelos governos locais. Isso fez com que o mix tenha se alterado bastante no decorrer desta década.

Na relação com terceiros, privativa do governo federal até 1987, a contratação, a fiscalização e a definição de quantitativos a serem contratados a unidades privadas, filantrópicas e beneficentes foram progressivamente se descentralizando, ao longo dos últimos 12 anos. Em um primeiro momento, para os estados. Hoje, apesar das diferenças de estado para estado, em um processo compartilhado entre estados e municípios.

Portanto, o governo federal não mantém atualmente nenhum contrato de prestação direta de serviços com entidades filantrópicas, universitárias e privadas para qualquer tipo de serviço prestado. Em muitos casos, são os estados e os municípios que têm esse relacionamento. Em alguns casos, há uma coabitação entre estados e municípios exercendo funções no mesmo território, por exemplo, quando diferenciadas por nível de complexidade da atenção. É possível, em um mesmo município, que ele seja responsável pela contratação dos serviços de atenção básica e o estado pelo serviço de atenção intermediária ou de alta complexidade. Mas também é possível, e existem ca-

sos, em que o município é responsável pela contratação de todos os serviços, independentemente de seu nível de complexidade. Isso depende muito mais da forma como se define o pacto local do que de uma definição central desta política.

O conjunto de situações em que estados e municípios compartilham estas funções faz parte da concepção da política, de como ela se organiza e da forma como se distribuem em cada caso concreto as quantidades entre estado e município, o que depende muito da pactuação local, do estágio de maturidade do processo de descentralização. Isso não tem acontecido de forma automática, linear e homogênea nos vários estados do país. É fácil imaginar as diferenças de capacidade instalada, de capacitação técnico-operacional e mesmo de recursos disponíveis nas várias regiões.

De qualquer modo, é bastante importante destacar que, apesar do Ministério da Saúde não ser hoje titular de qualquer contrato para a prestação de serviços com prestadores filantrópicos, privados, universitários, para serviços ambulatoriais ou para serviços hospitalares, o Ministério, ou mais particularmente o Fundo Nacional de Saúde, ainda é em grande parte responsável pelo desembolso final dos recursos diretamente na conta dos prestadores. É uma engenharia não muito simples, na qual parte do esforço de transição da descentralização consiste em um processo em que as funções de contratação, fiscalização, definição de quantitativos e ordenação de despesas estão descentralizadas. Mas a função caixa ainda está centralizada. Existe, em todos os estados do país, a figura de uma autoridade designada pelo Secretário Estadual de Saúde que ordena a despesa e o crédito financeiro a ser executado pelo Fundo Nacional de Saúde. Esse é um procedimento de difícil compreensão, mas é assim que tem ocorrido no Brasil.

Hoje, objetivamente, do ponto de vista dos recursos destinados a serviços de saúde, os chamados recursos assistenciais, 53% são executados diretamente por estados e municípios, sendo transferidos do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual ou ao Fundo Municipal de Saúde. São eles que realizam todo tipo de relacionamento financeiro com o prestador de serviço. Os demais 47% dos recursos e o crédito financeiro continuam centralizados no Fundo Nacional de Saúde, com a capacidade de ordenação de despesa descentralizada.

Além da discussão sobre a separação das funções, talvez fosse preciso introduzir a discussão sobre a esquizofrenia das funções de financiamento e provisão direta de serviços no Brasil. Mas é preciso entender que essa é uma marca, uma característica do processo de transição do sistema de saúde brasileiro que, felizmente para todos, tem se alterado com certa rapidez.

O conjunto das características sobre o exercício das funções de descentralização começa em dezembro de 1994. É o primeiro momento concreto em que existe uma transferência de "block grant", de recurso fundo-a-fundo, do Fundo Nacional de Saúde a um Fundo Municipal de Saúde. Apesar de previsto em lei desde dezembro de 1990, não houve condições operacionais de implementar essa modalidade até 1994. A partir de então, essa transferência começou a ser feita em 24 municípios, que representavam pouco menos de 4,5% da população brasileira. O volume de recursos envolvidos representava pouco mais do que 6% do total da despesa assistencial realizada pelo Ministério da Saúde.

A partir de 1995/1996, o processo adquiriu uma velocidade que praticamente duplicou a cada ano. Esse comportamento modificou-se um pouco ao longo de 1997, representando um momento de transição das regras. Até o final de 1996, estava em vigência uma regra específica

de transferência entre a União, estados e municípios. A partir do final de 1996, iniciou-se a implantação lenta, gradual e segura de uma nova regra de transição, cujo impacto real seria observado a partir de 1998.

Basicamente, esta nova regra, mais flexível, previa condições mais adequadas ao universo de municípios brasileiros, intensificando a velocidade de implantação de tal forma que, em dezembro de 1998, 90% dos municípios já estavam iniciando o processo das transferências fundo-a-fundo dos 53% dos recursos executados diretamente pelos estados e municípios.

Do ponto de vista de projeções, pelo comportamento observado ao longo de 1999, imaginava-se atingir a faixa dos 60% de transferências, basicamente a partir da expansão do ingresso dos estados nessa modalidade. Antes que a idéia da esquizofrenia entre o financiamento e a provisão direta de serviços fique consolidada como algo que só pode ser tratado medicamente, do ponto de vista psiquiátrico, gostaria de tentar situar qual é, digamos assim, a característica marcante dessa transição, no que diz respeito ao tema abordado, a separação das funções de provisão e financiamento.

Caso se fosse comparar, em uma tentativa bem sintética, o modelo de financiamento e de gestão de serviços de saúde existentes no país antes da implantação do Sistema Único de Saúde, ou seja, ao longo das décadas de 70 e 80, encontrar-se-ia uma completa separação, do ponto de vista das funções públicas em saúde, entre as atividades a cargo do Ministério da Saúde relacionadas ao financiamento das ações de saúde pública, ou de saúde coletiva, como na maioria dos países latino-americanos, e nenhum ponto de encontro com as atividades relativas à prestação pública de atenção médico-hospitalar situadas no âmbito do seguro social, da Previdência Social. Essa separação dizia respeito às fontes e aos fluxos de recursos, à capaci-

dade de decisão política, situados em dois ministérios distintos, e também à forma de gastar esses recursos. Historicamente, no Brasil, enquanto a Previdência Social sempre foi predominantemente uma compradora de serviços de terceiros, portanto sempre exerceu separadamente essas funções de certa forma, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais sempre foram, predominantemente, prestadores diretos, como na história da imensa maioria dos países da América Latina.

Entre 1986 e 1990, formula-se a imediata fusão dessas estruturas que, como item constitucional e lei, a partir de 1990, passa a construir um modelo bastante distinto. Um modelo em que o conjunto de recursos destinados à saúde se integra, em uma primeira instância, a um orçamento próprio da Seguridade Social, que tem de ser distribuído entre as funções de previdência, de benefícios pecuniários de assistência social e de saúde. Ainda que isso não tenha ocorrido rigorosamente assim, ao longo dos últimos anos, esse é um modelo desenhado e vigente na Constituição.

Ele pode ter fontes de receita da Seguridade Social a nível federal, mas também tem fontes de receita estaduais e municipais, que entram diretamente nestes níveis de governo. Os recursos que entraram no nível federal e no estadual são passíveis de transferências fundo-a-fundo entre os fundos de saúde. E, pelo menos do ponto de vista normativo, legal, todas as três esferas de governo têm a capacidade de realizar essas despesas, seja diretamente, seja mediante o pagamento de serviços contratados a terceiros, que ainda predominam como atividade de gasto, apesar da tendência à execução direta.

Qual a situação atual, para imaginar nossas especificidades e tentar avançar na formulação de instrumentos próprios? É ainda uma situação de coabitação do novo modelo desenhado com o antigo modelo vigente.

Rigorosamente, o desafio gerencial hoje colocado, seja a nível federal, estadual ou municipal, é conviver com uma situação cuja imagem síntese é rigorosamente essa: 53% de uma, com 47% de outra. Já disseram que conseguir achar caminho de fluxo financeiro dentro dessa síntese aqui apresentada é habilitar-se ao Prêmio Nobel sem muito risco de concorrência. Mas, na prática, essa é um pouco a situação com a qual se convive quotidianamente nesse momento. É exatamente a marca da transição vivida hoje, pelo menos para mim.

O fim dessa transição é claramente um sistema um pouco mais complexo do que o anterior, mas menos do que a situação de transição. Quais os obstáculos fundamentais a essa transição? Por que, uma década depois, essa transição ainda não nos permite aproximar de 90% ou de 95% dos recursos simplesmente transferidos a estados e municípios e operados na forma desenhada ou concebida, própria do Sistema Único de Saúde?

Há uma multiplicidade de vertentes interpretativas quanto às razões pelas quais essa transição não se radicalizou ou ainda não se concluiu. Não pretendo ter a solução, mas tenho uma questão, ou um conjunto delas, que parecem bastante convincentes. Discuti-las neste Seminário poderá ser um avanço para permitir algumas iniciativas necessárias.

O primeiro problema importante dessa transição está diretamente associado à estrutura federativa do país. É fácil perceber que o Brasil concebeu na Constituição uma estrutura federativa extremamente reativa ao centralismo autoritário dos 25 anos anteriores. A maior parte dos países em processo de transição democrática tiveram, na formulação de seu processo de redemocratização, iniciativas de descentralização ou de rearticulação federativa. Mas, os brasileiros conceberam uma federação na qual não existe nível de hierarquia entre os níveis do governo. E, até onde sei, só o Brasil é assim. Portanto, é preciso expe-

rimentar, e pagar o ônus de experimentar modelos cooperativos de federalismo em que a inexistência prévia de estruturas ou relações hierárquicas faz com que esse federalismo seja concluído no pacto do dia-a-dia.

Entretanto, ao não ter relação de hierarquia entre os níveis de governo, o país tem uma convivência hoje de quase 5.600 iguais: 5.549 municípios que podem aumentar em número de dois ou mais em apenas meia hora, 26 estados, um Distrito Federal e uma União. Essa distribuição, particularmente a nível municipal, é também extremamente heterogênea. O Brasil tem municípios de menos de 1.000 e até de 10.000.000 de habitantes. São Paulo tem pouco mais do que 10.000.000 de habitantes. Do ponto de vista legal, ou das funções, todos são municípios. O Brasil tem estados com uma enorme heterogeneidade, rigorosamente, com as mesmas funções.

Portanto, o primeiro problema sério não é o do federalismo teórico, mas do federalismo concreto, que terá de ser quotidianamente construído sem atropelar as funções, independentemente do fato de que existe um município com 976 habitantes, no Brasil. Há uma história muito peculiar. Até a década de 50, cada família tentava fazer da sua fazenda um município, inclusive para adquirir o poder de tributar-se. É um poder bastante interessante alguém ter a capacidade de definir seus próprios tributos. Provavelmente, todo brasileiro sonha com a capacidade de auto-tributação, durante o mês em que faz o imposto de renda.

O que aconteceu foi provavelmente um processo de explosão demográfica das famílias, no caso brasileiro. As famílias que transformaram a sua fazenda em município tinham muitos filhos que a herdaram, dividiram-na em vários pedaços e transformaram cada um desses pedaços também em um município. Há um ritmo alucinado de crescimento do número de municípios, de tal forma que

estão tramitando no Congresso Nacional algumas propostas de desmunicipalização, de extinção de municípios. Municípios com menos de 200 mil habitantes deviam ser vilas, na minha opinião.

A segunda característica, muito marcante e profundamente dominada por essa situação do federalismo nacional, é a necessidade de pactuação permanente dos processos de descentralização das políticas públicas. Particularmente no caso específico da saúde, adotou-se desde o início da década uma trajetória baseada no que se convencionou chamar de Normas Operacionais Básicas, NOB. Conjunto de instrumentos normativos pactuados entre o Ministério da Saúde, o governo estadual e os municípios, não depende de alterações da lei. São estratégias conjunturais de implantação progressiva e transitória do que está contido na lei, e vêm convivendo de forma bastante satisfatória com a mesma legislação existente desde 1990.

Ao longo do processo de criação e de implantação das NOB, as capacidades gestoras entre União, estados e municípios têm se modificado progressivamente. Durante a evolução de 1994/1995, estava em vigência a NOB de 1993, que previa um conjunto de pelo menos seis mecanismos distintos de transferência de recursos fundo-a-fundo entre a União, os estados e os municípios. Apesar de prever seis, só um deles foi efetivamente implementado. Os cinco restantes não foram operacionalizados, por falta de condições financeiras e operacionais, de distinta natureza. Isso, de certa forma, explica um pouco a velocidade relativamente limitada do processo de descentralização.

Em contrapartida, ganha-se a vantagem de ir aprendendo e, ao final de 1996, foi pactuada e editada uma nova NOB, cujo impacto se observou a partir de 1998. Ela contém um número bastante maior de modalidades em que se tentou flexibilizar o conjunto de critérios e de mecanismos de transferência de recursos da União para

os Estados, de forma a torná-los mais adequados à realidade de completa heterogeneidade entre municípios e entre dimensões dos estados. No conjunto da NOB-SUS/96, já está implementada uma grande parte desses mecanismos e instrumentos de criação e de incentivo às transferências fundo-a-fundo. Muito provavelmente, porque houve a oportunidade de aprender com o que não foi possível fazer e estava previsto na NOB/93, elaborando instrumentos mais flexíveis e mais adequados.

Com essa comparação bastante simples, pode-se ver que foi aberto o leque de possibilidades e, com isso, um número bastante maior de modalidades pôde ser implantado, permitindo o crescimento relativamente rápido tanto do número de municípios que aderiram, quanto da rapidez das transferências de recursos.

Por quê essa discussão é absolutamente crítica para nós? A idéia da separação entre as funções de provisão direta de serviços e de financiamento é bastante antiga no Brasil. É praticada e defendida por vários atores do sistema de saúde há pelo menos três décadas. Alguns a defendem como alternativa exclusiva. Ou seja, todo o sistema deveria ser baseado em mecanismos de completa separação de funções. Outros se colocam em uma situação, para assim dizer, de radical oposição a isso, significando que todo o sistema deveria ser “estatizado” e, portanto, a prestação deveria coincidir com o executor, o captador e o executor do financiamento.

Entre as várias posturas, há algumas alternativas intermediárias. Em alguns casos, por exemplo, defende-se que é muito difícil exercer funções de normatização e controle, sem deter serviços próprios como campo de experimentação, capaz de gerar normas e parâmetros para controle.

Na primeira metade desta década, em algumas das discussões dentro do Ministério da Saúde, por exemplo, existiam defensores da idéia de que o Ministério deveria

ter e gerenciar um conjunto de centros de saúde, hospitais, municípios e estados para servir de modelos ideais ao estabelecimento de padrões de geração de indicadores e de mecanismos de comparação.

O estranho não é que alguém de dentro do Ministério da Saúde tenha pensado nisso, mas que pelo menos um prefeito e um governador estiveram lá e se apresentaram como voluntários para ser município e estado do Ministério da Saúde. Na verdade, o cenário da discussão da separação tem certa dinâmica nos últimos anos no Brasil e nele convivem todas as posições. Felizmente, existem posições que tornam a discussão não apenas rica, como também muito baseada na realidade. Não se trata de uma discussão essencialmente teórica, mas experimentada em graus distintos nas diversas realidades de mix de prestação de serviços nos estados e municípios.

Na prática, independentemente dessa discussão, existem dois movimentos que gostaria fundamentalmente de fixar: 1) Do ponto de vista da provisão direta de serviços, houve crescimento da participação estatal. Portanto, uma junção da provisão com o financiamento; 2) Do ponto de vista das funções das distintas esferas do governo, houve uma separação bastante acentuada com continuidade do predomínio de recursos federais como financiadores dos serviços, mas com a execução desses recursos, inclusive do ponto de vista da contratação, efetivamente realizada por estados e municípios.

A percepção do Ministério da Saúde é de que existe uma separação completa, com a única exceção do Rio de Janeiro, que finalmente também parece estar em processo de transição. Essa percepção, entretanto, não se repete em nível dos outros estados e municípios. Não seria de nenhuma forma equivocado ou leviano dizer que, com raríssimas exceções, a maior parte das atenções e das energias dos gestores estaduais e municipais ainda é dedicada à administração das

suas unidades próprias, muito mais do que à conformação de um sistema e de uma rede de serviços.

E essas, em geral, estão nos estados do Sul do país que, por condições históricas em si, não têm unidades próprias. No resto do país, a maior parte dos bons esforços, atenções e energias dos secretários estaduais e municipais está muito mais ligada à preservação de seu hospital, de seu posto, de seu centro de saúde e à sustentação de pessoal do que à discussão de como essa unidade se integra e se insere numa rede de prestação de serviços voltada para a população.

Na prática, o que se quer é saber porque, e esta é uma preocupação diária do Ministério, a transição produz desgaste? A competição pelos mesmos recursos entre unidade privada e unidade pública tem natureza absolutamente predatória e desigual, uma vez que o pagador também é dono de grande parte das unidades.

Esta competição, praticamente, inviabiliza qualquer iniciativa mais cooperativa no sentido da constituição de uma rede. Todos os estados do país e todos os municípios têm um teto de despesas, um quantitativo finito de recursos e, com certa freqüência, o conjunto dos recursos faturados por terceiros, mais o conjunto de recursos necessários para manutenção das unidades próprias do estado e do município, superam o teto financeiro de recursos disponíveis. Assim, a competição cotidiana passa a se dar entre pagar terceiros ou dar sustentabilidade financeira às próprias unidades, já que é o secretário estadual, ou o secretário municipal, que exerce essas duas funções ao mesmo tempo.

Dependendo de decisões políticas, aí existem comportamentos distintos. Em alguns casos, há os secretários que decidem honrar primeiro seus compromissos com terceiros e acabam deixando suas próprias unidades sub ou desfinanciadas. Nos casos mais freqüentes, predomina

a preocupação política com suas próprias unidades e sua própria imagem, que decorre das próprias unidades que são financiadas primeiro. A compra de serviços, então, não é financiada ou subfinanciada. Em qualquer dos dois casos, há um desbalanceamento bastante grave e a criação de uma situação de quase atrito e desgaste freqüente, extremamente danosa para esse processo de transição das funções de descentralização. Isso porque, obviamente, um conjunto de prestadores subfinanciados ou sub-remunerados, particularmente quando é subfinanciado em relação a serviços prestados antes, tende a procurar escapar daquele nível de gestão para um outro que o proteja, ou tentar se refederalizar do ponto de vista do recebimento dos recursos.

O mesmo acontece com unidades públicas que foram, em dado momento, descentralizadas. Isso não é uma particularidade ou exclusividade das unidades privadas, filantrópicas ou universitárias contratadas. O Estado do Rio de Janeiro é um exemplo da situação de um conjunto de quatro hospitais federais que, em determinado momento, foram transferidos para a Secretaria Estadual de Saúde. Ao serem desfinanciados, o Estado utilizou todos os mecanismos políticos para “refederalizá-los”. Ao longo do ano passado, houve um embate bastante dramático com os hospitais universitários do país nessa situação. De certa forma, no entanto, eles lograram algum mecanismo de “refederalização”.

Na prática, portanto, esse tema da superposição das duas funções, em uma conjuntura de recursos limitados, está bastante politizado na situação de hoje no Brasil. Menos do que um tema de características técnicas ou de otimização administrativa de funções, passou a ser um tema essencial e fundamental na definição de passos, ou de estratégias ou de velocidades futuras, e do próprio processo de centralização, tanto do lado da unidade estatal quanto do lado da unidade prestadora de serviços privados.

Existem ainda duas pequenas dificuldades adicionais. Todo esse cenário complexo de embates e conflitos ocorre em uma situação de baixa regularidade de instrumentos jurídicos. Os contratos, quando existem, são antigos, pobres e pouco específicos. Boa parte do relacionamento de estados e municípios com prestadores de serviços privados ou filantrópicos se dá baseado em um contrato assinado 15 anos atrás pela Previdência Social, órgão extinto desde 1993. Costumam dizer alguns juristas mais refinados que são contratos de direito vigentes, contratos de fato, ainda que não transcritos no papel, mas que efetivamente estão sendo praticados. Portanto, tem toda validade. E isso é mais um fator importante de instabilidade.

O mesmo acontece com relação a unidades públicas que, de certa forma, lograram graus crescentes de autonomia. Várias unidades públicas no Brasil têm graus crescentes de autonomia. Mas a contratualização é também extremamente frágil e pouco explícita.

Desse modo, o pano de fundo à essa discussão é uma transição no mix de prestação de serviços, nos fluxos financeiros entre níveis de governo. Nesse pano de fundo, um conjunto de recursos limitados acaba induzindo à superposição das funções de pagador, para ser um pouco mais duro e mais específico do que a de financiador, e de prestador direto. Acaba gerando uma situação de conflito e de competição permanente entre as unidades ou grupos de unidades.

Esse conflito e competição permanentes ocorrem em uma situação de baixa juridicidade, na qual não traduzem situações claramente definidas do ponto de vista jurídico. Esse é o motivo fundamental pelo qual, quando se desenhou a proposta deste Seminário, estávamos extremamente ansiosos e extremamente otimistas com o conjunto de idéias que daqui pode advir para o aprofundamento e a superação dessas dificuldades.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

COMENTÁRIOS

**Silvio Mendes de Oliveira Filho
Carlos Eduardo Ferreira
Eduardo Levcovitz**

Silvio Mendes de Oliveira Filho

Como recém-empossado Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), acho que todos podemos considerar o Sistema Único de Saúde uma experiência exitosa no Brasil, apesar de recente e de seus conflitos e dificuldades. Em relação a alguns conflitos dos gestores a nível municipal, gostaria de relatar rapidamente uma experiência pessoal na construção do nosso sistema municipal de saúde em um município de 700 mil habitantes. Estou gerenciando o sistema há cinco anos, os dois primeiros como prestador de serviços e os últimos três na gestão semiplena e depois na plena.

A rede municipal tem 55 unidades de saúde próprias, basicamente, distribuídas entre atenção básica, assistência materno-infantil, prontos-socorros de média complexidade e ambulatórios de especialidades. O estado possui os serviços de referência e os setores filantrópico e privado ocupam espaço, principalmente na alta complexidade, como cirurgia cardíaca, transplantes, neurocirurgia, exames complementares de alto custo, como ressonância magnética, tomografia etc.

Seis meses antes de assumir a gestão do sistema, éramos simplesmente prestadores de serviços. Ao assumir, constituímos uma comissão informal, composta pelo Secretário de Saúde do Estado, do Município, representante do Conselho Regional de Medicina, do Conselho Municipal de Saúde e do Sindicato das Clínicas e dos Hospitais Privados. Durante seis meses, foram desenvolvidas algumas negociações, identificados os conflitos e as demandas, levantada toda a capacidade instalada da cidade e criados

instrumentos de controle de gerenciamento. Hoje, não temos conflito com nenhum setor de prestação de serviços.

Anos atrás, o Piauí, Estado mais pobre da Federação, chegou a gastar com a capital Teresina, que responde por 22% da população do Estado, cerca de 68% do total de recursos financeiros, sendo uma exceção no país e uma distorção histórica. Cerca de 40% do atendimento em Teresina são de pacientes que vêm ou do interior do Estado ou de outros estados vizinhos, como o Maranhão. A cidade gastava historicamente esse valor e a média de financiamento era de 57% em relação ao Estado. Com a reorganização, isso foi reduzido em três meses para 50%. Hoje, está em torno de 48% dos recursos financeiros do Estado.

O sistema foi reorganizado com investimentos maciços em recursos humanos e buscou-se a eficiência, principalmente combatendo o desperdício e capacitando os gerentes. Portanto, apesar de ser a capital do Estado mais pobre do país, com essa negociação coletiva e parcerias com todos os setores, público, privado ou filantrópico, Teresina organizou um sistema e tem hoje uma das menores taxas de mortalidade infantil, por exemplo.

Muitos outros municípios têm experiências semelhantes e até melhores do que essa. Mas somos defensores intransigentes do processo de descentralização, da municipalização do SUS. Claro que isso é resultado das discussões amplas do setor de saúde pelos vários segmentos da sociedade, em nível de conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, e também pelos avanços conseguidos nos fóruns de negociações, como as comissões bipartite e tripartite.

O Brasil tem hoje 5.506 municípios habilitados como gestores pela tripartite. Desses, 5.200 são gestores do sistema, sendo 466 em gestão plena e 4.734 em atenção básica, representando 94% da população dos municípios e 91,6%

da população. Em 1994, apenas 24 municípios eram gestores habilitados, recebendo recursos fundo-a-fundo. Portanto, é um avanço recente, uma experiência nova dentro da inserção da responsabilidade dos municípios.

A descentralização da gestão e o processo de municipalização foi uma decisão política acertada, como demonstram todos os indicadores, mesmo com as dificuldades de pactuação, de negociação, de gestão e na feitura e construção de uma nova forma de gerenciar, desmontando o centralismo do ex-Inamps. Claro que existem erros, equívocos e muitas dificuldades, mas com certeza são muito menores do que antes, quando tudo era centralizado em Brasília.

O processo de descentralização permite ao município pensar a saúde a partir das pessoas e organizar o sistema local conforme as necessidades da sua população, conforme as demandas.

O financiamento, insuficiente como se sabe, prioriza ações. Por isso, deve-se ter o cuidado, principalmente, de assegurar ações básicas e políticas de saúde pública, em detrimento do gasto com avanços tecnológicos, como muitas vezes acontece. Também permite promover mudanças no modelo de assistência e desenvolver mecanismos mais eficientes de controle e avaliação.

A grande maioria dos municípios de pequeno e médio porte é, obrigatoriamente, e continuará a ser, gestores e prestadores de serviços. Não podem separar o aspecto prestador, financiador e gestor, até por falta de alternativa. Alguns municípios de médio e de grande porte, principalmente, precisam ser, além de prestadores e gestores, eficientes na identificação da contratação dos serviços necessários do setor privado, definindo o que se precisa, o que se quer e como se quer. É o que estabelece a legislação brasileira, na medida que as ações de serviço de saúde são consideradas de relevância pública, asseguradas no Artigo 197 da Constituição.

Essas características, naturalmente, diferenciam o país de tantos outros que têm modelos que não podem ser copiados e implantados aqui. Claro que os municípios não podem ter o mesmo comportamento do Ministério da Saúde, que se desfez do gerenciamento e da condição de prestador de serviço.

A legislação brasileira também assegura ao setor privado a execução de ações públicas de saúde de forma complementar, assim como a prestação de serviço pela lei de mercado, regulado pelo poder público. O provimento de serviços, tanto do setor público como privado, parece que continua indispensável, mas sempre regulado pela característica do país, necessariamente regulado pelo poder público. É preciso buscar o equilíbrio entre a regulação e a execução dessa prestação de serviço.

O Dr. Josep Via disse neste Seminário que não há nenhum país, mesmo os países ricos, com gasto ilimitado no setor saúde e que o Brasil não poderia ser exceção. Em 1997, somando-se os recursos financeiros da União, dos estados, dos municípios, dos planos de saúde, do setor privado puro, gastou-se no Brasil aproximadamente 49,3 bilhões de reais, com média per capita de cerca de 300 reais/ano. E isso é insuficiente, não há como contestar.

Mais de dois terços do financiamento do SUS provêm da União. Mas, no processo de descentralização do sistema, os municípios têm sido responsáveis pelo crescimento do financiamento do setor saúde e por isso se vêm onerados de forma crescente dentro do seu orçamento. Nos estados, observa-se que existe um retraimento desse financiamento. Mas, proporcionalmente à sua receita e a seu orçamento, basta observar que os municípios, com certeza, contribuem muito mais do que a União e os estados.

Atualmente, os municípios contribuem, em média, com cerca de 14% do seu orçamento para o financiamen-

to do setor saúde. A União contribui com menos de 5%, em torno de 3,1%, e os estados com um pouco menos.

De acordo com o economista José Dutra, especialista em matemática financeira, o governo brasileiro está gastando cerca de 11,6 bilhões de reais mensais apenas para rolar a dívida financeira líquida do setor público, estimada em 364 bilhões em janeiro de 1999. Esse valor é mais da metade do total do orçamento anual do Ministério da Saúde e significa um pouco mais do que o total da arrecadação da CPMF. Claro que nenhuma estratégia será competente e eficiente, por exemplo, em uma situação de financiamento deficiente, por mais competentes que os gestores municipais possam ser. O que é preciso procurar são estratégias para se fazer mais e melhor com o financiamento disponível.

Outra dificuldade, um empecilho para a consolidação do Sistema Único de Saúde, é a questão de recursos humanos. O que ocorre? Na medida que os municípios assumem a gestão do sistema e as unidades de saúde, sejam federais ou estaduais, eles se vêm onerados e penalizados com a crescente folha de pagamento de pessoal. Tanto os governos estaduais como o governo federal não estão sendo solidários com os municípios, na medida que, ao se organizar um sistema público de saúde local, não só aumenta a demanda como também as substituições, seqüências das aposentadorias, e as licenças. Além disso, o município acaba sendo o único responsável pela própria expansão do sistema. É preciso, rapidamente, solucionar e definir a responsabilidade dos três níveis de governo.

É preciso também que o SUS se adeqüe à forma de contratação de recursos humanos, e à legislação trabalhista atual. Existe uma série de irregularidades e políticas oficiais que não atendem à legislação trabalhista brasileira, como é o caso de contratações e terceirizações, por exemplo, dos agentes de saúde e do Programa de Saúde da Família.

Outro aspecto que precisa ser lembrado é a falta de informação existente dentro do sistema, seja entre gestores ou entre gestor e prestador de serviço e, principalmente, com relação aos usuários. Isso também é um obstáculo na construção do sistema, na medida que, de forma muitas vezes equivocada e emocional, a imprensa manipula informação e desmerece a construção do sistema público de saúde, em circunstâncias nas quais a população não possui juízo crítico para fazer a avaliação correta. Claro que essas dificuldades não são obstáculos intransponíveis, mas interferem substancialmente na consolidação do sistema público de saúde. É claro também que se tem conseguido muitas conquistas nesta parceria e nesta discussão constante entre os três níveis de governo. Um exemplo é o planejamento das ações de saúde feito pelo município, com acompanhamento na sua execução pelo controle social, que também tem melhorado.

Muitos municípios desenvolvem parcerias por meio de consórcios. A atenção básica tem se organizado e a mudança da lógica do pagamento, por exemplo, dentro do PAB, realmente foi um grande avanço na construção do sistema. Também têm sido implantados programas importantes, como “Agentes de Saúde”, “Programa de Saúde da Família” e tantos outros. A política de medicamentos básicos e políticas públicas nacionais têm sido muito mais eficientes depois do processo de descentralização, como o próprio Programa Nacional de Imunizações, a assistência materno-infantil, a decrescente taxa de mortalidade infantil e campanhas como a de prevenção do câncer ginecológico.

Claro que nada disso teria sido possível sem a participação dos municípios, como executores da política de saúde. Por isso, a opinião pública brasileira hoje é favorável ao processo de descentralização do SUS, com a passagem da gestão do sistema ao município.

Gostaria de comentar uma pesquisa publicada recentemente e financiada pela Fundação Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). A descentralização do SUS é considerada uma boa idéia para 78% da população. Metade acha que está dando certo, mas apenas 20% dessa população sabe o que significa Sistema Único de Saúde. Portanto, é grande a desinformação sobre o SUS. 38% da população brasileira é usuária exclusiva do SUS, 20% freqüente, 22% eventual e apenas 15% são não-usuários. Esses dados se modificam conforme o porte do município, pequeno, médio ou grande. Um dado importante é que as políticas públicas favorecem a consolidação do sistema e aumentam a sua responsabilidade. No caso de vacinação, 75% da população procura o sistema público. Nas consultas médicas, 65% e 64% nas urgências, enquanto na internação hospitalar esse índice é de 59%. Interessante também é o questionamento se a população acredita em tudo que o médico diz. Mais de um terço não acredita, e procura saber primeiro se a informação é verdadeira.

Outro dado importante é que, da população pesquisada, 86% se dizem satisfeitos com a qualidade do atendimento médico realizado pelo sistema público. 52% acham que o médico do SUS é bem treinado. São também amplamente favoráveis a um sistema público de saúde no país. 51% acham que é rápido o atendimento e não tem fila, enquanto 50% respeitam a atenção de quem atende. Essa é uma pesquisa oficial do Conass, financiada pela Fundação Nacional de Saúde e realizada pelo Ibope em todo país. Nela, 70% da população atendida pelo SUS diz que não foi mal atendida e 10% reclamam que sofreram cobrança no atendimento pelo sistema público de saúde.

Esses dados surpreenderam-me, porque são realmente favoráveis ao Sistema Único de Saúde. Mas causou-me apreensão e preocupação a matéria publicada dia

08.04.99 na Gazeta Mercantil. Diz a matéria que “tendo saturado o mercado dos Estados Unidos, as empresas de saúde agora visam a América Latina”. Por sua vez, o jornalista G. N. Emery, da Agência Reuters, em artigo publicado no *New England Journal of Medicine*, de 14 de abril de 1999, afirma que “pesquisadores informam que a população pobre poderá ser prejudicada se a tendência se confirmar”. Já a equipe de pesquisa chefiada por Karen Stoker, antropóloga da Universidade do Novo México, diz que “considerando as conseqüências contrastantes da saúde administrada por empresas privadas nos Estados Unidos, a perspectiva para os povos na América Latina não é necessariamente favorável”. A equipe de Stoker também constatou que “as empresas de seguro saúde nos Estados Unidos começam a expandir-se para a América Latina, pois os mercados nacionais já não oferecem grandes oportunidades de crescimento. Também porque podem beneficiar-se das verbas que os governos daquela região destinam à saúde e porque o Fundo Monetário Internacional estimula os governos a transferir os serviços de saúde para o setor privado para economizar custos”. A conclusão da matéria é que “as empresas de seguro saúde surgiram na América Latina num momento em que a saúde do povo melhorou substancialmente. Cerca de 90% a 95% das pessoas têm seguro saúde em comparação com 85% nos Estados Unidos”.

Os pesquisadores citaram o Chile como um exemplo por excelência. Naquele país, os recursos destinados ao seguro social e à assistência médica são entregues a empresas privadas da área de seguro saúde, algumas das quais adquiridas por seguradoras multinacionais. Embora 8,9% da população seja composta de idosos, somente 3,2% dos associados das seguradoras têm 60 anos ou mais. Isso significa que os clientes desse sistema tendem a ser mais saudáveis do que a população chilena em geral.

Para terminar, gostaria de sugerir a ampliação das discussões sobre saúde com a inclusão, principalmente, do tema educação e renda da população brasileira. Sem isso, não é possível discutir a setor saúde no Brasil.

Carlos Eduardo Ferreira⁶

Gostaria de agradecer ao Ministério da Saúde e ao Banco Mundial o convite feito à Federação Brasileira de Hospitais para participar deste Seminário. Tivemos um primeiro contato no Banco Mundial, em Washington, exatamente para tentar descobrir como a instituição pode ajudar o setor privado de saúde do mundo, considerando que o Banco apenas se vincula a governos. Ficou claro que uma atividade importante da Organização Pan-Americana de Saúde, incorporada pelo Banco Mundial, seria discutir no mundo inteiro o mix público-privado na área da saúde, situação extremamente turbulenta e confusa em todo o mundo. Dentro das características do Brasil, é preciso discutir e debater, e não criar antagonismos entre o setor público e o privado.

A realização deste Seminário incorpora a decisão de realmente buscar o entrosamento e a solidariedade entre o setor público e o privado no país. Queria deixar registrado a relevância que a Federação Brasileira de Hospitais atribui a esta reunião, por entender que, a partir dela, muitos desdobramentos virão.

Na relação entre o setor público e o privado, a Federação entende que, desde a Constituição de 1988 a 1994, e desse ano para cá, o setor privado não mereceu nenhuma consideração por parte do setor público. A Constituição de 1988 previa, inicialmente, a total estatização do

⁶ Presidente da Federação Brasileira de Hospitais.

setor de saúde do país, com a marginalização completa do setor privado. Depois dos desdobramentos da Constituição, foi possível a participação da iniciativa privada nesse setor.

Mas, em nível de governo, o setor privado nunca foi reconhecido como parceiro ou aliado na execução dos serviços. Diria que sempre foi tolerado, quando não tinha a alternativa do setor público prestar o serviço. Não é essa a visão que a Federação gostaria de ter, porque o setor privado, no tocante à internação hospitalar, é predominante no Brasil. 70% das internações são feitas metade pelo setor filantrópico, metade pelo setor privado não-filantrópico. E esses dois segmentos estão em grandes dificuldades, extremamente sérias, e sem muita visão de como se ordenar e se organizar em relação à sua sobrevivência.

No que se refere à relação do mix público-privado, queria deixar como ponto de reflexão neste Seminário que no Brasil foram criados dois sistemas, um público e um privado. Na avaliação da Federação, nenhum dos dois sistemas satisfaz à sociedade, porque não há solidariedade entre eles. Isto quer dizer que, se os recursos do país são escassos e antagônicos, eles não se somam ou não se solidarizam. Deste modo, é preciso discutir como realizar essa solidariedade. Como também a do sistema privado entre si, porque esse tampouco criou os seus mecanismos de solidariedade.

Foi mais ou menos dentro dessa proposta que entendi o “seguro catastrófico” do Chile. Como uma idéia que começamos a trabalhar exatamente para criar no Brasil o chamado Fundo de Alta Complexidade, com a participação de todos os segmentos, para poder financiar a alta complexidade no Brasil. Porque qualquer município de qualquer lugar do Brasil, onde ocorra predominância de alta complexidade, sozinho não tem condição de resolver.

Esse Fundo de Alta Complexidade seria extremamente importante. Também é extremamente importante passar a discutir essa solidariedade entre o público e o privado e dentro do setor privado. Da mesma forma que o papel do setor público e do setor privado. Por que eu, não estando satisfeito com o setor público, compro um plano de saúde caro e às vezes restritivo e não posso utilizar outros mecanismos para complementar o financiamento do governo?

É preciso repensar e rediscutir essa situação. Dentro do que disse o presidente do Conasems, se realmente não se criar esse mecanismo de solidariedade, não há dúvida de que os seguradores estrangeiros vão entrar no Brasil e comprar grande parte dos hospitais, pois estão todos sufocados em dívidas e sem perspectiva de sobrevivência, sem mecanismo de financiamento. Será extremamente facilitada essa tarefa dos seguradores estrangeiros.

Sobre o problema de financiamento, existem três momentos: o financiamento de custeio, o de saneamento e o de investimento. Toda essa linha ainda está por ser definida em nível de Brasil. O custeio do serviço é absolutamente inadequado. Os valores pagos pelo poder público são absolutamente defasados e isso gera conflitos extremamente sérios. Esses conflitos são hoje a grande questão a ser enfrentada.

O gestor também enfrenta esse conflito, obrigado pela Constituição a garantir aos municípios a saúde, direito de todos e dever do Estado. Existe ainda o conflito entre o médico e o hospital, pois o médico diz que tem de atender e o hospital diz que não pode atender. Gera-se conflito entre as entidades fiscalizadoras e a atividade profissional. Gera-se também problemas junto ao Procon. Hoje, em algumas cidades do Brasil, o poder jurídico já começa a emitir mandato para garantir a internação de pacientes, porque eles perambulam e não conseguem internação, pois não há vagas, principalmente em CTIs.

Hoje, esses conflitos são profundamente sérios e têm de ser discutidos e debatidos a nível dos setores privado e público. Não se pode pura e simplesmente atribuir a responsabilidade do atendimento ao setor privado, só porque ele tem o serviço.

Outro problema é o da falta de contrato. Neste Seminário já se falou muito em contratos, na juridicidade do processo, tanto entre governo estadual, municipal, federal e entre prestadores de serviços. Não existe contrato hoje entre prestadores de serviços e o governo. As prefeituras, os municípios, alegam que não fazem contratos porque não são geradores de recurso. Quem repassa o recurso é o governo federal. E como os municípios não têm certeza de que vão receber o recurso federal, não podem assumir a responsabilidade do contrato. Os hospitais hoje, embora a municipalização seja um caminho, sofrem interferência do município, do estado e da União, porque não tem convênio com ninguém. Todos interferem no processo conforme a conveniência política, além da interferência de outras entidades fiscalizadoras, conselhos regionais, Procons. Portanto, o dirigente hospitalar realmente vive hoje em pânico permanente, sem saber qual será o órgão que irá atropelá-lo.

Outro problema é também a reflexão sobre o tipo de hospital, seja público, filantrópico ou privado. Gostaria que me dessem um exemplo, aqui no Brasil, de algum hospital construído com o propósito de lucro. Um hospital que alguém tenha comprado ação para ter dividendo no final do ano com o propósito de lucro. Um hospital dito de finalidade lucrativa é o que se originou de um grupo de médicos que decidiu construí-lo e um advogado entendeu que a melhor forma de pessoas heterogêneas se reunir é através de uma sociedade anônima. Dessa forma, a legislação que disciplina esse caso é a da sociedade anônima.

É preciso rediscutir a personalidade jurídica dos hospitais no Brasil. Os hospitais são empresas prestadoras de serviço e têm de ter legislação própria. Essa prioridade, definida em nível de Constituição, trouxe aberrações profundas. Municípios construíram hospitais a toque de caixa para poder receber orçamento e a AIH, em detrimento de entidades filantrópicas que fecharam em várias unidades da federação, porque o município tinha a preferência. Portanto, a preferência dada no Brasil gira em função da natureza jurídica e não em função de qualidade, custo, benefício, competência. Nada disso é levado em consideração. É pura e simplesmente a natureza jurídica do prestador de serviço. São situações que tem de ser repensadas a nível de financiamento, pois todos os financiamentos são dirigidos em função dessa prioridade. São pontos para reflexão que a Federação dos Hospitais entende que têm de ser discutidos.

Hoje, o hospital caminha para sair daquela posição paquidérmica, de ser apenas uma instituição recebedora de pacientes, para ter uma ação mais ativa e agressiva em cima da comunidade. O hospital não tem mais de se organizar para o médico. Tem de se organizar para a sociedade. E participar ativamente das ações de prevenção, de ambulatorio, de atenção domiciliar. Tem de inovar em relação à sua prestação de serviço. E, para conseguir isso, fundamentalmente, tem de ter recursos de financiamento para poder se organizar. Mas tem de ter, fundamentalmente, administração e profissionalização na sua administração.

Hoje, os hospitais no Brasil ou são administrados por médicos, entre uma consulta e outra, ou por provedores, pessoas absolutamente competentes na sociedade, mas que às vezes entendem pouco de administração hospitalar. E a administração hospitalar atual é uma ciência extremamente complexa, difícil e exige dedicação integral, profissionalismo.

Existem poucos profissionais na área com competência para assumir a administração hospitalar.

É preciso investir pesadamente na área de recursos humanos, para formar pessoas capazes e competentes de administrar o hospital. Essas questões têm de ser rediscutidas, como já foi dito aqui com muita propriedade. A dicotomia entre o ambulatório e o hospital tem de desaparecer. Tem de haver solidariedade, ação conjunta entre ambulatório e hospital. Isso no Brasil não existe, porque um está ligado ao setor público e o outro ao setor privado. E eles não se integram e não se entrosam. Essa situação tem de ser repensada e revista.

Fundamentalmente, o médico tem de participar do processo. Se o médico não participar, vamos ficar aqui discutindo o que é público, o que é privado, isso e aquilo, mas a caneta do médico é que define quanto custa, qual o gasto da saúde. Portanto, é preciso envolver basicamente o médico ou convocar as sociedades médicas.

No Brasil, já houve experiências extremamente interessantes, quando o próprio Ministério da Saúde credenciou a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardíaca para poder analisar, acompanhar e verificar se o serviço existente funcionava direito. Depois, tudo foi destruído. E criou-se outro sistema de alta complexidade, que nunca mais fez nada.

O município não tem estrutura para fazer essas avaliações. A relação freqüente entre prestador e município é relação de conflito e não de solidariedade. Os pontos que estão sendo levantados não são para alimentar conflito e contestação, mas representam a vivência do prestador de serviço do setor hospitalar que quer ver essa situação discutida, debatida. E quer também que o setor hospitalar privado no Brasil realmente seja considerado, como diz a Constituição, de relevância pública e como importante parceiro do setor público na prestação de serviço.

Que deste Seminário nasçam idéias e essas discussões possam se tornar mais amplas para que realmente se busque um caminho de maior constância e de mais organização do setor saúde no Brasil.

Eduardo Levcovitz

O Conasems e a Federação Brasileira de Hospitais levantaram um conjunto de questões que tornam mais clara e mais explícita a profundidade e a densidade da questão que está sendo tratada. Ambos os comentários, ambas as exposições ressaltam a centralidade da busca de idéias e de encaminhamentos para o momento, para a conjuntura absolutamente atual de desdobramento para o SUS.

Está absolutamente claro que, se o país tem um sistema extremamente maduro do ponto de vista da conformação jurídico-legal e da concepção de distribuição de competências entre esferas de governo, também tem um sistema que está enfrentando enormes desafios e está apenas iniciando a sua operacionalidade cotidiana enquanto sistema funcional, enquanto prestação direta de serviços aos usuários. Essa é a síntese desse momento atual do sistema de saúde, do ponto de vista legal e administrativo, eventualmente do ponto de vista até das formulações de proposição financeira.

O que objetivamente se coloca nesse momento é a discussão de como esse sistema funciona no seu contato direto com os usuários. É o eterno desafio da relação entre as unidades de saúde, entre as unidades profissionais que nelas trabalham e, fundamentalmente, entre unidade profissional e usuário do sistema de saúde.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

PAINEL

**A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES
DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA
DE UNIDADES ESTATAIS**

A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA DE UNIDADES ESTATAIS

ABORDAGEM ECONÔMICA: O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE RECEITA DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Sulamis Dain⁷

Agradeço ao Ministério da Saúde e ao Banco Mundial o convite para participar desta importante iniciativa. Meu tema é o financiamento do sistema de saúde e a necessidade de receita das unidades assistenciais.

Começo do processo de descentralização da saúde se sobrepondo ao movimento que constitui a temática central deste Seminário, a separação entre o financiamento e a provisão dos serviços de saúde. No Brasil, essa separação é muito antiga, embora não se integre, em primeiro lugar, a uma política de ganhos de produtividade ou de eficiência ou busque, em segundo lugar, novos avanços em termos da qualidade dos serviços e da satisfação do consumidor.

Na verdade, o processo racionalizador vigente no Brasil na área de saúde, e que efetivamente consolida o Sistema Único de Saúde, é o processo de descentralização. Estou contrapondo como temas a idéia de separação entre financiamento e provisão, central a este Seminário, e a idéia da descentralização, fio condutor do processo de avanço do sistema de saúde no Brasil.

O secretário do Governo da Catalunha afirmou neste Seminário que a separação entre financiamento e

⁷ Sulamis Dain é professora-titular-visitante do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialista em Economia do Setor Público.

provisão não conduzia, necessariamente, a um bom processo de descentralização. Também foi dito que a centralização poderia atender melhor aos requisitos de equidade do que o processo de separação de financiamento da provisão de serviços.

Na verdade, não estou fazendo uma escolha entre esses dois temas. Mas queria tratar da contraposição entre o processo de contratualização descrito aqui, tanto na experiência espanhola, como na inglesa e na chilena, e a modalidade de contrato implícito existente no Brasil, caracterizado pelas relações intergovernamentais e de municipalização. Na verdade, esse contrato e esse processo constituem o centro do SUS.

De maneira um tanto irreverente, chamo este processo de Federação da Saúde. E por que? Porque, na verdade, a Federação brasileira apresenta traços constitutivos que singularizam um movimento diferente e perverso em relação à gênese das outras federações.

Na verdade, a Federação se inscreve na Carta Republicana, copiando o arranjo federativo norte-americano. Mas aqui ela não foi precedida, como nos Estados Unidos, por um processo de afirmação da autonomia dos governos locais e, na seqüência, pela delegação de competência aos governos estaduais e posteriormente ao governo central.

Na gênese, a Federação nacional é centralizada. Isso também contrasta com a idéia aqui apresentada, quando se falava que a autonomia do Governo da Catalunha, em relação ao resto da Espanha, derivava de um longo processo histórico. Nele, cabe ao nível estadual de governo a capacidade de definir o começo do processo de racionalização, aqui apresentado ao público sob a forma da separação entre o financiamento e a provisão da saúde.

Qual a conseqüência disso? É a existência de um movimento permanente e antagônico entre a centralização de recursos e a descentralização de funções no Brasil.

Mais do que isso, a reforma constitucional de 1967 está na origem do processo de centralização brasileiro. Mas esse processo, que já tem 30 anos, configurou um quadro municipal que não se presta à apropriação homogênea de encargos de governo, e muito menos criou unidades político-administrativas locais com capacidade ou escala para acolher serviços de saúde.

O mecanismo de partilha federativa, estabelecido há trinta anos, estimulava a criação de pequenos municípios porque tomava 90% da receita do governo federal, cuja origem eram os dois principais impostos da União (Imposto de Renda e Imposto de Produtos Industrializados) e distribuía aos municípios 10% desses valores.

Como critério de partilha, utilizava-se o inverso da renda per capita estadual e um critério populacional viesado na direção dos pequenos municípios. Os municípios de capitais, como até hoje, recebiam apenas 10% do Fundo, cabendo aos municípios não-capitais os 90% restantes, conforme critérios de rateio definidos em torno de quatro faixas populacionais, cujo limite superior, até hoje, é de 250 mil habitantes. Ou seja, qualquer município que tenha mais de 250 mil habitantes no Brasil, seja sua população de 1, 2, 3 ou 10 milhões de habitantes, recebe apenas o rateio do Fundo correspondente a 250 mil habitantes. Quanto aos municípios de capital, continuam dividindo os 10% do Fundo, embora concentrem mais de 30% da população brasileira.

Portanto, não há nessa arquitetura da Federação nenhuma preocupação em estabelecer como critério de equidade algum indicador de carência ou de desigualdade no acesso a serviços públicos ou aos produtos da política pública. Isso configura um mapa federativo distorcido, que impede que o processo de descentralização do SUS, em seu nascedouro, defronte-se com um arranjo federativo consolidado e com esferas de governo que claramente tenham definido funções e encargos compatíveis com a sua escala e com a sua capacidade de financiamento.

Essas são, no Brasil, as principais distorções do federalismo fiscal. Ele não prepara a instância descentralizada para acolher políticas de governo, além de estimular a fragmentação. Ocorre no Brasil o que no Chile ocorreu por um período de tempo, devido ao excesso de competição, e também ocorreu na Inglaterra pela mesma razão, e que depois dá origem a algum nível de recentralização. A fragmentação excessiva é, no Brasil, quase uma diretriz do federalismo fiscal brasileiro. Durante mais de 20 anos, foi vantajoso dividir um município de 100 mil habitantes em vários de 10 mil habitantes. E, da mesma forma, dividir um município de 10 mil habitantes em vários de 1.000 habitantes. Isso significa que se perdeu, no país, a escala mínima para que localizassem funções de governo de maneira consolidada e homogênea nos municípios.

Esse é um problema crônico, até mesmo atávico do federalismo fiscal brasileiro. É um problema grave. Por isso, denomino o movimento de descentralização da saúde de Federação da Saúde, porque as grandes políticas setoriais de saúde e de educação no Brasil na verdade estão tentando, a partir da segunda metade dos anos 90, particularmente o SUS, exercer um papel federativo que supera as outras funções racionalizadoras presentes em um processo de simples separação entre financiamento e provisão de serviços. Hoje, o SUS tem mais força em termos de repasse de recursos para estados e municípios do que os próprios mecanismos equalizadores da Federação.

Essa é uma questão fundamental, agravada no caso brasileiro pela enorme desigualdade sócio-econômica. De um lado, existe a enorme desigualdade sócio-econômica do país e, do outro lado, a fragmentação da estrutura administrativa estimulada pelo mecanismo de federalismo fiscal. O problema é que isso, de certa maneira, é irreversível, porque existe uma lógica política por trás dessa descentralização e os votos dos entes federados, dos muni-

cípios brasileiros, mesmo que sejam muito pequenos, são extremamente expressivos na configuração dos resultados eleitorais e das próprias decisões do governo. O país está, portanto, diante de um impasse entre um movimento racionalizador, ou melhor, de uma dificuldade adicional ao movimento de racionalização dos gastos e da estratégia de financiamento da saúde, vis-a-vis um outro movimento de descentralização que obedeceu a uma lógica contrária a essa. E que incapacita os municípios para o processo de acolher funções de governo, previamente existentes em outras Federações, como etapa necessária à consolidação do poder do governo federal.

Para que isso fique claro, em uma amostra bastante significativa dos municípios brasileiros, os municípios com dados financeiros publicados pela Secretaria do Tesouro eram 4.711, em 1995. Nesses, quando se mede a dependência dos recursos do Fundo de Participação, mais de 90% da disponibilidade de recursos de 228 municípios depende desse Fundo. O Fundo de Participação representa 90% da sua receita corrente, ou seja, na verdade eles são entes federativos que não têm vida fiscal própria. Mais da metade do total de municípios dessa amostra depende entre 50% e 60% dos recursos do Fundo.

O que significa isso? Que esses municípios aderem à idéia da descentralização da saúde, criando necessidades de receita para atender a suas funções assistenciais que, na verdade, não só são a expressão dessa oferta de serviços, mas também de uma necessidade genérica de recursos desses municípios, hoje extremamente esvaziados e historicamente muito dependentes dos recursos federais, transferidos de forma automática. Na medida que, com a Constituição de 1988, os municípios passaram a participar com maiores porcentagens da receita dos dois principais impostos federais, o governo federal se desinteressou por essas receitas partilhadas com estados e municípios e simplesmente passou a explorar outras fontes de receita. Com

isso, os recursos do Fundo de Participação acabam diminuindo e, com eles, a saúde financeira dos municípios deles dependentes.

Esse é um processo extremamente irracional e conflitivo, que confronta o movimento de descentralização da saúde com a necessidade de recursos financeiros por parte de municípios dependentes. Essas necessidades não têm a ver apenas com o financiamento dos serviços de saúde.

Na verdade, o financiamento público da saúde se defronta com três polaridades. A primeira delas é entre impostos e contribuições sociais. A segunda, entre Previdência e Seguridade. E a terceira é entre o ajuste fiscal e a política social. O que isso quer dizer? Na medida que o governo federal teve sua receita tributária crescentemente apropriada por estados e municípios, passou a criar contribuições sociais para suprir suas próprias necessidades de financiamento. Não sei como é o quadro da América Latina, ou da Espanha. Mas o da Europa, em geral, tenho idéia. E não se parece ao quadro brasileiro.

Aqui, sob a denominação de contribuições sociais, foram criados na verdade impostos disfarçados, não partilhados com estados e municípios.

Ao acompanhar a evolução da carga tributária total brasileira, de 1991 a 1997, percebe-se uma grande diferença entre o dinamismo das contribuições sociais e a estagnação da receita tributária. Teoricamente, tais contribuições foram autorizadas pela Constituição de 1988 para financiar um orçamento novo, que seria o orçamento da Seguridade Social. De fato, entramos no mundo virtual em 1988, quando foi criada essa figura de ficção, o orçamento da Seguridade Social, que nunca existiu. A prova de que ele nunca existiu é que os recursos da Seguridade cresceram, mas não houve apropriação dos mesmos para finalidades da Seguridade Social. De fato, ocorreu um processo de centralização fiscal, no qual as contribuições

sociais foram mecanismo fundamental de recentralização de recursos.

A segunda polarização ocorre entre a Previdência e a Seguridade Social. O trabalho apresentado por Eduardo Levcovitz neste Seminário mostrava o orçamento da Seguridade Social e a convergência de contribuições previdenciárias e outras fontes de recursos, impostos e contribuições sociais gerais para este orçamento. A partir de 1990, a totalidade da receita da Previdência, que antes destinava 25% a 30% para assistência médica, foi apropriada para cobrir despesas previdenciárias típicas (pensões e aposentadorias da Previdência diretamente contributiva). Desse momento em diante, começa um processo de desolidarização entre Saúde e Previdência. Ou seja, na prática, rompe-se a unicidade do orçamento do Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde é posto na vala comum dos recursos tributários. Tais circunstâncias contrastam com a situação anterior em que havia uma vinculação assegurada pela Previdência e uma destinação histórica de 25% a 30% dos recursos para o financiamento dos programas de assistência à saúde. Apenas toda a parte de vigilância sanitária e epidemiológica ficava a cargo dos impostos.

O terceiro antagonismo surge entre o recorrente ajuste fiscal brasileiro dos anos 90 e a apropriação, para esses fins, de recursos destinados às políticas sociais, entre as quais a da Saúde. Houve, nesses últimos cinco anos, cinco ajustes fiscais. Cada um deles aumentou as alíquotas das contribuições sociais, apropriou-se de sua receita e também contingenciou uma parte desse dinheiro, especificamente, para a estabilização fiscal.

Este é o marco onde se dá a descentralização, movimento racionalizador das relações intergovernamentais da saúde nos últimos 20 anos e, particularmente, nos últimos 10 anos. Esse movimento sofre a influência de circunstâncias, acima expostas, que comprometem a racionalidade do processo e geram a instabilidade dos recursos.

Não por acaso, nenhum dos palestrantes internacionais se referiu neste Seminário a qualquer tipo de restrição fiscal. Claro que há uma preocupação com o crescimento do gasto, o que é natural. Todos aqueles que aqui se pronunciaram revelaram a preocupação de conter o crescimento do gasto. A Inglaterra tem até uma política extremamente expressiva de tributar a capacidade instalada, de modo a racionalizá-la. Mas, nos países avançados, a lógica da Saúde não está subordinada à lógica do Tesouro.

Na verdade, o problema brasileiro é inteiramente diferente, porque o tempo todo, nos últimos cinco anos, o governo federal, os governos estaduais e o governo municipal lutam incessantemente para garantir sua receita fiscal. E isso significa, no limite, inviabilizar um processo contínuo lógico, seja ele qual for, que tenha por objetivo dar solidariedade e integralidade às ações de saúde, nos vários níveis de governo, quando a base de financiamento é extremamente instável.

Cada vez que, como agora, surge nova proposta de reforma tributária, já começamos a nos preparar para garantir a vinculação de recursos para a Saúde, nas novas contribuições sociais a serem criadas pela reforma. Então, muda o relator e muda o projeto de reforma tributária.

O problema é maior que o ajuste fiscal. A cada três meses, a área de política social, particularmente as da Saúde e da Educação, têm de repensar suas vinculações diante de novas ofertas de bases de financiamento para contribuições sociais. O quadro de permanente reforma tributária, na verdade subordinado a um ajuste fiscal recorrente, compromete ainda mais a continuidade do processo de descentralização da saúde.

No orçamento da Seguridade Social, alimentado por impostos federais e contribuições sociais, que qualifico como mero orçamento virtual, a Previdência Social esgota o uso da fonte tradicional de financiamento previdenciário, a folha de salário. A assistência social no Brasil pratica-

mente desaparece e a Saúde disputa com outras funções de governo as contribuições fiscais, autorizadas na Constituição de 1988 para financiar programas da Seguridade Social, particularmente Saúde e Assistência Social.

Portanto, o Brasil está bastante longe da idéia de integralidade da atenção à saúde, que parece ser o objetivo dos países que aperfeiçoaram seus sistemas. Neles, o avanço estaria na integração entre as funções de atenção primária e de assistência, e finalmente no serviço social integrado. Integrar essas três frentes de uma política sanitária no Brasil parece inteiramente remoto. Por que? Não há mais aliança entre Previdência e Saúde, não há mais aliança entre governo e ministério para garantir os recursos, o provimento deste financiamento. Isto ocorre à despeito do enorme dinamismo das contribuições sociais no Brasil.

Do resultado da distribuição da receita pública entre esferas de governo, 17% são apropriados por 5.600 e tantos municípios, uns com quase 13 milhões de habitantes e outros com 1 mil. Antes da Constituição de 1988, os municípios representavam 11% do total da receita disponível, o que demonstra seus ganhos com a Constituição. Os estados ficaram mais ou menos no mesmo lugar, mas se alega que tudo que o município ganhou corresponde a perdas da União.

Se for observado apenas o desempenho da receita tributária, a União efetivamente perdeu participação em relação ao período anterior a 1988. Entretanto, os recursos vinculados à Seguridade Social apresentam crescimento muito mais expressivo do que a receita tributária do governo, e são apropriados exclusivamente pela União, o que mais do que compensa a perda dos tributos. Isso faz com que os Ministérios da Saúde e da Educação, e mais particularmente o Ministério da Saúde, para os quais tais receitas estão destinadas pela Constituição de 1988, sejam prejudicados pelo apetite de renovação da capacidade fiscal do Tesouro Nacional.

Vistas de outra maneira, as contribuições sociais, que hoje somam 5,2% do PIB, seriam amplamente suficientes para financiar o melhor programa de descentralização pelo SUS, integrando governo federal, Ministério da Saúde, estados e municípios.

Isso não quer dizer que o único problema é a restrição de recursos, uma vez que existe o problema da inorganicidade das estruturas federativas descentralizadas para acolher, de forma consistente, políticas de governo ou para expressar suas necessidades de receita. Tal necessidade de receita está mesclada com uma necessidade mais global de recursos, diante do esvaziamento da arrecadação de recursos tributários da União, que antes alimentava esse crescimento municipal. É interessante esclarecer que, doravante, nenhum município com menos de 25 mil habitantes poderá ser criado no Brasil, em função de uma medida provisória nesse sentido.

Hoje, no entanto, cerca de 5.700 municípios já disputam, muito mais do que os recursos tributários, os recursos do SUS. E, como o sucesso da política social é medido de forma incremental, nem sempre a motivação em torno da construção de um posto de saúde, que cria oferta potencial de serviços, tem a ver com a necessidade. Ela apenas significa que o prefeito tem de cumprir um ritual simbólico e, de preferência, afirmar politicamente seu mandato por intermédio da criação de um posto de saúde. Isso ocorre dentro de um processo totalmente irracional, no qual a demanda é pouco relevante.

Assim, o processo de descentralização da Saúde encerra responsabilidades que são também os compromissos não honrados pelo processo de descentralização fiscal, como a garantia de equidade. Cabe ao Ministério da Saúde, ao Programa de Descentralização representado pelo SUS, viabilizar, do ponto de vista do financiamento, a universalização do acesso ao serviço de saúde. E cabe também ao Ministério integrar municípios inviáveis do ponto

de vista da sua capacidade de gestão. Essa inviabilidade não é simplesmente uma questão de recursos humanos. É muito mais uma questão estrutural, orgânica, de incapacidade, de inviabilidade econômica, de escala insuficiente, de excesso de fragmentação. Cabe ao Ministério da Saúde, por intermédio do SUS, tentar integrar esse sistema.

A necessidade de receita das unidades assistenciais, que deveria estar relacionada ao tema do financiamento, é incorporada nas prioridades dos sistemas ou nas modalidades de transferência de recursos que revelam a preocupação do próprio SUS com a equidade. Não se pode dizer que essa é uma preocupação exaustiva, mas o fato de existir, a partir de agora, um piso assistencial básico em todos os municípios, de se trabalhar com critérios que incorporam aos mecanismos de repasse do SUS gastos mínimos com vigilância epidemiológica e sanitária, revela a preocupação do sistema não só em promover a descentralização, de meu ponto de vista inviável se radicalizada às suas últimas conseqüências, mas também em manter uma preocupação com a equidade.

O caso brasileiro reflete um processo de descentralização centralmente comandado, em que o valor da equidade é incorporado pelo Ministério da Saúde, e traduzido em políticas de garantia de gastos mínimos per capita. O Brasil está trabalhando para criar mínimos per capita nas áreas de Saúde e Educação, os dois grandes fundos de descentralização. Existem dificuldades do Ministério da Saúde em defender sua parcela de recursos.

Existem também dificuldades em implementar o SUS, a partir das determinações da última Norma Operacional Básica, NOB. Se aqui o Brasil legisla por Medida Provisória, o Ministério legisla por normas operacionais. A capacidade de pactuação consolidada na Catalunha, que reúne todos os atores, todos os interessados, todos os que participam dessa política, em uma convergência em torno de prioridades, não existe no Brasil.

Periodicamente, os atores públicos da área de saúde, a comunidade, e os provedores privados são reunidos, e se tiram Normas Operacionais Básicas que, do meu ponto de vista, são extremamente meritórias no que elas avançam procedimentos, hierarquias de serviços e inclusive, como a última NOB, preocupações com a equidade. Entretanto, em relação ao segmento do sistema inscrito no mecanismo de transferência fundo-a-fundo, para o qual é estabelecido um teto, a partir do qual os recursos são postos à livre disposição dos municípios, o custo de implementação para todos os municípios seria muito alto.

Isso porque os números do Ministério da Saúde estão congelados e não incorporam o crescimento vegetativo da população desde 1996, o que afeta os repasses baseados em per capita. Se for incorporado o crescimento vegetativo da população nos repasses do Piso Operacional Básico (PAB), assim como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, se for tirado do orçamento da Fundação Nacional da Saúde o que efetivamente ela alocaria a estados e municípios e cumpridos os Programas de Saúde da Família e outros programas prioritários do Ministério em termos de equidade, haveria um crescimento de cerca de 50% nas transferências alocadas a título de repasse fundo-a-fundo.

Assim, além da defesa dos recursos da Saúde, necessária pela instabilidade das regras de tributação e de financiamento do setor público brasileiro, há uma outra questão absolutamente decisiva para o setor, o equacionamento do “déficit” do sistema. Talvez isso choque alguns, porque a discussão brasileira não enfrenta a questão da revisão do gasto.

Cabe também indagar por que o Ministério da Saúde fez de seu programa de descentralização um programa de municipalização? Por que se defrontou diretamente com cerca de 5.700 municípios, quando poderia ter recorrido, a exemplo da Inglaterra ou da Catalunha, a instâncias intermediárias de gestão ou aos governos estaduais?

Por que a instância estadual de governo é a grande ausente da Federação brasileira na segunda metade dos anos 90? Porque enfrenta uma crise financeira sem precedentes, gerando conflitos intra e interfederativos. Com isso, o processo padece de uma irracionalidade grave, que é o fato de se ter de fazer uma descentralização radical para uma instância descentralizada extremamente inorgânica e incapaz de acolher homoganeamente programas de saúde.

Em relação aos provedores, quando na experiência internacional se faz uma política de competição em um país no qual a rede de serviço já está instalada e a população é relativamente homogênea, a discussão de concorrência é uma discussão sobre a qualidade, sobre a melhoria de serviço e sobre a proximidade do usuário. Portanto, é um avanço em relação ao processo de contratualização anterior. Mas o mesmo não ocorre, sem conseqüências sérias, em uma situação fragmentada como acontece no quadro das relações intergovernamentais brasileiras.

No Brasil, inexistente um quadro de contratualização nos moldes da Espanha. Existe aqui um conjunto de relações governamentais cujo grande contrato é o SUS. E mais, na postura dos estados e municípios em relação à necessidade de receita para a assistência médica, a discussão relativa a remanejamento dos recursos, bem como as idéias de planejamento, são rapidamente ultrapassadas pela idéia de honrar a capacidade instalada. Ou seja, o mecanismo de descentralização segue o mapa do “dejá” feito, aquilo que já existe. E não acontece no Brasil, com a mesma facilidade, uma discussão nos moldes da Inglaterra sobre a revisão da capacidade instalada ou sobre o fechamento de algumas unidades, que dê ao gasto nova funcionalidade, sem necessariamente diminuí-lo.

Da mesma forma, há uma parte dos recursos do SUS que não obedece a critérios de desembolso fundo-a-fundo. Por esses recursos, competem os próprios dos go-

vernos estaduais, os hospitais e os postos de saúde dos municípios, com as intervenções de maior complexidade sendo feitas em geral pela rede de assistência privada. Tampouco parece haver, como no caso do Chile, a possibilidade de construir um seguro universal contra sinistros, porque mesmo a remuneração dos procedimentos mais onerosos é realizada pela sistemática de apresentação de contas aos municípios. Como isso é pago por produção, finalmente, é referida ao financiamento do Ministério da Saúde, sem outros critérios alocativos.

Para terminar, no caso brasileiro, existe um buraco negro em matéria de financiamento da Saúde, que é o financiamento indireto do setor público aos planos de seguros de saúde privados por intermédio da renúncia de arrecadação.

Se o Chile foi capaz de organizar seu seguro de sinistros, de modo a garantir o acesso de toda a população aos procedimentos mais onerosos e às situações mais dramáticas em termos de saúde, no caso brasileiro, a renúncia de arrecadação dirigida à pessoa física e também às empresas, extremamente significativa, é profundamente regressiva. Essa é uma área ainda não totalmente mapeada pela política de saúde, para a qual a capacidade regulatória do Ministério da Saúde é muito baixa e que, de alguma maneira, expressa também uma necessidade de receita atendida e sequer conhecida pelo ente financiador, que nesse caso não é o Ministério da Saúde, mas o governo federal como um todo.

A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA DE UNIDADES ESTATAIS

ABORDAGEM ORGANIZACIONAL: ESTRUTURAS E INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS DE REGULAÇÃO

Pedro Luiz Barros Silva⁸

Ao agradecer o convite, gostaria de explicar que sou o atual Coordenador do Núcleo de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp, unidade multidisciplinar que analisa e avalia políticas públicas no campo social. A parte que me cabe neste Seminário refere-se à dimensão organizacional, à superposição das funções de gestão do sistema e de gerência das unidades estatais.

O trabalho a ser apresentado aqui, com algumas idéias polêmicas, é fruto de um esforço coletivo que o NEPP vem fazendo há dois anos, dentro de um projeto denominado “A Reforma do Estado e o Setor Saúde no Brasil”. O estudo do caso brasileiro, em perspectiva internacional comparada, está sendo financiado pela Capes, Finep e CNPq. A parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz, e com o Núcleo de Políticas Públicas da Universidade de Pernambuco é motivo de orgulho para nós. Neste projeto, tivemos a oportunidade, com o apoio do governo britânico, de visitar e estudar as reformas inglesa e canadense, a reforma americana do Governo Clinton, a reforma da Espanha, em especial o caso da Catalunha, e a reforma italiana.

Não cabe fazer aqui uma revisão dos casos, mas apresentar algo que ainda está em elaboração e que é a nossa leitura desses processos, do ponto de vista da aplicabilidade de certos princípios à situação brasileira, em

⁸ Pedro Luís Barros Silva é Professor-Doutor do Instituto de Economia da Unicamp e Coordenador do Núcleo de Políticas Públicas da UNICAMP.

especial o princípio da contratualização. Isso significa aceitar o desafio da análise comparada, até porque existem questões, no plano da contratualização, que podem ser bastante úteis ao caso brasileiro. Obviamente, não é um mimetismo fora de lugar, fora de época, pois existem elementos importantes para este tipo de reflexão.

Para entender a questão da contratualização no Brasil, a primeira coisa importante é entender a natureza do problema que a contratualização tem de enfrentar.

Desde logo, quero marcar aqui uma posição. Quando se trata de dimensão organizacional, a organização não existe como um fim em si mesma. É decorrência de uma estratégia de intervenção e de um conjunto de princípios que fundamentam a ação estatal. E isso não é feito de maneira neutra. Então, a partir desse ponto de vista, será feita a leitura sobre o processo de contratualização a partir de três princípios, absolutamente fundamentais. Um é o princípio que se poderia chamar de filosófico, que está no campo da filosofia política, o princípio da justiça distributiva. Não faz sentido pensar em idéias de contratualização, para o caso brasileiro, se não se pensar na questão da equidade e da justiça distributiva.

O segundo é um princípio político-estrutural. Este ponto de vista pode parecer jurássico para alguns, mas me orgulho muito de ser jurássico, primeiro, por falar em estrutura e, em segundo, por afirmar que a contratualização depende objetivamente de um estado forte, capaz e competente nas três esferas de governo. Conseqüentemente, isso implica em duas coisas importantes, que o financiamento e o controle são públicos e que existe uma atividade de regulação objetivamente pública. A partir disso, pode-se discutir a questão da operação, de quais as circunstâncias pelas quais ela se organiza. Mas, desse ponto de vista, sem ser um estatalocrata desvairado, o Estado tem uma função fundamental no caso brasileiro, nos seus três níveis de governo, ou nos seus três poderes.

Em decorrência, e com o forte apoio da exposição muito clara, abrangente e precisa da professora Sulamis Dain, a contratualização no Brasil, exatamente por ser uma Federação com as características já descritas no plano fiscal das relações de poder entre os três níveis de governo, não pode ser pensada como um mecanismo técnico, operacional. Tem de ser pensada como um instrumento de pactuação, de coordenação de ações entre os três níveis de governo e entre unidades prestadoras de serviço.

Portanto, ao pensar a natureza do problema e falar de princípios ou da leitura dos princípios da contratualização olhando a experiência nacional, parto desses três pressupostos que balizam esta análise. A primeira coisa é que, a despeito de existir separação entre financiadores e provedores, existem distintas formas de financiamento e pagamento, e não apenas no setor público. Há o setor privado, chamado de supletivo, acoplado a outro sistema de reembolso direto das pessoas para pagamento a hospitais e unidades assistenciais. Isso faz com que inexista no Brasil algo comum na maioria dos outros países, a idéia do pagador único, do “single payer”. Isso é uma característica existente, que traz conseqüências, como se verá posteriormente.

Segundo, o caso brasileiro apresenta uma fragmentação organizacional e de mercado muito forte. Eduardo Levcovitz mostrou aqui o segmento SUS. Eu diria que o país tem um segmento suplementar formado por seguradoras, pelas antigas medicinas de grupo, por cooperativas médicas etc., que desempenham um papel importante. Além disso, existe o segmento de desembolso direto que, teoricamente, deveria referir-se aos 1% mais aquinhoados da população que vai ao hospital, ao seu médico particular e paga diretamente. Mas o fundo público coopera nessa história. A professora Sulamis Dain mencionou um mecanismo de renúncia fiscal que viabiliza uma parte ponderável disso.

Alguns números são importantes para revelar as dimensões desses segmentos. Só o SUS, pelas estimativas mais variadas e pelas pesquisas, tanto a do Ibope feita pelo Conass, como outras, estaria atendendo hoje algo em torno de 114.6 milhões de brasileiros. E o segmento complementar, entre 1989 e 1998, evoluiu de 30 milhões de pessoas, nas estimativas do mercado de seguradoras, para 45 milhões de brasileiros. E existem indicações fortes de que 10% da população brasileira, ou seja, 16 milhões de pessoas, não têm qualquer tipo de acesso à nenhum sistema de saúde, conforme declarações dos indivíduos nas pesquisas e enquetes domiciliares.

Essas estimativas mostram que, ao procurar viabilizar um processo de separação de financiadores e prestadores de serviços, como já foi dito aqui, mais do que tentar organizar uma forma de obter produtividade e eficácia, na verdade, por razões de origem histórica e de interesses particulares concretos, segmentam-se os mercados e a clientela, privilegiando umas e jogando outras à margem. Nessa forma muito peculiar de segmentação, alguns podem tudo e passeiam do segmento de desembolso direto ao segmento SUS, em uma atividade absolutamente incestuosa. Curiosamente, são os indivíduos com maior poder aquisitivo.

Existem outros, entretanto, que não têm nenhum tipo de acesso. Na verdade, a atenção médica ainda é feita no balcão da farmácia, por intermédio do vendedor. Isso, aliás, não diz respeito só à população de baixa renda, uma vez que há uma cultura brasileira ligada à utilização da farmácia como mecanismo de cuidado preferencial, como mostram as pesquisas. No Brasil, essa fragmentação está acompanhada de distorções nas condições de acesso. Quem tem seguro e pode pagar o hospital têm múltiplos acessos. Quando o seguro não lhe dá cobertura, vai para um hospital público de grande porte, que é do SUS.

Em contrapartida, existe um conjunto muito mais significativo de pessoas, dentre os 114.6 milhões de brasi-

leiros, que têm dificuldades objetivas de acesso. Algumas pesquisas identificaram que esses não conseguem ter acesso ao consultório médico e, portanto, não conseguem ser referenciados para nenhum outro lugar. Existe um conjunto de pessoas que simplesmente declaram não ter acesso nenhum, sequer ao pronto-atendimento do grande hospital, modalidade de última instância normalmente utilizada.

Associado a isso, existem distorções nas formas de utilização e continua a predominância forte na utilização de serviços hospitalares, com baixa resolutividade na atenção primária e uso da automedicação.

Conseqüentemente, as condições de regulação e de avaliação são muito deficientes, do ponto de vista da oferta de serviços, absolutamente vital, seja no âmbito dos prestadores individuais, pelas relações contratuais e pelos mecanismos de planejamento, ou no âmbito de cada um desses segmentos. Ou ainda no âmbito do conjunto do sistema de atenção à saúde, da relação dos segmentos prestadores com os outros segmentos importantes, como o segmento farmacêutico e o de equipamentos hospitalares.

Por que chamar a atenção para isso? É porque, no plano propriamente organizacional, daí decorre e aí se concretiza, em grande parte, uma rigidez e um anacronismo nas formas de organização do setor público para intervir no processo. Isso à despeito de todos os avanços pensados nas NOBs. Quando se faz pesquisa direta nas unidades prestadoras de serviço e se observa a ponta do sistema, seja do ponto de vista das unidades hospitalares para verificar inovações, ou do ponto de vista dos municípios hoje qualificados como plena do sistema assistencial, ou ainda no que diz respeito a programas específicos como saúde da família, programas de agentes comunitários de saúde etc., nota-se primeiramente ausência de posicionamento estratégico.

Não há clareza, por parte do gestor, sobre o que deve ser ofertado por aquele conjunto de unidades. As-

sim, ele oferta aquilo que pode e, muitas vezes, até aquilo que não pode.

Entre os gestores, impera a baixa autonomia organizacional e operacional para realizar as suas atividades. Há ausência de incentivos ao desempenho das unidades de modo a conseguir eficiência e eficácia no plano do atendimento. Os três últimos são extremamente importantes, porque dizem respeito à cultura política que estamos identificando e à baixa responsabilização dos gestores entre seus pares. Não existe nenhum mecanismo de solidariedade e, na verdade, nas condições de organização do sistema que se está induzindo não é possível que um gestor de unidade básica de saúde consiga referenciar com tranqüilidade pacientes para um hospital de médio e de grande porte, sistemicamente falando.

Da mesma forma, um gestor de uma grande unidade hospitalar não tem nenhum tipo de solidariedade orgânica e sistemática com o conjunto do sistema. A solidariedade passa por relações pessoais com gestores de unidades básicas de saúde. Conseqüentemente, as questões de hierarquia, de regionalização, de referência e contra-referência são, no mínimo, anárquicas de qualquer ponto de vista. Obviamente, a população percebe isso e se move no sentido de ir para aqueles locais em que a unidade de pronto atendimento, normalmente um hospital universitário ou um hospital público de grande porte, abre a possibilidade do atendimento.

A segunda coisa importante nesse campo é a “accountability”, ou seja, o nível de responsabilização do gestor para com o seu público usuário, que tampouco existe. Na verdade, a noção do cidadão usuário está longe de passar pela cabeça dos gestores na sua rotina cotidiana.

E, finalmente, verifica-se também a completa ausência do princípio de apropriação, ou “ownership”, por parte dos usuários em relação aos seus direitos, naquilo que diz respeito à política.

Por que chamar a atenção para isso? Porque introduzir um processo de pactuação, de coordenação, que implique aproveitar certos avanços das experiências contratuais, de mecanismos de cooperação, às vezes até de mecanismos de competição entre prestadores de serviços, se não for muito bem conduzido, pode levar a um aumento da diferença e da desigualdade. Não se está falando nem com seres eqüipotentes nem com seres eqüidistantes, que deveriam em tese caracterizar um federalismo “neutro”, seja do ponto de vista de unidades prestadoras ou das áreas geográficas dessas unidades, seja do ponto de vista de níveis de governo.

Não existe sequer um mecanismo que permita dizer que o país tem um federalismo que caminha para cooperação. De certo ponto de vista, é a União contra todos e todos contra a União. Hoje em dia, são os estados uns contra os outros. O governo da Bahia diz que “se o Rio Grande do Sul não quer a GM e a Ford, nós queremos”. E o Senador Paulo Souto afirma que é possível fazer uma guerra fiscal responsável. Gostaria que me explicasse como fazer uma guerra fiscal responsável.

No plano das relações horizontais, tampouco se encontra esse mecanismo. Ao observar a experiência internacional como pesquisador e analista, o problema no Brasil seria, mais do que ter uma contratualização no plano operacional interno, embora isso seja importante, ter uma contratualização sistêmica. O sistêmico diz respeito à integração entre diferentes níveis de governo e dentro de cada nível de governo. E também entre os prestadores de serviços com diferentes níveis, portes e complexidades organizacionais.

Para resolver que tipo de questão? Para resolver – no Brasil nunca é fácil – a importante questão da eficiência alocativa. Ao olhar o conjunto do gasto com saúde, com toda a precariedade existente nas estimativas, dados de 1995, dados do IPEA, além de estimativas realizadas

pelo setor privado sobre quanto o setor supletivo está gastando, chega-se à cifra de 7% do PIB. Para um PIB de 600 bilhões, 7% significam que, em termos de gasto médio per capita, o valor situa-se acima de 500 dólares. Conseqüentemente, um dos problemas a ser verificado é o da eficiência alocativa.

Por que ter um sistema supletivo que, na verdade, faz com que hoje uma parte ponderável de pessoas tenha planos de assistência médica de R\$20,00 e R\$30,00 e, por essa via, terão acesso a um sistema de saúde? Quer dizer, terão acesso a um consultório médico para depois serem referenciados e bancados por inúmeras medicinas de grupo e algumas seguradoras. Isso demonstra uma profunda distorção no funcionamento. Se o Sistema Único de Saúde funcionasse e proporcionasse acesso a essas pessoas, não há a menor dúvida de que elas o utilizariam e não estariam pagando determinados seguros de 20, 22, 23, 25 reais.

Então, há um problema aqui, e a questão é como a distribuição dos recursos será enfrentada no plano da organização.

O segundo problema importante é a necessidade de conceder autonomia gerencial aos prestadores. O prestador de serviços terá de ter capacidade de planejar e criar responsabilidade com relação aos resultados que deve atingir. É preciso um sistema de contratualização que viabilize inovações. Hoje em dia, olhando um mapa e pegando só o segmento dos hospitais, é possível identificar algo em torno de 60 tipos de inovação que estão acontecendo nos hospitais públicos brasileiros, que formam o universo dessa pesquisa. Essas inovações acontecem hoje, cada uma com uma cara muito diferenciada, um propósito muito diferenciado. Mas é preciso engajar em um processo com conseqüências positivas, na perspectiva dos princípios da justiça distributiva, da equidade e do fortalecimento da ação do Estado.

O terceiro é de certa forma redundante, porque eficácia já significa atingir os resultados, maior “accountability”, novas formas de regulação pública e de avaliação e controle públicos. Um primeiro ponto, o mais importante para a reflexão do ponto de vista organizacional, é perceber se é necessário e cabível estabelecer relações contratuais entre financiadores e prestadores de serviços e entre os próprios prestadores de serviços, e se é para legislar para o Brasil inteiro de maneira homogênea e padronizada, como está sendo feito.

É preciso levar em consideração que o país precisa regionalizar e hierarquizar o seu atendimento e, conseqüentemente, as suas políticas a partir da evidência da heterogeneidade de tipos de aglomeração disponíveis. É impossível pensar uma nova forma de organização que contratualize e queira colocar no mesmo segmento as áreas metropolitanas. Sequer as áreas metropolitanas brasileiras hoje são semelhantes. Existem estudos tomando fluxos de relações econômicas, feitos pelo Núcleo de Estudos Sociais e Urbanos da Unicamp com o IBGE e o IPEA, que mostram que duas dessas regiões metropolitanas, São Paulo e Rio, têm vocação mundial. Têm outras tantas com vocação nacional e outras ainda com vocação regional.

Conseqüentemente, as relações já pré-estabelecidas entre esses aglomerados, divididos administrativamente de uma forma, têm de ser levadas em consideração. Caso contrário, não é possível estabelecer relações de cooperação e de pactuação. Não se pode colocar em uma atividade consorciada, com igualdade de posições no sentido da condução do sistema, municípios completamente díspares. Não pode predominar, simplesmente, o peso sócioeconômico do município. Também deve ser levada em consideração a responsabilidade deste município na prestação total do serviço, utilizando não mais o conceito da unidade municipal como referência, mas um conceito da rede de serviços acoplada a um conjunto de aglomerados. Em al-

guns casos, serão menores do que os municípios. Em outros poderão ser idênticos a um conjunto de municípios. E em outros ainda deverão absorver um conjunto de municípios que já mantêm relações e fluxos de serviço sócio-econômicos e culturais, e que podem ser mapeados.

Não se pode continuar insistindo em uma regionalização e hierarquização que parta de uma visão sectária, enfatizando exclusivamente o ponto de vista sanitário. É preciso levar em conta a totalidade das relações político-institucionais, os fluxos sócio-econômicos, as telecomunicações etc. Caso se consiga estruturar essa nova geografia do país, será possível pensar formas de relacionamento do governo federal, dos governos estaduais e dos governos municipais de maneira eficaz.

Tomando, por exemplo, um conjunto de cidades de porte médio, seria possível organizar uma rede prestadora de serviços dividida em seis tipos.

Isso já foi feito no Brasil, basta ver as experiências anteriores de hierarquização e regionalização que tive a oportunidade de vivenciar. Tem muita gente pensando nisso e muito melhor do que a experiência catalã, embora ela seja extremamente interessante, a exemplo da experiência da Lombardia, na Itália. Mas se poderia pensar em uma unidade de gestão política institucional, uma unidade de gestão entre entes políticos, no caso brasileiro, os municípios. Se poderia pensar, abaixo dela, uma unidade de planejamento, coordenação e avaliação corporativa. Não se pode prescindir dessa unidade intermediária e transferir a direção do processo para as unidades de atenção primária, como se tentou em dado momento na Inglaterra. É necessária uma unidade de planejamento regional, corporativo, profissionalizada, a exemplo do consórcio da Catalunha e da organização da Lombardia.

Os hospitais, pelo tipo de serviços que prestam e pelo que fazem, devem constituir unidades com personalidade organizacional própria e com certa limitação e cir-

cunscrição, do ponto de vista da sua ação. Poder-se-ia pensar nos hospitais de diferentes complexidades, se isso seria feito para cada um deles ou se haveria grupos de hospitais. No nível hospitalar, tem de ser muito planejado e muito bem organizado, do ponto de vista da oferta, a partir das coisas realizadas no nível corporativo e principalmente do aumento brutal daquilo que chamo de núcleos ou redes de atenção primária e núcleos ou redes de apoio ao diagnóstico e terapêuticas.

Na verdade, toda a estrutura de atenção primária deveria aproveitar as boas experiências do Programa de Saúde da Família em vários locais e, ao mesmo tempo, agregar um conjunto de coisas muito diferentes relacionado ao atendimento de unidades, a essa idéia de saúde da família. Isso porque as regiões brasileiras apresentam problemas diferentes.

Não se pode organizar uma unidade de saúde da família ou de atenção primária em uma região como Santos, com 500 mil habitantes durante o ano e 2 milhões na temporada, da mesma forma que se organiza a atenção primária em Ribeirão Preto ou em um município da Baixada Fluminense.

Por que mencionar os núcleos ou redes de atenção primária? O que já havia sido notado na Inglaterra, sobre a reestruturação e de não se ter mais de lidar com 3.800 “general practitioners”, com sua reagrupação em maiores conglomerados, tem forte sentido organizacional. Em alguns casos, em algumas experiências, são tratados diferentemente também os laboratórios e as unidades de apoio e ainda os núcleos e as redes de atenção especializada. Mais do que entrar na técnica dessa diferenciação, há duas coisas para se resgatar, como parte da filosofia e da estrutura que estou tentando mostrar.

Primeiro, ao fazer esse novo tipo de reordenamento, olhando as peculiaridades da rede urbana brasileira, introduz-se uma unidade de gestão política que é pública.

Isso não é uma empresa. É responsável por um conjunto de atividades profissionalizadas com desempenho estabelecido, ou oferta de seus serviços estabelecida de acordo com um planejamento e uma programação de atividades relacionados, na verdade, com as necessidades de morbimortalidade da região onde está inserida, porque senão de nada adianta o esforço despendido.

Mais do que isso, o que receber como excedente serve para melhorar o desempenho de suas unidades e para ser reinvestido na prestação de melhor saúde com mais justiça distributiva e maior equidade. Não há nenhuma razão em estabelecer um segmento privado para cuidar disso. Poderá até cuidar bem, mas irá colocar um excedente no bolso, como qualquer bom capitalista ou bom empresário faria.

No caso, não há nenhuma justificativa para se abrir mão desta capacidade de controle e da oportunidade de organizar o setor público de maneira eficiente e eficaz, para que o excedente, a melhoria do gasto público, retorne como elemento de prestação de serviços superior, mais completo, mais integral e universal. Quais são as dificuldades? A primeira delas é que não está consolidada no Brasil a capacidade técnica de planejamento e controle da oferta, a nível regional, inter-regional, a ponto de se poder dizer “caminhamos para a eficácia e para a resolutividade do sistema”. Isso é um calcanhar de Aquiles e precisa rapidamente ser superado por intermédio de um processo cavalariço de capacitação de recursos humanos. A medicina brasileira é de ponta. Mas, desse ponto de vista, o país enfrenta um desafio.

A segunda coisa é que faltam bases consensuais mínimas para a contratualização entre provedores, financiadores e reguladores. Inexistem relações de confiança estabelecidas. Algumas delas dizem respeito a práticas organizacionais. Outras a características estruturais do funcionamento da Federação. Ao falar de uma Federação

que precisa pactuar e negociar, e que não terá mais a promoção do fundo público, a soldagem de interesses de todo nível e onde é possível avançar de forma acordada no plano horizontal e no plano vertical, aí surge um problema complicado.

O terceiro ponto, consequência dos anteriores, é a forte tendência de veto dos protagonistas. Na verdade, nesses quase 500 municípios que estão em plena do sistema assistencial há uma tendência de veto clara. E o raciocínio é o seguinte: “por que pegar tudo isso? O dinheiro não dá, o abacaxi vem para minha mão e não tenho mais capacidade de operar o sistema”.

É pensar em uma coisa em determinado momento e em um segundo momento isso não ter mais continuidade. Muito além da vontade de quem decide nos organismos federais, é preciso considerar que existe muita desconfiança, muita distância e um forte poder de veto a isso, a despeito de todos os mecanismos de pactuação e de consensuação existentes.

Outra dificuldade importante é a de estabelecer um pagador único. Aí entram questões de gratuidade versus universalidade. No plano regional, é preciso conviver com o problema e enfrentá-lo. Não é possível continuar com esta mecânica de ter um suplementar que, na verdade, utiliza-se sistematicamente do SUS, de um cálculo individual que leva isso em consideração, sem ressarcimento, sem formas de remuneração e contrapartida.

O Ministério da Saúde está, via o cartão SUS e outros mecanismos, tentando enfrentar essa questão. É um problema, porém, que as experiências internacionais não enfrentam, porque adotam um único pagador, com a capacidade de contratar quem considera o melhor prestador de serviços.

Finalmente, é muito necessário redefinir o papel da esfera estadual de governo. Ela tem um papel importante no planejamento, na transferência de tecnologia, na

criação de mecanismos de equalização, que não podem nem devem ser feitos pelo governo federal e não serão feitos pelo governo municipal. No entanto, é preciso considerar que o governo federal terá de intervir, positivamente, em muitos estados, porque, na verdade, a diferença entre os níveis estaduais de governo é grande. E, desse ponto de vista, deixar os estados em completo isolamento é aumentar as disparidades regionais e intra-regionais do país.

Nem tudo, porém, são problemas ou dificuldades. Existe também um conjunto de boas condições para dar continuidade a essa “demarche”, que já está na cabeça dos gestores da política de saúde, seguramente, desde 1984. O perfil da descentralização é hoje, em muitos aspectos, extremamente favorável. Tentou ser gradual, é uma estratégia montada e promoveu transformações muito significativas em 10 anos na estrutura do funcionamento e da dicotomia básica entre a assistência médica previdenciária, no Inamps e no Ministério da Saúde, e na relação dessas duas entidades com as secretarias estaduais e com as secretarias municipais. Existem também os próprios exemplos de criação de várias condições exitosas nos municípios e de implantação bem-sucedida do sistema SUS.

É possível reorganizar essa oferta de serviços utilizando recursos do REFORSUS. A importância da utilização desses recursos é que isso não é feito só na base da escassez, na base do corte, na base do veto. É feito proporcionando condições e estímulo ao gestor da unidade e do sistema.

Malgradadas as divergências, a administração pública brasileira dispõe, e já dispunha antes, de um conjunto de fundações, organizações sociais, autarquias especiais, empresas etc. E conta com um repertório institucional que, confrontado com a experiência internacional, é extremamente significativo do ponto de vista de formas de organização. Portanto, é possível criar as condições de flexibilida-

de e de contratualização. Não se deve pautar pelas experiências anteriores, porque contrato como os realizados até agora todos gostariam de fazer. Foram garantidos recursos para se fazer o que se quisesse na direção desejada e sem qualquer controle público. Muitos contratos nessa trajetória, desde a malograda experiência do governo Collor, precisam ser, no mínimo, repensados. E isso é possível.

A forma de financiamento setorial avança na idéia de estabelecer mínimos para a educação e a saúde. Vincular recursos nas duas áreas é muito importante e estratégico para o país e pode desempenhar um papel pró-ativo com o sistema de contratualização sistêmica. A própria atenção primária abre um caminho importante para isso, pois já se pensam coisas de maneira muito mais forte do que antes. Certos conceitos e preconceitos estão começando a ser revistos.

E, se existem inovações que têm certo caráter caótico, muito diferenciado, e se deixadas soltas podem levar a questões de risco moral, de “moral hazards”, ou de discriminação para obter sucesso, também é verdade que elas mostram a intenção dos gestores de querer melhorar, sejam os gestores locais, os de unidades básicas ou de hospitais de diferentes portes. Obviamente, isso é muito diferenciado e muito heterogêneo, mas também chama a atenção para o fato de que uma coisa tem sempre dois lados, um ponto positivo e um negativo. Se são identificadas questões de veto, do outro lado, quando se desmontam certos fantasmas e preconceitos, vê-se que, na verdade, os gestores locais, de unidades, gostariam obviamente de caminhar em outra direção.

É interessante observar, sob essas condições, como aconteceriam as relações com o setor privado. Se existe uma região em que a capacidade privada pode ser bem utilizada para melhorar o sistema, não tenho nada contra. No entanto, o controle terá de ser público.

A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA DE UNIDADES ESTATAIS

ABORDAGEM ASSISTENCIAL: ORGANIZAÇÃO DE
REDES REGIONALIZADAS E HIERARQUIZADAS
Eduardo Levcovitz⁹

Durante os últimos dois anos, 1997 e 1998, estava firmemente convencido de que as idéias dos meus 20 anos de prática profissional de saúde pública serviam para muito pouca coisa, estavam completamente superadas. Já pensava até em escrever as memórias, porque assim se deixa algum registro, muito mais das memórias do que de propostas.

De lá para cá, estranha e particularmente neste Seminário, estou tendo uma sensação de renascimento muito gratificante. Algumas das idéias que considerava soterradas, definitivamente enterradas e jurássicas, começaram a ressurgir de forma bem expressiva. Gostaria de sublinhar essas questões que, de repente, ressurgiram das cinzas e voltaram a ganhar determinada centralidade para este debate.

A primeira delas é a idéia do ressurgimento do planejamento como atividade nobre. Da função da indução estatal, daquilo que acontece ao nível dos mercados, entre aspas, ocorre não só o ressurgimento do chamado planejamento lato senso, mas também de alguns instrumentos de programação que, ao longo da década de 90, eram quase considerados o lixo da história técnica, na área de saúde pública com certeza e em todas as áreas de forma bastante generalizada. Mais ainda, recupera-se a idéia de

⁹ Eduardo Levcovitz é Professor-Adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atualmente exerce o cargo de Diretor do Programa da Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde.

que uma atividade programada pode e necessita ser controlada e avaliada.

De repente, em determinado instante muito curto, reaparecem três conceitos de programação, de controle e de avaliação, já incluídos como parte do lixo autoritário e anacrônico que precisava ser removido. Tanto do ponto de vista das experiências internacionais aqui relatadas, quanto do ponto de vista dos requisitos e possibilidades de reflexão para a organização do sistema ou de sistemas de saúde, essas três idéias reaparecem. E isso é bastante gratificante. Porque essas três idéias de programação, controle e avaliação, entendidas como questões conjuntas, são o cerne da possibilidade do exercício de algo, mais uma vez, entre aspas, que seja uma função gestora, com um conjunto de qualidades e características, e que busque superar o conjunto de dificuldades aqui referido.

O mais interessante nessa abordagem é a idéia de que essa função gestora está direcionada para algo. Ou que o cerne dela, o que tem de inerente, é a possibilidade de indução organizada de determinada intervenção estatal, pública, que, pelas características históricas do sistema de saúde brasileiro, tem seu principal instrumento indutor no financiamento, nos instrumentos de compra de serviços, nos mecanismos de transferência entre níveis governamentais. Recolher essa idéia do financiamento como indutor de organização de sistemas e com ela resgatar essa função gestora baseada em idéias tão antigas quanto essas de programação, controle e avaliação, representa o cerne de uma única idéia.

Existe um volume de recursos bastante significativo, por um lado, e insuficiente para o conjunto de necessidades epidemiológicas, por outro. Qualquer que seja o critério adotado, o que parece essencial é a decisão de utilizar esses recursos sempre de forma previamente deliberada, de fazer e formular políticas de saúde, de exercer planejamento em saúde neste momento do sistema de

saúde brasileiro ou dos sistemas de saúde brasileiros. E pode ser uma concepção um pouco melhor, que parece ter como idéia central resgatar a possibilidade de decidir previamente como aplicar os recursos. Isso é a função gestora em si, decidir sobre a aplicação de recursos, controlar, o que significa avaliar se a decisão foi efetivamente implementada. Na falta de outra palavra melhor, avaliar significa verificar se aquela decisão foi a mais acertada para os impactos esperados e poder redirecionar.

Adotar essa forma de pensar no financiamento e na alocação de recursos é completamente distinto da prática predominante. E não é prática predominante do SUS, mas da história dos sistemas de saúde brasileiros, de simplesmente deixar que o fluxo de alocação de recursos se dê pela necessidade de receita dos distintos prestadores de serviços, seja no âmbito público – historicamente isso se dá sobretudo assim –, seja do ponto de vista da renúncia fiscal ligada à assistência supletiva. Esse é o primeiro ponto de resgate que parece crítico, essencial, e as questões aqui colocadas ajudam muito a avançar nesse sentido.

O segundo anacronismo que ressurgiu hoje das cinzas, com grande força, é a idéia de que é possível discutir sistemas de saúde e não só divisões territoriais de natureza político-administrativa, definidas por critérios justos, legais, válidos, mas que não são necessariamente compatíveis com um sistema funcional de saúde, nem a ele associadas. Há um artigo na Constituição que associa no “caput” a descentralização com ênfase na municipalização. Ele prevê a criação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. O problema, já bastante assinalado aqui, é que essas coisas coincidem naturalmente.

A divisão político-administrativa entre estados e municípios não gera uma divisão funcional do sistema de saúde que constitua uma rede regionalizada e hierarquizada. Pode coincidir com um município, com uma subdivisão de municípios, com vários municípios ou suplantando fronteiras

interestaduais. Existe até o caso dos vizinhos latino-americanos em que a oferta de serviços brasileira, e eventualmente a oferta de serviços de outros países, suplanta tranquilamente as fronteiras internacionais.

É uma grande idéia discutir isso. Ao longo desta década, como reação ao centralismo autoritário, marca da construção do federalismo brasileiro não só durante o período da ditadura militar, a reação a isso fez com que toda a discussão se tornasse político-administrativa. Nela, a figura do ente de governo, com capacidade política, não pode ser abstraída. Mas juntar essa discussão com as necessidades espaciais, territoriais, regionais e geográficas de um sistema funcional de saúde permaneceu fora de qualquer debate, ao longo da última década pelo menos, e aqui reaparece. Isso parece um segundo passo absolutamente essencial.

A terceira idéia crítica está diretamente associada às duas anteriores de que serviços de saúde se organizam em redes articuladas de unidades. O cerne das discussões e preocupações – enquanto coletivo de gestores do setor – está muito mais associado à idéia de viabilidade e de sustentabilidade de cada unidade em si. A idéia de contratos, ou de contratualização, de redes, ou de sistemas ou de microsistemas, ou ainda de sistemas integrados, também desapareceu, de certa forma, embora seja absolutamente essencial. E, nesse sentido, existem experiências nacionais extremamente interessantes que têm buscado superar essa idéia do problema isolado da sustentabilidade e da sobrevivência das unidades, para avançar na constituição de redes. Apesar de não dispor de dados organizados sobre isso, com base em contatos, conversas e experiências pessoais, tomei conhecimento de que o Município do Rio de Janeiro, por exemplo, tem feito, já há alguns anos, um esforço para tentar adequar a idéia de regionalização e hierarquização a uma região metropolitana do ponto de vista da organização de redes. Este esforço é extremamente importante.

O Estado do Paraná, não só em relação a Curitiba, mas também às áreas interioranas, também tem experiências bastante inovadoras e interessantes, o que justifica a sua tradição bastante longa do ponto de vista do planejamento urbano e regional. No Estado, pessoas que têm origem profissional no planejamento urbano e regional exercem uma influência importante na organização da ação governamental, o que acaba induzindo, de certa forma, essa reflexão na área da saúde.

Portanto, são três as questões. A questão do planejamento, enquanto essência da função gestora: programação, controle e avaliação. A noção de território, de sistema funcional, não-independente, mas associada e necessariamente integrada à idéia da distribuição política-administrativa, e a noção de que as unidades de saúde se articulam em redes. Isso parece uma plataforma absolutamente fundamental para um novo patamar do processo de construção do sistema de saúde. Essencialmente, do ponto de vista deste Seminário, essas três questões são uma boa plataforma para informar duas discussões de curto prazo absolutamente críticas.

A primeira delas é o aprofundamento da idéia de que existem diferenças entre gerir uma unidade e gerir um sistema ou uma rede. Essas duas coisas precisam ser tratadas nas suas especificidades. E precisam ser aprofundadas, bem como a relação entre ambas. A segunda, daí derivada, é que existem diferenças críticas, fundamentais, entre mecanismos ou instrumentos de alocação de recursos entre esferas de governo e a territórios específicos, que são distintos dos instrumentos de remuneração da prestação de serviços.

Por razões também históricas, particularmente ao longo da primeira metade da década de 90, houve no sistema de saúde uma superposição conceitual, teórica e operacional entre as duas idéias. Passou-se a tratar de remuneração de uma unidade como se fosse o mecanismo

de alocação de recursos entre níveis de governos e a territórios.

De certa forma, em um segundo momento, passou-se a tratar fluxos e valores de transferências de níveis de governo como se dessem conta do problema da remuneração de serviços prestados por unidades. E refiro-me a qualquer das modalidades tradicionais de remuneração, seja o orçamento público, seja o pagamento por produção de serviços prospectivo ou retrospectivo, ou ainda o pagamento per capita. O que parece absolutamente crítico e importante para o aprofundamento dessa discussão é estabelecer uma distinção, do ponto de vista conceitual, teórico, operacional e enquanto objeto de negociação, entre o que é alocação de recursos, o que é remuneração de serviços e qual a coerência e a consistência que essas duas coisas podem ter. Essas duas discussões finais, pautadas por esses três itens renascidos ao longo de 1999, compõem uma belíssima agenda de discussão por um bom período para frente.

A SUPERPOSIÇÃO DAS FUNÇÕES DE GESTÃO DO SISTEMA E GERÊNCIA DE UNIDADES ESTATAIS

ABORDAGEM JURÍDICO-LEGAL

LEIS E NORMAS NECESSÁRIAS À IMPLEMENTAÇÃO DESSAS FUNÇÕES

Sueli Dalari¹⁰

Quero agradecer a oportunidade de estar aqui e parabenizar os organizadores, pois este tema é absolutamente essencial. Ao receber o convite, com o tema da separação entre o financiamento e a provisão dos serviços no sistema, pensei no tipo de lei necessária para a sua implementação. Mas concluí que não existe lei para isso. Hoje, a questão ficou muito mais complexa. Todos os setores da sociedade precisam levar a sério essa questão formal, porque o brasileiro sempre teve o vício, em qualquer área, de achar que resolve qualquer problema escrevendo uma lei. Isso não resolve, mas continua-se em busca desse mecanismo para solucionar o problema, o que poderia ser até aceitável há uns dez anos.

Hoje, a mudança que o Direito sofre é pelo Estado ser um outro Estado. O Estado pensado no final do século 18 não é aquele sob o qual se viverá no próximo milênio, ao menos no começo dele. Já não é mais o mesmo, com implicações muito sérias no aspecto formal e jurídico. O conteúdo do Direito pensado no final do século 18 era consequência de uma organização econômica que requeria a concentração da produção e mobilizava grande emprego de mão-de-obra. Isso fez surgir aquele Estado Nacional com delimitação territorial forte e soberania dentro daquele território. Hoje, só olhando o lado econômico, sabe-se que isso é absolutamente inviável com a internacio-

¹⁰ Doutora em Medicina Sanitária pela FSP/USP.

nalização do mercado de insumos, de consumo e do mercado financeiro.

O que isso gera atualmente no Estado nacional? Uma possibilidade de executar política cambial, monetária e tributária muito limitada. Dificilmente, o Estado nacional pode dizer, hoje, de forma efetiva e com segurança, que faz a sua política cambial, monetária e tributária. Existe um crescimento importante do poder das instituições de fomento controlando isso. Existe uma expansão do Direito, que se poderia dizer paralelo, que é o Direito de mercado e todo mundo está atento à proliferação das arbitragens.

Os contratos que realmente importam hoje não são os que determinam qual o foro onde será dirimida a controvérsia. São os que determinam quem será o árbitro, no qual se escolhe o árbitro que vai dirimir a controvérsia. E que seja um árbitro adequado, de confiança das partes, especializado na relação na qual as partes estão interessadas. Portanto, a vinculação é muito mais de natureza contratual. Isso torna o Direito desse momento, portanto, muito menos autoritário.

Outra questão importante é a da mudança social, do modelo de Estado do final do século 18 para hoje. Quando se instalou o estado liberal burguês, a primeira providência foi a chamada lei Le Chapelier: “vamos acabar com os corpos intermediários,” porque o Estado irá representar todo o interesse público e não permitirá representações entre o Estado e a sociedade. “Tenho de acabar com esses corpos intermediários. Então, acabo com as corporações de ofício”. No caso, acabava-se com as corporações de ofício.

Hoje, existe uma fragmentação do social e do cultural importantíssima, tanto dos movimentos do tipo comunidade de base, mais efêmeros, com objetivos precisos, sem grandes funções nem grande organização geral, quanto do neocorporativismo, movimentos originados do Estado,

provocados e fomentados pelo Estado, mas que se autonomizam, como todos os pluralismos religiosos, étnicos, sexuais. E isso não respeita a fronteira, o limite territorial do Estado nacional. O Professor Celso Lafer afirma que o Estado hoje é mediador e fiador das negociações desenvolvidas entre grandes organizações. Ele se torna apenas mediador entre as grandes organizações. Então, com esse panorama, a separação entre público e privado, fundamental também no Estado que se formou no século 18, hoje é praticamente impossível.

Esses constrangimentos levam ao que um sociólogo do Direito chamou do “trilema regulatório”, a uma ignorância entre o Direito, a sociedade e a política e a uma politização do Direito, uma jurisdicização da sociedade. No fim, porque se usam regras. E ele usa essa expressão exatamente porque o Direito quer regular todas as atividades sociais. Por outro lado, há uma politização do Direito em relação a esse esfacelamento de interesses divergentes dentro da sociedade. E acaba-se tendo, inclusive, até pelo processo de formação legislativa, vários interesses disciplinados incoerentemente, pois são incompatíveis dentro do sistema. Isso não é privilégio brasileiro. É o que acontece no mundo hoje, por essa incompatibilidade da forma do Estado, por se usar ainda mecanismos do século 18, com uma realidade às vésperas do século 21.

Qual é então essa mudança? O que se pode fazer? Se não se pode dar a receita do que tem de mudar na lei para promover o que se quer, é possível promover essa mudança? O Estado contemporâneo, liberal, burguês foi pensado no final do século 18 para promover o interesse público. Só que tudo era idealizado. Supunha uma sociedade homogênea. Todo o mecanismo é teoricamente perfeito, ideal, mas atualmente não tem nenhuma conotação de realidade. Porque se a homogeneidade era o que se advogava como característica da sociedade no final do

século 18, hoje é exatamente a palavra que não pode ser usada, que não tem nada a ver com a sociedade do final do século 20, absolutamente não-homogênea.

Como promover, como identificar esse interesse público? Como o Estado irá identificá-lo? Hoje, vive-se esse conflito de modo muito interessante. Certamente, quem trabalha na saúde têm exemplos ótimos desse conflito. Por que? Porque alguns desses grupos sociais se organizam, e muito bem, e conseguem se fazer ouvir. Eles representam interesses coletivos, todos eles legítimos, mas conflitantes quase sem exceção. O exemplo típico é a proteção do meio ambiente e o desenvolvimento econômico. Na área de saúde existem muitos exemplos. Como o grupo dos portadores de determinada doença “versus” a assistência básica.

Em relação a esses interesses que poderiam ser chamados de especiais, o papel desse novo Estado é mesmo o de árbitro. Entretanto, ser árbitro desses interesses especiais já é algo bastante complicado. Como a parte escolhe o árbitro? Escolhe porque as partes concordam, porque ele efetivamente entende daquela situação e conhece a fundo o problema. Atendo-se exclusivamente ao setor saúde, não se sabe até que ponto o Estado brasileiro conhece com competência as implicações para decidir entre o interesse de um portador de HIV positivo e, sem radicalizar, o de um paciente renal crônico. É um papel difícil e o Estado precisa se preparar para exercê-lo.

Entretanto, sobra um papel fundamental. Ainda sou a favor do Estado e o considero necessário e útil. Talvez só ele tenha condição de promover a representação dos interesses não capazes de aparecer na arena. Só o Estado tem condição de promover os grupos que não conseguem sequer expressar o seu interesse. São interesses difusos e o Estado é necessário.

Esse é o papel fundamental do Estado: promover o interesse público efetivamente para além de interesses

especiais. E o Estado precisa ser muito forte para conseguir isso. É muito complexo. Não é o papel que o Estado está acostumado a desempenhar, mas tem de se preparar para fazer isso. É fundamental.

Como definir efetivamente o interesse público e fazer com que o Estado suplante a condição exclusivamente de árbitro desses interesses especiais em conflito? Nos últimos cinco anos, muita gente refletiu sobre isso. E a conclusão foi a de que o único mecanismo viável para conseguir isso é a radicalização da democracia, o quase retorno ao conceito de democracia grega. Isto implica absoluta transparência e publicidade na atuação do Estado.

A grande reforma para se conseguir isso é tornar claro como o Estado funciona. Ao examinar as características da administração pública nesse novo Estado, surge uma expressão, a procedimentalização da administração. O que é isso? É deixar bem claro como a instituição funciona para permitir que os interesses consigam se manifestar. É tornar tão evidente como as decisões são tomadas que qualquer um se manifesta. Precisa ser tão fácil, claro, evidente que qualquer um pode dizer o que pensa e como prefere.

Isso não é utópico. E existem muitos mecanismos para promovê-lo. As experiências, especialmente de europeus, mostram o quanto é possível que isso funcione. Existem defeitos, coisas que ainda faltam, mecanismos que podem melhorar, mas é viável. São caminhos e o grande investimento é encontrar cada vez mais estes caminhos.

Para conseguir isso, é necessário começar a mudar, regulamentando. É preciso uma força regulamentadora importante. E a lei deve ser feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Isso é uma mudança para quem tem a formação jurídica do final do século 18. É um escândalo, porque é um dogma do Estado do século 18, a agência que faz, aplica a lei e julga os conflitos.

É uma das questões que deve fazer com que se prefira essa forma de organização. É preciso lembrar do aspecto constitucional, pois isso talvez dê um pouco mais de segurança.

Tudo é muito difícil, mas a implantação constitucional pode dar um pouco mais de segurança, porque se lida com o cerne e não com qualquer princípio. A separação de poderes é dogma, efetivamente. Mas nunca existiu de fato e foi erigida à categoria de dogma no final do século 18. Portanto, é preciso tomar cuidado.

A administração pública deve buscar fortalecer o papel regulador do Estado e preservar em sua alçada, para a administração pública, apenas as atividades que envolvam a efetivação de interesses públicos com dificuldade de ser representados. É preciso ser permeável a todos os interesses especiais. Existem todas as razões dos HIV positivos e dos pacientes renais crônicos. É preciso ser permeável a essas reivindicações e negociar efetivamente. Essa é a parte do Estado que será negociada e contratada efetivamente.

Ser transparente e incentivar sempre, no exercício do seu papel de árbitro e de promotor do interesse público, e submeter-se ao controle judicial e social. Essa é uma questão importante para a administração. Houve uma mudança importante do final do século 18 para o final do século 20. Um professor de Direito Administrativo nos dizia: “nunca motivem um ato, se forem administradores. Nunca escrevam por que decidiram, porque aí podem ter problemas no Judiciário.”

Hoje, isso é impossível. A última reforma constitucional impediu isso. Os atos administrativos têm de ser motivados e isso é uma forma de ser transparente, de permitir que os interesses difusos que não têm representantes acabem aparecendo na arena, que façam parte da agenda, porque é preciso explicar a opção por esta obra e não por aquela outra.

Essa separação é viável e fundamental. No aspecto formal, não pode ser feita de hoje para amanhã, porque a mudança não é só na Saúde. A mudança é no Direito, no Estado. Não existe uma lei. É preciso construir a capacidade reguladora. Por todos os sentidos, é interessante radicalizar a democracia. É uma empreitada que vale a pena.

SEMINÁRIO
A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DEBATE

Coordenação do Dr. Geraldo Biasoto

PERGUNTA

Uma coisa interessante que surgiu neste Seminário foi o resgate da questão do planejamento, da função do Estado. Se isso fez com que as pessoas aqui se sentissem jurássicas, é porque não se faz uma idéia do que era isso no debate da reforma do Leste Europeu, onde a questão em jogo era a alma daquela região e o dinheiro das consultorias.

Uma das questões fundamentais discutida na Inglaterra é de que o debate começou com a contratualização, com uma proposta de privatização, pois a lógica do contrato colocava que não era possível ao Estado exercer a função controle, planejamento e avaliação. Essa era a proposta inicial. Era difícil, inclusive, discutir que a feitura do contrato, em si, não era garantia de maior eficiência, nem equidade.

Mas isso foi evoluindo e hoje é realmente bom saber que a própria Inglaterra está voltando atrás em parte das questões. Obviamente, isso tem a ver com a mudança do governo e como isso se reflete na forma como ocorreu essa mudança. Há uma questão que, na Inglaterra, era chamada de “jogar o bebê junto com a água da bacia”. Na função reguladora, perde-se a noção de rede de serviços. E, com isso, a possibilidade de aumentar efetivamente o acesso e a equidade, porque a rede se baseia na forma como se produz serviço em saúde. Quando se perde isso, a competição, inclusive, não é tão simples. Não se consegue ter competição, por exemplo, entre vários serviços que fazem transplante renal, que é uma coisa extremamente cara, uma tecnologia de ponta. A competição nessa área, na forma como está colocada,

sem a compra do Estado, dificilmente ocorre. E isso era difícil de ser entendido na Inglaterra.

Uma das reformas das quais pouco se fala aqui, mas é interessante lembrar, é a alemã. Ela fez um caminho meio inverso de um sistema que não tinha regulação da assistência primária, mas dava acesso direto ao especialista, ao que seria a primária. Não tinha porta de entrada e a reforma fazia exatamente o contrário, não só por custo, mas por problemas de qualidade, porque essa forma chamada de referência está ligada à forma de produção. Vale a pena discutir a questão do contrato, como questão de bom senso. Ao se contratar, define-se o que se quer e avalia-se o resultado, a questão básica do contrato. É o que não se faz hoje em nenhum nível, nem com dinheiro repassado ao município, nem com o repassado ao prestador privado.

Uma outra coisa é: em que nível se está contratando? E o que se contrata? A reforma da Inglaterra, que agora coloca na mão do general practitioner (GP) a compra do serviço, também será revista em algum momento, porque não faz sentido, do ponto de vista de formação de rede, colocar a compra dos serviços dos outros níveis na mão do GP, por várias questões. Fundamentalmente, a visão de rede tem de ser colocada como função de Estado e o contrato pode ser utilizado como mecanismo para fazer isso. Agora, se o contrato em si não está definido a priori, não vai garantir nem a eficiência, nem a equidade ou tampouco a eficácia. Essa é a questão que teria de ser discutida um pouco mais.

Luiz Antônio

Sou Secretário de Saúde de Pirai (RJ) e estou aqui representando o Conasems. Gostaria de resgatar a questão da separação do financiamento e da provisão. Na lógica dos municípios, irá contribuir bastante no momento

em que exista maior visibilidade de quem tem responsabilidade no financiamento e em que parcelas, até em função do que se arrecada da população, quem e quanto arrecada, e quem faz a provisão desse serviço. Finalmente, no conjunto do sistema, cada esfera de governo ficará responsável por que tipo de provisão?

O Eduardo Levcovitz lembrou a questão da programação. A idéia da construção do Sistema Único de Saúde, no final dos anos 90, vem privilegiando de novo a questão da programação, tanto que está colocada na NOB 1/96, sob a forma de programação pactuada e integrada. A novidade aí, que permite manter o equilíbrio federativo, é a pactuação. As instâncias de pactuação criadas, a comissão intergestora tripartite, a comissão intergestora da bipartite e os conselhos de saúde, que colocam o controle social sobre o Estado, são mecanismos que dão o tom das características brasileiras.

É preciso avançar na programação, a exemplo do Estado do Rio de Janeiro, que conseguiu fechar uma programação de todo o seu Sistema Único de Saúde depois de dez meses de inscrição. Ainda não conseguiu pactuar os mecanismos de avaliação e de controle, porque eles ainda estão sendo colocados em uma lógica de fiscalização – talvez mais com caráter punitivo do que de avaliação propriamente dito. Mas os resultados que se gostaria que fossem alcançados estão sendo alcançados. Isso também precisa ser pactuado. Essa é uma diferença que precisa ser colocada e dará respeito ao pacto federativo.

Quando se consegue pactuar, integra-se serviços, e os consórcios regionais e intermunicipais têm sido um grande exemplo disso. Nessas circunstâncias, consegue-se ter essa lógica de sistema, com microssistemas, talvez com redes integradas por áreas de atuação e por complexidade que, sem dúvida nenhuma, compõem essa grande rede.

Como acoplar nessa questão o financiamento adequado? Como garantir a base desse financiamento e o seu

cumprimento pelo responsável? Como instrumento, o contrato foi pactuado para poder avaliar o sistema e garantir o resultado. Acho que vai fazer avançar bastante, no Sistema Único de Saúde.

João Gutenberg

Sou economista da Saúde e estou representando o Instituto de Educação Coletiva da Universidade Estadual da Bahia. Esse debate ao final, depois de tantas palestras, faz com que os temas tornem-se múltiplos. Tenho algumas observações, mas a colocação básica é sobre a idéia da separação do financiamento da provisão. Há uma questão fundamental, abordada muito de leve neste Seminário, que é a questão do risco. A separação pode se dar para alcançar maior equidade, melhor atenção primária. Mas essas coisas podem ser atingidas com ou sem separação.

O que a separação traz de novidade é a questão da eficiência e do risco que pode trazer para o prestador. Mas também pode-se ter separação sem risco. Havendo separação e o prestador sendo remunerado nos moldes das unidades de serviço antes existentes, ele não correrá risco e continuará sem ter ganhos de eficiência.

A separação não obedece a uma fórmula simples. Tem de vir relacionada à questão do contrato, à questão dos modos de pagamento e, principalmente, tem de equacionar a distribuição do risco e definir como ele será colocado para o prestador e o contratador. A posição chave no modelo contratual é exatamente como se dá a distribuição do risco.

Porque, se existe um prestador que alia as funções de provisão e financiamento, ele é menos sensível ao risco e não tem motivo para ser mais eficiente, já que o caixa não tem fundo. No momento em que se separam as fun-

ções, o prestador torna-se mais sensível e começa a prestar atenção. Como tem a posse do processo produtivo, tem como intervir, interferir e tentar ser mais eficiente. Estando sob risco, terá uma motivação a mais para procurar ser eficiente e ajustar os seus custos.

No Brasil, há uma diversidade muito grande de competências. Existe o gerente que, se falar com ele em risco, pede demissão no dia seguinte. Fazer negócio significa não ter riscos. Se tem riscos, não se faz negócio de espécie alguma. Então, parte-se de pessoas desse nível para outras que teriam competência para encarar o nível de risco mais ousado possível. Existe toda essa gama e, entre esses dois extremos, uma variedade enorme de competências e capacidades gerenciais.

Portanto, um plano único para o país como um todo, de modelos contratuais únicos, é inviável. O ajuste tem de ser apurado e se dar na capacidade e na competência gerencial, e na competência e capacidade de lidar com o risco. O risco tem de ser bem mensurado. O risco que o contrato envolve e a capacidade de lidar com ele também tem de ser bem avaliada e ajustada.

Tito Lires

Sou Secretário Adjunto de Saúde do Estado de Pernambuco e queria fazer três observações. A primeira refere-se ao quadro apresentado por Eduardo Levcovitz. Em dezembro de 1998, existiam 5.049 municípios habilitados e apenas dois estados. Isso mereceria um comentário da parte dele.

A segunda observação refere-se à questão de onde extrair recursos novos? Uma lacuna aí existente é a cobrança dos seguros saúde. Como fazer isso? O Ministério da Saúde tem a forma de fornecer inteligência aos estados

e aos municípios, para quem socorre a um segurado? O terceiro ponto é que hoje existe um subsistema com regras perfeitamente definidas nos contratos. Essa é exatamente a questão da hemodiálise. A APAC define muito bem como tudo deve ser feito. No entanto, a hemodiálise cresce 35% a cada ano e falta financiamento. Como solucionar também essa questão?

Dr. Josep María Vía

Simplemente queria fazer um comentário sobre a questão do risco. Na minha exposição, procurei explicar que, antes de equacionar a separação de funções, seria necessário pensar na adaptação a alguns requisitos. E um dos oito ou nove requisitos apresentados era a capacidade dos provedores de assumir determinado risco. Por definição, é uma capacidade limitada no sistema público, porque normalmente há um número limitado de provedores. Não é bom que esse número seja infinito, pois não se trata de um mercado livre e, na medida que vão aparecendo novos provedores, aumentam os custos do sistema, porque não constitui um mercado privado real, mas um quase-mercado nos lugares onde têm sido experimentado.

Portanto, de alguma maneira, é difícil haver uma transferência de risco no sentido que se entende em um mercado privado real. É imprescindível, porém, que se assuma o risco embutido no contrato. Se o contrato estabelece alguns objetivos e prevê remunerações pelo cumprimento ou não desses objetivos, isso têm de ser obedecido. É um risco limitado. Porém, no momento em que o contrato é assinado, assume-se o risco de cumpri-lo ou não. Uma das condições estabelecidas era de que a remuneração estaria vinculada ao cumprimento ou não do contrato. Portanto, aí existe risco. Acontece que, depois, se o

contratador não respeitar essa situação e o provedor passar por uma situação de déficit porque não administrou corretamente e não cumpriu os objetivos do contrato, mas obtém uma subvenção, então, o mecanismo de contratação estará sendo subvertido.

Portanto, é evidente que com a separação de função ocorre um nível de risco. Mas, ao mesmo tempo, em um sistema público que não está caracterizado pela liberdade total de mercado, na melhor das hipóteses, será um risco limitado. Em síntese, essa é pelo menos a experiência da Catalunha. Em certos casos, logra-se certa transferência de risco aos provedores. Mas também existem alguns provedores que percorreram o caminho inverso e transferiram os riscos ao comprador. Grandes provedores monopolistas de alta tecnologia, por exemplo, hospitais universitários que se sentem muito sólidos, mas têm pouca competência, têm grande capacidade de pressionar o comprador de serviços e, ao invés de assumir o risco, terminam por comparti-lo extensivamente com o comprador de serviços. Essa é a realidade, na prática, do ponto de vista de nossa experiência.

PALAVRA ABERTA AOS PALESTRANTES

Eduardo Levcovitz

Gostaria de fazer um brevíssimo comentário sobre as observações de Tito Lires. Realmente, chama muito a atenção o fato de que, enquanto 90% dos municípios brasileiros estão habilitados em alguma das formas de gestão, apenas dois estados estão habilitados. A hipótese geral é que, enquanto em 1997 trabalhou-se muito na operacionalização da Norma Operacional Básica de 1996 com re-

lação aos municípios, trabalhou-se relativamente pouco no que diz respeito a sua implementação nos estados. Na verdade, a maior parte da primeira fase das discussões sobre a implementação na tripartite e nas bipartites refere-se ao PAB e aos incentivos diretamente relacionados à saúde da família, ao PACS, que são voltados para os municípios. Houve muito pouca discussão, mais operativa e mais cotidiana, de como implementar os instrumentos estaduais.

A segunda questão é que a NOB-SUS/96 foi implementada a partir de fevereiro de 1998. Portanto, em um ano de eleição e de transição estadual muito próxima. E a maioria dos estados optou por uma postura prudente e conservadora no seu último ano de mandato. Tanto que agora, em 1999, existem pelo menos seis estados em processo de avaliação concreta e, em uma avaliação absolutamente impressionista, provavelmente, quatro desses estados deverão assumir a gestão plena até o final de 1999. Essa é a questão da maturidade do próprio processo que depende da conjuntura e das datas eleitorais de posse, de transição, um dado da realidade que não se pode abstrair.

Nesse momento, a discussão sobre a operacionalização para os estados é muito mais importante. E está muito mais dentro do cenário na tripartite e nas próprias áreas técnicas do Ministério do que o dos municípios. Até porque, quando se chega a 91% de habilitação de municípios, isso já demonstra pujança. O caminho está definido. A questão é ir devagar. Com os estados não. Alguns aprofundamentos são necessários. Existem pelo menos duas portarias do ministro, que saíram em abril e maio de 1999, que detalham aspectos específicos da NOB. Elas são extremamente importantes para acelerar o processo de habilitação dos estados.

SEMINÁRIO

**A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

CONFERÊNCIA FINAL

**INSTRUMENTOS INOVADORES DE REGULAÇÃO
DAS RELAÇÕES ENTRE GESTORES E
FINANCIADORES DO SISTEMA E PRESTADORES
DE SERVIÇOS ESTATAIS E PRIVADOS:
COMPROMISSOS DE GESTÃO,
CONTRATOS, PROGRAMAS**

INSTRUMENTOS INOVADORES DE REGULAÇÃO DAS RELAÇÕES
ENTRE GESTORES E FINANCIADORES DO SISTEMA E PRESTADORES
DE SERVIÇOS ESTATAIS E PRIVADOS: COMPROMISSOS DE GESTÃO,
CONTRATOS, PROGRAMAS

Josep María Vía

O tema a ser abordado é difícil, complicado. O instrumento é o contrato. Por isso, trouxe um modelo de contrato bastante conceitual, mas que permite ver os seus conteúdos e imaginar a relação entre compradores e provedores. Há um modelo de contrato de hospital e um de contrato de atenção primária. Primeiro, o modelo de contrato de hospital.

Este é um exemplo real de contrato de serviços entre o Hospital Comarcado de la Costa, na Catalunha, e o comprador, o Serviço Catalão de Saúde, órgão do Ministério da Saúde encarregado de comprar serviços de saúde. O conteúdo do contrato, em linhas gerais, é formado por uma série de pontos. O primeiro deles são as cláusulas que definem o objetivo do contrato, porque assiná-lo, as obrigações das duas partes, a contratante e a contratada, e a vigência. Depois de alguns anos fazendo contratos de um ano, eles passaram a ser feitos com duração de três anos, com revisões anuais e dentro dos termos acordados. Portanto, não se trata de um novo contrato, mas de uma atualização anual de contrato trianual.

O anexo primeiro do contrato estabelece as faltas, as penalizações e os procedimentos segundo os quais se aplicam eventualmente essas penalidades. Portanto, ao se firmar o contrato, assume-se um risco. Se o contrato não é cumprido, existem penalidades estipuladas nele próprio, bem como os procedimentos pelos quais se aplicam as

penalizações. A primeira cláusula adicional também é importante. Define a atividade a ser adquirida do hospital. Serão comprados transplantes de coração, apendicites ou simplesmente dias de internação, visitas, consultas externas. Dessa forma, existem diversas maneiras de definir a unidade de contratação.

A primeira cláusula adicional especifica o que se vai comprar neste contrato. E como serão pagos os serviços contratados. As próteses estão na segunda cláusula adicional, porque recebem tratamento à parte. A terceira cláusula adicional são as chamadas provas de suporte da atenção não-hospitalar. Por exemplo, a atenção primária pode precisar de serviços do hospital que o comprador contrata diretamente com o hospital. Essa, portanto, é uma atividade desenvolvida pelo hospital, mas sem vínculo hospitalar, sendo considerada à parte, como uma cláusula do contrato.

A quarta cláusula adicional refere-se a programas de interesse especial e podem ser distintos de acordo com o hospital. Este Hospital de la Costa, por exemplo, situa-se em uma região onde existem problemas significativos vinculados à dependência de drogas. Assim, há um programa especial de atenção aos toxicômanos que constitui uma cláusula do hospital. São atividades muito específicas. Quase ninguém sabe, por exemplo, o que é uma câmara hiperbárica, que serve para tratar as intoxicações por monóxido de carbono. As pessoas que se afogam no mar ou que estão em casa e sofrem intoxicação por fumaça têm de ser recuperadas em uma câmara hiperbárica. No entanto, elas são poucas. Portanto, na Catalunha só existem duas câmaras hiperbáricas e uma delas está neste Hospital. Por ser uma coisa muito específica, merece uma cláusula à parte na atividade geral do hospital. Existe também um programa contratado nesse hospital, e em muitos outros, para a detecção de câncer em geral, realização de biópsias e citologias. Isso, porém, não passa de um exemplo.

O essencial é ter um planejamento e, a partir dos objetivos do planejamento, formular o contrato. Para os objetivos de saúde, não para outros que também fazem parte do plano de saúde, como objetivos de serviços e de qualidade, existe uma seção especial para a atenção materno-infantil, no contrato com esse hospital. Há também uma seção especial para infecções hospitalares, vacinações, tuberculoses etc. E coordenação significa coordenação com a atenção primária. Ao assinar o contrato, o hospital se compromete com uns níveis de coordenação com a atenção primária que, se cumpridos ou não, integram a parte variável do pagamento. Em função da maior ou menor coordenação com a atenção primária, o hospital recebe um maior ou menor volume de recursos.

A quinta cláusula adicional refere-se a medicamentos, produtos de nutrição artificial e material administrados em domicílio, em pacientes ambulatoriais e de consulta externa. Para os pacientes internados, o preço pago pelo leito inclui o preço do medicamento. No caso dos pacientes que não ocupam leito hospitalar e são atendidos em consulta externa, os medicamentos e os produtos de nutrição artificial são pagos separadamente. Pode ser que isso não interesse ao sistema brasileiro, por vivenciar uma situação diferente dessa. O caso dos pacientes com AIDS requer um controle especial e uma cláusula contratual para a prestação de serviço, pois eles são, em grande parte, pacientes ambulatoriais, além dos medicamentos necessários ao tratamento serem extremamente caros.

Na Catalunha, procuramos não colocar no contrato nada que não possa ser avaliado. Portanto, tudo que está sendo apresentado aqui nosso sistema tem capacidade de avaliar. Resumidamente, o contrato hospitalar diferencia duas grandes linhas. Uma é a de atividade clínica, que contempla os pacientes nos leitos, hospitalização, os atendimentos em consultas externas, os atendimentos de urgência e os que se submetem a técnicas diagnósticas e a tratamentos

específicos. A outra são os programas com objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Regional de Saúde.

Existem também os objetivos de docência e pesquisa. Todos os hospitais fazem pesquisa e quase todos docência. Os casos à parte incluem o pagamento de próteses fixas, de exames para a atenção primária, de auxílio ao diagnóstico e de medicação especial. Portanto, essa é uma idéia dos objetivos concretos que aparecem no contrato com os hospitais.

A parte mais complicada, e um pouco difícil de entender, é a que estabelece a atividade assistencial e o sistema de pagamento para cada período anual. Para a hospitalização e os pacientes internados, existem três parâmetros: o Número de Altas (ao final de um ano cada hospital emite um número de altas), a Intensidade Relativa de Recursos (IRR) e a Intensidade Relativa Estrutural (IRE). A intensidade relativa de recursos se baseia no fato de que cada hospital atende a determinado nível de complexidade. Realizar intervenções cirúrgicas cardíacas e de neurocirurgia não é o mesmo que realizar intervenções de cirurgia geral básica. Existe maior ou menor complexidade. Esse índice introduz um elemento que é o nível de complexidade, ou seja, corrige as altas em função da complexidade.

O segundo índice, complicado e controvertido, refere-se à estrutura do hospital. Existem hospitais maiores, com maior tecnologia e estrutura, e hospitais menores, com menos tecnologia e estrutura. Portanto, o número de altas contratadas é corrigido pelo fator de complexidade e pelo fator de estrutura.

Para os pacientes atendidos em consultas externas, leva-se em conta as primeiras visitas, a taxa de reiteração, o número de repetições. O que se faz é multiplicar o número total de primeiras visitas pela taxa de reiteração. O produto dessa multiplicação configura a atividade em consulta externa. E, para se ter o panorama completo, a atividade de urgência é simplesmente o número de visitas de

urgência e a atividade que inclui técnicas, tratamentos, procedimentos específicos. Quando se trata de hospital-dia, considera-se o número de pacientes aí atendidos. Quando se trata de cirurgia ambulatoria maior ou menor, consiste no número de pacientes operados em todas as intervenções que formam a cirurgia maior ou menor, de acordo com o caso.

No que diz respeito à Intensidade Relativa de Recursos, na União Européia existe um protocolo que se chama “Conjunto Mínimo Básico de Dados da Alta Hospitalar”. Cada paciente que recebe alta tem uma ficha preenchida com cerca de 20 parâmetros. A ficha não inclui o nome do paciente, por questões confidenciais, mas traz um conjunto de dados sobre ele, com diagnóstico principal, três diagnósticos secundários, os procedimentos principais e os secundários. Portanto, para cada paciente que recebe alta, tem-se dados informatizados com esses parâmetros.

Isso permite classificar os pacientes em grupos homogêneos do ponto de vista do diagnóstico. Os médicos sabem, por exemplo, que uma apendicite e uma hérnia fazem parte de um grupo homogêneo do ponto de vista da complexidade. E homogêneos também do ponto de vista da gravidade, do prognóstico e da intensidade, dos recursos que consomem. De acordo com a complexidade, o gasto com recursos consumidos é maior ou menor. Esse sistema é constituído a partir das fichas individuais de cada paciente. Baseia-se no sistema americano de DRGs, grupos relacionados ao diagnóstico, e incluem todos os diagnósticos com o mesmo nível de complexidade.

Portanto, a reunião e a revisão de todos esses conjuntos de diagnósticos do mesmo nível de complexidade revelam a complexidade média do hospital. Na Catalunha, existem 69 hospitais que prestam serviços ao sistema público. A divisão da complexidade média do hospital pela complexidade global de todos os hospitais do sistema público catalão proporcionam a Intensidade Relativa de Re-

cursos. No caso, relativa significa a intensidade deste hospital em relação ao conjunto dos hospitais. Portanto, esse é o padrão para cada hospital.

Vamos analisar agora a Intensidade Relativa de Estrutura. Antes desse sistema, os hospitais eram classificados mediante uma escala discreta, não contínua. As escalas podem ser discretas ou contínuas. Cinco grupos eram classificados na escala discreta: hospitais A, B, C, AB e BC. Qualquer hospital integrava um desses grupos. Atualmente, passamos da escala discreta para a contínua. A escala contínua significa que entre o grupo A e o grupo B cada um tem determinada complexidade de estrutura e existem infinitas possibilidades de estruturas. É como se fosse uma reta. Em uma reta, o número de possibilidades entre dois pontos é infinito. No caso dos hospitais, o número de possibilidades de complexidade de estruturas, entre os cinco tipos da classificação discreta, é infinito. Na prática, isso quer dizer que antes qualquer hospital era A, B ou C. Agora, um hospital pode ter 20% de A, 22% de B, 31% de C. Isso significa que cada um tem “o traje sob medida”, o que constitui um avanço, porque se atingiu um nível bem mais apurado de correspondência com a estrutura real do hospital.

Como se determina uma estrutura? Esse é um tema muito perigoso. Foi feita uma pesquisa em todos os hospitais para se levantar uma série de elementos-chave. Por exemplo, tomógrafo, ressonância, número de salas cirúrgicas, de câmara de fluxo laminar etc. Os resultados foram comparados com as informações estatísticas disponíveis no Ministério da Saúde. A cada hospital foi atribuído determinado peso estrutural. Isso, nos sistemas imaturos, é muito perigoso, pois os hospitais podem ser tentados a investir recursos para aumentar a tecnologia e a complexidade relativa em termos de estrutura. Em um sistema com boa organização de informações, no qual não se implantam novos serviços nem novas técnicas sem autorização do Ministério, o controle será maior, embora não de todo controlável.

A idéia é se ter uma medida de estrutura distinta para cada hospital e uma medida de complexidade assistencial também diferente para cada hospital. Assim, ao se tomar, por exemplo, determinado hospital com 3.000 altas, multiplicam-se as altas pela Intensidade Relativa de Recursos desse hospital. Vale lembrar que a IRR desse hospital era a sua complexidade média em relação ao total de hospitais. As altas moduladas pela complexidade XHUP abrangem a totalidade dos hospitais. XHUP representa todos os hospitais da Catalunha. Portanto, as altas de um hospital multiplicadas pela IRR desse hospital, mais as altas do segundo hospital multiplicadas pela IRR desse segundo hospital, até se chegar aos 69 hospitais, proporcionam o somatório das altas, corrigido e modulado pelo nível de complexidade total do sistema catalão. Ao se fazer a mesma operação com a Intensidade Relativa de Estrutura, será obtido o total de altas, nesse caso, moduladas pela diferente carga de estrutura.

Portanto, a idéia aqui é trabalhar com o número total de altas não em termos absolutos, mas relativos, corrigido pela complexidade e pela estrutura. Ao fazer a relação do orçamento do Ministério da Saúde destinado à hospitalização com o somatório de altas moduladas pela complexidade do total da rede, será obtido o custo de uma alta hospitalar, corrigido pelo fator complexidade. Ao fazer a relação do orçamento total com o somatório de altas, corrigido pela estrutura, será obtido o custo da alta em função da estrutura. Portanto, de acordo com a complexidade e a estrutura do total da rede, cada hospital tem um custo de alta.

Finalmente, para saber o custo da alta do hospital que está sendo contratado, multiplica-se a porcentagem concreta de complexidade desse hospital pelo índice relativo, pela Intensidade Relativa de Recursos desse hospital, pelo custo de alta modificado segundo a complexidade, mais a porcentagem de estrutura desse hospital pelo índice rela-

tivo de estrutura, pelo custo de alta modificado pela estrutura. Isso proporciona o custo de alta global desse hospital. Portanto, dessa forma, define-se quanto será pago por cada paciente que recebe alta nesse hospital. Ao multiplicar o total de altas pelo custo da alta, será obtido o total a ser gasto por ano com esse hospital. Assim, obtém-se um orçamento prospectivo. Ao fazer essa operação no início do ano, sabe-se o volume de recursos a ser destinado a esse hospital.

Embora isso tenha por base sistemas de informações muito sofisticados, essa sofisticação do sistema de informações não é tão importante quanto dispor de um sistema de informação que permita estabelecer um contrato que possa ser avaliado, monitorado e compreendido por ambas as partes. Esse sistema entrou em vigor na Catalunha no ano passado. O sistema que existia antes para os pacientes hospitalizados baseava-se na definição de uma unidade chamada de Unidade Básica Assistencial (UBA). Uma UBA equivalia a um dia de permanência no hospital. O que significa um dia de permanência no hospital? Aqui não se introduz complexidade, pois se pode permanecer um dia no hospital tanto para um transplante cardíaco quanto para uma operação de fimose, nem a estrutura do hospital. Simplesmente, introduz-se um número de unidades básicas assistenciais. Isso pressupõe que a estatística funciona e que a média entre a alta e a baixa complexidade proporciona uma situação intermediária.

Foi dito antes que existiam cinco tipos de hospitais, A, B, C, AB e BC, de menor ou maior complexidade. Para o hospital A era definida uma tarifa, para o B uma tarifa maior e para o C outra ainda maior etc. Ao multiplicar o número de UBAs do hospital A pela tarifa A e pela permanência média, obtinha-se o total de recursos prospectivos a ser pago a esse hospital. Portanto, por um sistema muito mais simples, aquele explicado antes, obtinha-se a soma de recursos prospectiva a ser distribuída a esses hospitais. Is-

so requeria sistemas de informação muito menos sofisticados etc., mas permitia iniciar um diálogo compreensível com as partes envolvidas.

Anteriormente, ao trabalhar como consultor em alguns países da América Latina, parecia que esse era um bom sistema para o treinamento de pessoal na separação entre compra e provisão, porque era um sistema simples. Isso no caso de hospitalizações. A primeira visita na consulta externa custava cerca de 75% da UBA. O retorno ficava em torno de 50% desse custo e a urgência em cerca de 75% a 80%. A hospitalização durante o dia, por exemplo, oscilava em torno de 75% e havia mais dois ou três parâmetros que eram percentuais, com os quais se levava toda a atividade hospitalar à unidade UBA e corrigia-se a unidade UBA pela permanência média e pela tarifa, de acordo com o tipo de hospital, para se obter o orçamento anual prospectivo.

Isso parece interessante a partir da perspectiva para entrar nesse sistema, bom para iniciar a dinâmica de mudança de uma relação hierarquizada na qual se designa anualmente um orçamento sem nenhum outro tipo de preocupação com o que o hospital faz. E aqui se inicia um tipo de diálogo diferente, no qual é preciso explicar quantas UBAs são feitas, quantas dizem respeito a consultas externas e quantas a urgências, qual a sua permanência média etc. Dessa forma, enquanto se trabalhava no primeiro sistema, paralelamente, desenvolvia-se o sistema de informação necessário para colocar em funcionamento esse outro sistema. Essa foi a estratégia adotada.

Portanto, o pagamento pelos pacientes hospitalizados, atualmente, continua sendo feito pelo contrato. Isso é tudo em relação à hospitalização. Sobre as consultas externas, urgências, atividades técnicas, tratamentos, procedimentos etc., o que se paga depende do preço correspondente ao grupo de complexidade estrutural ao qual pertence cada um dos hospitais.

O sistema de pagamento tem uma parte fixa de 70%. Isso significa que, no dia 1º de janeiro, o hospital sabe que irá receber 70% do orçamento global prospectivo sem ter de responder a nenhuma pergunta. Aqui estão os 70%, divididos em 12 pagamentos mensais. Aí vem a parte variável. O número de altas foi pactuado em 30%. Se foram exatamente 30%, multiplica-se pela tarifa correspondente a esse hospital e efetua-se o pagamento. Se ficou abaixo, paga-se até onde chegar. Quando se ultrapassa a atividade em menos de 15%, por exemplo, o que não interessa ao sistema, paga-se 35% da tarifa. Quer dizer, não se paga 100% pela apendicite, mas 35% da tarifa. Se a atividade pactuada foi ultrapassada em mais de 15%, paga-se 10% da tarifa como desestímulo para não se ultrapassar a atividade estabelecida no contrato.

Nas consultas externas, os 70% também são fixos. Se os 30% restantes são ultrapassados, paga-se pelo excesso apenas 9%. Todas as demais atividades de consulta externa adicionais recebem 9% da tarifa calculada, naquele sistema tão complicado, para o hospital. No caso das urgências adicionais, paga-se somente 8% da tarifa. As pequenas cirurgias, ambulatoriais, recebem 9% da tarifa quando ultrapassam o estabelecido.

Quanto às próteses, é estabelecido um número máximo anual com tolerância de até 10% a mais, quando se paga o valor contratado. Acima de 10%, paga-se 25% da diferença entre as próteses contratadas e as realmente realizadas. No caso dos exames de laboratório para a atenção primária etc., os excessos são faturados por somente 50% da tarifa contratada.

Falou-se antes dos programas especiais, da câmara hiperbárica, do programa de dependência de drogas etc. e foi dito que cada hospital tinha o seu. Nesse caso, cobre-se os custos do hospital com um dispensário de metadona e se pactua um preço político. Aqui o critério é histórico, pois existe um pacto. Portanto, mensalmente, a partir dos

70%, paga-se 80%. A parte variável, os 20%, está sujeita à decisão de uma comissão de avaliação. No caso da câmara hiperbárica, o fato em si de se ter esse equipamento implica pagamento de mensalidades independentemente da atividade desenvolvida. Se um país precisa, por exemplo, de uma unidade de queimados e ela felizmente funciona poucas vezes, no entanto, permanecem os custos fixos e elevados de estrutura. Portanto, paga-se simplesmente para mantê-la. No caso do programa de câncer, biópsias e citologias, paga-se de entrada 90% e os 10% restantes são variáveis, mas dependentes também de um informe no final do ano em função de como se cumpriu o programa.

Como se contemplam os objetivos de saúde, do plano de saúde no contrato, a atenção materno-infantil, as infecções nosogênicas etc.? Na atenção materno-infantil, o que se exige do hospital é a implantação de um protocolo de diagnóstico pré-natal de anomalias congênitas. Isso recebe uma ponderação de 7% dentro dos programas de saúde. As atividades de garantia de qualidade da atenção materno-infantil representam 7%. Os exames de vacinação antitetânica pré-cirúrgica recebem outra porcentagem. Portanto, são critérios de avaliação estabelecidos no contrato.

No primeiro caso, considera-se o número de gravidezes seguidas e partos anuais, atividades realizadas para a implantação do protocolo, disponibilidade do ecógrafo, sistema pactuado de derivação da clivagem bioquímica ao centro de referência. O importante é a idéia de que existem critérios estabelecidos no contrato e para poder cobrar esses 7% é preciso demonstrar que esses critérios foram cumpridos.

Sempre se fala da melhoria da qualidade da atenção, que é difícil de medi-la e refleti-la no contrato. Existe um consenso de que a taxa de reinternação, o número de vezes que o mesmo doente é internado no mesmo hospi-

tal, é um indicador de qualidade. Portanto, atribui-se a ela 13% em função da taxa de reinternação pactuada, também estabelecida no contrato.

A coordenação com a atenção primária é outro ponto importante. O contrato estabelece que o hospital disporá de um plano de melhoria da coordenação com outros centros de referência, tanto hospitais como centros de atenção primária. Essa parte pressupõe 12% do contrato. O que se solicita é uma memória com os objetivos estabelecidos e um número de reuniões de atividades. Se alguém disser que as pessoas podem se reunir, mas não chegar a nenhum acordo, é bom lembrar que as reuniões são o primeiro passo para se saber se existe intenção de coordenação ou não.

Sobre os fármacos e os produtos de nutrição artificial etc., alguns medicamentos de uso ambulatorial, a entidade poderá faturar ao comprador somente o custo dos medicamentos e de todos esses produtos ministrados a pacientes em regime ambulatorial. Logicamente, isso é controlado, porque existe a data de administração e, se o paciente tiver sido internado previamente, as datas de internação também estarão registradas. Portanto, existe um programa informatizado que cruza essas informações e elimina, automaticamente, qualquer intenção de faturar um medicamento ou produto nutriente de forma inadequada. Essa é a idéia geral sobre contrato, sua filosofia e conceito.

SEMINÁRIO
A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

COMENTÁRIOS

Rafael Bengoa

Sobre a exposição de Josep Maria Vía, me parece importante a afirmação de que em vários países têm havido uma obsessão, relacionada à contratação, pela sofisticação do contrato. Também concordo com a afirmação de que, obviamente, torna-se necessário um processo pouco burocratizado. A princípio, basta começar com algo relativamente simples, suficiente para se atingir o conceito e a filosofia, por intermédio da emissão de sinais diferentes, a partir da administração, para os hospitais e centros de saúde.

Para se emitir sinais diferentes, a princípio, é possível que bastem contratos relativamente simples. Mas, pouco a pouco, torna-se necessário estabelecer uma agência, uma entidade de contratação cada vez mais complexa. Isso porque, no final, será preciso justificar a contratação, por exemplo, dos meios privados e não públicos.

Atualmente, em algumas partes da Espanha, perguntam por que dar um contrato à iniciativa privada e não ao serviço público. Isso é difícil de justificar. No entanto, se existe uma entidade de contratação que consegue ter informação suficiente para fazer o que se chama de “contratação justificada”, é possível explicar tanto aos provedores, porque se contrata a uns e a outros não, quanto procurar convencer a população, se existem mecanismos para isso, porque se contrata mais um tipo de provedores do que outros. Assim, o que se observa em várias reformas e em outros países, a exemplo do que tem acontecido conosco, é uma obsessão pelo contrato e pouca obsessão pela entidade de contratação.

Na Inglaterra, por exemplo, perceberam que era mais importante ir criando uma entidade de contratação, para emitir sinais diferentes aos níveis inferiores, do que trabalhar o contrato de uma forma muito complexa, ou também trabalhar de forma muito cultivada a autonomia dos hospitais, outra obsessão que aparece na separação entre financiamento e provisão, de que os provedores devem deter a capacidade de administrar essa autonomia. O que orienta a reforma, uma vez separado o financiamento da provisão, é algum tipo de agência de contratação, centralizada ou descentralizada, mas que emite os sinais de mudança aos provedores.

Josep María Vía

Gostaria de acrescentar que, na Catalunha, existe uma agência chamada Serviço Catalão de Saúde, fruto da evolução de muitos anos. Por que adotar um sistema de pagamento que toma por referência a complexidade e a estrutura? Porque eram os pontos que, histórica e habitualmente, causavam problemas desde o ponto de vista da contratação. Portanto, isso não é aleatório, não obedece a modismos, mas simplesmente é fruto da lógica da evolução do sistema. Com a determinação da porcentagem da Intensidade Relativa da Estrutura, chega-se a um momento em que um hospital pode comprar toda a tecnologia que quiser, mas não será reconhecida, porque será estabelecida a porcentagem estimada que deve ser fixada, com a qual se contrapõe esse aspecto. Um hospital pode decidir também que apenas lhe interessa as prestações de serviços de alta complexidade, como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, cuidados intensivos etc. Isso, porém, não interessa ao comprador. Não interessa na medida que todos os hospitais raciocinem de uma mesma maneira.

Nosso sistema demonstra que 80% dos problemas de saúde se resolvem com a atenção primária combinada com hospitais de baixíssima tecnologia. Baixíssima tecnologia significa medicina interna, pediatria, cirurgia, ortopedia, ginecologia, obstetrícia, urgências, radiologia, imagem e laboratório, nada mais. Não é preciso sequer de “scanner.” Restam, portanto, 20%. E esses 20% são controlados perfeitamente por esse sistema, a partir do ponto de vista de outorgar pesos de estrutura e de complexidade lógicos, em função do que está acontecendo com a população. Portanto, é a evolução e, certamente, dentro de cinco anos faremos a reforma do sistema atual, porque descobriremos outros problemas e será preciso mudar. Ou seja, a reforma nunca pára. Hoje, estamos neste ponto da história.

SEMINÁRIO
A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DEBATE

Maria Cecília

Como se caracteriza e quem é o agente contratante? Como são pagos os profissionais, os médicos? Como garantir que os hospitais não façam seleção negativa?

Josep María Vía

A agência é o Serviço Catalão de Saúde, órgão independente e autônomo do Ministério da Saúde. O Ministério desempenha a sua função diretiva, mas criou uma agência de compras, o Serviço Catalão de Saúde, dividido em oito regiões no território. Existem oito delegacias do Serviço que compram serviços dos provedores no território.

Como se pagam os médicos? Sei que os médicos não gostam, também sou médico, mas a grande chave do êxito, tanto do nosso sistema como do sistema britânico, é o pagamento por salário. Foi realizado um estudo não muito rigoroso que comparava o nosso sistema de saúde ao de uma província do Canadá. Em termos de estrutura, complexidade, resultados, satisfação, eram sistemas equiparáveis.

Em nosso sistema, os contratos incorporam a obrigação de se realizar pesquisas para avaliar periodicamente o nível de satisfação dos usuários. Inclusive, para mim, os níveis de alta satisfação dessas pesquisas são suspeitos. Mas, os dois sistemas são comparáveis.

O sistema canadense, além das diferenças de custos entre um país e o outro, a vida é mais cara no Canadá do que na Catalunha, era cerca de oito a nove vezes mais caro. A diferença era explicável em 95% dos casos. No

entanto, o sistema de pagamento aos médicos canadenses era o de “fee for service,” custo por consulta. No nosso sistema, os médicos trabalham por salário e isso explica por que o sistema espanhol e o britânico, a nível de União Europeia, recolhem uma porcentagem menor do Produto Interno Bruto. Na Inglaterra, estava em 7% ou 6% e na Espanha até 7%. Na Alemanha e na França, que têm resultados muito parecidos, chega-se a 8%, 9%, quase 10% do PIB, porque pagam aos médicos na base do “fee for service.”

A seleção adversa ocorre em sistemas nos quais se pagam prêmios de seguro. Se pago em função de riscos calculados, contemplados em um prêmio, subscrevo um contrato com o provedor no qual cubro uma série de riscos. Assim, é claro, o provedor irá evitar os riscos não cobertos. Nosso sistema, e isso é muito discutível, a princípio cobre todos os riscos. Portanto, não existe incentivo à seleção adversa. Seguramente, vamos acabar não cobrindo todos os riscos. Não sei se a população tem de financiar alguns riscos diretamente ou por intermédio de um mercado de seguros privado complementar. Hoje por hoje, o sistema cobre tudo em geral, com exceção de dentistas e de determinadas cirurgias plásticas. Com isso, não existe incentivo à seleção adversa.

Walmir Peçanha

Sou da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro. Pelo que entendi, o contrato apresenta um estudo muito bem apurado de equilíbrio econômico-financeiro, que atende ao custeio do hospital. Mas, como fica a questão do investimento, uma vez que a renovação do equipamento e a incorporação de tecnologia são necessárias? Em um contrato de um ano, acredito que não poderia, mas em um de três anos já é possível se pensar nisso.

Josep María Vía

Não tivemos oportunidade de falar do contrato da atenção primária. A atenção primária não representa a contratação real de empresas, mas um compromisso de gestão, porque a maior parte dos centros de atenção primária é propriedade do governo. Por isso, e como estão iniciando a separação de funções, estão previstos no contrato investimentos para a manutenção do edifício, instalações e equipamentos. Nos hospitais e nos centros de atenção primária que não são propriedade do governo, e totalizam uns 20%, não estão previstos investimentos. Os recursos para os investimentos e reposições saem da exploração do hospital, do seu funcionamento. Isso significa que, com o valor pago anualmente pelas atividades do hospital, ele tem de cobrir os salários, comprar equipamentos, renovar etc. Portanto, são duas as situações, se o hospital é ou não propriedade do governo.

Fátima Andreaza¹¹

A questão do “enforcement” me parece bastante importante. Por isso, gostaria de saber qual a capacidade real dessa agência de fazer com que os contratos sejam cumpridos? O que acontece com o prestador que não os cumpre? Não sei exatamente a situação de Catalunha, mas no Brasil não existe excesso de oferta pública. Pelo contrário, em alguns locais há falta.

No Brasil, não existe muita possibilidade de se dizer a um prestador “olha, não preciso de você, vou contratar outro”. O mercado não é competitivo. Além disso, há uma outra questão: aos prestadores públicos interessa ter

¹¹ Professora de Políticas de Saúde da UFRJ.

eficiência e qualidade, seja por intermédio de contrato ou do que for. Portanto, caso não cumpram com alguma coisa, serão necessários outra estratégia, outros mecanismos. Não se pode chegar para um hospital, onde se investiram recursos e pagamos os salários, e simplesmente dizer: “olha, não vamos mais contratar vocês”.

Acho que a sua crítica à academia tem de ser precisa. Você criticou todo o movimento ocorrido nos anos 80 e 90, que adotou a teoria do equilíbrio geral competitivo, a Escola de Chicago, e previa a sua disseminação por todos os setores da economia, pois daria certo. A oferta e a procura equilibram, a competição leva ao bem-estar. Mas aí deu no que deu, e isso agora está sendo revisto. Acho que a crítica é essa.

Josep María Vía

Não é uma questão fácil. Essa reforma começou em 1981. Já se passaram 18 anos e isso é muito importante. Portanto, o que não se pode é começar hoje e amanhã, quando o sistema ainda não amadureceu e não existem sistemas de informação, nem cultura de contratação, deixar de pagar os 30% a um hospital, porque ele afunda. Só é possível fazer isso a longo prazo e muito progressivamente. Até chegar ao momento em que o nível de administração e de melhoria do hospital permitam razoavelmente pensar que ele pode cumprir o contrato. Aí, caso não cumpra, aplicam-se as penalidades. Existem também mecanismos alternativos para gerar eficiência ou gerar recursos alternativos. Agora, por exemplo, seis hospitais com problemas com os 30% ampliaram o horário de trabalho e aumentaram a oferta a companhias de seguro privadas. Portanto, diversificaram a fonte de receita e não ficaram apenas com os investimentos do sistema público.

Em geral, os contratos são cumpridos e não existe nenhuma situação de crise com os hospitais. Nos hospitais públicos, de propriedade do governo, a exemplo do que ocorreu em alguns hospitais britânicos, houve inconveniências, no sentido de que se jogou muito bem o jogo: “você não cumpriu, eu não pago”. Depois se estabeleceu uma subvenção na conta operacional, porque caso contrário os hospitais não se manteriam.

É preciso ir avançando, porque, no quarto ano em que o hospital recebe a subvenção na conta operacional, ele sabe que acaba o incentivo para continuar com o jogo do contrato-programa, com o compromisso de gestão. Portanto, a chave não está tanto em ser rígido a ponto da irresponsabilidade de arruinar um hospital público, mas em saber modular os momentos em que se dá um salto qualitativo para ir avançando.

Sobre a academia, estive trabalhando quatro anos em uma equipe de pesquisa universitária, quando fiz meu Doutorado (PhD), conheço bem esse entorno e o aprecio como “hobby”. Ao assumir responsabilidades políticas e a transformação do sistema, o fato de ter estudado em uma universidade, feito doutorado e pesquisas, com certeza, me serviu sem que percebesse. Porém, se houvesse tomado ao pé da letra muitas coisas ditas na academia, o sistema não teria funcionado. Essa é uma experiência pessoal e deve ser considerada como tal.

Na Grã-Bretanha, a Sra. Thatcher chamou a um americano que abraçou o discurso conservador, do Partido Conservador, e tentou colocar em funcionamento um quase-mercado. Esse quase-mercado teve problemas. Os médicos “fund holders” até que se associaram, mas tinham custos administrativos elevados, os “trusts” tinham de receber suas pensões, vieram as limitações ao sistema de concorrência etc.

Então, um partido novo, o Partido Trabalhista, assumiu o poder com uma estratégia política global de se dife-

reenciar dos conservadores e do trabalhismo tradicional. Portanto, o discurso de esquerda tradicional e o discurso conservador não serviam e foi inventada a terceira via.

Tony Blair é um grande comunicador e um grande professor de Marketing. Lembrem-se de que, quando morreu Lady Di, foi ele quem pronunciou a frase “princesa do povo”. Não sei se a princesa era do povo ou não, mas a frase teve um efeito tremendo. Ele inventou a terceira via e mantém uma equipe muito bem qualificada academicamente trabalhando na área de serviço social. E, com base na política da terceira via, tem sido abordada toda a teoria de colaboração no lugar do mercado. Até que ponto o mercado era real e até que ponto a colaboração era real? Não sei. Mas não vou acreditar no que dizem os acadêmicos. Vou ouvir, analisar, ver o que acontece e dentro de alguns anos conversaremos.

Sulamis Dain

Queria apenas fazer um aparte. O meu “hobby” é trabalhar no governo. Mas, se tivesse ouvido todas as coisas que disseram os ministros com quem trabalhei, ou implementado tudo aquilo que mandaram, da mesma forma, grandes equívocos teriam acontecido.

Rafael Bengoa

Nas duas ou três avaliações acadêmicas realizadas na Inglaterra e na Nova Zelândia sobre a força do conceito de contrato, parece que é muito mais importante que exista, potencialmente, alguém que tenha a informação e possa corrigir os rumos de um hospital do que a aplicação da penalidade prevista no contrato. Antes, a administra-

ção não tinha nenhuma força sobre esse hospital ou centro de saúde, mas agora tem. Nós também temos regiões em que existe apenas um hospital, que não pode ser penalizado, porque tem de continuar recebendo pacientes.

Mas esse hospital começa a se ressentir quando, depois de um ano ou dois, continua a ter números vermelhos. Alguns governos, como agora o escocês, começaram a estabelecer um “ranking” dos hospitais e a divulgá-lo para a população. Nenhum hospital gosta disso. Isso não está no contrato. É a informação que dispõe sobre o que acontece no hospital. Estabelecido o “ranking”, informa-se que um hospital é de “primeira divisão e outro de quinta divisão”. Isso deixa os hospitais ressentidos, mas relaciona-se, de certa forma, com a transparência diante da população.

Sobre ser acadêmico ou não, considero esse debate um pouco estéril, como o debate sobre o público e o privado, embora mais híbrido. O que está mudando é a forma de fazer política de saúde. E nisso concordo muito com Josep Maria Via. Atualmente, a forma de fazer política de saúde consiste em descrever, a nível nacional, as grandes linhas. Deveriam ser cinco ou seis linhas. A atenção primária é a porta de entrada. É necessário um único pagador etc. Definidas as linhas ao nível nacional e lançada a reforma, deve-se deixar que o nível estadual ou local cuidem dos detalhes. Porém, o mundo acadêmico se enerva com o Estado que lança uma reforma sem tê-la completamente acabada.

É mais ou menos o que fazemos em medicina. Experimentamos um antibiótico, verificamos que não funciona e passamos para outro. Isso também está acontecendo com a política de saúde. A Espanha tem sido dominada pela França e gosta muito de redigir leis superdetalhadas, para resolver tudo. Mas, ao final, ninguém consegue dar forma a elas. Estamos fazendo pouco caso disso e entrando mais em uma cultura um pouco diferente, na qual as

grandes linhas de trabalho são muito mais ambíguas. Se as cinco grandes coisas estão claras, deve-se deixar os altos níveis lhes dar forma operacional. Essa idéia incomoda o mundo acadêmico.

Josep María Vía

Deve-se observar que o ensaio do erro é um método científico. Portanto, as políticas que experimentam e se equivocam e mudam a experimentação estão, digamos, aplicando um método científico. No entanto, tive a sensação de que alguns países latino-americanos orientam-se pelo chamado efeito moda, mas as elites desses países teriam maior capacidade de discernir quais dessas modas são ou não convenientes. Em outros países, não são tantas as condições de se discernir quais dessas modas são ou não adequadas. Portanto, houve alguns desastres pelo fato de que uma moda surgida em um país mais avançado, de repente, foi colocada em prática em outro menos avançado, sem levar em consideração vários outros aspectos.

Lembro-me, por exemplo, de um debate em que um professor da Universidade de Stanford defendia que a solução para o sistema de saúde latino-americano era a privatização ao estilo dos Estados Unidos. Do ponto de vista acadêmico, a exposição era absolutamente impecável. No entanto, copiava uma quantidade de feitos e de situações que tornavam muito difícil a sua aplicação, na América Latina. Não basta dizer simplesmente “agora vamos privatizar.” Atualmente, em quase nenhum país latino-americano parece claro que se tenha avançado rumo a um processo absolutamente aberto de privatização.

Talvez o que mais tenha avançado seja o Chile, embora exista um setor público, o Fonasa, que cobre a maior parte da população. Portanto, mais além do interesse do debate estéril, a idéia é simplesmente passar a men-

sagem de que é preciso ser crítico, reflexivo e não adotar a primeira moda oferecida. Mas, isso não é uma crítica, muito menos a quem se dedica à pesquisa, cujas contribuições são importantes.

PERGUNTA

Sobre repasses públicos, o que é feito com os recursos?

Josep María Vía

Há um hospital público em Barcelona, por exemplo, que criou uma empresa de prestação de serviços por imagem dentro do hospital e passou a obter lucros significativos. Esses lucros foram reinvestidos na finalidade do hospital, na pesquisa, docência, assistência, equipamentos etc. Existem hospitais na Espanha que são fundações. Suponho que as fundações aqui no Brasil sejam como lá, sem fins lucrativos. Algumas dessas fundações hospitalares produzem pequenos e não grandes lucros, reinvestidos no setor. Também existe uma reciprocidade muito importante. Um hospital muito bem administrado, tradicionalmente, produz lucros e os reinveste no setor. Outro exemplo são os clubes de diálises. Descobriu-se que estavam tendo um lucro muito grande. Aí, as tarifas foram congeladas por dez anos e ninguém protestou. Quer dizer, as situações são variáveis.

PERGUNTA

Sou do Ministério da Saúde. Aqui no Brasil, e acredito que em outros países mais desenvolvidos também, há um problema bastante sério. Tanto os prestadores pri-

vados como os filantrópicos, e até mesmo os universitários e os públicos, sempre se queixam de que as tabelas de pagamento dos procedimentos do SUS são bastante baixas. Imagino que isso seja uma situação geral em todo mundo.

Existe uma tendência tanto dos administradores dos hospitais, quanto dos médicos e de outros profissionais, de reclamar dos valores pagos pelo sistema. Acho que isso é uma constatação genérica. Dependendo de como se monta, por exemplo, um serviço laboratorial, pode haver uma ineficiência muito grande. E, eventualmente, a tabela proposta pelo SUS, hoje, dependendo do modelo do processo de trabalho, pode ser ou não adequada. Não concordo com a afirmação de que existe falta de serviço. Existem determinadas faltas localizadas. O que se observa, eventualmente, são excessos de serviços ineficazes em uma mesma localidade.

Sobre orçamento hospitalar, você se referiu a dois componentes, um calculado pelo recurso e outro pela estrutura. Quando é feita a distribuição orçamentária, como se detecta ou se corrige, tanto em termos de orçamento ou de outras medidas, a ineficiência dos serviços hospitalares?

Josep María Vía

O sistema adota o pagamento auto-regulatório. A ineficiência é penalizada pelo próprio sistema. Se é contratado um número de altas hospitalares por ano, corrigidas pela complexidade e estrutura, caso não se atinja o número, ou o nível de complexidade ou de estrutura, o hospital é muito prejudicado do ponto de vista da percepção dos 30%, pois o incentivo à cultura do contrato se baseia na responsabilidade das partes. Portanto, se há um laboratório ineficiente em um hospital, o problema não é do con-

tratador, mas do diretor do hospital. É obrigação dele resolvê-lo. Caso contrário, não poderá receber uma quantia da parte variável do contrato com o comprador.

Portanto, o comprador tem a obrigação de procurar que os mecanismos dos hospitais sejam eficientes para prestar serviços à população. O mecanismo à sua disposição é o contrato e, apesar das limitações já comentadas, ele deve exigir o seu cumprimento. E isso leva, ou tem de levar, à auto-regulação. Se um hospital, por exemplo, perde 15% da parte variável, sistematicamente, porque tem problemas com um laboratório ineficiente, é o hospital que tem de resolver esses problemas. E não o Ministério ou tampouco o comprador. Essa é a filosofia. No caso de um sistema em que não existe separação entre compra e provisão, em última instância e por sua conotação política, um problema desse tipo é do Ministro e não do diretor do hospital ou do comprador do serviço. No sistema de separação de funções, existe um profissional cujo salário também depende em parte do cumprimento do contrato. Portanto, é o primeiro interessado em resolver esses problemas de ineficiência.

PERGUNTA

No caso da Inglaterra, especialmente, gostaria de entender um pouco melhor a transição, do momento em que os GPs passam a ter um orçamento próprio para o momento atual. Os GPs tiveram até orçamentos expressivos para a aquisição de serviços, mas houve muita crítica em torno desse formato. Qual seria o formato agora?

Elizabeth Jorge

Os clínicos gerais têm verba na Inglaterra já há mais de oito anos. Portanto, mais de 50% deles adminis-

tram os recursos para a compra de serviços de saúde para os seus pacientes. Eles têm uma experiência bastante longa. Mas há uma divisão entre os que têm verba para comprar os serviços e os que não a querem. O que o governo pretendeu fazer, recentemente, foi incluir todos os clínicos gerais e responsabilizá-los pela compra de serviços. Por isso, criou os grupos de serviços básicos, que incluem todos os clínicos gerais de uma localidade. E passou a alocar os recursos para a compra de serviços de saúde desse grupo.

Qual é a transição? Todos são novos, por exemplo, no meu distrito. A minha Secretaria de Saúde tem quatro grupos de serviços básicos. O “budget” é de 320 milhões de libras. Portanto, cada um desses grupos será responsável por uma média de 80 milhões de libras a 120 milhões de libras. É muito dinheiro. Mas, como será feita a transição deste ano para o próximo ano? Os grupos ainda não têm habilidade para realizar essas compras. Esse é um ano intermediário. E a Secretaria Distrital de Saúde fez todos os contratos para 1999 e 2000, por um ano. Portanto, isso proporciona um período de tempo para os grupos de serviços básicos aprenderem como fazer os contratos, em termos geográficos, para o ano seguinte.

Rony Lenz

Gostaria de tecer alguns comentários sobre a municipalização, a centralização. Apesar de não conhecer praticamente nada sobre o sistema brasileiro, as várias exposições revelaram a preocupação com o tema. E gostaria de compartilhar um pouco os temas que têm sido debatidos no Chile, em seus quase 20 anos de experiência nesse campo.

Boa parte dos esforços do governo, na década de 90, foi consumida para tentar gerar distribuição de recur-

so equitativa do ponto de vista de acesso das pessoas à saúde. Infelizmente, ao se iniciar o processo, não tínhamos a experiência de outros países e partimos para o mecanismo de pagamento de contribuições, de “fee for service”. Isso provocou uma distribuição bem ruim dos recursos, pois expandiu a produção, efetivamente, nos municípios aonde havia infraestrutura e recursos humanos. Até fins dos anos 90 e graças a um trabalho árduo, hoje se tem, pelo menos, uma distribuição equitativa das transferências realizadas pelo Estado. No entanto, o gasto e, portanto, o volume de contribuições das pessoas continua sendo não-equitativo, pois os municípios têm diferentes fontes de receita.

Outro tema, já mencionado aqui, é a fragmentação da rede. O tema da municipalização, como modelo de atenção de saúde, está em discussão no Chile. Tradicionalmente, estava em discussão no que denominamos de “concertação”. Hoje, já existe a participação de atores de direita, que foram os patrocinadores desse modelo e consideraram necessário reavaliá-lo. Nesse sentido, o sistema secundário, os hospitais, atua como dupla garantia da atenção primária. A principal via da dupla garantia da atenção primária são as urgências hospitalares. Alguns estudos mostram que cerca de 50% das urgências nas grandes cidades chilenas correspondem à má resolução do nível primário de atenção.

Um outro aspecto em discussão tem sido a forte politização da saúde a nível primário, tema que não se debatia antes da municipalização. Imediatamente com o processo de municipalização, os prefeitos passaram a constituir um forte grupo de pressão política. A bandeira da saúde tem sido um dos maiores fatores de coesão que lograram alcançar. Paralelamente, foi organizado um forte sindicato, à luz da projeção municipal, de tal forma que hoje o governo tem de lidar não somente com os aspectos

relacionados com a gestão e o financiamento da saúde, mas também com os temas políticos afins.

A discussão com esses atores não é sobre saúde. É uma discussão política, de reivindicações salariais e orçamentárias. Dessa forma, tem sido praticamente impossível para o Ministério, para o Fundo Nacional de Saúde, lograr mudanças no modelo de atenção. Todas as experiências de mudança no modelo de atenção, como a proposta de um modelo de medicina familiar, acabam levando a alternativas como a criação de consultórios, que não pertencem aos municípios. Além disso, há um grande problema de coordenação de investimento, pois os municípios, pelas estruturas que os estados habitualmente têm, podem acessar fundos distintos dos fundos setoriais de investimento. São fundos de desenvolvimento regional, fundos provinciais, sobre os quais, em geral, a saúde não tem direito.

Começaram, então, a surgir uma série de consultórios. Durante algum tempo, houve resistência em financiá-los. Porém, é uma questão muito complexa. Uma vez construído o consultório e contratadas as pessoas, torna-se difícil negar os recursos. Ultimamente, temos visto uma espécie de hemorragia de ambulâncias que passam a circular por todos os municípios. Do ponto de vista dos prefeitos, é muito simpático o processo de estréia das ambulâncias em uma praça municipal. O problema é a falta absoluta de coordenação com o resto do sistema de transporte hospitalar.

Outro tema habitual nas discussões é a interrupção da carreira funcional, tal qual percebida pelo médico. Ainda não foi solucionado o problema do profissional médico que não quer permanecer na atenção primária, apesar da concessão de aumentos salariais significativos. Há jovens, em muitos casos estrangeiros, e gente que não tem o nível de qualidade para passar para a iniciativa privada ou para o serviço hospitalar.

Outro problema complicado é que a população continua entendendo, apesar dos 20 anos em que a atenção primária está a cargo da administração municipal, que a responsabilidade da gestão é do Estado. Esse é um assunto muito complexo, pois o Estado, o Ministério da Saúde e o Fundo Nacional de Saúde são responsáveis por algo sobre o qual não exercem influência e a população não tem conseguido identificar e criar mecanismos nos municípios que poderiam ser denominados de “controle social” ou “accountability”. Isso significa que, apesar do patrimônio, do financiamento e da gestão terem sido transferidos, as pessoas ainda culpam o Estado, a nível central, pela saúde que recebem a nível primário.

Finalmente, os prefeitos se encarregaram de colocar barreiras à entrada de outros concorrentes. Não há nada escrito que diga que o município é o melhor administrador da atenção primária. Nesse sentido, portanto, tem-se procurado possibilitar que outros prestadores, sejam dos níveis públicos secundários, entidades não-governamentais e inclusive empresas privadas, tenham acesso ao nível primário de atenção. No entanto, as barreiras políticas têm sido muito grandes, evidentemente, para proteger o financiamento recebido pelas prefeituras.

E, finalmente, outro tema muito importante relaciona-se não apenas a um processo de municipalização, mas ao envolvimento em um processo de reforma, que pode assumir as características da separação de funções, e ao fato de que tem de estar muito claro o objetivo de saúde pretendido em todo esse processo. Isso porque muito do que vi não só em meu país, mas na América Latina, diz respeito a uma série de recomodações organizacionais sobre as quais não se fixaram metas de saúde. Portanto, quando me perguntam como avalio, do ponto de vista da saúde, o impacto do sistema privado de seguros no Chile, o ISABRES, ou o processo de atenção municipal, diria

que, primeiro, não existem evidências sistemáticas para avaliar o impacto e, segundo, nunca ficaram claras quais foram as metas para melhorar os indicadores de saúde. E, terceiro, não creio que tenha havido nenhum impacto. Os impactos estão relacionados muito mais com estratégias de atenção primária e não com a criação desses entes administrativos.

Portanto, a partir da experiência chilena, a mensagem que gostaria de deixar seria a de que, se vocês estão preparando um processo de reforma, teriam de indagar o que esperam em termos de mortalidade materna, mortalidade infantil, expectativa de vida, morbidade e qualidade, para depois poder avaliar, efetivamente, os processos à luz desses indicadores de saúde.

SEMINÁRIO
A SEPARAÇÃO DO FINANCIAMENTO
E DA PROVISÃO DE SERVIÇOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ENCERRAMENTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Dr. Geraldo Biasoto

Ao observar alguns sistemas, especialmente europeus, a percepção que se tem é que a realidade das reformas está sempre em constante mudança. Embora sejam extremamente bem plantados e consigam oferecer a suas populações alto nível de saúde, vivenciam uma permanente reforma, na tentativa incessante de aperfeiçoar a atenção, de estabelecer níveis de competitividade e melhores níveis de eficiência. Isso é uma coisa até engraçada do ponto de vista do Brasil, porque há três ou quatro anos o SUS ou não SUS parecia até uma questão ideológica. E parecia só ter uma forma, monolítica.

Na verdade, o que fica deste Seminário, e me parece extremamente rico, é que temos inovações a realizar no SUS. Vimos isso nas várias colocações em nível internacional e nacional, com as pessoas discutindo o caso brasileiro e chegando até a um grande consenso de que no Brasil a saúde é mesmo pública. As relações entre os três níveis de governo, porém, precisam ser aprimoradas. É até bom ouvir que, no caso chileno, também existem alguns problemas com a municipalização. Também é preciso partir para ações como a contratualização de hospitais, para tentativas de percapitação. Há muito a caminhar, embora tenhamos marcos gerais.

Também é muito salutar que hoje as pessoas se disponham a essa discussão, sem estar armadas de um ponto de vista ideológico até, muito reativo, a ponto de dizer que “não se pode fazer nenhuma mudança”. É possível mudar na direção de melhorar a saúde pública, como

está inclusive acontecendo na área dos planos de saúde. Hoje, isso também é saúde no Brasil. Também integra nosso universo e faz-se necessário trabalhar com essa área que abrange 46 milhões de pessoas. Não se pode deixá-la como se fosse um gueto, uma coisa externa ao Estado.

É preciso regular. Esse, inclusive, é um dos grandes temas para o qual a tônica deve recair tanto no público quanto no privado. A capacidade de regulação do Estado tem de crescer. A capacidade da prestação direta é visível. Existem muitos locais no Brasil que conseguem, inclusive com provedores privados, fazer uma prestação de alta qualidade. Mas é preciso recuperar a capacidade de regulação. Recuperar não, porque o Estado brasileiro talvez nunca tenha tido essa capacidade. Mas porque isso se coloca agora, como em todas as experiências internacionais, pela necessidade de gerar essa capacidade de regular, arbitrar e compor situações de interesses públicos e privados, nos quais o interesse da população e de uma prestação de um serviço melhor é o interesse básico.

Banco Mundial
Dr. Hernán Montenegro

Em nome do Banco Mundial, gostaria de agradecer ao Ministério da Saúde, particularmente, às Secretarias de Investimento, de Assistência à Saúde e Política de Saúde, que participaram da organização deste Seminário juntamente com a Cooperação Técnica britânica.

O Banco Mundial acredita que este tipo de evento, no qual a discussão estimula a reflexão, proporciona um grande apoio ao processo de maturação e organização dos sistemas de saúde. Muitos aqui, como eu, também tiveram cargos de governo. E, quando se está na execução, não sobra muito tempo para uma reflexão profunda e analítica

sobre a realidade. Esse tipo de atividade, com ampla representação do setor saúde, do mundo acadêmico e governamental em seus distintos níveis, configura uma excelente oportunidade para a discussão e a reflexão, cujos objetivos são melhorar o sistema de saúde.

O Banco Mundial sempre considerou que apoiar eventos iguais a este, no qual se reúnem muitos especialistas e a experiência internacional pode ser relevante, ajuda bastante no processo de reflexão. É muito importante ressaltar também que as experiências internacionais não implicam exportar um modelo. Isso ficou bem claro durante este Seminário. Conhecer as experiências de outros países e seus modelos é sempre interessante. E não só as coisas boas, mas também os erros, para aprender com o que já existe, com a experiência acumulada. Portanto, o que for possível aplicar deste conhecimento à realidade brasileira e ao Sistema Único de Saúde, nos distintos níveis, sempre será bem-vindo.

No contexto da modernização, da experiência de duas décadas, e sobretudo no tema da descentralização, acredito que o Seminário mostrou que, ao se estabelecer a separação e um novo tipo de relação entre financiador e provedor, tem-se um instrumento operativo prático que pode ser vinculado às transferências dos recursos para a obtenção do resultado desejado. No contexto da descentralização, prevaleceu a intensificação da discussão e aprofundamento do tema, que é onde se vincula a transferência, os recursos, com um resultado. E isso é pactuado, negociado, com o incentivo para construir esta nova relação de busca da eficiência, da qualidade, de integração da rede. Portanto, há um instrumento com um potencial de uso muito grande, a ser analisado e aplicado, se for o caso.

Esta relação, e quero insistir nisso, ocorre tanto no âmbito do financiador público com provisão pública, quanto no do financiador público com provisão privada. A rela-

ção pública, levando em consideração as discussões deste Seminário, pode melhorar muito com alguns dos elementos que fizeram parte do debate. Gostaria de dizer também que a discussão prosseguirá, pois haverá em Brasília um trabalho técnico com maior aprofundamento. Em conjunto com o Ministério da Saúde, pretendemos fazer uma publicação das apresentações, dos trabalhos e dos relatos detalhados deste Seminário. Esperamos poder distribuí-la a todos os participantes.

Gostaria de agradecer a participação ativa e entusiasta de todos, com perguntas muitas boas, comentários e dúvidas, e dizer que, na verdade, tudo depende de vocês. Se esta iniciativa significou algo, gerou alguma idéia, alguma reflexão, então, terá sido um êxito. Para nós, fica a tarefa de ver como essas discussões podem ter aplicação, talvez mais na frente, talvez de outra forma. A idéia, porém, é de que tenha uma utilização adaptada à realidade do Brasil.