

Exame e diagnóstico da crise do serviço

Propostas passam pela criação de um sistema nacional de auditoria, pelo fim das emendas dos parlamentares no Orçamento para a área de saúde e pela autonomia das unidades públicas

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS

Parte dos vícios e distorções do Estado brasileiro nas folhas de pagamento, na aquisição e manutenção de materiais, nos pagamentos de terceiros, na ociosidade, entre outros pontos, atingem todos os Ministérios e constituem significativa fatia do Orçamento.

A transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, trouxe mais um desperdício, várias vezes maior do que o já existente no Ministério; originou-se na forma com que a Previdência vinha comprando serviços médico-hospitalares no setor privado. Estão aqui identificados os atos desnecessários, sem indicação técnica. A resistência histórica da Previdência, de não desenvolver competência a respeito de quais serviços a população necessita, em que quantidade e qualidade, como propor e licitar os serviços necessários, enfim, a competência do bom comprador, levou à produção crescente de serviços desnecessários; à acomodação dos prestadores com a clientela cativa, e à predominância dos interesses dos prestadores sobre os da população. Às crises de caixa para pagamento, a Previdência reagia com glosas dimensionadas à capacidade pagadora, o que estimulava toda sorte de superfaturamentos.

No âmbito do SUS, a Constituição, legislação complementar e resoluções do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Inter-gestora Tripartite (representação oficial das três esferas de governo), antecipam decisivos me-

canismos e medidas de reforma do Estado:

a) Descentralização da gestão das ações e serviços aos Estados e municípios, incluindo a implementação de sistemas de avaliação, controle e auditorias.

b) Regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, tendo como objetivo a eliminação das duplicações das ofertas de serviços de saúde.

c) Articulação do setor saúde, ao nível regional, com os demais setores que promovem a qualidade de vida e da saúde.

Há vários impedimentos e dificuldades que retardam a implementação do SUS e o controle dos desperdícios:

1. A centralização financeira mantém os gestores (Estados e municípios) e prestadores (públicos e privados) distantes do pagador e dele dependentes, e por isso permanece impossível a negociação e pactos gestores-prestadores.

2. O sistema tributário e fiscal, concentrado e centralizado na esfera federal, quanto aos impostos e contribuições sociais, mantém a necessidade dos repasses federais, e a tradição de vinculá-los à produção de serviços prestados mediante faturas e relatórios de produção.

3. A normatividade e verticalidade técnica centralizada na esfera fe-

deral, mantém os gestores "descentralizados" obrigados a cumpri-las, apesar dos freqüentes irrealismos programáticos mas que justificam o recebimento dos repasses.

4. Significativo volume de repasses federais para investimento, não obedecem nem estimulam os planos estaduais e municipais de saúde, porque correm paralelamente ao SUS, através de emendas parlamentares e de acertos governamentais entre as três esferas executivas.

5. O Tesouro nacional, através do Orçamento-Geral da União dispõe significativa fatia para o setor saúde, paralelamente ao SUS, ao financiar entre 60% e 90% dos custos da assistência médico-hospitalar prestada por credenciamentos especiais de serviços particulares, destinados aos servidores federais da administração direta (patronal) e indireta (estatais), com um per capita de custeio muitas vezes maior que o destinado ao SUS.

6. A retração da contrapartida federal no financiamento do SUS, constituiu o maior fator pelo qual a resolutividade (solução dos problemas de saúde) caiu na rede básica de saúde, principalmente pela grande queda na aquisição e fornecimento de medicamentos e materiais de exames diagnósticos. Isto acarretou grande intensificação do fluxo da demanda aos pronto-socorros e ambulatórios de especialidades de hospitais regionais, saturando-os e encarecendo ainda mais o sistema, com a multiplicação de atendimen-

tos para solucionar a massa de atendimentos simples. Fenômeno similar ocorreu com as internações: os baixos valores das tabelas de pagamento sob regime inflacionário, acarretou grande repressão de internações necessárias (mas pouco rendosas) e superprodução de internações desnecessárias (mais rendosas).

7. O significativo aumento da contrapartida municipal, principalmente nos municípios de porte médio e grande (muitos ultrapassando de 10% do orçamento fiscal próprio para a saúde), e o discreto aumento das contrapartidas estaduais, a partir de 1991, não conseguem produzir impacto, devido ao baixo peso específico destas esferas no sistema tributário e de contribuições sociais.

Assim é possível se adotar medidas de efeito imediato e de curto prazo de controle de desperdícios, tais como:

1. Recadastramento dos hospitais e médicos.

2. Recadastramento dos hospitais de ensino.

3. Realização da crítica de consistência e congruência da informatização da AIH, entre o diagnóstico, e as condutas adotadas.

A isso, se acrescentariam outras medidas, de curto e médios prazos, também para evitar o desperdício, especialmente no ano que vem:

1. Decreto para transferências federais globais e regulares fundo a fundo, para Estados e municípios que assumirem a etapa semi-plena de gestão do SUS. Estas

transferências devem se dar com mecanismos similares aos do Fundo de Participação dos Estados e do Fundo de Participação dos Municípios.

2. Projetos de regionalização dos serviços aprovados pelas bi-partites, em regiões que contém uma massa crítica de municípios em gestão semi-plena, e onde as

necessidades e prioridades da população-alvo sejam traduzidas por grupos de risco.

3. Decreto criando o Sistema Nacional de Auditoria, que valoriza, estimula e dá condições para a auditoria descentralizada a cargo dos Estados e municípios.

4. Atos do Executivo e/ou Legis-

lativo, criando a obrigatoriedade da patronal e caixas de assistência à saúde dos servidores, inclusive das estatais, a incluírem todos os órgãos do Serviço Único de Saúde como seus "credenciados" para assistência às respectivas categorias. Inclui-se nestes atos, as caixas dos parlamentares e do Poder Judiciário.

6. Ato do Congresso Nacional, eliminando a existência de emendas parlamentares para investimentos e custeios do Orçamento-Geral da União na saúde.

7. Atos dos Executivos e Legislativos estaduais e municipais, estabelecendo, de modo subordinado aos princípios e diretrizes do SUS, a autonomia gerencial das unidades públicas de prestação dos serviços.

■ Nelson Rodrigues dos Santos é professor da Universidade Estadual de Campinas.

**HÁ
NECESSIDADE
DE EVITAR A
DUPLICAÇÃO
DAS OFERTAS
PARA CORTAR
O DESPÉRDIO**