

Bisturi versus CMF

O GLOBO

23 SET 1995

FRANCISCO EDUARDO
BARRETO DE OLIVEIRA

Sem qualquer demérito a muitos dos grandes nomes que o antecederam no cargo, o atual ministro da Saúde, Adib Jatene, nos brinda com um autêntico exemplo de ação cidadã, reproduzindo, no trato da coisa pública, o mesmo zelo com que atende seus pacientes. Sua preocupação com o estado caótico da saúde no Brasil e o esforço com que vem enfrentando as inúmeras dificuldades à frente de seu ministério merecem, sem dúvida, o respeito de todos.

A sua recente proposta de recriação do IPMF, agora rebatizado como Contribuição sobre Movimentação Financeira (CMF), reflete, exatamente, essa angustiante preocupação do ministro com a falta de recursos para atender as necessidades, hoje patentes, no setor de sua responsabilidade. Contudo, mesmo reconhecendo seus sinceros propósitos, somos forçados a discordar da solução preconizada pelo ministro Jatene, tendo em vista, principalmente, as alternativas de políticas para o setor, seguramente mais eficazes e democráticas.

Por exemplo: os dados que o ministro utiliza, retirados de uma recente publicação do Banco Mundial, entretanto, demonstram que o Brasil gasta menos **per capita** que seus vizinhos da América Latina. Como toda comparação internacional, esta deve também ser encarada com muitas reservas. Se utilizados dados contidos no Relatório sobre Desenvolvimento Mundial — 1993 do mesmo banco, o Brasil aparece como segundo país que mais gasta **per capita** em saúde na América Latina, superado apenas pela Argentina.

Na verdade, nunca se gastou tanto — e tão mal — na área de saúde. Apenas para citar uns poucos números, os repasses mensais do Tesouro para custeio das atividades do Ministério da Saúde evoluíram de US\$ 390,3 milhões por mês, em média, durante 1993 para cerca de R\$ 514,8 milhões em 1994, chegando a R\$ 634,7 milhões em 1995. Em termos relativos, o Ministério da Saúde é responsável hoje por cerca da metade das despesas de custeio do Orçamento fiscal.

Infelizmente, esse enorme aporte adicional de recursos financeiros não tem sido correspondido por uma melhoria qualitativa ou quantitativa dos serviços prestados à população. Embora não existam indicadores seguros que permitam afirmativas categóricas, a simples análise do conteúdo da mídia revela que o caos na saúde persiste: corporativismo, empreguismo, grevismo, fraude e desvios de recursos são apenas algumas das mazelas de um sistema mal concebido e pessimamente administrado.

Aumentar a arrecadação "parafiscal", compulsória, num quadro de pesada carga tributária que onera o setor privado da economia brasileira — de resto uma iniciativa inteiramente incoerente com as propostas de reforma tributária defendidas pela sociedade em quase consenso — é o mesmo que, falando em linguagem médica, dar mais oxigênio a um paciente em fase terminal. Em bom economês, é colocar mais recursos no saco sem fundo.

O ministro declara que o SUS paga R\$ 2 por uma consulta e R\$ 4 por uma diária hospitalar. Quanto seriam valores razoáveis? Suponhamos R\$ 20 e R\$ 40, respectivamente, o que ainda estaria muito longe de uma consulta na medicina particular e de uma diária de um hotel de última categoria. Admitindo-se estes valores e a hipótese bastante realista que os demais procedimentos estariam igualmente defasados, chega-se a uma conclusão que é, ao mesmo tempo, óbvia e surpreendente: se o

problema fosse de recursos, seria necessário multiplicar por dez a alocação de recursos à saúde para levar os preços a um patamar minimamente decente!

É claro que se trata de um exercício meramente ilustrativo — seriam necessários vários "orçamentos fiscais" para financiar apenas a área de saúde. A conclusão é absolutamente trivial: embora possa haver alguma necessidade de recursos adicionais, a chave da questão reside em racionalizar o emprego dos recursos já existentes. Aliás, administrar é a arte de conseguir o máximo resultado, considerando, necessariamente, uma situação de escassez de recursos.

O que falta é ousadia de enfrentar o problema e implementar soluções que atinjam a própria lógica do sistema, sem cómodo refúgio da eterna choradeira por mais recursos. Enquanto existir um sistema em que prefeito gasta, mas quem paga a conta é o Governo federal, não há controle social que funcione; enquanto o corporativismo imperar, os interesses dos funcionários públicos prevalecerão sobre os da comunidade a quem deveriam servir, enquanto houver a lógica do "terceiro pagador", há todo um incentivo ao desperdício. O paciente demanda mais e melhores serviços, ao prestador de serviços interessa prestar o máximo de serviços — reais ou fictícios — pois assim lucra cada vez mais, e ao "terceiro pagador" só resta pagar a festa, no máximo auditando o processo **a posteriori**.

Sugestões concretas não faltam. Por exemplo, o **voucher-saúde**, proposta do Instituto Atlântico para a reforma da área de saúde, é uma das várias idéias que talvez merecesse consideração. Em termos muito simplificados, todo cidadão receberia anualmente do Governo um **voucher**, pessoal e inegociável, com valor médio de cerca de US\$ 100, porém variável conforme sexo e idade individuais. De posse desse **voucher**, cada indivíduo escolheria uma entidade mantenedora de saúde (EMS), pública ou privada, que, recebendo essa anualidade, comprometer-se-ia em prestar durante um ano um contrato padrão de serviços básicos, assegurando-lhe toda a cobertura tanto em termos de procedimentos preventivos quanto em termos de medicina curativa, excluídas apenas cirurgias não éticas e aquelas realizadas apenas para fins estéticos. Se descontente com os serviços, é facultado ao cidadão mudar de EMS, mesmo antes de um ano. Neste caso, seria transferido à nova EMS selecionada o "saldo" do **voucher**, considerando-se um **pro rata** de meses ainda faltantes.

Observe-se que se inverte a lógica do sistema. Sendo a receita fixa durante um período de tempo, a prioridade da EMS passa a ser no controle da despesa; deixa-se a chamada "indústria da doença", que é substituída pela "indústria da saúde". Por outro lado, sem abandonar os controles governamentais, que devem estar presentes em todas as etapas — do contrato padrão à autoria operacional injeta-se no sistema a perspectiva de competição entre EMS, inclusive entre entidades públicas e privadas.

O Congresso Nacional deposita tanta confiança no ministro-médico Jatene, que, à falta de outra proposta, a criação da CMF talvez venha a ser aprovada. E, a despeito da reconhecida competência do ministro-médico, se isso vier a se confirmar, teremos perdido uma excelente oportunidade para discutir em profundidade os problemas e as soluções para a área de saúde que permitam o uso minimamente eficaz dos poucos recursos disponíveis.

Francisco Eduardo Barreto de Oliveira é coordenador do Comitê de Previdência e Saúde do Instituto Atlântico.