
A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde

MARE

Ministério da Administração
Federal e Reforma do Estado

Ministro
Luiz Carlos Bresser Pereira

Chefe de Gabinete
José Walter Vazquez Filho

Secretária-Executiva
Cláudia Costin

Secretária da Reforma do Estado
Angela Santana

Secretário de Recursos Logísticos
Rainer Weiprecht

Secretário de Recursos Humanos
Luiz Carlos de Almeida Capella

Secretário de Logística e Projetos Especiais
Carlos César Pimenta

Presidente da ENAP
Escola Nacional de Administração Pública
Regina Silvia Viotto Monteiro Pacheco

Agredcimentos aos comentários de:

Angela Santana

Luiz Arnaldo Pereira da Cunha

A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde

Caderno 13

MARE | **Ministério da Administração
Federal e Reforma do Estado**

Brasília - DF / 1998

Conselho Editorial

Ciro Campos Christo Fernandes - presidente
Cláudio Seiji Sato
Frederico Raphael C. Durão Brito
Sheila Maria Reis Ribeiro
Selene Marinho Machado
Maria Lúcia Casasanta Brüzzi
Letícia Schwarz
Marianne Nassuno

Projeto e Editoração Gráfica

João Carlos Machado Ribeiro

Cláudio Seiji Sato
José Murilo C. Carvalho Júnior
Selene Marinho Machado
Roberta Figueiredo Abreu Cruz
João Carlos Machado Ribeiro
Antônia da Silva Farago
Barbara Petrucci Goulart Gonzaga
Thaisis Barboza Souza (estagiária)

Copyright © MARE, 1998.

1ª Edição, 03 de março de 1998

2ª Edição, 02 abril de 1998

MARE

**Ministério da Administração
Federal e Reforma do Estado**

Sala 740, Fones: (061) 313-1451
Esplanada dos Ministérios, bloco C.
Brasília - DF
CEP 70046-900

Impresso no Brasil

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.
A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da
Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998.
33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13)

1. Saúde Pública - Reforma administrativa - Brasil. 2. Sistema
Único de Saúde - Organização - Brasil. I. Título. II. Série

CDD - 351.0073

Sumário

Sumário	5
Introdução	7
Reforma Administrativa do Sistema de Saúde	9
A Reforma da Saúde	22
Controle Municipal da Saúde	25
Discurso de posse do Ministro José Serra, no Ministério da Saúde ..	28
Apêndice: Um artigo do The Economist	38

Introdução

Em 1995 o Ministério da Saúde estava implementando a Norma Operacional Básica, NOB - 93, dando especial ênfase à descentralização para municípios nos termos da “Administração Semi-Plena”. O Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser Pereira, logo após viagem ao Reino Unido, onde havia observado novas formas de gestão dos sistemas de saúde, levou ao Ministério da Saúde uma nova idéia de organização para o Sistema Único de Saúde - SUS. A principal mudança seria distinguir com clareza a demanda da oferta de serviços, e controlar a oferta principalmente através da demanda. Para isto a estratégia fundamental seria distribuir os recursos federais do SUS para os municípios de acordo com o número de habitantes do município e não com o número de leitos. O objetivo visado era a permissão de que os municípios e os Conselhos Municipais de Saúde montassem um “sistema de entrada e triagem”, para encaminhamento dos pacientes aos hospitais, e credenciassem de forma competitiva os hospitais e ambulatórios especializados do próprio município, bem como os dos municípios vizinhos. A partir do estabelecimento do sistema de entrada (que depois recebeu o nome de PAB - Piso de Atendimento Básico) nenhum paciente, exceto atendimentos de emergência, seria diretamente internado em hospitais.

Essas idéias encontraram ambiente favorável no Ministério da Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, dado o princípio original do SUS de ser um sistema descentralizado. Depois de intensa colaboração entre os dois Ministérios, em que a participação do Secretário-Executivo José Carlos Seixas e do Secretário de Assistência à Saúde, Eduardo Levcowitz, foi decisiva, em novembro de 1996 foi assinada pelo Ministro Adib Jatene a NOB - 96, que consagrou esses princípios, representando uma profunda revolução na organização do SUS. A atual administração do Ministério da Saúde, comandada pelo Ministro Carlos Albuquerque, está em pleno processo de implementação da nova medida. Em novembro de 1997 foi implantada a primeira etapa do projeto, com a criação do PAB e a distribuição para cada município de 10 reais por habitante para financiar o sistema de entrada e triagem, além de valores adicionais para as medidas de medicina preventiva e sanitária, também per capita. Em março de 1998 assumiu o Ministério da Saúde o Senador José Serra, cujo discurso de posse é aqui reproduzido junto com outros documentos que fundamentam a Reforma Gerencial em curso no Ministério da Saúde.

1

Reforma Administrativa do Sistema de Saúde

Luiz Carlos Bresser Pereira

A Constituição Brasileira de 1988 inscreveu a saúde entre os direitos sociais, reconhecendo-a como direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Em 1990, sua regulamentação, por intermédio da Lei Orgânica da Saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde - SUS. Iniciava-se então, uma reforma sanitária de grande envergadura, definida a partir dos seguintes princípios: (1) universalidade da cobertura; (2) atendimento integral; (3) equidade; (4) descentralização dos serviços para os estados e municípios, também participantes do financiamento; (5) não-concorrência mas unidade sistêmica entre as ações de saúde da União, dos Estados e dos Municípios; (6) participação complementar do setor privado na oferta de serviços; (7) equilíbrio entre as ações de promoção, proteção e de recuperação da saúde; (8) participação comunitária e controle social por meio dos Conselhos de Saúde.

O SUS tornou-se assim, o sistema integrado de atenção à saúde garantido pelo Estado brasileiro. A gestão federal do SUS foi atribuída ao Ministério da Saúde, que conta com a participação das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, além dos centros de pesquisas sobre saúde também integrantes do sistema. O sistema de financiamento não foi claramente definido, embora ficasse estabelecida a responsabilidade dos três níveis de Estado, com ênfase na União. Foi estabelecido, de forma inédita, que os recursos alocados à Previdência, Assistência Social e Saúde fariam parte integrante do orçamento da Seguridade Social.

Conforme observa precisamente um documento básico do Ministério da Saúde (1993), o SUS tem como objetivo a saúde como

um todo, definida não apenas como atividades assistenciais, mas como requisito para o exercício pleno da cidadania, que começa a ser garantido por políticas públicas, econômicas e sociais, que reduzam riscos à saúde e assegurem melhor qualidade de vida.

Esta é uma proposta de reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS. Este sistema necessita completar o processo de reforma fazendo com que as mudanças administrativas permitam conferir maior grau de resolubilidade, de integralidade das ações e de qualidade. Ao mesmo tempo, as reformas devem proporcionar solução para os graves problemas de financiamento, promover o uso mais racional dos recursos disponíveis e evitar fraudes. Dada a existência de recursos sempre limitados, o objetivo da reforma é garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema, que garanta menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado. Só dessa forma será possível maximizar os recursos públicos disponíveis e, ao mesmo tempo, garantir a moralidade do sistema. Visa ainda a racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários.

Para alcançar esse grau maior de controle, a reforma opta por três estratégias:

- (1) descentralização, com maior clareza na definição das atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo;
 - (2) montagem de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional, constituído de dois subsistemas: Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar; o primeiro sistema será dotado de resolubilidade para os problemas mais comuns de saúde, integralidade das ações básicas de saúde (promoção prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação de 90% a 95% destes problemas mais comuns), continuidade do cuidado de saúde dos indivíduos e das famílias, evitando a fragmentação e a superposição das ações básicas, além do compromisso com a qualidade do atendimento; a este subsistema compete, também, o encaminhamento para atendimentos de níveis maiores de complexidade e de especialização na rede ambulatorial de referência e nos hospitais; esta rede ambulatorial especializada e os hospitais constituem o segundo subsistema denominado Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar; e
 - (3) montagem de um sistema de informações em saúde visando acompanhar os resultados das ações dos dois subsistemas
-

mencionados, conectados em rede, com capacidade de controlar despesas, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados.

Os pressupostos da reforma são sete. Primeiro, pressupõe que a descentralização permite um controle local muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados. Segundo, que a descentralização favorece o controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço, tornando-o duplamente efetivo. Terceiro, a separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para solução de problemas mais simples em nível do indivíduo e da família e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar permite o surgimento de mecanismo de competição administrada altamente saudáveis, envolvendo os Entrada e Controle entre si (competição pela qualidade, resolubilidade, efetividade, integralidade e continuidade) e entre ambulatórios e hospitais de referência (competição pela qualidade, redução de custos e desempenho entre outros). Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicos gerais diretamente controlados pelo poder público evitará uma grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias. Quinto, que a partir da efetiva responsabilização dos Prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria permanente realizada em nível municipal será mais eficiente e oportuna, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelos poderes federal e estadual. Sexto, que a participação e o controle social em nível municipal passam a ser mais efetivos na medida que asseguram o acesso direto dos usuários ao sistema de controle. Sétimo, que esse controle é fortalecido pela montagem dos Conselhos Municipais de Saúde.

Diagnóstico Sumário

A criação do SUS foi, sem dúvida, a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado Brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985. Entretanto, a sua implementação realizou-se de forma parcial. Tanto assim que, em 1993, o Ministério da Saúde publicou um documento com o significativo título Descentralização dos Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei. Este documento estabeleceu as bases para a descentralização dos serviços de saúde, definindo três situações transitórias de descentralização: “transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena”.

Entretanto, a descentralização da gestão e do controle com a responsabilização do poder municipal pelo atendimento à saúde vem caminhando lentamente. Na verdade, a situação atual do Sistema Único de Saúde é preocupante, não obstante a enorme quantidade de energia que os responsáveis pela saúde pública no Brasil a ele têm dedicado.

Esse fato é principalmente verdadeiro em relação ao atendimento ambulatorial e hospitalar da população. Embora dedicando mais de 80 por cento do seu orçamento à medicina hospitalar e ambulatorial, que, desta forma, absorve uma parte dos recursos escassos que deveriam estar destinados às ações preventivas, os resultados deixam muito a desejar.

No plano das atividades de saúde de alcance coletivo foram observados ao longo da história resultados mais satisfatórios. Os avanços realizados desde o início do século foram enormes. Mas, até mesmo esse segmento foi atingido pela crise do sistema de financiamento do SUS ocorrida nos últimos anos, como se pode observar pelo recrudescimento de endemias (Medici, 1995:133).

Em qualquer ação de governo estão envolvidos três aspectos: a definição da política, o seu financiamento, e a sua administração. Neste documento concentraremos nossa atenção no problema administrativo da assistência ambulatorial e hospitalar. Entendemos que a definição da política do governo em relação à saúde está bem definida em suas linhas gerais. O financiamento, por outro lado, está sendo agora encarado de forma realista pelo Ministro da Saúde mediante, principalmente, da proposta complementar à execução orçamentária, da Contribuição Provisória sobre Circulação Financeira, vinculada à Saúde.

A proposta de reforma que aqui faremos reconhece o caráter prioritário das medidas preventivas de promoção e de proteção à saúde, mas só se refere a elas indiretamente. O que se espera é que as economias decorrentes do processo racionalizador venham propiciar recursos econômicos e financeiros para o desenvolvimento daquelas medidas.

O problema fundamental enfrentado pela assistência ambulatorial e hospitalar é o da baixa qualidade dos serviços. Estes não estão disponíveis para a população nem na quantidade nem na qualidade minimamente desejável. O cidadão é obrigado a longas esperas para atendimento, que, na maioria das vezes, se demonstra precário, embora com condições de resolubilidade. Não é por outra razão que os sistemas privados de medicina em grupo - os convênios - florescem, financiados não apenas individualmente, mas principalmente, pelas empresas. A grande massa da população brasileira, entretanto, continua a depender do SUS, que, carente de recursos, e com um sistema administrativo ainda indefinido, não atende aos princípios propostos. Na prática, não é universal, não garante a equidade, a descentralização é limitada e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos Estados e dos Municípios. Além disso, favorece desnecessariamente as internações

hospitalares em detrimento do tratamento ambulatorial, que é mais barato e capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde.

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

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

A municipalização do sistema está sendo implementada, por intermédio da descentralização nas condições de gestão “incipiente”, “parcial” e “semi-plena”. Mas o processo tem sido lento, por duas razões: porque se exigem pré-condições de competência muito elevadas para os municípios, resultando daí um gradualismo sem fim; e porque se pretende englobar no processo de descentralização todos os aspectos da saúde ao invés de separar os problemas e atacá-los individualmente. O documento de 1993 do Ministério da Saúde, citado anteriormente, reorienta o processo de descentralização, que passa a ser realizado desde que o município preencha determinados requisitos.

Já a idéia da criação de um Sistema de Atendimento à Saúde e sua clara separação operacional em dois subsistemas (Subsistema de Entrada e Controle e Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar) não foi ainda discutida. Essa é uma proposta que viabiliza

a implementação do SUS, ao tornar muito mais rápida e efetiva a descentralização. Nos termos aqui propostos será possível por parte do Estado concentrar sua atenção . na organização e funcionamento do Subsistema de Entrada e Controle através de cuidados básicos de saúde ao indivíduo e à família, com encaminhamento dos pacientes cujos problemas não forem resolvidos neste nível para serem atendidos no Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Aquele subsistema permitirá melhor qualidade do atendimento como também uma nova racionalidade da ação médica, combatendo-se o desperdício, o abuso de procedimentos de alto custo e o combate às fraudes. Dado que 51 por cento dos custos da assistência médica, atualmente, se referem aos cuidados ambulatoriais, a fiscalização e combate às fraudes devem ser abrangentes, envolvendo tanto os cuidados hospitalares quanto os ambulatoriais.

O fornecimento de serviços hospitalares será estimulado por meio da administração de sua demanda por parte da população. Esta administração da demanda se consubstanciará no credenciamento e, em seguida, no encaminhamento dos pacientes aos hospitais. Será controlado pela auditoria municipal dos serviços, que incluirá o contínuo processo de controle realizado por médicosdos Entrada e Controle, que acompanharão o histórico dos pacientes cuja internação autorizarem.

A Reforma

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

O que se está procurando, por meio desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma das partes fundamentais do mesmo - e certamente a mais cara - : a assistência ambulatorial e hospitalar. A reforma estará baseada em três idéias básicas.

Em primeiro lugar, implantar-se-á um processo decisivo e rápido de descentralização, através do qual a responsabilidade da Prefeitura, do Governo do Estado e do Governo Federal fiquem claramente definidas. Hoje, na maioria das cidades brasileiras, o cidadão entende que a autoridade responsável pela sua saúde é o Ministério da Saúde. É preciso mudar essa percepção, dando poder ao Governador e ao Prefeito, e aos Conselhos Municipais de Saúde, assim levando o cidadão a também atribuir-lhes a responsabilidade pelo atendimento de saúde

que o SUS lhe garante. Conforme observam Dilulio e Nathan (1994), a maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos estão baseadas na descentralização para entidades regionais.

Continuarão a ser utilizadas as quatro categorias atuais de descentralização: centralizado, descentralização incipiente, descentralização parcial e descentralização semi-plena, com as modificações que forem necessárias. O objetivo será colocar, em um primeiro momento, um grande número de municípios, na administração descentralizada parcial, caminhando-se em seguida para a semi-plena.

Em segundo lugar, cada município deverá montar um Sistema de Atendimento de Saúde, integrado, hierarquizado e regionalizado, para seus cidadãos, a partir da base municipal. Desse sistema fará parte o Subsistema de Entrada e Controle, constituído de Unidades ou Postos de Saúde Municipais e/ou de Médicos de Saúde da Família (médicos clínicos gerais), que estarão diretamente subordinados à autoridade de saúde municipal, e de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar formado por ambulatórios e hospitais credenciados, que poderão ser estatais, públicos não-estatais (filantrópicos) ou privados, e que poderão estar dentro do município ou muito freqüentemente fora dele. Separar-se-ão, assim, com clareza, os dois Subsistemas, permitindo-se o controle do segundo pelo primeiro e, sempre que possível, o surgimento de um mecanismo de competição administrada entre os supridores de serviços de saúde.

Em terceiro lugar será montado um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde que colocará à disposição das autoridades de saúde e dos usuários, relatórios referentes ao uso de verbas, aos dados epidemiológicos e de desempenho dos serviços de saúde, capazes de gerarem indicadores de custos, de demanda atendida e de resultados referentes aos dois subsistemas mencionados. O gerenciamento, no âmbito do SUS, caberá a DATASUS.

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

Examinemos mais detidamente cada um dos três pontos da reforma.

Subsistema de Entrada e Controle

A reforma começará pela criação de um Subsistema de Entrada e Controle, em nível do Ministério da Saúde, que estabelecerá as diretrizes e os conteúdos mínimos dos Entrada e Controle. Estas diretrizes serão formuladas e debatidas com os Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e com o Conselho Nacional de Saúde para definir o funcionamento básico dos Entrada e Controle, estabelecer estratégias e cronogramas de implantação, bem como para acelerar a municipalização. As diretrizes e normas definirão as bases organizacionais e gerenciais comuns aos Entrada e Controle, assim como os mecanismo de alocação e de controle dos recursos destinados ao pagamento dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares para atender aos encaminhamentos de um dado Distrito de Saúde. Serão alocados, também, os recursos necessários ao funcionamento das unidades, ações de promoção da saúde e de vigilância sanitária e epidemiológica. Preferentemente, os recursos para instalação e manutenção dos Entrada e Controle devem ser oriundos dos recursos do Tesouro Municipal, como contrapartida dos recursos federais e estaduais do SUS. Os recursos federais e estaduais deverão, prioritariamente, ser destinados à educação continuada, investimentos e remuneração adicional por desempenho do Distrito de Saúde, de acordo com avaliações de indicadores epidemiológicos, sanitários e gerenciais entre os Entrada e Controle de um Estado da Federação (por exemplo, cumprimento de metas de cobertura vacinal, redução da mortalidade infantil, cobertura e controle de gestantes, controle de doenças epidêmicas, diminuição de internações, redução de complicações do parto etc.).

O Subsistema de Entrada e Controle contará, em nível federal, com um orçamento, que será uma parte do orçamento total do SUS. O orçamento do SUS é mais amplo porque envolve o financiamento do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar - na medida em que os hospitais estatais desenvolverem atividades que justifiquem recursos orçamentários além das receitas do SUS - e, principalmente, o financiamento de todas as ações relativas à proteção e à promoção da saúde. Ao nível estadual e municipal, o Sistema terá uma suplementação orçamentária correspondente às disponibilidades e prioridades atribuídas ao SUS pelas respectivas assembleias legislativas e câmaras municipais, devendo, sempre, ser dividido entre as três destinações mencionadas anteriormente.

Os municípios onde se realizam as ações de saúde organizarão os Entrada e Controle de acordo com uma base populacional e geográfica, definida segundo as diretrizes gerais do Ministério da Saúde e ajustada às especificidades regionais e estaduais. Serão estimulados consórcios intermunicipais ou inter-estaduais para atender regiões com características sócio-econômicas semelhantes. Haverá adscrição de

clientela às unidades locais e aos médicos de saúde da família (ou médicos clínicos gerais treinados para tal), vinculados à Prefeitura. Estas equipes serão responsáveis pela execução das ações de saúde normatizadas pelo Programa de Saúde da Família que constituirá o mínimo comum a todos os Distritos, podendo agregar-se outras ações de acordo com as prioridades e peculiaridades locais e municipais. Os médicos responsáveis pela família e indivíduos adscritos serão, também, responsáveis pelo encaminhamento aos ambulatórios especializados e aos hospitais. Os instrumentos de encaminhamento serão os do SIA/SUS e do SIH/SUS, ou sejam, formulários de atendimento ambulatorial e autorizações de internações hospitalares (AIH's). Os dois instrumentos representarão créditos para os procedimentos decorrentes dos encaminhamentos, representando, no caso do atendimento ambulatorial, a quantidade de unidades de cobertura ambulatorial (UCA's) e de procedimentos especializados de alto custo, estimados pela população adscrita em cada Distrito de Saúde Distrito de Saúde. É recomendável que se estude a possibilidade da substituição do atual sistema de UCA's por um orçamento global de cada Distrito de Saúde Distrito de Saúde provido pelas três fontes de recursos do SUS (federal, estadual e municipal).

Em relação às internações, o encaminhamento será feito por AIH's assinadas e indenticadas pelo médico ao qual o paciente está adscrito, sob supervisão do gestor local de saúde. Portanto, os hospitais não receberão AIH's em branco para uso próprio, havendo sempre a identificação do médico que encaminhou e a do médico que atendeu no hospital, assim como, do paciente ou seu responsável.

As AIHs, que são um crédito para custear os procedimentos decorrentes das internações hospitalares, serão distribuídas mensalmente pelo Ministério da Saúde às Secretarias de Saúde dos estados e às prefeituras, de acordo com o número de residentes no estado/município e o perfil epidemiológico local. Não haverá, assim razão para que um município receba AIHs em proporção maior do que o outro, porque tem um hospital e o outro não. O município receberá AIHs basicamente proporcionais à sua população e encaminhará os doentes para os hospitais que julgar conveniente.

Caberá às Secretarias de Saúde dos estados um papel fundamental de orientação e controle dos dois subsistemas em seus respectivos estados. Eles terão o controle do orçamento de AIHs dos municípios e será mantida uma reserva de AIHs nos estados (para atendimento emergencial às prefeituras), além da reserva do Ministério da Saúde (para atendimento emergencial aos estados).

Caberá aos postos de saúde ou aos clínicos gerais, vinculados às prefeituras, que fazem parte do Subsistema de Entrada e Controle

encaminhar os pacientes, com a respectiva AIH, aos hospitais credenciados da região. Estes não farão parte desse sistema, visto que integrarão o Subsistema de Referência Hospitalar, competindo entre si para proporcionar os melhores serviços. Os hospitais estaduais existentes em cada esfera também integrarão a oferta, competindo com os hospitais privados e filantrópicos.

O gestor municipal do Subsistema de Entrada e Controle não deverá ter interesse nos hospitais privados e públicos não-estatais (filantrópicos) existentes no município, devendo, para isto, em princípio não ser médico. Ele sempre contará com um diretor técnico que será médico. Caberá ao gestor (1) credenciar os hospitais, (2) negociar com eles as condições dos serviços, incluindo eventuais pagamentos suplementares com recursos do próprio município, (3) encaminhar aos hospitais credenciados os pacientes através dos médicos e das unidades de saúde, (4) aprovar as contas dos hospitais correspondentes às AIHs enviadas, (5) debitar a despesa, previamente empenhada, no seu controle de verbas de AIH; e (6) pagar, se se tratar de município em regime de descentralização semi-plena, ou encaminhar as faturas aprovadas, por via eletrônica, a DATASUS, para que esta pague imediatamente o hospital através do Banco do Brasil, respeitados os limites de dotação mensal do município (este envio poderá ser realizado também à respectiva Secretaria de Saúde, sempre que ela estiver em condições de realizar o pagamento com os recursos transferidos pelo Ministério).

Dentro do Subsistema de Entrada e Controle estará distinguida a função atendimento primário, realizada por médicos, da função gestão, realizada por técnicos, sempre que possível sanitaristas. O encaminhamento do paciente para internação será autorizado pelo médico, mas efetivado através da função gestão, que emitirá a guia pelo computador e manterá todos os controles do sistema.

Os municípios enviarão paralelamente ao gestor estadual do sistema as informações sobre esse processo, de modo que ele possa realizar o devido acompanhamento (controle, avaliação e auditoria). Caso o limite tenha sido ultrapassado, caberá ao gestor municipal do Subsistema Municipal de Entrada e Controle solicitar ao gestor estadual do sistema a suplementação emergencial.

Se, ao invés de déficit, houver crédito de recursos - dadas as economias realizadas - o município terá direito à diferença, que poderá ser utilizada para complementar seu orçamento para as demais ações de saúde, particularmente as de caráter sanitário, preventivo.

Toda a operação do Sistema Municipal de Atendimento de Saúde e de seus dois subsistemas será controlada, em cada município, pelo Conselho Municipal de Saúde.

Observe-se que, em termos de modelo de descentralização da gestão e do controle, a reforma é compatível com o processo em andamento. No lançamento dessa reforma, que abrangerá cerca de 2.000 municípios, os prefeitos municipais tornar-se-ão responsáveis pela saúde de seus municípios.

A implantação do Sistema de Atendimento de Saúde será precedida de um período de treinamento intensivo para sua operação. Não obstante, uma parte dos municípios incluídos terá dificuldades iniciais para se adaptar à reforma, as quais serão resolvidas ao longo do processo.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais manterão programas de educação continuada (supervisão e treinamento) e apoio logístico para a implantação dos Entrada e Controle.

Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar

Observe-se que esta proposta de reforma não se concentra no fomento da oferta de serviços de saúde, por meio da construção e equipamento de novos hospitais e ambulatórios públicos ao nível do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. Em contrapartida serão necessários substanciais investimentos estatais em postos ou unidades de saúde do Subsistema de Entrada e Controle de cada município. Isto não significa que construir e equipar hospitais públicos não seja importante; simplesmente não é prioritária no momento. Conforme observa Hésio Cordeiro (1991), no regime autoritário toda a ênfase foi dada à oferta de serviços hospitalares de saúde. Desde meados dos anos oitenta, entretanto, as pressões de demanda passaram a ser dominantes.

É preciso, entretanto, reconhecer que em muitos municípios existe um problema real de oferta. A prática de consórcios, que o Ministério da Saúde vem adotando com êxito, é uma resposta adequada ao problema. Por outro lado, ainda no plano do fornecimento de serviços, os estados continuarão a ter um papel fundamental na oferta local de serviços,

Em cada nível de governo haverá uma autoridade responsável pelos hospitais públicos ou, mais amplamente, pelo Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (que não deverá ser o gestor do Subsistema de Entrada e Controle).

Hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de

gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal. Esta “publicização” dos hospitais estatais, entretanto, não integra a reforma administrativa ora proposta. O essencial é a clara separação dos hospitais estatais - que fazem parte do Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar de cada município - do Subsistema de Entrada e Controle desse mesmo município. Caberá ao Subsistema de Entrada e Controle credenciar e contratar serviços dos hospitais estatais, os quais, embora devendo ter uma preferência em condições de igualdade, competirão, em termos de qualidade e custo dos serviços, com os hospitais públicos não-estatais e mesmo com os hospitais privados.

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

O Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar será dotado de normas elaboradas pelo Ministério da Saúde e pelas Comissões tri e bipartites e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Será instituído um sistema de remuneração que premie o desempenho e a qualidade do atendimento, através de dois índices de valorização de desempenho, hospitalar e ambulatorial (IVDH e IVDA). O IVDH será construído por fatores múltiplos tais como: taxas de infecção hospitalar, letalidade hospitalar, custo do paciente-dia e do leito-dia, entre outros, no caso dos hospitais. O IVDA, nos ambulatórios de referência, pontuará, entre outras, a resolubilidade, a tecnologia incorporada e a qualidade do atendimento. O IVDH e IVDA variarão entre 1,0 e 2,0 com frações em décimos, incidindo sobre o total mensal das faturas validadas.

Os atendimentos de emergência não obedecerão à sistemática de encaminhamento proposta. Uma vez procedido o atendimento de emergência, o paciente será encaminhado ao Distrito de Saúde em que está adscrito para acompanhamento. O faturamento dos atendimentos ambulatoriais de emergência seguirão uma sistemática própria do SIA/SUS. As internações de emergências gerarão AIH's que serão encaminhadas ao gestor e a DATASUS. O sistema de auditoria, controle e avaliação em níveis municipal e estadual deverá realizar avaliações periódicas sobre a demanda atendida nos serviços de emergência, com o sentido de propor medidas que reduzam os casos não-urgentes e não-emergenciais que constituem, não raramente, cerca de 60 a 75 por cento dos atendimentos. O funcionamento dos Entrada e Controle com as características de integralidade, resolubilidade, continuidade, efetividade e qualidade contribuirão para resolver o

crônico problema da sobrecarga dos serviços de emergência por pacientes que poderiam ter seu problema solucionado no Posto, Centro de Saúde ou Ambulatório.

Conclusão

Ao privilegiar a descentralização da gestão e do controle, o Governo Federal se alinha com as mais modernas tendências de gestão do Estado, reconhecendo e valorizando o papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos essenciais, com maior racionalidade e controle operacional e social. Ao privilegiar a qualidade do atendimento ao cidadão, o Governo Federal também se alinha com as mais modernas técnicas de gestão, valorizando a competição e a busca por resultados, com foco central no cidadão. Ao separar, dentro do Sistema de Atendimento de Saúde do SUS um Subsistema de Entrada e Controle de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar, o Governo Federal abre perspectiva para uma maior competitividade e um controle mais firme dos serviços hospitalares e ambulatoriais financiados com as verbas do SUS. Em síntese, com a formalização do Sistema de Atendimento de Saúde, o Governo Federal reduzirá os custos operacionais do SUS, otimizando sua gestão operacional e administrativa.

Referências

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

2

A Reforma da Saúde

Luiz Carlos Bresser Pereira

No discurso em que o presidente Fernando Henrique Cardoso deu posse ao novo ministro da saúde, Carlos César Albuquerque, declarou que como 1996 foi o ano da educação, espera que o ano de 1997 seja o da saúde. Estou confiante que isto possa acontecer, não apenas pelas qualidades que o novo ministro revelou em sua vida pública anterior, principalmente no trabalho que desenvolveu no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, mas também porque os ministros Adib Jatene e José Carlos Seixas deixaram pronta - e aprovada em todos os níveis do sistema de saúde brasileiro, inclusive no Conselho Nacional de Saúde da qual o novo ministro era membro atuante - uma grande reforma administrativa do Sistema Único de Saúde.

Esta reforma implica na efetiva municipalização da saúde pública através do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal, que será a porta de entrada obrigatória na rede hospitalar, e da transferência para os municípios do controle dos serviços prestados pelos hospitais e ambulatórios especializados. Para isto, a estratégia consiste em distribuir aos municípios os recursos da União disponíveis para a saúde na proporção do seu número de habitantes, ao invés de distribuí-los na proporção dos leitos hospitalares existentes no município, como hoje ocorre. Desta forma será possível às autoridades de saúde locais e a seus respectivos conselhos municipais de saúde assumirem a responsabilidade da saúde de seus munícipes. O controle será realizado a partir da demanda, representada pelas autoridades municipais, e não pela oferta constituída pelos hospitais.

Dois são os pressupostos desta reforma. Primeiro, que a oferta de leitos hospitalares é hoje muito maior do que a demanda. Existem hoje no país cerca de 25 mil leitos hospitalares, mas os internamentos estão em torno de 13 mil. Segundo, que o controle municipal desses fornecedores de serviços de saúde é muito mais efetivo do que o controle federal.

A velha estratégia de montar centralmente um sistema de oferta jamais funcionou. No fundo representava uma idéia de planejamento integral hoje superada. A nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle dos serviços prestados por esses serviços ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado. A organização da oferta com apoio do Estado continuará nos hospitais universitários e de maior complexidade. Ocorrerá, ainda, subsidiariamente naqueles locais onde existe deficiência de equipamentos hospitalares e ambulatoriais, através de consórcios municipais. Os hospitais e ambulatorios deverão, em princípio, serem organizações públicas não-estatais, competindo entre si no fornecimento de seus serviços ao SUS. O objetivo é sempre montar um sistema hierarquizado e regionalizado, mas a partir da demanda dos serviços controlada pelo Estado através dos municípios. As ações, pelo lado da oferta, serão, portanto, pontuais e complementares.

As idéias-força do novo sistema são: (1) tetos físicos e financeiros de gastos em saúde (AIHs) distribuídos aos municípios, através dos estados, de acordo com a população residente; (2) responsabilização compartilhada da União, dos estados e dos municípios pela saúde; (3) municipalização do controle dos hospitais, desde o seu credenciamento até a aprovação das contas; (4) prioridade na capacitação das prefeituras para desenvolver seu sistemas básicos de atendimento básico, que serão a porta de entrada para os hospitais e ambulatorios especializados; (5) entrega do Cartão Municipal de Saúde para cada cidadão; (6) transformação dos hospitais estatais em organizações públicas não-estatais, competitivas com as entidades filantrópicas e privadas; (7) reafirmação da prioridade para a medicina sanitária e preventiva.

No sistema que está terminando os hospitais recebiam diretamente do Ministério da Saúde as quotas de AIHs. Era a raposa dentro do galinheiro. Isto só não acontecia nos poucos municípios em que já foi instalada a “administração semi-plena”, mas ainda neste caso os municípios recebiam e repassavam para os hospitais a verba federal segundo os leitos nele existentes, não segundo sua população. Agora cada município pagará aos hospitais que prestarem serviço à sua população, estejam eles no próprio município ou nos municípios vizinhos, desde que os pacientes tenham sido por ele encaminhados. Só no caso de emergências os hospitais poderão atender diretamente.

A reforma do SUS definida pela Norma Operacional Básica 1996 do Ministério da Saúde nada tem a ver com o PAS. Neste o sistema não há separação entre oferta e demanda, e a oferta é privatizada ao invés de se tornar pública não-estatal. O atendimento de saúde básico e os serviços hospitalares menos complexos são privatizados através da formação de cooperativas de médicos. Como as cooperativas recebem

por cidadão e não por serviços prestados, o estímulo implícito é o de atender o mínimo, transferindo para fora do PAS os atendimentos mais complexos. Temos, assim, um sistema caro e perverso, que não garante o uso ótimo dos recursos escassos existentes.

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

3

Controle Municipal da Saúde

Luiz Carlos Bresser Pereira

O aumento dos recursos para a saúde pública proporcionado pela aprovação do CPMF, ao permitir um pagamento mais adequado aos serviços de saúde, viabilizará a implantação de um novo sistema de controle administrativo e financeiro do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado no controle municipal e na competição administrada entre os fornecedores de desses serviços. Em consequência teremos uma melhoria considerável dos serviços de saúde prestados à população.

O novo sistema implica na efetiva municipalização da saúde pública através do fortalecimento do sistema de atendimento básico municipal e da transferência para os municípios do controle orçamentário dos serviços prestados. Para isto, a estratégia consiste em distribuir aos municípios os recursos da União disponíveis para a saúde na proporção do seu número de habitantes, ao invés de distribuí-los na proporção dos hospitais e ambulatórios existentes no município, como ainda hoje predominantemente ocorre. Será assim possível à autoridade de saúde local e a seu respectivo conselho municipal de saúde assumir a responsabilidade da saúde de seus munícipes.

Os pressupostos da reforma administrativa do SUS são os seguintes: (a) a oferta de leitos hospitalares é hoje maior do que a demanda; (b) esta oferta é constituída principalmente de hospitais particulares e filantrópicos e minoritariamente de hospitais estatais; (c) o controle municipal desses fornecedores de serviços de saúde é muito mais efetivo do que o controle federal. Existem hoje no país cerca de 25 mil leitos hospitalares, mas os internamentos estão em torno de 13 mil.

A velha estratégia de montar planejadamente um sistema de oferta de serviços hospitalares e ambulatoriais hierarquizado e regionalizado jamais funcionou. As tentativas foram muitas, mas, seja pela falta de recursos do Estado, seja pela rigidez e ineficiência da administração estatal direta de serviços sociais, esta alternativa centralizadora não logrou ser implantada no Brasil. Em seu lugar surgiu um sistema caótico de oferta de serviços de saúde por entidades privadas e públicas não-estatais.

Diante deste fato a nova idéia é a de concentrar os esforços do governo no financiamento e no controle desses serviços ao invés do seu oferecimento direto pelo Estado. A organização da oferta deverá ser realizada subsidiariamente naqueles locais onde existe deficiência de equipamentos hospitalares e ambulatoriais. O Ministro Jatene sempre observa que as áreas carentes tanto podem estar nas regiões mais pobres do país, onde o governo federal apoia os municípios para a formação de consórcios para o oferecimento de serviços de saúde, como nas áreas periféricas das grandes cidades.

O objetivo é sempre montar um sistema hierarquizado e regionalizado, mas as ações pelo lado da oferta serão pontuais e complementares. A existência de um sistema dessa natureza no país será garantida principalmente pelo controle e a contratação dos serviços já existentes, que tanto poderão ser realizados por hospitais estatais, como por públicos não-estatais e privados.

As idéias-força do novo sistema são: (1) tetos físicos e financeiros de gastos em saúde (AIHs) distribuídos de acordo com a população do município e não com os hospitais existentes, após ampla negociação entre a União, os estados e os municípios; (2) maior responsabilização dos prefeitos e governadores pela saúde; (3) prioridade para a medicina sanitária e preventiva; (4) municipalização do controle dos hospitais, desde o seu credenciamento, até a aprovação das contas; (5) prioridade na capacitação das prefeituras para desenvolver seu sistemas básicos de atendimento básico, que serão a porta de entrada para os hospitais e ambulatórios especializados; (6) entrega do Cartão Municipal de Saúde para cada cidadão.

Como no novo sistema as AIHs (autorizações de internação hospitalar) serão distribuídas de acordo com a população do município e sua história sanitária desaparece definitivamente o antigo sistema segundo o qual os hospitais recebiam diretamente do Ministério da Saúde as quotas de AIHs. Era a raposa dentro do galinheiro. Agora cada município terá um fundo de saúde, que será efetivo se o município estiver em “regime semi-pleno”, ou será virtual, se os pagamentos continuarem a ser realizados pelo Ministério da Saúde a partir da autorização do município. Hoje 113 municípios já estão em

administração semi-plena. A perspectiva é de que em pouco tempo mais de dois mil municípios possam ser incluídos no novo sistema.

Por outro lado as Prefeituras e seus Conselhos Municipais de Saúde terão responsabilidade de administrar os recursos, seja credenciando os hospitais e ambulatórios que melhores serviços prestarem, seja responsabilizando-se, através de seu sistema de atendimento básico (postos de saúde e médicos familiares) pelo encaminhamento dos pacientes aos hospitais. O resultado dessas duas tarefas atribuídas aos municípios será um controle muito melhor sobre os hospitais, inclusive os hospitais estatais, que terão que competir e demonstrar competência para obter as AIHs.

Os opositores desse tipo de reforma são aqueles hospitais particulares ou pretendidamente filantrópicos que fraudam o SUS. Uma experiência pessoal que tive nesse sentido foi a audiência que concedi há alguns meses, ao Sr. José Mansur, presidente da Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro, que veio a meu gabinete para manifestar sua oposição ao controle municipal que o Ministério da Saúde está planejando. Usou como argumento que o sistema, para ser racional, “deve ser hierarquizado e regionalizado a partir de Brasília...” Diante da minha discordância radical esse senhor, que depois eu viria a saber ser o proprietário do Asilo Santa Genoveva, retirou-se manifestando a meus assessores sua decepção pela falta de apoio do ministro a tão nobres idéias.

Do ponto de vista político, o novo sistema de controle municipal do SUS, ao permitir a efetiva responsabilização de cada prefeito e de cada secretário estadual, permitirá uma parceria maior entre o governo federal e os governos estaduais e municipais no financiamento da saúde.

Para melhorar os serviços sociais do Estado brasileiro os recursos são sem dúvida escassos, mas mais escassa ainda é a capacidade administrativa de geri-los. Quando esta capacidade melhora, seja porque é dada maior autonomia aos administradores hospitalares, seja porque os sistema de controle é aperfeiçoado, envolvendo um efetivo controle social por parte da comunidade, temos um extraordinário aumento na qualidade dos serviços prestados. No caso dos hospitais estatais o aumento da autonomia dos seus administradores só será viável através do projeto que prevê sua transformação em organizações públicas não-estatais (organizações sociais). O aperfeiçoamento do sistema de controle municipal é aquele que acabei de descrever. Ambos os projetos estão avançando firmemente no Ministério da Saúde. (julho, 1997)

4

Discurso de posse do Senador José Serra, no Ministério da Saúde

Minhas primeiras palavras são de agradecimento ao presidente da República Fernando Henrique Cardoso, pela confiança de depositar em mim a responsabilidade pela condução deste Ministério.

Descupem-me a banalidade da metáfora: a saúde de um povo é um termômetro da sociedade.

A saúde de um povo, ou pelo menos o que um povo pensa sobre o estado geral de sua própria saúde, reflete de forma extremamente sensível os mais diversos aspectos da sociedade. Incidem sobre as condições de saúde fatores tão dispares quanto o nível de emprego, as taxas de salários, a inflação, as formas de organização familiar, os acidentes de trânsito, os investimentos em saneamento, os hábitos de higiene familiar, fenômenos ambientais e, particularmente, um conjunto de ações que podemos denominar políticas de saúde, em cujo vértice encontra-se o Ministério da Saúde.

É sempre a esse vértice que é atribuída a responsabilidade principal pelas eventuais subidas do termômetro, mesmo quando tal elevação possa ter sido provocada por qualquer daqueles numerosos fatores, sós ou combinados.

Embora seja cego quanto à eventual distribuição de fatores causais, o termômetro não o é em relação à distribuição de culpas. Aponta sempre para o governo, principalmente o federal e, particularmente, para o Ministério da Saúde.

Mas tal reflexão não tem, para mim ou para o presidente Fernando Henrique, nenhuma implicação negativa. Ao contrário. O Ministério da Saúde tem de fazer sua parte. Toda vez que ele encarnar efetivamente o vértice de responsabilidade pelos problemas que aparecem abre-se uma chance nova para revigorar o seu trabalho e a sua ação.

É com esse espírito que assumo o Ministério. Pronto para as responsabilidades mais ou menos abrangentes. Pronto para responder a elas com a duplicação dos esforços e dos esclarecimentos necessários à mobilização da sociedade pela Saúde.

As políticas sociais na área de Saúde, tal como eu as encaro, correspondem a uma terceira etapa de conquista de cidadania. Evoco a esse respeito uma famosa conferência em Londres, há quase meio século, do sociólogo inglês T.S. Marshall, falando das três etapas da conquista da cidadania, as quais foram se constituindo ao longo de três séculos.

A primeira etapa, no século XVIII, foi marcada pelo reconhecimento dos direitos civis: as liberdades fundamentais de todas as pessoas, inerentes a elas pelo simples fato de existirem e conviverem em sociedade.

A segunda etapa, a partir do século XIX, foi a conquista dos direitos políticos: votar e ser votado, o sufrágio universal, etc.

A terceira etapa, já no século XX, caracteriza-se pelo reconhecimento dos direitos sociais do cidadão. Para viver e exercitar plenamente a sua cidadania, as pessoas têm direito a recursos que lhes garantam oportunidades de realizar seus objetivos, a uma vida saudável e a segurança na velhice.

Sendo parte do contrato que cada indivíduo tem com a sociedade, tais garantias e recursos passam a ser uma obrigação do Estado para com todos os cidadãos. Se não provendo diretamente todos os recursos para a concretização daqueles direitos, cabe ao Estado, no mínimo, regular a prestação dos serviços que garantam os direitos sociais aos cidadãos.

Digo isto para salientar algo que me parece fundamental: o atendimento à Saúde é direito de todos, e o nosso papel é prover as condições para garantir esse direito, independentemente da condição social de cada um.

É nesse contexto que situo, na linha de pensamento do presidente Fernando Henrique, princípios e idéias que nortearão a ação do Ministério da Saúde.

1. É correta a orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde. Atendimento a toda a população e atendimento que deve ser integral, unindo a atenção preventiva e a curativa. É preciso garantir que todas as pessoas que não disponham de informação e de dinheiro tenham acesso a esse direito. Não podemos entrar no século XXI sem cumpri-lo de forma decente.
2. Nesse contexto, o Serviço Único de Saúde, o SUS, impõe-se como inexorável, devendo integrar as áreas estatal, filantrópica e privada, na produção dos serviços. É perda de tempo incensar ou amaldiçoar o SUS. O que precisamos é que funcione melhor. Aliás, esta é a síntese do nosso programa: fazer os serviços de saúde funcionarem melhor.

E a propósito de amaldiçoar, quero manifestar minha rejeição a uma espécie de instinto homicida que por vezes acomete as elites brasileiras com relação as instituições sociais: quando funcionam mal, propõe-se sempre fechá-las ou piorá-las, estrangulando-as, em vez de reformá-las para torná-las mais fortes. Por outro lado, é preciso que se diga, não raramente as corporações de cada uma dessas instituições acabam cooperando involuntariamente com essa mentalidade destrutiva, ao dificultarem as reformas.

3. A descentralização da execução de serviços, unificando também a sua gestão, é um requisito essencial para que esse sistema possa funcionar. Tudo o que puder ser feito pelos municípios, os mais próximos dos usuários, deve ser feito por eles. O que não puder ser feito pelos municípios, deve ser feito pelos Estados. A União deve executar apenas o que os Estados e os municípios não puderem fazer.
4. As dificuldades da descentralização não são devidas apenas a Brasília. Quando Brasília as tem, o argumento principal é que a transferência de recursos para os Estados e municípios costume provocar uma substituição de fontes. Ou seja, a União envia um real, e alguns Estados ou municípios diminuem um real de suas despesas com recursos próprios. Mas há também resistência dos Estados e municípios em assumirem encargos quando sofrem de crônica escassez de recursos próprios e não confiam que os repasses de recursos da União sejam regulares e permanentes. Há, por fim, despreparo na esfera federal para passar do trabalho de execução ao trabalho de coordenação; e há despreparo administrativo das outras esferas da federação para assumir a execução de muitas das ações da saúde. Toda essa situação se evidencia, por exemplo, no combate às endemias e às moléstias infecciosas.

Portanto, para que a descentralização funcione, será preciso, além da vontade política, que existe, garantir um fluxo permanente de recursos, mesmo que sejam modestos; segundo, que haja uma vinculação de receitas a despesas, tanto no caso da União como dos Estados e dos municípios; terceiro, que seja empreendido um amplo projeto de capacitação operacional de governos subnacionais e do próprio governo federal na área da saúde para as novas divisões de funções que estão na agenda.

5. Nós vamos dar continuidade, melhorar e aprofundar as ações da saúde que o governo do Presidente Fernando Henrique vem desenvolvendo.

O orçamento executado da saúde nos últimos anos tem melhorado. Do mesmo modo, tem melhorado o controle da aplicação dos recursos, sendo significativos os resultados obtidos, a partir da gestão do Dr. Jatene, neste governo, na área do SUS. Mais ainda, resta muito por fazer no combate a duas formas de gastar mal o dinheiro público: a corrupção e o desperdício.

A saúde precisa de mais recursos e precisa utilizar melhor os recursos disponíveis. Se não, não terá legitimidade para obter os recursos adicionais. Precisa também de regularidade no fluxo desses recursos. O atraso é especialmente burro, pois em época de estabilidade sequer economiza alguma coisa e, ao mesmo tempo, estropia a execução dos programas. Deve passar a considerar-se tão grave atrasar despesas essenciais de saúde quanto atrasar o pagamento de juros a credores do país.

6. O atendimento básico e o SUS precisam também avançar e flexibilizar seus métodos de funcionamento. Em certas circunstâncias, é inevitável que o método de pagamento por serviços recebidos seja mantido mas noutras terá de ser substituído no âmbito dos municípios. Temos de passar do financiamento à saúde baseado na oferta de serviços ao atendimento baseado na demanda de serviços. Isto ajudará a evitar os custos crescentes e a melhorar a qualidade de atendimento. Como se diz, a falta de controle e regulação do sistema de saúde por vezes leva a situações onde as pessoas que recebem o serviço não sabem se o que está sendo pago corresponde ao que receberam e o Estado pagador não sabe se o serviço foi prestado.
 7. A propósito, é preciso ter claro que este Ministério chama-se Ministério da Saúde e não Ministério das Doenças. Ou seja, precisamos cuidar da saúde precisamente para diminuir as doenças e reduzir dois custos: o custo social dos que sofrem com elas e o custo econômico de tratamentos complexos e de hospitalização.
 8. Vou citar aqui dois exemplos de prioridades, integradas nessa perspectiva: o atendimento direto à família e o atendimento
-

integral à saúde da mulher. O primeiro consiste na formação de equipes de saúde da família compostas por um médico, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes municipais de saúde, com vistas a atenderem mais ou menos mil famílias cada. Já temos no Brasil 1.600 equipes. Pretendemos triplicá-las no prazo de um ano, atingindo perto de 20 milhões de pessoas. Não tenho dúvida de que a descentralização, consubstanciada no PAB - Piso de Atenção Básica no Programa de Saúde da Família na gestão plena dos sistemas estaduais e municipais, serão a espinha dorsal da mudança do quadro da saúde no Brasil.

9. No caso da saúde da mulher, defendo também o atendimento integral, que não pode restringir-se ao período pré-natal e assistência ao parto: tem de envolver, além disso, a educação para o planejamento familiar, a prevenção do câncer e outros problemas específicos que envolvem as condições de saúde das mulheres. Aliás, um programa assim já foi desenhado há quinze anos: o Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, o PAISM. Mas as dificuldades de implementação desse programa e de se fazer reconhecer como prioritário levaram à situação atual, com índices inaceitáveis de mortalidade materna ou com o crescimento da gravidez na adolescência. O Ministério da Saúde, reafirmará esses direitos, formulará as políticas e fará monitoramento das ações, para que as mulheres se sintam respeitadas e apoiadas. Os investimentos na melhoria da qualidade de vida das mulheres são os que apresentam maior retomo social, pois repercutem sobre toda a comunidade. São elas os mais eficientes agentes de mudança, inclusive na política da saúde. Mais do que todos, este Ministério deve tomar esse partido.
10. Se alguém duvida da importância da descentralização, da seriedade dos problemas de gestão e da necessidade da organização da administração, do gerenciamento e da informação, basta lembrar que existem 5.507 municípios, 27 Estados, 7 mil hospitais ligados ao SUS e 50 mil unidades de saúde. Por isso, temos de melhorar os levantamentos epidemiológicos e controles estatísticos de toda natureza, além de estruturar e operacionalizar critérios que permitam controlar a eficiência dos serviços, a qualidade para o usuário e seus custos.

Área social não é e não pode ser sinônimo de desperdício, precariedade administrativa, falta de metas e baixa qualidade dos serviços. Desde logo, vou me empenhar em esclarecer exatamente porque há hospitais públicos que funcionam tão bem e outros que funcionam tão mal, sob condições exógenas parecidas. Do mesmo modo, porque alguns municípios que já tiveram muita dengue conseguiram livrar-se dela completamente e outros, pelo contrário, pioraram. Investigaremos esse assunto, não em busca de culpados,

mas em busca de conclusões que permitam estimular, incentivar a generalização do bom serviço.

Neste aspecto, aliás, quero ressaltar a importância de aprimorar a rede de Santas Casas e Hospitais Universitários, com a implantação de programas de qualidade e o estímulo a montagem de Planos de Saúde. Temos de transformar a Qualidade do atendimento à saúde numa verdadeira obsessão nacional. Convidaremos mesmo cada grande empresa brasileira que já tenha obtido excelência em qualidade para implantar e supervisionar métodos de qualidade total em um hospital público.

11. Há uma área da saúde onde ainda vivemos situações absurdas: a de controle de endemias e doenças infecciosas. Absurdas porque, neste caso, o problema não é falta de dinheiro, não é falta de gente, não é falta de vontade política, não é falta de indignação nacional. É um problema que decorre de uma lei de concorrências públicas, que permite obstruções abusivas e provoca atrasos fatais. Decorre da insuficiente produção doméstica das vacinas adequadas. Decorre de um jogo de empurra empurra entre as três esferas de governo - e quem paga o pato são as pessoas mais humildes. Decorre da falta de visão de médio e longo prazos em muitas administrações: quando uma doença se vai, e o mosquitinho desaparece, é preciso continuar investindo para que ele não volte e é óbvio que esse não chega a ser um investimento politicamente atraente, embora seja essencial.

Esse diagnóstico balizará nossas ações de forma muito clara: alteração de lei de licitações, aumento da produção doméstica, comprometimento firme das três esferas de governo e, acima de tudo, mais rigor no cumprimento dos cronogramas de ação, e regularidade na liberação dos recursos previstos.

12. Há uma área onde o Brasil tem tido bons avanços pontuais, mas é preciso ir muito além: a formação de recursos humanos. Refiro-me a especialistas em política de saúde e administradores de saúde. Vamos fortalecer e ampliar os cursos nas universidades federais e estaduais aproveitando o excelente patrimônio técnico já existente. Novos cursos, formação de mais pesquisadores. Para isso, teremos a colaboração do NEC e do CODEFAT. Outro aspecto relevante é o da formação de pessoal auxiliar. Dou um exemplo: há cerca de 250 mil atendentes necessitando treinamento para transformar-se em auxiliares de enfermagem. O curso dura um ano e custa mil reais por aluno. Trata-se de uma carência que poderia ser eliminada em quatro ou cinco anos, sem grandes abalos financeiros mas com impactos extraordinários na qualidade de atendimento de saúde.

13. É evidente que na área de endemias e vacinação o grande instrumento do governo federal é a FUNASA. Quero deixar claro: não pretendo extinguir a FUNASA - ela cumpre funções indispensáveis num país ainda tão centralizado. Vamos fortalecê-la e ao mesmo tempo impulsionar a descentralização de suas funções e tarefas, capacitando os Estados e os municípios para exercerem esse papel. Contaremos com seus funcionários e daremos um crédito de confiança aos seus coordenadores nacionais e estaduais. Isto vale também para os hospitais.

Não vamos demitir ninguém pelo fato de que ocupe um cargo devido a indicações políticas. Mas não deixaremos de demitir alguém que, embora tenha sustentação política, seja comprovadamente incompetente, faça discriminação entre municípios ou gaste mal nossos escassos recursos. O bom atendimento à saúde do povo é anterior e superior a critérios políticos que envolvam indicações. Conheço bem o Congresso, de onde venho e de onde sou, e estou seguro que a esmagadora maioria dos parlamentares e seus líderes compreende e compartilha esse ponto de vista.

14. Finalmente, quero dizer que todo o meu trabalho no Ministério da Saúde será norteado pela perspectiva de somar e agregar esforços. Depois da estabilidade de preços, o país tem três grandes desafios: a educação e a saúde. Só enfrentaremos os problemas dessas áreas somando, agregando. Somando dentro do próprio governo, e aqui me refiro mais especificamente à Saúde, que necessita apoio político e econômico. Agregando os Conselhos Nacional, Estaduais e municípios da Saúde. Somando o Congresso, os partidos, independentemente das óbvias e legítimas disputas de poder. Agregando os Estados e os municípios, com cujos Secretários de Saúde trabalharemos em equipe. Somando todos os profissionais de Saúde e muito especialmente aqueles que dedicaram suas vidas ao sacerdócio da saúde pública, renunciando talvez a proventos e gratificações individuais bem maiores. Somando a sociedade, para que cada um aprenda e contribua a cuidar da saúde de si próprio e dos outros.

Esta soma, esta agregação, só tem tuna finalidade: atender aos que precisam, dar um mínimo de segurança às famílias temerosas dos efeitos destruidores de uma doença.

Aceitei este cargo como uma missão: melhorar substancialmente o atendimento à saúde.

Aqueles que exigem e esperam milagres provavelmente ficarão desapontados. Milagres não existem. Shakespeare, num belo

verso, cujo ritmo eu não saberia reproduzir numa improvisada tradução, dizia: “nossos desejos e os fatos vão em direções tão contrárias que todos os nossos estratagemas caem por terra; nossos pensamentos nos pertencem; nossas ambições, nem um pouco”.

Em vez de milagres, fixaremos e renovaremos objetivos e metas, de acordo com os princípios e idéias já enunciadas. Trabalharemos duro, com pertinácia, para conquistá-los.

Agora quero me dirigir à cada cidadão, às mulheres e homens de todo o Brasil.

Em cada ação no Ministério, estaremos pensando nas pessoas que sofrem porque as vacinas não chegaram, porque tomam medicamentos estragados, porque as filas nos hospitais são insuportáveis; pensando nas mulheres que poderiam ter sido salvas do câncer com simples diagnósticos preventivos, nas crianças que morrem porque falta um mínimo de saneamento básico, nas famílias sem atendimento adequado dos seus planos de saúde. Estaremos sempre do lado dessas pessoas. Nosso ponto de partida será sempre a solidariedade.

15. Quero também dizer a essas pessoas: não hesitem em reclamar, em protestar quando julgarem que o atendimento é insuficiente ou inadequado.

No Brasil, não pode haver cidadãos de primeira e de segunda classe, estes submetidos a um conformismo que os marginaliza do exercício dos seus direitos. Saber, ter consciência de que o serviço público deve tratar com respeito e dignidade cada um dos seus usuários é uma condição necessária para que esses serviços melhorem. Somente no dia que as pessoas que hoje se sentem de segunda classe tomarem consciência de que não o são, teremos um país e uma sociedade, além de prósperos, mais justos.

E não se pense que este é uma perspectiva subversiva. A respeito do protesto, há um pequeno livro, que é uma obra prima, do professor Albert Hirschman, que nos mostra como essa atitude é essencial numa economia de mercado.

Nesta economia, quando um consumidor ou um usuário não se sente bem atendido pelo produto ou serviço que adquire, ele pode mudar imediatamente de marca ou de fornecedor. Para não perder clientes, o empresário tratará de baixar o preço, melhorar o atendimento ou a qualidade. Já na Saúde isto não acontece. Nela, o mercado e a concorrência operam pouco e mal.

Para começar, grande parte da população não tem dinheiro para exercer sua demanda. No Brasil, 23 por cento das famílias recebem

até dois salários mínimos ao mês; 52 por cento até 5 salários mínimos.

Segundo, mesmo para os que têm um pouco de recursos, o mercado é extremamente imperfeito. O consumidor/usuário tem escassa informação sobre o serviço que adquire. O resultado é difícil de medir. O produto não pode ser devolvido. Não é fácil mudar de provedor de serviços médicos.

Aos economistas mais exaltados na defesa do império amplo, geral e irrestrito do mercado, sugiro que leiam, para o caso da Saúde, os artigos do professor Arrow, refundador da economia neoclássica e Prêmio Nobel de Economia. Sugiro também que respondam a seguinte pergunta: como, por meio do mercado, conseguir que o filho de um operário tenha a mesma chance de se recuperar de uma doença que o filho de um executivo?

Ora, se o consumidor/usuário dispõe de nenhuma ou pouca possibilidade de punir o serviço ineficiente mudando para outro provedor, como pode fazer para ser melhor atendido? Como forçar o bom atendimento? Não tenho dúvida: além de procurar informar-se melhor, ele deve reclamar, protestar. A reclamação, o protesto, é um direito legítimo no regime democrático. Corrige, em certas circunstâncias, do lado do consumidor, os defeitos do mercado.

Sou o primeiro não médico a assumir o Ministério da Saúde, em varias décadas. Mas não creio que foi como economista que o presidente Fernando Henrique Cardoso me convocou para esta missão. Convocou-me como político, indivíduo que, na definição de Max Weber, tem compromisso com os resultados de sua ação. Tal compromisso, porém, não prescinde de princípios e são estes princípios que, em última instância, fazem a diferença entre uns políticos e outros.

Os que tem me acompanhado há algumas décadas - iniciei minha militância política há 36 anos - sabem que comecei, mantenho e terminarei minha vida pública na defesa de três princípios - a maior igualdade social, a liberdade e a decência - e no combate a todas as formas de discriminação. Sabem também que nunca hesitei na rejeição aos métodos perdulários de governo, na prática da austeridade e da seletividade dos gastos públicos.

Todos conhecem minha obstinação em torno das teses que defendo, aceitando navegar, com frequência, contra correntes de opiniões até de amigos, para não dizer dos mais variados interesses. Por último, quero registrar também que sempre fui adversário da tese de que a Política é a arte do possível. Para mim é a arte de

ampliar os limites do possível, ou seja é a arte de avançar no impossível.

Talvez seja por isso é que aceitei esta missão. Já enfrentei outras situações desafiadoras na vida, desde cedo. Algumas cobraram um preço elevado: interrupção de estudos, quatorze anos de exílio, derrotas eleitorais ou teses derrotadas. Outras foram gratificantes: experiências de governo que deram certo (com o governador Montoro), vitórias eleitorais, leis que pegaram, como a que deu origem ao Fundo de Amparo o Trabalhador, financiou o seguro desemprego e o treinamento profissional, hoje comandado pelo CODEFAT e executado pelo governo Fernando Henrique em todo o Brasil.

Mas devo confessar que o desafio de hoje, que enfrento a partir dos 56 anos de idade, é o maior de todos.

Apêndice

Um artigo do The Economist

Em 15 de março de 1997 *The Economist*, uma revista liberal de alta qualidade, publicou um artigo surpreendente sobre o *National Health Service*, informando de que o sistema universal de saúde britânico estava “ameaçado de privatização”. Por essa matéria competente e insuspeita é possível avaliar a superioridade de um sistema gerencial e público não-estatal de saúde como é o inglês - e deverá ser o Brasileiro, nos termos da NOB-96 -, quando comparado com um sistema principalmente estatal (francês) ou privado (americano).

An unhealthy silence

The National Health Service is suffering a financial crisis, which will only get worse. Neither main political party wants to face this, or to offer a solution.

The Conservative Party's efforts to reform the welfare state on the eve of the general election continue apace. Last week the Tories made a bold proposal to privatise the basic state pension. This week they suggested a way to insure against the costs of long-term care for the elderly, and came up with a plan to force local authorities to purchase nursing-home places and other social services from private contractors rather than providing them directly. But on the most urgent issue facing the British welfare state, both the Tories and Labour have, so far, been silent: the financial crisis in the National Health Service (NHS)

This silence is likely to continue to polling day, and beyond. Neither party wants to promise more spending, and so more taxes, preferring instead to squabble over how to save relatively small amounts of money by cutting NHS red tape and the number of managers. And yet both parties also say they remain committed to the basic principles of the NHS, apparently oblivious of the fact that the only way to preserve these is to spend more. When the NHS was launched in 1948, a leaflet sent to every home in the country promised that “it will provide you with all medical, dental and nursing care. Everyone-rich or poor-can use it.’ The offer of a tax-financed health service for all, free at the point of delivery, was immensely popular. Nearly 50 years later, this remains one of the most potent ideas in British politics.

The government’s recently published white paper, “A Service with Ambitions”, reiterates the old mantra that the NHS will be able to cope with the pressures put upon it. And yet in the government’s own plans, real health spending is set to rise by only 0.3% between 1996 and 1999. Labour is implicitly committed to the same tough target, through its promise to spend no more than the Tories overall in the next two years (it has made no specific promises to spend more on health). A rise of only 0.3% over three years is far less than the increase most economists estimate is needed to maintain the current level of services. It is also far less than the 3% annual real rise in NHS spending over the past 20 years.

Even before this threatened squeeze on spending takes place, the NHS is starved of cash. Britain devotes much less to health than most other developed countries. It spent about 5.9% of GDP on the NHS in 1995 and another 1% on private health care. Britain’s total of 6.9% is well below the average of 10.4% of GDP among OECD countries. Only Spain, Portugal, Greece and Turkey devote a lower proportion of their national wealth to health care. Because Britain is poorer than many other industrialised countries, the difference in its real spending per head of population on health compared with them is even greater. In 1995, Britain spent \$1,300 (£824) per person on health care compared with an OECD average of \$2,071. In the same year, America spent \$3,830 per person, almost three times as much as Britain.

Such parsimony has turned the NHS into a third-rate service. Once it used to boast that it provided the best health care in the world. That is now a claim which no one would dare to make. Britain’s performance judged on health indicators such as infant mortality and life expectancy may not be significantly worse than higherspending countries. But quality of health care cannot be judged by actuarial tables. One real, if subjective, measure is the public concern expressed in one opinion poll after another that the NHS is failing to meet patients’ demands.

Examples of patients denied available treatments on grounds of cost have become legion. Last month a nine-year-old boy with haemophilia unsuccessfully sued Bury and Rochdale Health Authority after it decided that he could no longer be treated with an artificial clotting agent. Instead it offered a cheaper alternative made from human blood carrying a higher risk of viral infection. In another highly publicised case in 1995, a child was denied further treatment for leukaemia in part because the £75,000 cost was reckoned to be excessive. Stretched budgets mean that life-and-death decisions about who gets what treatment are having to be taken daily, on cost, grounds, by doctors up and down the country.

There has, of course, been rationing ever since the NHS was founded. But as the demands of the service have increased, so have the pressures. This winter acutely ill patients were again left for hours on trolleys in corridors. A woman with coronary problems died after her surgery was postponed four times. Another patient with a head injury had to be flown 200 miles by helicopter because all the nearby neurosurgical units were full. The Association of Community Health Councils recently claimed that some patients were being left to starve because they were unable to feed themselves. Such stories have become depressingly familiar.

The financial problems of health authorities, already difficult, are likely to get worse. Since the Conservatives came to power in 1979, health spending has increased by 72% in real terms. Yet even this large increase has barely enabled the NHS to keep pace with rising demands. A virtual standstill on health spending over the next four years is certain to lead to painful cuts.

Health costs have been rising steadily in all industrialised countries and, if anything, look set to accelerate. Britain is no exception. The greying of the population is one reason. Nearly half of all health care spending is on those aged 65 and over. Already pensioners account for 16% of the population; by the middle of the next century their numbers will have nearly doubled. A study published in 1995 by the Office of Health Economics, a think-tank, found that health spending on older people was seven to eleven times greater than on those of working age.

Technological innovations and evermore costly drugs also increase health spending. As treatments become available, people naturally want them and doctors want to prescribe them. One new drug, beta-interferon, of help to perhaps half of Britain's 80,000 multiple-sclerosis patients, would swallow up 10% of the entire NHS drug bill if it were prescribed to every patient who might benefit.

Not the least of the pressures on the NHS budget are rising public expectations of what the NHS should deliver. Patients are no longer

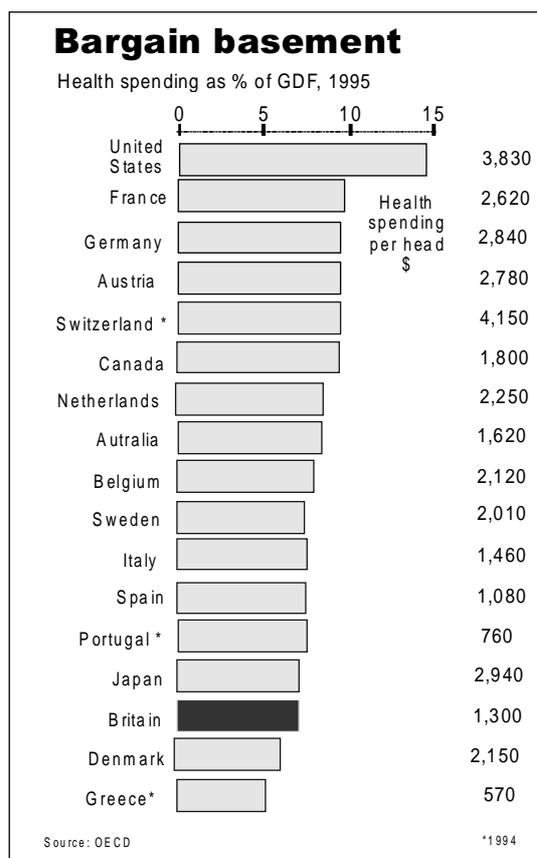
willing to wait 18 months for non-emergency operations; they are not prepared to be put in mixed sex wards staffed by harassed, underpaid nurses; nor are they content to sit passively for hours waiting to see a doctor in an understaffed casualty department.

Faced by growing public demand for more and better care, health authorities have reacted to their budget problems by cutting the treatments which they offer. A study published by the National Association of Health Authorities last year found that one in six authorities now excluded certain treatments altogether, such as cosmetic surgery, tattoo removal and breast augmentation. Berkshire Health Authority will no longer treat a range of ailments, among them varicose veins, snoring, or impacted wisdom teeth. West Surrey has cut back on the number of vasectomies, circumcisions, hysterectomies, and dilation and curettage. The availability of expensive medical procedures, such as in-vitro fertilisation, now depends on where a patient lives. Some authorities charge £500-1,500 for such treatments.

Many taxpayers support the exclusion of some treatments from the NHS. Why, they ask, should public funds be used to pay for “non-medical” conditions and self inflicted injuries? But rationing is not confined to such easy issues. The more sensitive the decisions, the more covert they tend to be. In some health authorities, for example, if a kidney patient is beyond retirement age, he may not be offered renal dialysis. Only 8% of patients given dialysis in the mid-1980s in Britain were over 65, compared with a quarter in other European countries. There is no clinical justification for such discrimination; the survival rate for pensioners on dialysis is just as good as it is for those ten years younger.

The gradual privatisation of long-term nursing care for the elderly and dental care are less dramatic instances of restrictions.

But they are a significant pointer to what lies ahead for the NHS. The government’s announcement this week of its plans to promote insurance schemes to help finance care for those who are too frail to look after themselves is, arguably, a logical consequence of privatising a once publicly funded service. Dentistry is moving down the same private insurance route. Fewer and fewer people can find a dentist to give them treatment on the NHS. And free dental checks were abolished in 1989. Labour has said recently that it has no plans to reintroduce them.



As the NHS has been forced to exclude, or limit, more treatments, people have sought treatment privately. The number of people covered by health insurance has quadrupled in the past 25 years to more than 7m, 12% of the population. The Monopolies and Mergers Commission expects that the private health market will continue to grow at 5% per year and will treat 16.5% of the population by 2000. If such trends continue, the NHS could eventually be reduced to a basic, limited service for the poor and for emergency cases.

That would be a shame. For all its faults, and the scope for still more efficiency gains, the NHS has proved a great bargain compared with the huge cost of America's mostly private health-care system, or even the government-financed, social-insurance schemes in Germany or France. Moreover, the British public remains firmly committed to the concepts of fairness and universality embodied in the NHS, however much they are breached in practice.

There are, however, less bleak options for the NHS, even if it is accepted that public spending is bound to remain under severe pressure. The problem of relying on the government's annual spending round as the sole means of paying for the NHS is that it is far too inflexible. In particular, it fails to relate demand for improved health care to the public's willingness to pay. So long as increasing taxes remains a political taboo for both Tories and Labour, the search for a solution must lie in testing how far voters are prepared to dig into their own pockets. The real question is whether this process is to be done within the ambit of the NHS or outside it. If it is the latter, then private insurance seems certain to play an increased role. Those, however, who wish to maintain the NHS as a universal service will have to re-examine possible additional methods of financing, however painful and politically difficult that may be.

A report published last year by Healthcare 2000, a cross-party research group, suggested that one source of additional revenue for the NHS might be discretionary charges for extra services such as hospital rooms with greater privacy and "non-essential" operations such as varicose veins. Another approach, more in keeping with the tradition of a universal service, would be to levy user charges related to income for a wide range of NHS treatments.

Or Britain could move to a system of compulsory health insurance similar to the systems operating in Germany, France, the Netherlands and Japan. The simplest and most effective option could be a separate, hypothecated income tax whose revenues would go solely to the NHS. This would give voters a clear measure by which to judge whether or not they really wanted to pay for more spending.

Neither party has shown an interest in exploring these options. Until one of them is adopted, the NHS is set on a course which will inevitably lead to deterioration and fragmentation. More and more people will be forced to seek treatment in the private sector. As a result, Britain's overall healthcare costs are likely to rise sharply. And the cherished idea behind the NHS, a universal service with free care to all, will become a hollow promise.

Cadernos MARE da Reforma do Estado

1. A Reforma do Estado dos Anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle
2. Organizações Sociais
3. Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública
4. Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública
5. Plano de Reestruturação e Melhoria da Gestão do MARE
6. A Reforma do Aparelho do Estado e as Mudanças Constitucionais
7. A Reforma Administrativa na Imprensa
8. Conselho de Reforma do Estado
9. Agências Executivas
10. Questões sobre a Reforma Administrativa
11. Uma Nova Política de Recursos Humanos
12. Programa de Reestruturação e Qualidade dos Ministérios
13. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde

Internet : <http://www.mare.gov.br>

Para conhecer melhor a Reforma do Estado e da Administração Pública visite a homepage do MARE

Na homepage do MARE você encontrará:

- Publicações (Cadernos MARE da Reforma do Estado, Jornal do Servidor, Artigos, etc.)
- Estatísticas
- Acompanhamento dos Projetos Prioritários do MARE
- Sistemas de Informações do Governo (compras, pessoal, organizações)
- Informações Gerais (legislação, concursos, lista de autoridades do Governo Federal, etc.)
- ENAP - Escola Nacional de Administração Pública e
- muito mais

Os Cadernos MARE da Reforma do Estado são uma linha de publicações temáticas que tem por objetivo a documentação e divulgação das políticas, projetos e ações desenvolvidos no âmbito do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado.

MARE | Ministério da Administração
Federal e Reforma do Estado

Esplanada dos Ministérios, bloco C, sala 740

Fones: (061) 313-1451

Brasília - DF CEP 70046-900

Internet: <http://www.mare.gov.br>

Email: ii@mare.gov.br

