

Financiamento da Saúde

Adib Domingos Jatene¹

O capítulo “Financiamento da Saúde” tem sido, muitas vezes, abordado de forma inadequada, partindo-se do pressuposto de que as deficiências do setor são predominantemente de gestão. Pessoas com representatividade, do próprio setor, chegam a afirmar que o principal problema reside na forma como os recursos são administrados.

Este enfoque parece desconhecer o que ocorreu nos últimos 60 anos, e que transformou radicalmente o País. Eu sou testemunha e partícipe dessas transformações, já que ingressei na Faculdade de Medicina da USP em 1948.

Havia três tipos de pacientes:

1- os **indigentes**, representados por população urbanizada, sem emprego formal, acrescidos pelos trabalhadores da zona rural, que não tinham direito a qualquer cobertura. Eram atendidos em Santas Casas e em hospitais públicos universitários ou não;

2- o contingente de trabalhadores urbanos, com **emprego formal**, atendidos pelos vários Institutos de previdência e assistência social;

3 - pacientes **particulares** que cobriam os gastos com recursos próprios.

Este último tipo de clientela permitiu que se improvisassem as chamadas Casas de Saúde que, com o tempo, evoluíram para hospitais, atendendo, inclusive, clientes da Previdência, onde não havia hospitais próprios. Esta, por sua vez, remunerava de forma adequada. A consulta médica, por exemplo, custava seis unidades. A unidade era 1% do salário mínimo.

Nesses últimos 60 anos ocorreram alterações importantes no País, que impactaram fortemente o setor saúde. Nesse período enfrentamos modificações demográficas, epidemiológicas, ecológicas e tecnológicas, com profundas repercussões em todas as áreas, particularmente, na da saúde. Para melhor compreensão considerarei 3 períodos, cada um com 20 anos.

A Saúde no período 1948 a 1968

Entre 1948 e 1968, o País recém havia saído de um regime autoritário, representado pelo Estado Novo de Vargas, e ingressado no sistema democrático, rompido em 1964, por novo regime autoritário.

Nessa fase, como os Institutos de Aposentadoria praticamente ainda não tinham aposentados, acumulavam grande volume de recursos aplicados em boa parte para promover assistência a saúde de seus associados. Como a Capital Federal era no Rio de Janeiro, os Institutos de cada categoria profissional construíram grandes hospitais, que representavam, junto de alguns hospitais universitários, o que de melhor existia no País. Nesse período, 62% dos leitos hospitalares no Rio eram públicos, sendo que em São Paulo, apenas 9% dos leitos hospitalares eram do setor público. Toda a assistência médico-hospitalar e ambulatorial, à massa trabalhadora com carteira assinada, era de responsabilidade da Previdência Social, que contratava serviços em todo o País.

É desse período o ingresso do Brasil, embora com 200 anos de atraso, na revolução industrial. Grupos de empresas multinacionais, que aqui se implantavam para cumprir o plano de metas do Presidente Juscelino Kubitschek (1956-1971), como a indústria automobilística, a eletroeletrônica, a naval e outras, estimularam uma urbanização acelerada e incrementaram tanto a economia formal quanto a informal. É desse período o início da concentração de renda e agravamento da desigualdade social, com grandes parcelas de população morando em áreas sem a infra-estrutura necessária. Consolidavam-se os três tipos de clientela: indigentes, previdenciários e particulares, aos quais foi acrescido um novo contingente, representado por sistemas de pré-pagamento. Inicialmente **medicina de grupo**, patrocinada pelas grandes empresas aos seus funcionários, e a seguir as **cooperativas médicas, a autogestão e o seguro saúde**.

A parcela sob responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e municipais era a vigilância epidemiológica e sanitária, o combate as endemias, as imunizações, bem como alguns serviços verticalizados contra

¹ Médico Cardiologista, Ex-Ministro da Saúde do Brasil.

certas afecções como hanseníase, tuberculose, saúde mental, doenças infecciosas, e a puericultura. As emergências eram responsabilidade dos municípios.

Toda a assistência médico-hospitalar e ambulatorial, da grande massa trabalhadora, era custeada pela Previdência Social, que abrangia os assalariados urbanos. A população urbanizada, que era minoria em 1950 (34%), já atingia no final do período mais de 54% da população do País. Hoje, ultrapassa 83%.

○ maior volume de recursos aplicados em Saúde era da Previdência Social e não dos órgãos de Saúde.

O Sistema de Saúde no período 1968 a 1988

Entre 1968 e 1988 seguimos com fortes transformações no setor saúde. A Assembléia da OMS, em **Alma Ata**, consagrou a ênfase no atendimento primário. Os **Institutos** da Previdência foram **unificados** no INPS e criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social), que unificou o comando antes exercido em cada Instituto para sua categoria profissional. Ao mesmo tempo, ocorreu reforma administrativa que encerrava a carreira de servidor em chefe de seção. Com exceção de algumas áreas, todos os demais cargos da hierarquia passaram a ser de confiança e de livre provimento. Criaram-se seis categorias do chamado DAS, eliminando-se o concurso de acesso aos cargos de mais responsabilidade e melhor remunerados, que garantiam a **meritocracia**, e simultaneamente estes cargos foram entregues à **barganha política**.

Ao mesmo tempo, decidiu-se incorporar os rurais à Previdência Social e, em consequência, no Sistema Público de Saúde, representado pelo INAMPS.

A esta altura, os militantes da Saúde, pleiteavam a unificação do setor, estendendo a cobertura para os não previdenciários e pleiteando outras medidas, através do que se convencionou chamar de **Reforma Sanitária**.

Entre a 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no auditório do Itamarati, em 1980, ainda sob o regime militar, e a 8ª realizada no Ginásio de Esportes de Brasília, em 1986, já na recuperação do sistema democrático, consagrou-se a hegemonia do grupo da reforma sanitária. O relatório da 8ª Conferência serviu como roteiro à elaboração do capítulo da Saúde na nova Constituição.

O Sistema Único de Saúde no período de 1988 a 2008

De 1988 a 2008 vivemos a fase que consagrou a **saúde como direito do cidadão e dever do Estado**, oferecido como um direito constitucional e sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Pela primeira vez toda a população tinha direito à saúde, que devia ser financiada pelo Estado, e se pleiteava a unificação do setor nas instâncias da saúde, transferindo-se todas as instalações e responsabilidade da Previdência Social para os órgãos da saúde, seja Ministério ou secretarias estaduais e municipais. Consagrava-se a política de Sistema Único de Saúde (SUS), com comando único em cada esfera de governo. Entretanto, estabeleceu-se que a atividade era livre, e a iniciativa privada deveria atuar em caráter complementar.

Estava decretado um verdadeiro *apartheid* na área da Saúde. O setor privado, que já trabalhava com o sistema de pré-pagamento, ampliou sua atividade e, bem ou mal, suporta a rede privada, que assumiu toda a moderna tecnologia, invertendo a posição e assumindo a excelência que era da rede pública.

O setor público passou a ser único (SUS), com comando único em cada esfera de poder, e tendo como metas a descentralização a nível municipal e participação popular.

A tarefa dessa magnitude em país federativo, pluripartidário, com eleições a cada dois anos, que geram conflitos e deixam sequelas, foi enfrentada, chegando-se a estruturação que harmonizou uma verdadeira política pública.

Temos os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, os Fundos de Saúde das três esferas de governo e as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais, que permitiram a forte participação social, com grandes contribuições à organização e modulação do sistema.

Duas instâncias permitem discussão e homologações das decisões. São as Comissões Intergestoras, Bipartites e Tripartites, responsáveis pelos ajustes necessários dentro de programação integrada.

Foram organizadas as agências reguladoras e implantados, progressivamente, programas como o dos Agentes Comunitários e Saúde da Família.

Toda essa atividade coincidiu com grande aumento da clientela, já que a saúde passou a ser "**direito do cidadão e dever do Estado**", incorporando toda a população.

A unificação de todas as ações nas instâncias da saúde foram implementadas, sendo o INAMPS transferido para o Ministério da Saúde, e as superintendências, regionais, que tinham mais recursos que as Secretarias Estaduais, tiveram todo seu acervo transferido para essas Secretarias e, também, para os municípios. Cumpria-se a unificação tão desejada do setor saúde, consolidando-se o SUS.

Só que a transferência do INAMPS se fez em um primeiro momento, em 1990, com metade dos recursos que ele dispunha, e em segundo momento, em 1993, todo o recurso da Previdência Social foi retirado.

O argumento utilizado foi o grande aumento do número de aposentados e a inclusão dos rurais, que passaram a consumir toda a arrecadação previdenciária e até a obrigar a busca de recursos complementares no orçamento da União.

A consequência foi uma redução de mais de 50% dos recursos, então utilizados pelo setor saúde, e o desinteresse da área econômica de atender a sua necessidade financeira.

O que aconteceu com os hospitais públicos no Rio de Janeiro, que eram motivo de orgulho, atesta o drama que se abateu sobre o setor.

Quando em 1995, assumi o Ministério, os recursos disponíveis representavam 22% da seguridade social, o que nos levou a propor e aprovar a CPMF. Em 1998, eu já não era ministro, mas com a arrecadação da CPMF sendo incorporada, o orçamento do Ministério da Saúde representava 18% do orçamento da seguridade e, em 2007, representava 14%. Os recursos federais são decrescentes em valor real, enquanto a população aumentou mais de dois milhões de pessoas por ano, e a tecnologia incorporada cresceu como nunca antes, e vem sendo exigida pela população.

Apesar disto foram cobertos pelo SUS mais de doze milhões de internações, perto de 400 milhões de consultas, a maioria dos procedimentos de alta tecnologia como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise a totalidade dos transplantes de órgãos, o atendimento aos afetados por Aids, sem paralelo no mundo. O programa de imunizações permitiu erradicar a poliomielite e o sarampo, bem como tornar marginais as doenças preveníveis por vacinação. Mantém-se e acentuam-se o combate às endemias e se conseguiu grande redução da mortalidade infantil e materna, tudo com um esquema financeiro sabidamente deficitário.

E depois, temos que ouvir que o problema não é de recursos, mas sim de gestão, sugerindo que o melhor desempenho do setor privado se deve à gestão. Esquecem-se de dizer que o setor privado trabalha com volume de recursos superior a quatro vezes o que o setor público dispõe, e se esquecem de dizer que muitos gestores do setor privado vieram do setor público.

Considerações finais

Considero uma façanha o desempenho do setor público, e não hesito em afirmar que se ele dispuser de um esquema financeiro compatível com suas atribuições o desempenho poderá ser grandemente melhorado.

Aceito que a gestão em todo o setor público, não só na saúde, pode ser aprimorada, o que não consigo aceitar, é comparar um setor razoavelmente financiado, como o privado, com setor equivalente sabidamente subfinanciado.

A própria Emenda 29, aprovada há 8 anos, ainda não regulamentada, não permitiu corrigir a deficiência, e não impediu os desvios de parte dos novos recursos aportados para outras áreas, que nunca foram atribuição da saúde.