

PLANO DO CONASP

IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO

Documento apresentado
pelo Presidente Aloysio de Salles
Fonseca, no "I Encontro Nacional
de Previdência Social".



Ministério da Previdência e Assistência Social/MPAS
INAMPS/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Set. 1984
Seção de Serviço Social
do Instituto de Pneumologia Sanitária
do Complexo Hospitalar de Mandoqui

PLANO DO CONASP : IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO

O Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo CONASP, nos seus últimos parágrafos diz:

"... O Plano de Reorientação deve ser encarado como um processo, e, portanto, sujeito a avaliação e ajustes do seu curso, à medida que isso for indicado como necessário. A complexidade do quadro de saúde da população brasileira, as dimensões que assume o sistema de prestação de serviços, com seu pluralismo e diversidade, inclusive regionais, não permitem que se tenha a veleidade de uma resolução imediata e completa da situação. Somente com gradualidade e persistência, baseando-se num processo eminentemente democrático, pode-se pretender alcançar a preconizada meta de "saúde para todos".

Decorrido mais de um ano de implantação do Plano, o balanço geral da situação pode ser sumarizado da seguinte maneira:

a) o Plano é incontestavelmente bom e exprime idéias, conceitos, princípios e propostas ambicionadas, há muitos anos, por autoridades, entidades e categorias profissionais do setor saúde, no Brasil, e obedece às principais recomendações nacionais e internacionais;

b) a tarefa de implantá-lo foi assumida, com determinação e coragem, pelo Governo, em geral, e pelo INAMPS, em particular. Tomaram-se medidas políticas e técnico-administrativas efetivamente reorientadoras, de caráter profundo, em escala nacional, passando-se da intenção para a ação. Integraram-se os Ministérios da Saúde, da Educação, da Previdência e Assistência Social, que, em grau jamais atingido anteriormente, convocaram as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios para a tarefa comum da prestação de serviços na área da saúde. Pode-se afirmar, com bastante segurança, que a implantação do Plano do CONASP constituiu-se no maior esforço de reformulação da assistência à saúde, que já se fez no país;

c) o Plano, nos seus aspectos estruturais, pode ser considerado como implantado. O processo de organização e desenvolvimento dos Sistemas Estaduais de Saúde está instalado, através dos convênios de Ações Integradas. A autoridade e a credibilidade do INAMPS - principal órgão do setor público em saúde no país - recuperaram-se. A descentralização, através das Superintendências Regionais, está sendo efetivada. A prioridade das ações ambulatoriais e básicas está claramente estabelecida. O

sistema de Unidade de Serviço foi substituído pelo Novo Sistema de Contas Hospitalares. As principais crises de "resistência natural a mudanças" estão sendo ultrapassadas, com sólido e decisivo respaldo das autoridades governamentais superiores;

d) o desempenho assistencial e financeiro do INAMPS, em 83, reforça a inquestionabilidade moral e a competência técnico-administrativa da instituição, apesar da reconhecida exiguidade de recursos como um todo.

Apesar dessa avaliação global, altamente favorável, faz-se necessário, neste momento, uma reflexão sobre o estágio de desenvolvimento da atual política institucional, para que os próximos passos possam consolidar as conquistas, até agora, efetivadas, assim como superar eventuais pontos de estrangulamento, permitindo que a proposta de reorganização do setor de prestação de serviços de saúde, contida no CONASP, torne-se uma realidade nacional - sólida e irreversível. Para isso é, também, fundamental a compreensão da conjuntura econômica, social e política que vive a nação, para que as medidas, a serem assumidas pelo Governo, correspondam às reais necessidades e expectativas dos vários grupamentos sociais, bem como sejam viáveis, do ponto de vista econômico-financeiro.

Qual é o modelo assistencial programado pelo CONASP?

Ensaçada em várias ocasiões, em especial nos anos mais recentes, através da implantação do PIASS e da tentativa de aprovação do PREV-SAÚDE, a proposta de racionalização do setor de prestação de serviços de saúde parece ter encontrado conjuntura favorável para avanço mais significativo, através do Plano de Reorientação do CONASP. Essa conjuntura, de crise, não comporta mais titubeios. Não há mais como ignorar a nítida inadequação da estrutura de recursos à estrutura de necessidades sanitárias da população, a par do paralelismo de ações, duplicidade de gastos e ociosidade do setor público prestador de serviços. Do mesmo modo, é injustificável a dicotomia institucional entre ações de promoção/prevenção e de recuperação da saúde.

Se a resposta a esse quadro não é única do ponto de vista das concepções correntes na população, entre profissionais de saúde e nas instituições do setor, a proposta racionalizadora/reorientadora, contida no Plano do CONASP, é indubitavelmente majoritária. Em essência, essa proposta pode ser assim resumida:

- responsabilidade do Estado sobre a saúde da população, e, especificamente, sobre a política, a organização e o controle do Sistema de Saúde;
- integração interinstitucional a partir do setor público, ao

qual deverá estar articulado, técnica e funcionalmente, o se tor privado prestador de serviços de saúde;

- globalização das ações de saúde, superando as dicotomias en tre ações preventivas/curativas e individuais/coletivas;
- regionalização e hierarquização única dos serviços públicos e privados, a nível de Unidade Federada, com porta de entra da através dos serviços básicos de saúde;
- ênfase nas ações primordiais de saúde;
- utilização prioritária plena das potencialidades da rede pú blica;
- descentralização do processo de planejamento e administra ção a nível estadual, regional e local/municipal;
- planejamento técnico e orçamentário da cobertura assistenci al, a partir das necessidades de atendimento da população, com parâmetros e estratégias definidas e melhores relações custo/benefício;
- co-participação, claramente estabelecida, das várias institui ções envolvidas no financiamento das ações de saúde, de acor do com as responsabilidades institucionais e disponibilida- des orçamentárias, numa verdadeira ação solidária multi-ins- titucional;
- reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais na definição de necessidades, no encaminha mento de soluções e no controle da qualidade assistencial;
- desenvolvimento de recursos humanos como condição básica de opera ção do programa;
- universalização e equalização do atendimento da clientela , urbana e rural, previdenciária ou não.

Esse corpo doutrinário, de lógica aparentemente meridiana, tem como princípio fundamental, o de que a assistência à saúde não é, apenas, um benefício securitário, previdenciário, mas também, um direito da cida- dania. Conseqüentemente, cumpre ao Estado assegurar esse direito, na medida direta da sua legitimidade, isto é, quanto mais estiver identifica- do com os interesses majoritários da população. O processo de democrati zação do país leva nessa direção, à qual, organicamente, as instituições têm que se alinhar. Impõe-se, assim, obtenção de recursos adicionais, oriundos de variadas fontes, racionalmente distribuídos e utilizados. A Previdên cia Social deverá, pois, deixar de ser apontada como única responsável pelas árduas tarefas de prover, de recursos financeiros e de serviços de assistência médica, a população brasileira. A responsabilidade e as

ações correspondentes têm que ser repartidas com os vários níveis de governo, em caráter comum e multi-institucional, em atenção aos reclamos da sociedade.

Como está se processando a implantação desse modelo?

No encaminhamento dessa doutrina, o INAMPS vem centrando suas grandes iniciativas em quatro focos principais:

- 1 - integração das ações de saúde, a nível de Unidade Federada, através da assinatura de convênios com Estados e Municípios, para a gestão conjunta dos Sistemas de Saúde Estaduais e Municipais. As Ações Integradas de Saúde consubstanciam a proposta mais abrangente e transformadora contida no Plano. Confunde-se com o próprio Plano e constitui o seu arcabouço. Seu propósito é a co-gestão, a nível da Unidade Federada, entre os serviços públicos federais (especialmente INAMPS), estaduais e municipais, como base para as necessárias articulações com os serviços de saúde privados, contratados pelo INAMPS, e com o setor de formação de recursos humanos. Representa, na prática, uma mudança qualitativa na situação vigente, caracterizada, até então, por uma atividade da Previdência Social como mero agente financiador e comprador de serviços. Nesse sentido, já foram assinados convênios - até que se encontre uma fórmula mais definitiva de relacionamento - com os Estados de Santa Catarina, Ceará, Rondônia, Maranhão, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Pernambuco e Distrito Federal, havendo perspectiva de assinatura próxima para Espírito Santo, Paraíba, Amazonas, Acre, Alagoas, Mato Grosso, Goiás e Bahia.
- 2 - racionalização do atendimento ambulatorial, através de projetos de desenvolvimento gerencial dos serviços próprios do INAMPS, num sistema hierarquizado e regionalizado, envolvendo, também, os médicos credenciados pelo INAMPS, em seus próprios consultórios, e outros serviços ambulatoriais públicos. O programa de Racionalização Ambulatorial está implantado, ou em final de implantação, praticamente em todas as capitais do país. Seus resultados imediatos são surpreendentemente satisfatórios, com desaparecimento de filas, pronto atendimento e maior resolutividade dos serviços.
- 3 - estabelecimento de novas formas de relacionamento com a

iniciativa privada. A nível hospitalar, através de um novo sistema de pagamento por procedimento, que permite, a um só tempo, a simplificação administrativa, a previsibilidade de gastos e melhor controle da qualidade do serviço prestado. A nível ambulatorial, através da contínua revisão das tabelas, em intercâmbio com as associações profissionais correspondentes.

O sistema de pagamento de contas por procedimentos, conhecido como Sistema AIH (Autorização de Internação Hospitalar), está sendo implantado em todo o país, a partir de agosto último.

No sistema anterior, o paciente que precisasse ser internado na rede privada obtinha uma GIH (Guia de Internação Hospitalar), num Posto do INAMPS, e dirigia-se a um hospital contratado. A partir deste ponto, o INAMPS perdia todo o controle da situação, pagando as contas apresentadas à DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados do MPAS), inclusive serviços profissionais e exames complementares.

A única aferição era feita pela comparação dos valores da conta apresentada com os de um gabarito, secreto e de consistência discutível. Somente os valores excedentes ao gabarito eram glosados pelo computador da DATAPREV e retornavam ao hospital para justificação. A Justificação de Valores Excedentes (JVE) era, em seguida, analisada por um dos médicos revisores de contas do INAMPS, que se limitava a avaliar os valores excedentes. Em síntese, no Sistema GIH, o INAMPS, ao pagar, não criticava a qualidade da atenção médica prestada ao beneficiário e permitia a manipulação das contas, pela cobrança indevida de diárias, medicamentos, exames complementares etc.

Após longas repetidas reuniões com representantes da Federação Brasileira de Hospitais, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Sindicatos e outras entidades de classe - com base na experiência do convênio MEC/MPAS - o INAMPS instituiu o Novo Sistema de Contas. A experiência inicial, hoje aperfeiçoada, desenvolveu-se no Paraná. Após dois anos de aplicação naquele Estado, a filosofia foi mantida, mas a sua prática foi corrigida e aperfeiçoada, permitindo o estabelecimento de um novo e me

lhor modelo.

O Sistema AIH agrupou 2.565 causas de internações existentes em 246 grupos de diagnósticos, simplificando os métodos de pagamento e facilitando o trabalho de auditoria. Para cada doença incluída em um grupo, calcularam-se a frequência, o tempo de internação e os custos médios pagos, correspondentes a diárias e taxas, material e medicamentos, serviços profissionais e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, através da análise de 8 milhões de contas/ano pagas em todo o país.

Este amplo levantamento levou à elaboração de um Plano de Contas - o Sistema AIH - mais moderno e eficiente, que indica o valor a ser pago para cada procedimento. Constitui verdade matemática dizer-se que um valor médio, calculado a partir de um universo significativamente grande e assumido sem quaisquer outras limitações seletivas, quando acrescido de duas vezes do respectivo desvio padrão, corresponde ao valor de mais de 95% do universo de dados analisados. Em consequência, os custos dos procedimentos, assim estudados, representam 95% do que foi, em cada caso, cobrado pelos médicos e hospitais de todo o Brasil. Não pode haver outras discrepâncias. Com tal elemento básico de cálculo fixado, o INAMPS tem, agora, condições de negociar reajustes, com base nos aumentos constantes de preços. É o que tem feito, e pretende continuar a fazer, com plena audiência das diversas comissões de alto nível, compostas de representantes do INAMPS e dos prestadores de serviços. Ao mesmo tempo, com o objetivo de promover e premiar a qualidade da prestação de serviços, o sistema AIH oferece o acréscimo de 30%, de acordo com o desempenho, a qualidade e a diferenciação do hospital.

A luz da experiência de implantação do Sistema AIH, deve-se afirmar que este não é, apenas, uma nova forma de pagamento das contas hospitalares. Mais do que isso, o sistema AIH visa a assegurar a melhoria da qualidade do serviço médico, e a restaurar o império da racionalidade, ao premiar a competência gerencial na área hospitalar privada e ao premiar a melhor qualidade técnico-científica institucional médica.



4 - busca de medidas que possam levar a uma política de pesoal mais justa, adequada e estimulante. Os convênios de ações Integradas com Estados e Municípios - dos quais o INAMPS foi o principal promotor - é um dos cogestores e, seguramente, o maior participante do ponto de vista financeiro - abriram perspectivas de maiores valores e maior flexibilidade de remuneração aos profissionais de saúde, como um todo, e dos médicos, em particular. Constituíram verdadeiro avanço, ao equacionarem entraves e impasses da legislação salarial, contribuindo de forma mais decisiva para a superação de problemas de uma das áreas mais críticas da reorientação do modelo assistencial. Assim é que, em Santa Catarina, São Paulo e no Rio de Janeiro, os respectivos governos estaduais acabam de promulgar melhorias de níveis funcionais e salariais, que atendem às expectativas e reivindicações da classe médica. Essas melhorias só se tornaram possíveis graças à assinatura dos convênios de Ações Integradas. A política de pessoal foi, também, objeto de estudo de um Grupo de Trabalho, amplamente representativo, instituído pelo INAMPS. Seus frutos começam a ser colhidos. As recomendações desse Grupo de Trabalho, algumas delas transcendendo o campo de atuação da Autarquia, vêm sendo, progressivamente, operacionalizadas e encaminhadas às esferas superiores do Governo, determinando, por parte dessas autoridades, algumas medidas decisivas, como por exemplo, a permissão de concursos, em carâter de excepcionalidade. O equacionamento pleno dos problemas da política de recursos humanos do setor saúde de verá representar, ao lado da real satisfação das necessidades da própria população, o principal indicador da efetividade da política assistencial.

Outro extenso conjunto de programas de aperfeiçoamento técnico-gerencial desenvolve-se, simultaneamente, como é o caso da assistência psiquiátrica, assistência odontolôgica, assistência farmacêutica, assistência rural, sistema de informações, sistema de controle e avaliação, racionalização dos procedimentos de alto custo e o próprio reforço da rede de serviços próprios do INAMPS.

Quais os problemas que, no momento, dificultam o desenvolvimento do Plano?

Não existem dúvidas em se afirmar que o Plano do CONASP está implantado no país e que seus aspectos estruturais estão, já, perfeitamente estabelecidos e em operação na maioria dos Estados da Federação. Pode-se dizer que a meta traçada para 1983, no particular, foi alcançada, ou seja, que se está dando cobertura a cerca de 50 milhões de brasileiros. Este esforço, a Direção Geral do INAMPS credita ao magnífico corpo de servidores desta Instituição e à compreensão, apoio e estímulo dos dirigentes superiores do Governo e, particularmente, do MPAS.

Contudo, a continuidade, a efetividade e a progressão das medidas em curso, ou às vésperas de implantação, têm encontrado dificuldades, que devem ser analisadas, pois que constituem problemas fundamentais para qualquer programa nacional de saúde, especialmente, para a reformulação da assistência médica na Previdência Social.

Didaticamente, esses problemas podem ser reunidos em cinco grupos, a saber:

- a) recursos financeiros do setor de saúde;
- b) política de recursos humanos do setor;
- c) centralização e agilização de técnicas administrativas do INAMPS e dos seus conveniados;
- d) relacionamento do INAMPS com o setor privado contratado;
- e) participação legislativa e comunitária.

Tais questões devem ser analisadas separadamente, admitindo-se, desde logo, suas interdependências.

a) Recursos financeiros do setor de saúde: as medidas de racionalização de gastos do INAMPS surtiram os efeitos desejados. A análise dos dados disponíveis mostram, entretanto, que não há razões para se supor que tal ritmo de economia possa ser mantido. Pelo contrário, a fase inicial de contenção dos excessos e distorções, que se prolongou durante o ano de 1983, deixa claro que é chegada a hora de se estabelecerem etapas de consolidação do modelo, que implicarão gastos adicionais, particularmente com vistas à melhoria da operação do setor público, já instalado. Ao mesmo tempo, a necessidade de se alcançar equalização e universalização da assistência à população brasileira, pelo menos no setor de cuidados primordiais - legítimo anseio da sociedade, em todos os seus setores - dependerá, também, de maior viabilidade econômico-financeira do setor saúde.

Tais fatos obrigam a duas séries de providências: a primeira diz respeito, sem prejuízo dos limites orçamentários estabelecidos para o INAMPS, buscar-se mais do que reformulações dos valores globais já as segurados, maiores esforços à procura de novas fontes de recursos governamentais. A tais recursos proporcionados, (em parte), pelo governo federal, devem ajuntar-se outros, originados dos naturais parceiros do empreendimento comum de prestar serviços de saúde à população. Os Estados, os Municípios e as Organizações Comunitárias, no seu conjunto, foram mais ou menos esvaziados nos seus orçamentos no campo da saúde, não apenas pelas próprias dificuldades de sua operação governamental, como um todo, mas sobretudo, pela natural tendência de se encolherem, na medida em que o governo federal, através da Previdência Social, alargava os seus horizontes de ação e buscava encontrar, dentro de si mesma, recursos para tal crescimento de responsabilidade.

É chegada a hora de dividirem-se essas responsabilidades. É indispensável que os problemas de saúde sejam vistos e financiados como um todo, em que todos estão envolvidos: governo federal, estados, municípios e população em geral. São assim, a tão ambicionada universalização da asistência poderá ter condições de viabilizar-se e, em consequência, alcançar-se, no Brasil, aquela meta síntese, que é assegurar-se saúde para todos, com cuidados primordiais oferecidos indistintamente.

Aqui, vê-se o grande papel histórico de convocação, de ação e de exemplo do Plano do CONASP, na sua difícil e quase tormentosa implantação.

b) Política de recursos humanos - a política de recursos humanos no setor saúde em geral, inclusive no INAMPS, não oferece condições que possam assegurar adequada dedicação ao trabalho e satisfação na sua execução, o que, inevitavelmente, conduzirá, ou vem conduzindo, a efeitos de letérios sobre a qualidade assistencial.

Além da insuficiência da política salarial - como fator de distorção da política de recursos humanos no setor saúde - devem, ainda, ser acrescentados outros elementos, igualmente importantes, para explicarem dificuldades correspondentes, com reflexos vigentes no país e com reflexos importantes no processo de implantação do Plano do CONASP.

Assim, alinham-se:

- distorções na qualidade e na quantidade de profissionais de nível superior no setor, formados por excessivos números de cursos ou escolas;

- distribuição desigual das oportunidades de emprego nos vários centros, ou Estados da Federação, com pletorade profissionais médicos, a disputarem um mercado cada vez menor, de tal sorte que o excessivo número de candidatos acaba por facilitar a exploração salarial que, indiscutivelmente, aflixe a uma boa parte dos mais jovens. Sem contar, ainda, o número crescente de diplomados desempregados, espetáculo constrangedor, que está a exigir providências desassombradas do Governo e das Instituições de Ensino. No particular, a Direção do INAMPS dirigiu, recentemente, ofício ao Exmo. Sr. Ministro Jarbas Passarinho, sugerindo princípios corretivos dessa situação, que, para sua global identificação, exigem trabalho e ação conjunta de vários Ministérios: Educação, Saúde e Previdência, assim como das Entidades representativas das sociedades científicas, profissionais, gremiais, sindicatos, etc.

- cabe ainda destacar que a expectativa liberal de alguns setores, ou categorias médicas, vem se chocando com as tendências do mercado de trabalho e constitui, paradoxalmente, força conservadora, para não dizer constrangedora, em relação ao processo de mudança que a própria sociedade, em seu conjunto, está a solicitar.

O capítulo de recursos humanos do setor saúde e da medicina previdenciária, por isto, constitui uma das prioridades do INAMPS para o segundo ano de existência do Plano do CONASP.

c) Centralização e agilização administrativa - questão também limitadora, do ponto de vista de agilidade e capacidade de resposta, é a causada pelo gigantismo e centralização da instituição. Se os processos de unificação, sob comando único, viabilizaram uma tendência à equalização do atendimento entre a clientela previdenciária, e, também, uma certa redistribuição de riqueza, o agigantamento da máquina administrativa criou mecanismos burocráticos imobilizadores. Além disso, a uma só vez, contribuiu para a retração dos setores estaduais, municipais e comunitários, nas iniciativas de prestação de serviços de saúde, e dificultou, porque à distância, o processo de controle, avaliação e desenvolvimento dos serviços levando-o à sua baixa eficácia. Por outro lado, o padrão federal, sempre uniforme, nem sempre tem correspondido às necessidades regionais e locais, freqüentemente invertendo as prioridades de atendimento.

A descentralização administrativa é uma das marcas fundamentais do Plano do CONASP. Foi, pelo INAMPS, constantemente assegurada, com atribuição de responsabilidade cada vez maior, e mais independente, às Superintendências Regionais, nos vários Estados. A prática tem confirmado o acerto dessas medidas e tem, também, mostrado que o relacionamento com a sociedade, em geral, e com os setores mais diretamente vinculados às ações de saúde pode ser melhor atendido. Ela implica transformar o organismo gigantesco, num sistema integrado por várias organizações menores. Este esforço da Direção Geral deve ser, e está sendo, correspondido pela ação descentralizadora e regionalizadora dos Superintendentes Regionais nas suas respectivas Unidades Federativas, das quais são os titulares. Por outro lado, o relacionamento com as autoridades do setor, nos Estados e Municípios, tem sido mais fácil. A celebração dos convênios - que estão quase a cobrir todo o território nacional, apesar de dificuldades ocasionais vislumbradas por todos - permite que se tenha a segurança de que aí está o caminho para a revivificação da própria Previdência Social, abdicando, despojando-se de suas prerrogativas centralizadoras, na medida em que as estende aos seus delegados estaduais, em conjunto com as autoridades dos Estados e Municípios.

d) Relacionamento do INAMPS com o setor privado contratado:

- as expectativas de retribuição dos serviços e de reposição do capital investido, eufórica e inadvertidamente estimulados até há 3 anos, têm, também, levado a alguma dificuldade de aceitação de novas regras e novos limites, pela iniciativa privada, contratada pelo INAMPS. As novas regras-baseadas em maior racionalidade organizativa do setor e na necessidade real de serviços pela população - ainda que com preços unitários adequados, têm, em muitas situações, modificado o montante do faturamento antes apresentado pela empresa médico-hospitalar, gerando frustração, conflito e oposição. Apenas para ilustrar, vale referir que existem, hoje no Brasil, ao redor de 400 mil leitos hospitalares, sendo que, desses, 200 mil estão contratados pelo INAMPS, quando, a rigor, seriam suficientes 125 mil leitos. Essa situação é ainda mais agravada pela má distribuição geográfica desses hospitais. Entretanto, o trabalho conjunto com a Federação Brasileira de Hospitais e das Santas Casas, assim como a coparticipação das sociedades médicas na revisão das tabelas de honorários permitem prever que, gradual e rapidamente, serão corrigidas distorções, como as apontadas, quer nos seus aspectos quantitativos, quer qualitativos, ou seja, o excesso, a distribuição e a qualificação da capacidade instalada da rede privada contratada. Por outro lado, espera-se também que, em breve, esse representativo segmento do empresariado nacional, reconheça, inclusive por questão de sua própria sobrevivência, a necessidade de se

aliar ao INAMPS, no reforço da Previdência Social brasileira.

e) Participação legislativa e comunitária - sendo a questão saúde de caráter eminentemente político, a participação mais direta da população - através de seus representantes mais legítimos (parlamentares, governadores, prefeitos, vereadores) - é essencial, como verdadeira forma de canalizar a participação comunitária, com vistas à definição de suas necessidades de saúde e ao controle da qualidade assistencial. Cumpre incrementar tal relacionamento.

Que direção seguir?

A rigor, não se trata de propor novas direções, mas sim de se destacar alguns aspectos que devam merecer um tratamento prioritário, do ponto de vista de opções políticas.

Como principal fator, é necessário que se pense, com consequência, grandeza de espírito, a médio e longo prazo, a questão do financiamento do setor. Esse aspecto não se confunde com o sistema previdenciário. Ainda que o setor saúde continue dependendo, por um bom tempo, da sua principal fonte de receita - a Previdência Social - é necessário que se analise o problema como uma questão de governo como um todo e em todos os níveis: federal, estadual e municipal.

É evidente que os atuários terão melhores condições de desenvolverem as diversas alternativas, que, seguramente, apontarão por melhor sistema de arrecadação, maior dotação de recursos pelo tesouro e medidas de reforma tributária, em suas várias dimensões, inclusive a da participação do usuário.

Nesse particular, merece menção a questão da cobrança direta do usuário. Sem maiores aprofundamentos, parece evidente que, a par da discutida repercussão financeira direta, o efeito esperado sobre a demanda, mais do que moderador, deve ter um caráter seletivo e reforçador da política atual da instituição. Isto é, se for aplicada, a cobrança de serviços deve ser justa, em termos de quem pode pagar, e, de maneira alguma, ser restritiva aos serviços básicos e cuidados primordiais. Deve, também, desestimular a demanda aos exames e procedimentos mais sofisticados e aos serviços privados contratados, solicitados sem respeito aos parâmetros recomendados. Assim, ao contrário do efeito moderador quantitativo, a medida deve ser entendida como racionalizadora, corretiva de excessos, e reorientadora, ou, em outras palavras, apenas mais justa e benéfica para a população, em geral, e a seu sistema previdenciário, em particular.

O setor privado, que apresenta indiscutível representatividade na prestação de serviços de recuperação da saúde, deve, cada vez mais, atuar dentro das regras de competitividade que regem a livre iniciativa, saindo da tutela do Estado e sendo, gradualmente, financiado pelos próprios usuários que disponham das condições financeiras para tal, através da compra direta ou indireta (seguro) dos serviços. No particular, o papel e a ação das UNIMEDS devem ser não apenas enfatizados, mas estimulados e amparados pela Previdência.

Os estímulos ao papel supletivo da atuação direta do setor público deverão, sempre que possível, recair sobre as instituições beneficentes e comunitárias.

A busca crescente da integração interinstitucional, a nível federal e, deste, com as instâncias estaduais e municipais, coloca-se também como condição essencial para maior racionalidade no planejamento, maturação do modelo, restauração da credibilidade das instituições públicas e privadas, e, por consequência, para maior eficácia das ações de saúde.

Ao mesmo tempo, o estabelecimento de amplos e melhores canais de participação apresenta-se como a mais segura estratégia de controle social sobre a prestação dos serviços.

Conclusões

Embora constrangida por toda a conjuntura social/econômica desfavorável, a ação da Previdência Social no seu setor de assistência/saúde encontra, através de um aparente paradoxo, condições para o equacionamento de sua problemática, com substanciada na proposta racionalizadora preconizada pelo CONASP.

Essa estratégia, ainda que desencadeada em 1981, e motivada pela crise de natureza fundamentalmente financeira, não deve ter caráter meramente contábil e cunho autoritário, mas sim, assumir sua verdadeira dimensão política e social, reorientando o setor de prestação de serviços de saúde para as reais necessidades da população e corrigindo os desvios consagrados e acumulados historicamente.

Dessa maneira é necessário e imperioso que se desenvolvam essas linhas estratégicas que possam mobilizar a consolidação e o aprimoramento do modelo assistencial proposto.

No entanto, mais que isso, é necessário que esses estudos e propostas tenham legitimidade social e política que assegurem a sua implementação. Nesse sentido, além da instância técnica, devem ser concitados a participarem os vários órgãos colegiados constituídos, como o próprio CONASP, as instituições públicas, federais, estaduais e municipais, as entidades da sociedade civil e, essencialmente, o poder legislativo.

O INAMPS coloca-se assim na postura de servir, disposto a incentivar e participar desse processo, cômico de seu papel preponderante na condução da política do setor. A divulgação e o melhor conhecimento de seus planos acarretarão as mudanças preconizadas por todos e, ansiosamente, esperadas pelo povo brasileiro.

COORDENADORIA DE
COMUNICAÇÃO SOCIAL DO INAMPS



Rua México, 128 - 9.º andar
Tel.: 240-4745 / 240-4795
Rio de Janeiro - RJ