

SUS: QUAL O RUMO?

Subsídio à Reunião de Planejamento do CEBES de 26 e
27/Fev/2010.

Elaborado com base nas exposições e debates do seminário do CEBES de 10
e 11/Dez/2009

Nelson Rodrigues dos Santos – Diretor do CEBES
27/01/2010

TÓPICOS

- I. Políticas Públicas na Área Social: Definição Sumária
- II. A Transferência de Renda
- III. Os Sistemas Públicos de Proteção Social
- IV. O Caso dos EUA
- V. O Caso do Nosso País
- VI. O Caso Brasileiro, o Caso dos EUA e o “Modelo Europeu”
- VII. Pressupostos para Proposta
- VIII. Proposta

I. POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA SOCIAL: DEFINIÇÃO SUMÁRIA

As políticas públicas para o atendimento dos direitos sociais básicos são políticas de Estado, formuladas em conjunto com a sociedade com maior ou menor participação democrática, de acordo com cada nação, sua história e sua conjuntura. Entre inúmeras formas destacam-se duas, que coexistem na grande maioria dos países: a) transferência de renda aos mais pobres e b) sistemas públicos de proteção social, que a seguir serão apresentadas esquematicamente como ponto de partida para os tópicos seguintes.

II. A TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Possibilita que estratos populacionais mais pobres integrem ou melhorem sua posição no mercado de consumo, pelo menos de bens e serviços de subsistência como alimentação, higiene, locomoção, vestuário, educação e outros, com dois efeitos positivos: a elevação do nível de vida na perspectiva da dignidade humana, e a ativação do mercado interno de produção de bens e serviços. Na experiência brasileira destacam-se o salário mínimo, sua atualização não inferior ou superior à inflação, o benefício previdenciário de Prestação Continuada (entre R\$ 15 e 20 bilhões anuais para mais de 5 milhões de idosos). Outros benefícios previdenciários redistributivos e o Bolsa – Família (por volta de R\$ 13 bilhões anuais para mais de 13 milhões de famílias). Essa estratégia, além de reduzir a exclusão social e as desigualdades, ativa a economia interna, o que potencializa as ações do Estado quando adota políticas públicas de desenvolvimento econômico com base em subsídios aos ramos industriais geradores de empregos, de tecnologias e de expansão/qualificação do ensino. É típica nas relações capitalistas para inclusão social e vem sendo utilizada com muito maior prioridade política e programática a partir de 2003.

III. OS SISTEMAS PÚBLICOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

É a garantia pública do acesso universal a bens e serviços essenciais à dignidade humana, não garantidos pelo mercado. Exemplos: Saúde – Educação – Segurança Pública – Previdência Social – Transporte Coletivo – Habitação, Cultura e outros.

- Seu Surgimento e Expansão

Iniciaram em alguns países europeus na primeira metade do século passado (Alemanha, Inglaterra, alguns países escandinavos) mas tomaram forma de políticas públicas e expandiram-se a partir da 2ª guerra mundial em meados do século, no bojo da resistência ocidental às revoluções socialistas estatizantes: na Escandinávia, Europa Central, Canadá, Portugal/Espanha (após a queda do salazarismo e franquismo), Austrália e oriente asiático. Esta expansão incluiu por décadas o paternalismo, o burocratismo, os desperdícios e os corporativismos estatais.

- Sua Evolução Recente

Nas últimas décadas as distorções apontadas passam a ser controladas gradativamente pela sociedade organizada e o Legislativo, e o desenvolvimento de novos modelos de gestão e de administração pública, sem retrair o financiamento público e mantendo-o compatível com os direitos sociais e com a adesão da população a esses sistemas, incluindo todos os estratos médios da sociedade e parte da elite e os governantes, até porque constam nesses avanços, várias formas de participação efetiva na formulação e controle dessas políticas públicas. Esta linha comum representa a média de diferentes trajetórias e cronologias nacionais de acordo com a história da relação sociedade – Estado em cada país, sua cultura e seu projeto nacional de desenvolvimento. Nessa linha comum os sistemas públicos de proteção social foram abalados mas resistiram à onda neoliberal dos anos 80/90 (“tachterismo”) e também à recente crise econômico – financeira de 08/09, mantendo os mesmos, níveis de financiamento e desenvolvimento da gestão pública. O Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário identifica em pesquisa comparativa, a faixa de renda no Brasil de R\$ 3 a 10.000,00 mensais com a população da França, Inglaterra e Suécia. Em nosso país, em 2008, 157 dias de trabalho pagaram os tributos das três esferas, e outros 117 dias pagaram no mercado serviços privados de saúde, educação, previdência, segurança pública e pedágio. Naqueles países com carga tributária similar, são universalizados, gratuitos e de qualidade. Não somente vão esgotando a capacidade das relações capitalistas suportarem a queda da desigualdade, mas vão avançando nessa queda por meio da permanente intervenção democrática do Estado, limitando e reorientando o livre desenvolvimento das relações capitalistas nesses sistemas públicos. É o que vemos como “Modelo Europeu”, que se adéqua e se desenvolve em países desenvolvidos e em desenvolvimento nos vários continentes.

- Seu Financiamento Público da Saúde

Neste modelo o financiamento dos serviços de saúde conta em média com 80% de origem pública, o que corresponde de 6 a 8% do PIB e por volta de US\$ 2.000 públicos per – capita ao ano (US\$ padronizado pelo poder de compra para comparação entre países). O setor privado participa em média

com 20% do financiamento total e não é subsidiado com recursos públicos, desenvolvendo-se sob as leis de mercado e atendendo por volta de 10% da população, sob o marco regulatório básico da qualidade do sistema público e da não duplicação com esse sistema, e sim, suplementação.

- Sua Lógica de Oferta de Serviços de Saúde

Baseia-se em dois pilares: a) atenção primária à saúde, universal e de alta resolutividade (85 – 90% das necessidades de saúde) e b) predomínio público nos serviços assistenciais de média e alta complexidade, diretamente ou por meio de serviços privados não lucrativos totalmente voltados e regulados para o interesse público. Esta lógica contrapõe-se à tendência histórica da rede de atenção primária ser compelida e induzida a mera triadora (de baixa resolutividade) para os interesses econômicos e corporativos dos serviços mais complexos e de maior custo, quando hegemônicos pelo setor privado lucrativo. Em vários países do “modelo europeu” o número de médicos generalistas já é igual ou ultrapassa o de especialistas, e em outros tantos a remuneração média de uns e outros já se equipara, o mesmo se dando com os demais profissionais de saúde, sendo a relação da equipe de saúde de família com a população adscrita, por volta de 1 : 2000.

IV. O CASO DOS EUA

- Situação Atual

A assistência médico-hospitalar é questão historicamente pertencente ao âmbito da livre iniciativa do prestador de serviços e de consumidor, sob as leis de mercado e dos lobbies industriais e das seguradoras privadas de saúde, sem intervenção / regulação pelo Estado no que tange aos critérios de oferta de serviços, custos e preços, incluindo as ações judiciais. Não há subsídios públicos ao seguro privado de saúde. Consequências: a) os custos são incontavelmente crescentes (dobraram nos últimos 9 anos), levando o setor saúde a gerar metade das inadimplências totais no país e gastar US\$ 2,5 trilhões em 2008, correspondendo a 16,2% do PIB, com um per – capita anual de US\$ 8.333, b) dos 308 milhões de habitantes em 2008, 46,5 milhões não possuem seguro privado, dos quais 31 a 36 milhões estão desprotegidos de assistência à saúde e o restante cobertos por proteção parcial de programas governamentais (medicare, medicaid, S-chip, veteranos das Formas Armadas e outros), com gastos públicos anuais de US\$ 625 bilhões correspondendo a 4% do PIB, com per – capita anual de US\$ 2.100, inseridos nos totais já referidos, e sujeitos ao mesmo crescimento de custos.

- Projetos de Lei Aprovados no Legislativo

O projeto da Câmara dos Deputados aprovado em Novembro/2009 cria subsídios públicos ao consumo do seguro privado de saúde pra a população de renda inferior a certo patamar e cria também uma opção para oferta pública de serviços de saúde, tudo lastreado por US\$ 1,05 trilhão nos próximos 10 anos (100 bilhões anuais), com base na elevação do imposto de renda de estratos sociais de maior renda, além de enxugamento de recursos no medcare e outros. O projeto do Senado exclui a opção pública e é lastreado por US\$ 871 bilhões nos próximos 10 anos (87 bilhões anuais) e foi aprovado pela maioria democrata absoluta que deixou de existir na eleição para preenchimento de vaga democrata em Jan/2010. Os dois projetos dispõem sobre a redução de custos superior a US\$ 400 bilhões anuais.

V. O CASO DO NOSSO PAÍS

- No Financiamento

Ao contrário do “modelo europeu”, somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde é de origem pública, o que corresponde, a somente 3,7% do PIB e por volta de US\$ 350 públicos anuais per – capita (US\$ corrigido pelo poder de compra), o que nos coloca entre os países com menor financiamento público per – capita do mundo, inclusive inferior à Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Panamá, na América Latina. A área econômica de todos nossos governos desde 1.990 vem comprovadamente, de forma ininterrupta, retraindo a participação federal no financiamento deste sistema público. O MS teria orçamento bem maior que o dobro do previsto para 2010 (R\$ 57,4 bilhões) caso não houvesse a retração federal, para não falar no devido a cada ano que nunca será reparado à população, nem se repetiria a cada ano a humilhação dos conselhos nacionais de secretários estaduais e municipais de saúde, de clamar por adicionais federais para pelo menos manter a mesma oferta de serviços do ano anterior. Para 2010 estão faltando R\$ 6,19 bilhões para manter a situação de 2009 sem incremento de serviços.

A própria aprovação da EC- 29 no ano 2000 trouxe no seu bojo uma derrota diante do “rolo compressor” da área econômica federal, que retirou a extensão para essa esfera, do critério de percentual mínimo sobre a arrecadação, mantendo-o somente aos municípios (15%) e estados (12%), e impondo a variação nominal sobre o PIB do ano anterior, o que garantiu a continuidade da retração da sua contrapartida, cujo valor real de 1.999 ficou maior do que nos anos restantes de 1995 a 2008, em comparação corrigida pela deflação com base em 2008. Esta derrota foi na realidade, a própria legalização da retração da participação federal, cuja revisão poderá ocorrer somente na regulamentação remetida pela própria emenda.

- Na Relação Público – Privado

Também a partir de 1.990, a área econômica vem elevando, também ininterruptamente, subsídios públicos (diretos e indiretos) ao mercado de planos e seguros privados de saúde. Estes subsídios incluem isenção tributária a hospitais privados terciários credenciados por operadoras de planos privados, a participação do orçamento público, incluindo as estatais, no financiamento de planos privados aos servidores públicos, as deduções no IRPF e IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde, e o não ressarcimento das operadoras privadas previstos na Lei nº 9656 de 1.998. O valor total desses subsídios corresponde hoje a mais de 20% do faturamento anual do conjunto de todas as operadoras privadas de planos e seguros de saúde que atuam no país. A decorrência imediata é a elevação acintosa da disparidade e iniquidade do financiamento da saúde em nossa sociedade: o per – capita em reais do SUS para toda a população é por volta de R\$ 675 anuais e dos planos e seguros privados para seus afiliados (25% da população) é de R\$ 1.428, e como esses afiliados também estão cobertos pelo SUS, seu per – capita efetivo é de R\$ 2.103. Com relação ao valor estimado do não ressarcimento, é importante lembrar que: a) já em 2003, o PNAD / IBGE revelava que 7% dos atendidos nos ambulatórios do SUS eram afiliados a planos privados, assim como 8,4% dos atendidos em exames diagnósticos, 11,6% em procedimentos de alta complexidade e 6,7% das internações, nas quais, para as cirúrgicas, afóra a cobertura das ações de vigilância sanitária, imunizações, controle da AIDS e outras, e b) o valor dos gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade é mais de 4 vezes maior que o das internações.

- Na Administração Pública

Nesta fundamental responsabilidade de Estado todos os governos também vêm mantendo o anacronismo da administração pública direta e autárquica na área social das necessidades e direitos da população: o patrimonialismo, o burocratismo, a desconsideração da diversidade e necessidades regionais, a lentidão, a total precarização da política de recursos humanos na saúde e a inadequação ao atendimento das necessidades e direitos da população.

- Na Lógica da Oferta de Serviços

A Atenção Primária à Saúde não consegue assumir o rumo da Universalidade nem da alta resolutividade (85 – 90%), mantendo-se sem perspectiva, de tornar-se porta de entrada no sistema, nem de elevar a cobertura média efetiva, acima de 40% da população, (abaixo da linha de pobreza). Os serviços assistenciais mais complexos permanecem no centro do sistema de saúde e hegemônicos por entidades privadas lucrativas, diretamente ou por meio de terceirizações privadas lucrativas a partir de instituições públicas. Não mais que 10% dos médicos são generalistas, boa

parte precários sem apoio de ações adequadas de educação permanente; sua remuneração média é significativamente menor que a dos especialistas, estão em grande rotatividade (70% não chegam a 3 anos na atividade) e sob o parâmetro oficial de 3500 pessoas por equipe de saúde de família, que além de excessivo torna-se na prática muito maior. Os serviços assistenciais de média complexidade – ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais, eletivos e de urgência – são em regra extremamente congestionados, acumulando a função de porta de entrada com longas esperas, agravamento de doença, desperdícios com ações evitáveis ou desnecessárias, na maior parte remunerados por produção, e o inaceitável sofrimento da população. Os gestores descentralizados do SUS são compelidos a despender uma parte cada vez mais insustentável do seu tempo, energia e angústia com esforços para completar com recursos próprios, valores defasados da tabela federal de remuneração para viabilizar a diminuição da repressão da demanda dos casos mais graves e das urgências, além do imperativo legal das ações judiciais para procedimentos de maior custo, o que torna mais escassos os recursos para o atendimento eletivo e preventivo, que além de contemplar direitos, reduzem os agravamentos e as urgências.

- Na Defesa do SUS Legal

Apesar dos grotescos desvios impostos ao SUS e ao equacionamento estrutural da atenção às necessidades e direitos da população, a maioria dos gestores descentralizados, em aliança tácita, na prática, com a maioria dos trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde, vem desenvolvendo a partir de 1.990, surpreendente capacidade de gestão de sistema público no âmbito das pactuações interfederativas, do planejamento, da territorialização, da regulação da oferta pública de serviços, da contratualização, da regionalização e da gestão participativa, como que tirando água das pedras. Esta aliança tácita na prática, de centenas de milhares de novos atores no cenário da saúde, gerou inacreditável elevação da produtividade e da oferta de serviços e consequente inclusão social no sistema público, por volta de metade da população brasileira, antes excluída de qualquer sistema de saúde. Nesta aliança sempre houve apoio e participação pessoal fundamental ou pelo menos assentimento de importantes setores técnicos do Ministério da Saúde e de ministros. Os atuais 2,8 bilhões de atendimentos ambulatoriais ao ano (metade de atenção primária), assim como os 230 milhões de vacinações, 10,7 milhões de internações, os 400 milhões de exames laboratoriais, o controle da AIDS, os 23 milhões de ações de vigilância sanitária e os 12 mil transplantes são alguns dos reflexos numéricos dessa produção e inclusão: Trazem dentro de si as distorções, desperdícios e iatrogenias dos modelos de gestão e atenção herdados e ainda não reestruturados em função das necessidades e direitos da população e do ideário do SUS, mas trazem também importantes quedas em indicadores de doenças e óbitos, assim como satisfação da população antes excluída. As milhares de experiências exitosas que ocorrem continuamente no SUS em todo território nacional por conta dos gestores descentralizados, trabalhadores e conselheiros de saúde, permanecem em regra, locais,

efêmeras ou de baixa capacidade de expansão por não conseguirem mudar estruturas, porém expressam energia coletiva, compromisso e vontade política de incontestável potencial transformador e prenhe de futuro. O desafio presente seria sua orientação para a mobilização das entidades da sociedade civil e do Legislativo com vistas à retomada do rumo constitucional do SUS.

VI. O CASO BRASILEIRO, O CASO DOS EUA E O “MODELO EUROPEU”

No caso brasileiro, toda a classe média, os trabalhadores sindicalizados e os servidores públicos sentem-se compelidos a optar pelos planos privados de saúde como solução das suas necessidades e direitos, assim como sensibilizar-se pelo paradigma dos EUA de que os serviços privados e o mercado são mais competentes na oferta dos serviços necessários. Nessa linha, a Agência Nacional de Saúde, órgão de Estado, vem desenvolvendo competente regulação para modernizar e qualificar as operadoras de planos privados e seus serviços credenciados, valendo-se inclusive do princípio constitucional da Integralidade, o que vem consolidando e ampliando a adesão de mais segmentos da sociedade. Também nessa linha o SUS vai perdendo não só a adesão como a defesa e militância dos três segmentos da sociedade referidos, todos com grande potencial de pressão e mobilização o que lhe priva de decisiva base de sustentação social. O SUS conquistado pela sociedade na Assembléia Nacional Constituinte em 1.988, universal, equitativo, qualitativo e de atenção integral, segue na prática o rumo de um sistema público de saúde pobre destinado aos 75% pobres da população, e complementar para os 25% restantes, afiliados aos planos privados, em especial para os serviços diagnósticos e terapêuticos de maiores custos, ações de imunização, de vigilância em saúde e outros. As intervenções de Estado que há 20 anos imprimem o rumo do SUS “real” estariam espelhadas no caso dos EUA? Estariam equivocadas devido ao baixíssimo poder aquisitivo da grande maioria da nossa população, sem chance de ser compensado pelos subsídios públicos à realização do mercado na saúde?. Estaríamos perante uma corruptela do caso dos EUA? Essa estratégia ou a política pública real não estão formuladas abertamente e democraticamente? Tampouco as intervenções de Estado nestes 20 anos encontram-se espelhadas no “modelo europeu”? São questões mutáveis? Quais os setores da sociedade e grupos de interesse que são hegemônicos na definição dessa política real e estratégias decorrentes, que vigoram há 20 anos, ao nível de política de Estado?

VII. PRESSUPOSTOS PARA PROPOSTA

→ Os princípios e diretrizes da Seguridade Social e do SUS, ampla e profundamente debatidos e aprovados pelas representações sociais e

constituintes de 1986 a 1.988, refletiram as políticas públicas mais avançadas da época, centradas em alguns países europeus.

→ Os países que hoje mais trilham na prática o rumo dado pelos princípios e diretrizes do SUS, são todos os que integram o “modelo europeu” de sistemas de saúde.

→ Após a segunda guerra mundial (meados do século passado) as elites dirigentes e o Estado brasileiro absorveram acriticamente a poderosa influência dos EUA na saúde, às custas de vultosos recursos públicos que foram subsidiando de maneira forte e decisiva, tanto o investimento hospitalar privado (recursos principalmente da CEF) como o custeio da prestação privada de serviços para a Previdência Social por meio de contratos sem licitação, o que estabeleceu na saúde, em nosso país, um capitalismo não concorrencial, sem riscos e desregulado. Este modelo autofágico, refém da oferta e não das necessidades da população esgotou-se ao final dos anos 70; continuou moribundo e ensejou nos anos 80 e emergência das AIS, SUDS e SUS.

→ Nos anos 80 aconteceu novo espaço político socialmente conquistado com a queda da ditadura e retomada da democracia política, quando a influência dos EUA na saúde foi obrigada a ceder espaço para as atenções que se voltavam ao que foi identificado como mais avançado no “modelo europeu” de sistema de saúde, com adequações às realidades brasileiras.

→ A partir dos anos 90, o mesmo vize das elites dirigentes e do Estado “moderniza” o capitalismo sem risco na saúde com subsídios públicos fortes, crescentes e decisivos às operadoras privadas de planos e seguros de saúde e seus consumidores.

→ A Agência Nacional de Saúde, órgão estatal, foi criada com o objetivo especial de regular o mercado de planos e seguros privados de saúde, qualificando o padrão assistencial, assegurando os direitos dos consumidores, a estabilidade financeira das operadoras privada e as condições de consolidação e expansão desse mercado.

→ Para o desempenho da sua missão institucional a ANS conta desde o início com todo apoio governamental para atração e fixação de competente quadro de técnicos de nível superior, hoje por volta de 600, concursados, com carreiras e remuneração de R\$ 8 a 14.000,00 mensais, e seus cinco diretores, inclusive o presidente, sabatinados no Senado e com mandato de 4 anos. O apoio governamental estende-se aos subsídios públicos (já referidos) a esse mercado, incluindo Medida Provisória governamental e Resoluções da ANS que restringem o ressarcimento obrigado pela Lei 9656/1.998, a valores simbólicos de parte pequena das internações eletivas no SUS, para afiliados às operadoras privadas. Em contraposição, o último concurso para quadro próprio do Ministério da Saúde – MS, data de 1.984 e seu reduzido corpo técnico cinge-se a cargos temporários de confiança, concursos temporários de 2 ou 3 anos e contratações terceirizadas, remuneração baixíssima comparada à da ANS, e duração média do mandato dos Ministros, de pouco mais de 1,5 anos desde 1.990.

→ Tanto o MS nestes 20 anos como a ANS nos seus 10 anos desenvolvem sofisticados sistemas de informatização e informação onde uma das principais finalidades é a detecção e prevenção de

duplicações/superposições assistenciais entre os dois sistemas e dentro de cada um, com a finalidade de controlar desperdícios e contribuir no planejamento da oferta de serviços em função das necessidades dos usuários e não da própria oferta. Inclui a identificação de todas as situações de ressarcimento pelas operadoras privadas de planos de saúde ao SUS pelo atendimento dos seu segurados. O “cartão - SUS” ou “cartão - saúde” de todos os cidadãos brasileiros seria o instrumento de cidadania nessa finalidade e várias contratações milionárias de empresas de “hardware” e “software”, já ultrapassando a casa do R\$ bilhão, vem sendo realizadas desde os anos 90. Há um “encantamento” sobre as responsabilidades, compromissos, metas e etapas nessa área a espera da imprescindível transparência e participação de todos os órgãos colegiados do SUS.

→ A adesão das nossas elites dirigentes e do Estado aos mandamentos do neoliberalismo a partir de 1.995, reflete-se na grande elevação em 10 anos, até 2005, dos gastos da União com os encargos da dívida pública sob os juros entre os mais altos do mundo: de 18,7% para 42,4%. Ao que correspondeu a queda vertical dos gastos da União com saúde, educação, saneamento básico, segurança pública, habitação, cultura, justiça, energia, transporte e defesa nacional (políticas públicas): de 47,7% para 26,4%. Esta inversão foi a financeirização dos orçamentos públicos que atingiu também os Estados e Municípios. Ao nível da cultura política e valores dos agentes de Estado (área econômica), a saúde, educação, segurança pública e outros, não são investimentos de retorno, mas simples gastos a serem contidos: direitos sociais satisfeitos não são “retorno” nem a universalização. A categoria “negócios”, do mercado, adentrou as transações no interior do Estado. O predomínio da estratégia da transferência de renda sobre a dos sistemas públicos de proteção social, justifica assim, os polpudos subsídios públicos ao mercado na saúde (saúde suplementar), enquanto simples mecanismos de transferência de renda às empresas operadoras e aos 25% da população afiliada aos planos. Até o nome “suplementar”, mais atraente, acoberta a realidade do sistema privado “duplicado”, que não é, na prática simples suplemento.

→ Até nas divulgações governamentais sobre temática extremamente oportuna que é o caso do projeto de Lei em elaboração pelo governo federal de Consolidação das Leis Sociais, toda a ênfase está concentrada nos programas de subsídios públicos ao consumo, comercialização e produção como o Prouni na Educação, a Farmácia Popular e Brasil Sorridente na Saúde, os Restaurantes Populares e Distribuição de Leite na Alimentação, além do Bolsa Família e vários outros, inabdicáveis para as necessidades sociais imediatas dos excluídos. Porém, nenhuma ênfase ou mesmo referência, à responsabilidade histórica do Estado e Governos com a estruturação, financiamento e efetivação dos sistemas públicos de proteção social definitivos e de direito da população.

→ O atraso social e político do nosso sistema tributário, entre os mais regressivos e geradores de desigualdades do mundo está também ligado ao atraso das elites dirigentes e do Estado: mais de 40% da carga tributária total é extraída da população com renda menor de 2 salários mínimos, e a tributação incide muito mais sobre o consumo e produção, penalizando o processo

produtivo, do que sobre a renda/fortuna e patrimônio, protegendo-os (68% da carga tributária incide sobre o consumo), o inverso das sociedades mais desenvolvidas.

→ Entre as três esferas de governo o sistema público de saúde é o mais penalizado pela União: segundo recente pesquisa do IPEA, na área social como um todo, 61,9% do financiamento é federal, 21,8% é estadual e 16,3% é municipal, o que acompanha a arrecadação nas esferas (60%, 24% e 16%). Para o SUS no entanto, a participação é 45%, 27% e 28%. Apesar da sua deprimente retração orçamentária, os repasses obrigatórios em Lei do MS aos Estados, DF e Municípios são decisivos à sobrevivência do SUS, mas além da insuficiência, são ainda marcados por grande número de condicionantes dependentes do centralismo e supernormatividade federal que atropelam a diversidade epidemiológica, social e econômica do país, e a própria implementação do Pacto/2006.

→ O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão nada inova os textos legais do SUS que o definem e organizam, e seria redundante e desnecessário caso a legislação estivesse sendo realizada plenamente na prática e assumida pelo Estado e Governos. O descumprimento sistemático de parte essencial dos textos legais nestes 20 anos, e o redirecionamento do rumo da política pública inicialmente pactuada e legalmente expressada, vem provocando a retomada dessa expressão legal, agora bastante enriquecida com a experiência acumulada de 16 anos pelos atores sociais e institucionais realmente comprometidas com o ideário do SUS, o que redundou no Pacto/2006. As forças sócio-políticas nos anos 80 foram suficientes como instituintes, afim de que a Seguridade Social e o SUS fossem instituídos. A partir dos anos 90 nova relação de forças na sociedade e Estado abalaram essa suficiência, ao ponto do SUS instituído não contar com a força da sociedade e Estado necessária à sua plena realização e ao prosseguimento do rumo inicialmente pactuado. Mais uma vez ficou transparecido o relativismo da expressão “Estado de Direito” perante mudanças maiores na relação de forças sócio-políticas, agora, na área das políticas públicas sociais. E mais uma vez, grande parte do instituído, impedida de se realizar readquire o caráter instituinte, no caso não mais para ser legalmente instituído, mas sim para ser assumido e realizado sob as mesmas condições de aglutinação e fortalecimento de forças sócio-políticas. É a mesma circunstância gerada pela quebra financeira do SUS em 1.993, cuja reação pedagógica e reaglutinadora cristalizou-se no histórico documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. É como estar juntando, sempre que necessário, os cacos espalhados conforme o vaso vai sendo quebrado, reajuntando-os e reacumpliciando-os em torno dos propósitos iniciais. Outra circunstância similar decorre do frio escamoteamento dos dispositivos da Lei Orgânica da Saúde sobre o que são ações e serviços de saúde (SUS) e o que são fatores sócio-econômicos determinantes do estado de saúde da população (saneamento básico, alimentação, coleta de lixo, renda e outros): as áreas econômicas, principalmente do governo federal e vários estaduais, consegue orçar no SUS os gastos com determinantes sócio-econômicos, para tanto envolvendo Tribunais de Contas e parte do Judiciário e

Legislativo, por conveniência ou omissão. Na área federal a inclusão do “Combate à Fome / Bolsa Família” no orçamento do MS vinha ocorrendo desde 2002 e foi barrada pelo MP em 2006/2007, e nos Estados destaca-se o caso do Est. de São Paulo que mantém a inclusão no SUS do pagamento dos servidores da saúde inativos, cujos recursos legais já estão previstos em fundo previdenciário próprio. Uma redação mais inequívoca, pedagógica e objetiva sobre o que são ou não ações e serviços de saúde, a constar em texto legal, após tantos anos do referido escamoteamento, será um lance a mais na imprescindível mobilização e pressão instituintes. O que está na Lei é inequívoco para os “bons entendedores”, alinhados ao SUS, hoje subalternos na relação de forças, e que por isso estão desafiados a criar outras comunicações, convencimentos e adesões aos “desconhecedores ou desmotivados” (a grande maioria), omissos, na conjuntura atual, em relação aos “maus entendedores”, no momento hegemônicos. Devemos continuar brandindo a Lei, mas só isso, é continuar nos convencendo a nós mesmos.

VIII. PROPOSTAS

Cada um dos itens desta proposta e seu conjunto encerram dois níveis para encaminhamentos: a) Contribuição no esforço permanente de implementação do SUS “legal”, o que implica na correção de rumos do SUS “real”, e b) adequação para fins imediatos, do encaminhamento anterior, para obtenção de compromissos devidamente assumidos publicamente, nas plataformas eleitorais que disputarão eleições em 2010, a começar da presidencial, e sem subestimar as estaduais e as parlamentares.

1 – Assunção pela sociedade e Estado de valores que levem a uma precedência da organização e funcionamento dos Sistemas Públicos de Proteção Social, sobre os programas de transferência de renda, em caráter estrutural, permanente e progressivo a ser conferido aos sistemas públicos. Assumir como maior marco humanístico e de políticas públicas de Estado, a capacidade de avançar no processo civilizatório e na realização da universalidade dos direitos sociais, enquanto retorno inabdicável dos investimentos públicos nessas políticas de Estado. Esta assunção deve respaldar compromisso explícito dos agentes do Estado, dos Governos e dos postulantes de Governos, com os rumos da construção dos sistemas públicos de proteção social, tomando o SUS como postulado da Constituição Cidadã, através de etapas pactuadas com o Legislativo e com a Sociedade, a começar do projeto de Lei da Consolidação das Leis Sociais.

2 – A partir do patamar já alcançado na capacidade de gestão pública em especial dos gestores descentralizados e adesão/dedicação da maioria dos trabalhadores de saúde, a elevação necessária do financiamento do SUS para chegar na irreversibilidade da realização dos seus princípios e diretrizes na

prática, poderá ser estimada em pelo menos U\$ 1.000.00 per – capita, por volta de metade da média verificada nos países do âmbito do “modelo europeu”, porém por volta do triplo do hoje destinado em nosso país. Esta elevação, a ser realizada por etapas, implicará em estratégia global de universalização e qualificação da Atenção Primária à Saúde, visando resolutividade acima de 85% e re-qualificação dos serviços assistenciais de média e alta complexidade, em função do novo modelo. As necessidades e direitos da população precederão e reorientarão os interesses da oferta. O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão em sua versão oficial original deverá ser o eixo básico da implementação deste item, e o mérito da proposição deverá ter como melhor palco de avaliação do seu cabimento, os gestores descentralizados na Tripartite, e Bipartites e Colegiados de Gestão Regional.

3 – Assunção de reestruturação da relação público – privada na saúde, para um patamar mais avançado e civilizado, com etapas definidas e comprometidas publicamente. Os critérios de complementaridade do SUS por serviços privados que o integram, deverão ser atualizados e revisados, assim como os de terceirizações, inclusive da gestão da prestação de serviços por unidades públicas. Os critérios de entendimento e práticas do que é hoje denominado Saúde Suplementar, deverão também ser atualizados e revisados à luz da duplicação e superposição de coberturas dos mesmos serviços para os mesmos segmentos populacionais, ou de uma real suplementação. Por fim, a necessidade imperiosa de iniciar por etapas negociadas com os segmentos sociais envolvidos, a redução efetiva de todas as formas de subsídios públicos, diretos e indiretos, ao mercado na saúde, com realocação dos respectivos recursos no SUS, qualificando-o para contribuir na adesão desses segmentos.

4 – Assunção da inadiabilidade de avançar e modernizar a estrutura da administração pública no gerenciamento de unidades públicas de saúde, por meio de regulamentação ao nível nacional, do processo legislativo nas três esferas de governo, que a partir dos incisos V e XIX e § 8º do Art. 37 da Constituição, dispõe sobre a criação da autonomia gerencial e contratos de autonomia na Administração Pública.

5 – Assunção da inadiabilidade da regulamentação da EC-29 com base na contrapartida federal correspondente a 10% da Receita Corrente Bruta conforme disposto nos projetos de Lei nº 01/2003 da Câmara dos Deputados, 121/2007 do Senado e 306/2008 da Comissão da Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. A aplicação deste percentual deverá iniciar gradativamente a partir de 8,5% no primeiro ano ou outro percentual a ser negociado. As fontes de recursos serão as mesmas preconizadas para o Orçamento da Seguridade Social e incluirão a realocação gradativa dos recursos públicos hoje destinados aos subsídios, diretos e indiretos ao mercado de planos privados de saúde. Estes deverão assumir gradativamente a plenitude das leis de mercado, reguladas em defesa dos direitos do consumidor, da estabilidade financeira das empresas e da qualidade e oportunidade dos serviços prestados.

6 – Os grandes desafios estruturais, do financiamento, da relação público – privado (SUS – Saúde Suplementar) e do modelo gerencial das unidades públicas demonstraram-se na prática de 20 anos estruturalmente interdependentes enquanto obstáculos ao SUS “legal”, e só poderão ser superados de maneira simultânea, com estratégias comuns aos três, e específicas para cada um, mesmo que com tempos diferenciados de acordo com as reações, forças e atores envolvidos. Incorrem em equívoco que só realimenta a continuidade e reprodução das distorções, os que pregam a precedência da superação de qualquer um dos três desafios, de forma descolada e prioritária em relação aos outros dois. Por isso as estratégias de implementação do Pacto devem levar em conta que o sub-financiamento, o modelo atrasado de gestão pública e o caráter predatório da relação público – privado inviabilizam o prosseguimento da sua implementação, daí a importância estratégica do componente do Pacto que é a politização e mobilização da sociedade e do Legislativo, como condição fundamental. A transparência e democratização dos debates nos colegiados gestores, nos conselhos de saúde, no Legislativo e com as entidades da sociedade serão decisivos.

7 – O grande marco regulatório da implementação da política pública de saúde de maneira consistente com os dispositivos constitucionais e infra-constitucionais, com base na relevância pública dos serviços públicos e privados e nos princípios e diretrizes do SUS, deve referir-se ao setor saúde, o que hoje não existe. Aí então deverá desdobrar em processos regulatórios comuns ao setor público e privado e processos específicos a cada um.

As instancias competentes para formulações e negociações iniciais, tanto pela experiência acumulada como pela legitimidade, são a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a Agência Nacional de Saúde – ANS e o Conselho Nacional de Saúde – CNS. A transcendência das análises, avaliações e formulações requerem, obviamente, a devida transparência nos debates e a predisposição inclusive ao aprimoramento e revisão de competências desses órgãos.