

RELATÓRIO CONSOLIDADO DOS TRABALHOS DE GRUPO
DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA 3 - FINANCIAMENTO DO SETOR

1. Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas públicas dos diversos Ministérios, recursos do SINPAS, e dos distintos fundos sociais (FGTS, FAS, FINSOCIAL, PIS/PASEP, etc.). Este orçamento seria repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituiriam o Fundo Único de Saúde em nível Federal.
2. (redação I) - Os recursos destinados à saúde serão determinados através da pré-fixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas.
(redação II) - Os recursos destinados à área social serão distribuídos de forma proporcional às necessidades de cada setor.
3. (redação I) - O SINPAS destinará um percentual pré-fixado de suas receitas para compor o Fundo Único de Saúde.
(redação II) - Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde, devendo ser substituídos por fonte(s) alternativa(s), permitindo melhorar as prestações pecuniárias (aposentadorias, pensões, etc.).
(redação III) - Os recursos que compõem a contribuição compulsória da Previdência Social serão repassados para o Orçamento Social, de onde será destacada a parcela que irá compor o Fundo Nacional de Saúde.
4. A distribuição de recursos não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo assim uma distribuição mais justa dos recursos.
5. A descentralização, como um dos princípios propostos para a reorganização do sistema de saúde, só se concretiza mediante uma reforma tributária que:
 - a) elimine a atual regressividade das formas de financiamento da política de saúde;
 - b) estabeleça fontes estáveis de receita para que os programas de atenção à saúde não fiquem comprometidos nas conjunturas recessivas;

- c) garanta maiores recursos aos Estados e Municípios para que estes desenvolvam seus programas;
 - d) assegure ao Governo Federal a capacidade de reduzir as desigualdades regionais;
 - e) elimine as deduções do imposto de renda das pessoas jurídicas relativas ao gasto com assistência à saúde e à alimentação;
 - f) reveja critérios de dedução do imposto de renda das pessoas físicas com o pagamento dos serviços de saúde;
 - g) estude a possibilidade de taxação de bens de consumo nocivos à saúde como fonte adicional de receita para o setor;
 - h) elimine a isenção de tributação sobre os ganhos totais de categorias "privilegiadas" (militares, magistrados e parlamentares).
6. Os recursos oriundos das contribuições compulsórias de Previdência Social das empresas devem deixar de incidir sobre a folha de salários, passando a ser calculados sobre os ganhos do capital. Isto implicará em maior estabilidade das receitas previdenciárias e impedirá o repasse para o consumidor. Por outro lado, tal forma de cálculo de contribuição à Previdência deixará de penalizar as empresas intensivas em mão-de-obra.
7. Os Fundos de Saúde, nos diferentes níveis, serão geridos conjuntamente com a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.
8. O relacionamento do Poder Público com as instituições privadas de saúde deve ser sempre regulado pelas normas do Direito Público.
9. (redação I) - o não-pagamento da dívida externa, com a consequente alocação interna desses recursos, poderá reter no território nacional, receitas indispensáveis para as políticas sociais e, em particular, para o setor saúde.
- (redação II) - a negociação soberana de melhores condições de pagamento da dívida externa poderá reter no território nacional maiores recursos para as políticas sociais e, em particular, para o setor saúde.

SOCIALISMO É

SAÚDE



Uma proposta para a VIII Conferência Nacional de Saúde

Os comunistas e a saúde no Brasil

A VIII Conferência Nacional de Saúde representa um marco histórico para a sociedade brasileira no que diz respeito a definição de políticas que modifiquem os rumos do setor saúde fixados no período da ditadura pós 64. Antecedendo às eleições para Constituinte, deve esta conferência fixar as diretrizes da política de saúde dos próximos anos e sua tradução na próxima Carta Magna. Respondendo a mobilização de forças sociais, o Governo Sarney convocou através de segmentos comprometidos com a democratização do setor saúde a VIII CNS, concebendo-a como um debate entre representantes dos diversos segmentos da sociedade e buscando romper uma prática mistificadora implantada pelo regime militar. E que por muitos anos, a definição de políticas de saúde foi encarada como uma questão que só dizia respeito aos especialistas e autoridades da área encarregados da elaboração de planos e programas. As orientações contidas em documentos dessa natureza jamais foram alvo de um arbitramento pelos trabalhadores e por outros setores da população, aliados do processo político nacional em sua totalidade.

No entanto, gradativamente as questões ligadas a organização da assistência à saúde deixam de ser encaradas como eminentemente técnicas, situando-se no âmbito do debate e da luta política. Inscrevem-se com grande des-

taque entre as reivindicações dos chamados movimentos sociais urbanos, os quais não se limitam a propugnar simplesmente pela ampliação dos serviços de saúde e melhoria de sua qualidade, mas também pela participação em sua gestão. Outra expressão deste fenômeno de politização das questões de saúde pode ser encontrada nas novas formas de organização dos profissionais de saúde cada vez mais

próximas das adotadas pelo conjunto dos trabalhadores. Por outro lado, o pensamento crítico em saúde vem avançando consideravelmente no sentido de compreender e analisar as relações entre saúde e as estruturas econômicas, sociais e políticas.

A organização deste debate faz indicar que setores do Governo têm consciência que a definição de políticas de saúde constitui um momento que

não deve ser confundido com a operacionalização de diretrizes, planos e programas.

Nada garante, entretanto, que a visão e os interesses dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde sairão vitoriosos deste foro. Por isso, os representantes sindicais e das associações da sociedade civil comprometidos com as causas populares devem se preparar para um confronto com outras forças presentes



Partido Comunista Brasileiro

Modelo econômico autoritário e

Nos últimos vinte anos, é impossível que o Brasil sofreu um rápido processo de desenvolvimento econômico. Do rol dos países subdesenvolvidos passou para o 8º Produto Interno Bruto do Ocidente. A base de sustentação econômica do País deixou de ser definitivamente a agricultura, incrementando-se nas atividades urbanas, a indústria e os serviços — o grande polo de absorção de emprego, geração de riquezas e divisas. As transformações que se processaram nessas duas décadas são responsáveis, no plano econômico, por um País moderno, exportador de manufaturas, com forte dinamismo industrial e um grande potencial de desenvolvimento tecnológico.

No plano social, no entanto, as transformações destes dois decênios, quando ocorreram, trouxeram o agravamento dos bloqueios existentes antes de 1964. A renda nacional tornou-se cada vez mais concentrada. O déficit habitacional é maior, principalmente pelo rápido aumento das taxas de urbanização e pelo inchamento desordenado das periferias e encostas das grandes e médias cidades. Os níveis de desnutrição dos segmentos excluídos do desenvolvimento continuam altos e a produção de alimentos para o mercado interno sequer acompanhou a taxa histórica de crescimento da população. Apesar da redução das taxas de mortalidade infantil, contingentes significativos das classes pobres, principalmente no Nordeste e periferias das cidades, continuam a apresentar variações deste indicador entre 100 e 200/mil, enquanto a média dos países desenvolvidos é 5 a 10 vezes menor.

Não é à toa, portanto, que com a Nova República, velhas bandeiras latentes nos anos de arbítrio voltam às ruas, tais como a Reforma Agrária, a universalização da atenção à saúde, a unificação do setor saúde, e outras mais. É como se retornássemos a 1964 com uma nova base econômica, mas com os mesmos problemas sociais a resolver. Voltamos com elevadas dívidas interna e externa e com uma maior dívida social.

Todas estas questões nos levam a refletir sobre a relação entre política econômica e social nestes anos de autoritarismo. Dado seu caráter concentrador e excludente, o modelo de desenvolvimento econômico das duas últimas décadas pouco fez no sentido de distribuir os frutos do crescimento através de uma efetiva política social, que contemplasse acesso universal aos serviços de educação, saúde, previdência e habitação. Os instrumentos criados no campo dessas políticas favoreciam diferenças diferenciadas com uma grande diversidade na quantidade e qualidade dos benefícios por tipo de clientela, conferindo grande iniquidade ao sistema.

Paralelamente, as formas de financiamento das políticas sociais beneficiaram fatias seleivas do setor privado ao garantir lucratividade com investimentos que jamais poderiam se justificar ao sabor do livre jogo do mercado. Assim, aconteceu com muitas companhias de construção civil, ao construir habitações para classe média com recursos do FGTS. O mesmo aconteceu com a rede

particular de ensino superior, com a política de crédito educacional. Mas o exemplo mais elucidativo foi o que ocorreu com a política de saúde, onde o setor público propiciou um verdadeiro "paternalismo" para o setor privado, não só na instalação de uma série de estabelecimentos de saúde, mediante crédito subsidiado como os recursos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), como também pela manutenção da clientela, através da política de contrato, credenciamento e convênios financiados com recursos do INPS e, posteriormente, do INAMPS.

A política social nestes vinte anos tem, assim, um duplo aspecto, ao mesmo tempo em que contribuiu para atenuar as tensões decorrentes do arrocho salarial e da queda da qualidade de vida (um período onde as massas estavam destituídas de seus canais legítimos de expressão). Sem resolver objetivamente as grandes questões sociais, ela contribuiu para formar e desenvolver mecanismos de acumulação para capitais — alocados ineficientemente, no plano da racionalidade econômica. As estratégias de acúmulo destes capitais não passavam pelo mercado, mas sim pelo clientelismo, pelo favoritismo político e, até mesmo, pela corrupção.

Os 20 anos de ditadura deixaram para o setor um legado de autoritarismo

No que diz respeito ao setor saúde, o legado do regime autoritário é a existência de um sistema de assistência médica cuja organização e funcionamento está montada em cima de um complexo médico-assistencial onde é nítida a hegemonia do setor privado na produção de serviços. A maioria dos leitos (em torno de 70%) em utilização no País pertence a estabelecimentos médico-hospitalares particulares. Por outro lado, os gastos em saúde são provenientes, em sua grande maioria, do setor público, que, através de uma rede de credenciamento, contratos e convênios com o INAMPS, mantém a lucratividade do complexo médico-empresarial privado, principalmente das grandes empresas médicas.

Tal estrutura, longe de resolver os problemas de assistência médica da população, torna-se cada vez mais seletiva, dada a impossibilidade de universalizar as ações de saúde pela via da contribuição previdenciária. Pelo fato de se estender a apenas 47% (dados do PNAD - 1983) da população trabalhadora e suas respectivas famílias (os autônomos e empregadores contribuintes e os empregados com carteira assinada), os mais necessitados (autônomos não-contribuintes; empregados sem carteira assinada e desempregados), são excluídos dos programas de assistência à saúde, o que contribui não só para a manutenção, como para o agravamento das desigualda-



des sociais. Por outro lado, os programas de universalização da assistência médica no campo — FUNRURAL —, além de não atingirem a extensão pretendida, esbarram em limites de atendimento que não propiciam escoar a forte demanda de beneficiários rurais por serviços médicos, deficiência enfaticamente apontada pela CONFEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES DA AGRICULTURA em diversas ocasiões.

As metas esboçadas pela Nova República, no campo da saúde, apontam no sentido de que o Direito à saúde não deve ser simplesmente um direito securitário, mas sim um atributo de cidadania. Neste sentido, a universalização do acesso aos serviços de saúde é tarefa prioritária na construção do novo sistema de saúde a ser atingido.

Porém, as tentativas passadas de universalizar e transmitir maior equidade ao sistema de saúde têm encontrado fortes barreiras nas pressões corporativas do seguimento médico empresarial privado e no atual modelo de financiamento das ações de saúde.

O reconhecimento da cidadania e do direito à saúde representa um grande avanço

O Governo da Nova República tem se defrontado com a gravidade da situação de saúde e a necessidade de mudanças substanciais nas formas de organização da assistência, com vistas a promover a universalidade e a equidade no acesso aos serviços. Este empreendimento tem sua base doutrinária na concepção de que "Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado".

Retoma-se, portanto, um conceito básico da democracia liberal-burguesa que é o de cidadania, segundo o qual os indivíduos pertencentes a uma dada sociedade apresentam uma igualdade formal perante o Poder Público, estando vinculados a este por relações político-jurídicas que lhes asseguram determinados direitos e deveres.

Para os comunistas, o reconhecimento da cidadania e do direito à saúde como inerente a esta condição representa um avanço, em termos estritamente formais, uma vez que reconhece como ilegítimas as práticas excludentes ou privilegiadoras de determinados grupos de indivíduos. No entanto, o conceito de cidadania nega a existência de atores coletivos, de classes sociais, negando, portanto as relações contraditórias e de dominação de uma classe sobre a outra, vigentes no modo de produção capitalista. As desigualdades próprias da situação de classe são remetidas a um plano formal de igualdade de cada cidadão perante o Estado. A este é conferida a responsabilidade de zelar pelo cumprimento dos direitos da cidadania, uma vez que representa, segundo a mesma concepção burguesa, o conjunto dos interesses da sociedade. Escamoteia-se, assim, a existência de um compromisso prévio e inegável com a manutenção das condições necessárias a manutenção do capital, compromisso esse que está "a origem das "distorções" observadas no atendimento à saúde.

Apesar dos constrangimentos próprios da ideologia burguesa, acima apontadas, ao contrário do que até há pouco se verificava no regime autoritário, a base doutrinária na qual vêm se apoiando as políticas sociais e, em particular, a política de saúde da Nova República, abre um importante espaço de luta política. Coloca-se a possibilidade de, revertendo a abstração da igualdade formal entre cidadãos isolados, as classes subalternas ocuparem este espaço apresentando-se, efetivamente, enquanto ator coletivo, possuidor de um projeto que atenda aos interesses da maior parte da sociedade.

rente a esta possibilidade de conquista de um papel dirigente na área social é que devem ser analisadas as propostas oficiais de reorganização do setor saúde, nucleadas em torno da constituição de um Sistema Unificado de Saúde, que tem por objetivo a promoção da universalidade e equidade do atendimento. A rejeição, "a priori", dessa proposta, em nome da garantia de direitos adquiridos por certas frações da classe trabalhadora, pode significar a consolidação de

uma política social excludente

um modelo assistencial iníquo, e excludente, e a recusa à conquista de um papel histórico de vanguarda.

A conjuntura política permite, hoje, que os trabalhadores, em aliança com os diversos segmentos sociais excluídos do acesso aos serviços, além de profissionais e técnicos do setor, ampliem as conquistas sociais na área de saúde. Em outras palavras, estão dadas as condições para que se consolide um bloco progressista, que lidere um processo de ampliação da consciência sanitária no país, entendida esta, não apenas como a consciência do direito à saúde, mas também a ação individual e coletiva para conquistá-lo.

Saúde, direito de todos e dever do Estado: uma conquista do trabalhador

"A saúde é um direito de todos" — esta é uma bandeira cada vez mais apoiada por diferentes partidos políticos e porta-vozes de entidades civis e governamentais. Trata-se de um ponto decorrente do fato de se admitir que uma autêntica democracia não pode estar, atualmente, limitada a garantir apenas os direitos usuais de cidadania como o voto, a livre organização e a livre expressão de pensamento.

Os comunistas sempre estiveram ao lado dos que lutam pela ampliação e efetivação dos direitos sociais no Brasil e sustentarão, também, essa palavra de ordem que une todas as correntes progressistas.

É preciso sublinhar, no entanto, que o direito de todos à saúde envolve múltiplas dimensões que cruzam com a questão da política social em seu todo. Primeiramente, ele abrange a reivindicação por melhores padrões de vida e de acessibilidade de consumo de tudo aquilo que influi diretamente sobre a saúde do povo. Ou seja inclui o acesso a alimentos essenciais, baratos e de boa qualidade; preservação das propriedades naturais do meio-ambiente e assim por diante. Ademais, cabe lembrar a importância da saúde do trabalhador no cumprimento desse direito, quando o Estado se preocupa em adotar medidas que garantam a segurança e a salubridade no ambiente de trabalho.

De outra parte no direito de todos à saúde deve estar compreendida o acesso gratuito a todos os tipos de assistência à saúde, em conformidade com as necessidades de cada indivíduo. No Brasil, hoje, há cerca de trinta milhões de pessoas que não têm acesso a qualquer forma de assistência, e há ainda grandes diferenças nos serviços oferecidos, de acordo com o tipo de clientela. Os serviços proporcionados aos previdenciários não são os mesmos do não previdenciário e, entre os assistidos por serviços próprios ou contratados da previdência. Como exemplo, a qualidade é pior quando se trata da população rural.

De fato, para que a saúde seja um direito de todos, faz-se necessário dispensar a todos os grupos sociais uma assistência de boa qualidade e simultaneamente acabar com as discriminações de clientela. Por outras palavras, é preciso universalizar e conferir equidade aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Dadas as precaríssimas condições de vida de parte significativa da população brasileira, os direitos de todos à saúde deve ser estendido a essas várias dimensões. É certamente com tal conotação que aparecerá em termos constitucionais, de maneira a que se converta num centro de convergência da política social futura.

Mas a questão não se esgota no reconhecimento formal desse direito. Há certas pré-condições de cunho político-social que, se não forem estabelecidas, vão transformar a sua declaração num elemento de decoração dos discursos oficiais e nada mais. Em primeiro lugar, está claro que o direito de todos à saúde jamais poderá ser alcançado pelo movimento espontâneo do mercado de bens e serviços. Ao Estado cumpre ditar medidas e fornecer meios que se transformem numa garantia de ele vir a ser obedecido, inclusive pelo capital, dentro e fora do setor saúde, que a todo momento está inclinado a transgredi-lo, movido que é por sua volúpia do lucro. Portanto, a saúde é também um Dever do Estado, e este é mais um ponto de consonância entre os comunistas e outras correntes político-ideológicas.

O direito à saúde resulta, ainda, de uma série de iniciativas na área social do Governo. Não se pode deixar de considerar o efeito acumulativo de todo um leque de reformas econômico-sociais necessárias: mudanças nas estruturas de distribuição de renda, na distribuição da terra, com a efetivação da reforma agrária, de arrecadação e uso dos tributos, do sistema de casa própria, de financiamento do setor de águas e esgotos etc. Medidas conjunturais têm, também, grande repercussão potencial, como aquelas associadas ao controle da inflação, sem o que os assalariados não disporão de bens de consumo em quantidade e qualidade adequadas.

Essas reformas representam o alícerce efetivo do direito de todos à saúde. Por exemplo não se pode atingir uma equidade na prestação dos serviços de saúde enquanto persistirem os enormes contrastes de condições de vida e de renda entre os grupos de trabalhadores urbanos e rurais. E não se pode dispor de serviços médicos de boa qualidade, junto aos grupos mais carentes, se os municípios não têm fontes de arrecadação que sustentem seus próprios investimentos em saúde.

Os comunistas têm consciência dos inúmeros obstáculos interpostos a cada momento pelo sistema capitalista no caminho em direção às metas de universalização e equidade dos serviços de saúde, bem como no referente aos demais aspectos do direito de todos à saúde. O socialismo é o único regime que permite servir todas as forças da sociedade em torno de tais objetivos, pondo em ação de maneira coesa, pois eles

fazem parte da essência mesma desse tipo de sociedade. E é por isso que simultaneamente lutamos pelo socialismo.

Devido, justamente, a ocorrência constante de obstáculos e adversidades, alçaremos, com forte ênfase, a importância da participação dos trabalhadores no acompanhamento e controle das políticas governamentais que convergem para o direito à saúde. Isto deve ser traduzido em mecanismos político-institucionais concretos, que assegurem uma representação direta junto aos órgãos do Governo, através de comissões e conselhos, em diferentes níveis administrativos. Ao lado da vigilância, pelo parlamento, essa talvez seja a pré-condição mais importante para o direito de todos à saúde seja posto em prática.

A reformulação deve contemplar um sistema que dê acesso a todos indistintamente

O reordenamento do setor saúde é uma imposição social derivada da falência do atual modelo. São vários os fatores que levam a essa comprovação: iníquos indicadores de saúde (doenças) da população; presença de doenças cujos meios de prevenção são perfeitamente conhecidos e tecnicamente viáveis, como por exemplo as doenças evitáveis por vacinação ou aquelas causadas pela má qualidade da água, pela falta de esgotos e, mais que tudo, pela alimentação deficiente; serviços de saúde de difícil acesso e com condições indignas de atendimento, discriminando grupamentos sociais, através do modo e local de inserção na vida nacional. Trata-se de um modelo que está longe de possibilitar a universalização e equidade nos serviços de saúde oferecidos à população, princípios básicos do conceito de saúde como direito de todos.

No setor saúde, o papel organizador e regulador do Estado revela, ainda, grande comprometimento em proporcionar de modo indiscriminado e predatório, a acumulação do capital, em função do que, tanto o setor privado como o público são organizados e regulados. Hoje, deve estar colocado um novo papel para o Estado na área de saúde, deve o Estado assumi-lo como Direito Universal e responsabilidade fundamental da Política Pública. A sua ação organizadora e reguladora deve eliminar o caráter predatório e exclusivamente acumulador e concentrador do setor privado.

Esse novo papel do Estado deverá contemplar o Setor Público, organizando-o e regulando-o no sentido de eliminar as ociosidades, promover maior eficiência e resolutividade, desenvolver ampla e competente rede de serviços básicos, assim como hospitais regionais estratégicos.

No tocante aos serviços hospitalares de maior porte, deve estabelecer-se também, como uma prerrogativa do Estado, a qual, sob determinadas

circunstâncias, pode ser objeto de uma delegação e iniciativa privada. Contudo, tal delegação deve estar sujeita à intervenção do Estado, se não se cumprirem normas de qualidade dos serviços ou se ocorrerem fraudes na administração dos recursos decorrentes de convênio com o poder público.

A reformulação deve estar dirigida para um sistema que dê acesso igualitário a todos, independentemente de ser ou não previdenciário, que rompa com o gigantismo das instituições federais que lhes dificulta a administração e favorece as pressões econômicas de prestadores privados e produtores de insumos; que descentralize as decisões, a execução e o controle dos serviços; que se articule intimamente com os demais setores da vida nacional, numa apreensão integral do processo saúde/doença.

Isso implica, necessariamente, uma redistribuição de funções entre os níveis federal, estadual e municipal, onde o primeiro deve ser, em essência, normatizador e coordenador e os demais, implementadores das ações de planejamento e execução, de acordo com as possibilidades reais de cada Estado, de cada Município.

Significa, também, uma maior racionalidade organizativa em cada esfera de Governo, unificando comandos e consolidando estruturas.

A participação dos trabalhadores e demais usuários na gestão do sistema é outra imposição de natureza democrática. Significa que em todos os níveis, de qualquer unidade de saúde aos níveis centrais, deve estar garantido o controle popular na aplicação das políticas e na gestão administrativa do sistema.

Outra condição para garantir-se a reformulação do sistema é uma profunda modificação no seu modelo de financiamento, que, necessariamente, deve se basear em: taxaço do capital, estabilidade e aumento das receitas, descentralização e autonomia financeira.

São pois as seguintes premissas do Sistema Unificado de Saúde:

- 1 — universalização da atenção, saúde para todos;
- 2 — equidade: acesso e qualidade dos serviços igualitários;
- 3 — democratização: participação popular na gestão;
- 4 — descentralização: estadualização e municipalização;
- 5 — saúde como prerrogativa do Setor Público: novas relações com o setor privado;
- 6 — reformulação do modelo de financiamento: taxaço do capital, estabilidade e aumento de receita.

Posto nesses termos, será falsa e iníqua a discussão da reformulação como uma simples transferência administrativa de estruturas governamentais. O processo de unificação do setor tem que forçosamente contemplar os pontos enunciados, quando então, o estabelecimento de comandos unificados nos diversos níveis do sistema será feito por imperiosa necessidade.

Ações Integradas: campo estratégico para redefinir e unificar todo o sistema

O caminho que se deve palmilhar é o da redefinição dos papéis Federal, Estadual e Municipal, no Sistema de Saúde.

Ainda permanece como parte da postura institucional do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, um componente baseado no sentimento de que estas instituições mantiveram, através das décadas o "verdadeiro" compromisso com os programas de saúde coletiva de real interesse da população. Este mesmo sentimento contempla a Previdência Social (INAMPS) como comprometida com o mercantilismo, que faz do INAMPS um "banco" que repassa polpudas verbas à rede privada, e não propriamente uma instituição de saúde. Se este sentimento reflete aspectos realmente existentes, não podem, contudo, levar à visão maniqueísta de que as instituições "boas", tendo recursos financeiros suficientes, farão um "bom" sistema de saúde, e de que a instituição "má" caberá prover estes recursos.

Esta visão maniqueísta dificulta a percepção e aceitação de distorções importantes que se acumulam no Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, principalmente quanto:

- à "verticalidade" Federal e Estadual, desrespeitadora frequente das realidades epidemiológicas, sociais, culturais e institucionais das regiões, micro-regiões e Municípios, e, causando seguidos fracassos na aplicação dos programas;
- à "parafernália" de normas e procedimentos, tanto na administração financeira, material e de pessoal, como nos próprios programas de saúde, induzindo da pior forma os gastos públicos, dispersando-os e absorvendo-os na própria "máquina" pouco restando de benefícios concretos à população, com raras e honrosas exceções, dificultando, enfim, a integração prevenção-cura e a incorporação da assistência à saúde pelos serviços básicos.

Em relação ao INAMPS, esta mesma postura maniqueísta dificulta a percepção e aceitação da sua insubstituível experiência histórica em administração ambulatorial e hospitalar, cálculos atuariais, auditorias e assistência médico-hospitalar de boa qualidade nas suas unidades próprias, experiência esta vital para a reorganização do sistema de saúde e para as Ações Integradas de Saúde.

As Ações Integradas de Saúde constituem, hoje, estratégia concre-

ta, através das quais as instituições de saúde estão expostas e compelidas à integralização, hierarquização, elevação da resolutividade e racionalização dos gastos, enfim, na reorganização de todo o sistema, tendo como referência maior a responsabilidade do Estado na satisfação do direito universal à saúde. Não devem, por isso, ser vistas, e tratadas como um simples programa a mais, criado para contemporizar, racionalizar e conter custos.

As comissões devem ser verdadeiros foruns de decisões

Deste ângulo, a CIPLAN, CIS, CRIS, CLIS, e CIMS não devem constituir siglas a mais no festival de tecnocracia que assolou o país e, muito menos, novos órgãos de saúde com competência de contratar seu próprio pessoal e possuir seus próprios recursos físicos. São, simplesmente, as comissões nacionais, estaduais, regionais, locais e municipais de integração em saúde. Devem constituir-se em instâncias de encontro formais dos representantes institucionais, e verdadeiros foruns de decisões pluri-institucionais, decisões estas que devem ser discutidas e assumidas pelos vários estamentos internos de cada instituição. Deve constituir-se, também, nas instâncias que maior abertura apresentem a participação democrática da sociedade, principalmente através do Parlamento, Partidos Políticos e Organizações Representativas da População.

São óbvias e evidentes as resistências internas de cada instituição às transformações que levam à integração, redefinição de papéis, à hierarquização, à elevação da resolutividade e à racionalização dos gastos. As estratégias que devem ser buscadas e os esforços permanentes são o grande desafio da CIPLAN, CIS, CRIS, CLIS e CIMS, no sentido de superar aquelas resistências.

Neste sentido, a implementação das A.I.S. deve ser vista como o grande campo de prova e preparo das instituições na direção do Sistema Unificado de Saúde. No entanto, cabe destacar sérias limitações também a serem superadas nas A.I.S.: a limitada destinação de recursos financeiros pelo INAMPS (apenas 16% do orçamento do INAMPS em 1985); a manutenção da mesma lógica de financiamento praticada pelo INAMPS com o setor privado; a fragilidade dos mecanismos de participação da população na definição de políticas e gestão do sistema e a manutenção de disparidades salariais entre as instituições envolvidas no sistema.



Amplas mudanças no financiamento são necessárias para o plano de universalização

Para viabilizar, no plano financeiro, os propósitos de universalização e equidade dos serviços de saúde, são necessárias amplas mudanças no escopo do financiamento do setor.

De qualquer forma, a universalização das ações de saúde pressupõe três condições:

- aumento das receitas;
- maior estabilidade das receitas;
- maior descentralização e autonomia financeira na aplicação das receitas no plano regional.

O aumento das receitas não poderá advir de uma elevação da alíquota da contribuição previdenciária. O sistema atual, ao retirar do trabalhador 10% de seu salário mensal e o percentual correspondente do empregador, na verdade está apenas duplicando o trabalhador, na medida em que as empresas repassam ao preço final dos produtos a parte que lhes cabe da contribuição previdenciária. Ainda, em momentos de crise econômica, com recessão, tal procedimento ameaça diretamente a estabilidade da receita previdenciária. Portanto, uma mudança na forma da contribuição das empresas, com a incidência não sobre a folha de salários, mas sobre o lucro bruto das empresas deixaria na realidade de incidir apenas sobre a força de trabalho e criaria maior estabilidade das receitas previdenciárias dado que os

lucros são mais inelásticos à baixa do que os salários em períodos recessivos.

Outra medida, no sentido de elevar a receita, deve ser o de eliminar a dedução de gastos com assistência médica do imposto de renda, a partir de um determinado patamar de rendimentos brutos e transferir a diferença para a composição do fundo de recursos voltados para financiar a assistência à saúde.

Uma reforma tributária transferindo maiores recursos da União para Estados e Municípios e vinculando percentuais fixos dos recursos para a função saúde deve, além de elevar as receitas, propiciar maior autonomia financeira dos programas de saúde ao nível das esferas descentralizadas.

Enfim, as propostas ao nível técnico para um novo modelo de financiamento devem partir do princípio de que a saúde é um dever do Estado, não devendo ser o trabalhador o único a arcar com esse ônus. A taxa do capital deve ser o novo componente a financiar o sistema.

A punição do capital deve ainda ser de forma diferenciada, recaindo mais sobre o setor financeiro e sobre os monopólios que empregam pouca mão-de-obra e auferem grandes lucros.

É preciso que os gastos do sistema, obedecendo padrões de qualidade e racionalidade sejam parte real, significativa do PIB nacional, como em outros países mais desenvolvidos. Adiante, deverá inclusive serem definidos percentuais dos orçamentos federal e estadual e municipal a comporem o Fundo de Saúde do País, que deverá ser aplicado de forma descentralizada, como a própria conformação do Sistema Unificado de Saúde.

Saúde direito de todos - PCB

CONFIDENCIAL

77: 9

QUADRO COMPARATIVO.

O quadro a seguir permite fazer uma comparação entre as propostas apresentadas na 8a. CNS por SÉRGIO AROUCA, PCB, CUT e CGT com as propostas aprovadas na assembléia final que integram o "*Relatório Consolidado dos Trabalhos de Grupo*" (77: 7).

CONFIDENCIAL