

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 316

**Universalização com Qualidade:
uma Proposta de Reorganização
do Sistema de Saúde no Brasil**

André Cezar Medici
Francisco E. B. de Oliveira
Kaizô Iwakami Beltrão

OUTUBRO DE 1993

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA
é uma Fundação vinculada à Secretaria de
Planejamento, Orçamento e Coordenação.

PRESIDENTE

Aspásia Brasileiro Alcântara de Camargo

DIRETOR EXECUTIVO

Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos

DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Luiz Antonio de Souza Cordeiro

DIRETOR DE PESQUISA

Ricardo Varsano

DIRETOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Heitor Cordeiro Chagas de Oliveira

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar
resultados de estudos desenvolvidos no IPEA, informando
profissionais especializados e recolhendo sugestões.

Tiragem: 150 exemplares

SERVIÇO EDITORIAL

Brasília - DF:

SBS. Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES - 10º andar

CEP 70.076-900

Rio de Janeiro - RJ:

Av. Presidente Antônio Carlos, 51 - 14º andar

CEP 20.020-010

SUMÁRIO

1. JUSTIFICATIVA
 2. DIRETRIZES PARA A REFORMULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
 3. PROPOSTA
 4. ELEMENTOS PARA O CÁLCULO DO VALOR DO VOUCHER
 5. ASPECTOS OPERACIONAIS
 - 5.1. Atribuição do Número
 - 5.2. Características e Distribuição dos Vouchers
 - 5.3. Armazenamento e Trânsito da Informação Médica e Epidemiológica
 6. CONDIÇÕES PARA CRIAR E OPERAR UMA OMS
 7. FINANCIAMENTO
 8. MECANISMOS DE TRANSIÇÃO
 9. TÓPICOS ESPECIAIS
 - 9.1. Participação Comunitária e Controle Social
 - 9.2. Ciência e Tecnologia em Saúde
 - 9.3. Pesquisa e Desenvolvimento
 - 9.4. AIDS e Renais Crônicos
 - 9.5. Medicamentos
 - 9.6. Impactos sobre o Emprego Médico
 - 9.7. Campanhas Sanitárias e Saneamento Básico
 - 9.8. Vigilância Sanitária
 - 9.9. Sangue e Hemoderivados
 - 9.10. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais
 10. CONCLUSÃO
-

**UNIVERSALIZAÇÃO COM QUALIDADE : UMA PROPOSTA
DE REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

André Cezar Medici*
Francisco E. B. de Oliveira**
Kaizô Iwakami Beltrão***

- * Coordenador da área de Políticas Sociais do Instituto de Economia do Setor Público (IESP/Fundap).
- ** Coordenador da área de Seguridade Social da Diretoria de Pesquisas do IPEA.
- *** Superintendente da Escola Nacional de Ciência Estatísticas (Ence/IBGE).

A produção editorial e gráfica deste trabalho contou com o apoio financeiro do PNUD (Projeto BRA/93/011) e do Programa de Gerenciamento do Setor Público-GESEP/BIRD.

1 - JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no Brasil a partir da Constituição de 1988, revela, desde sua origem, méritos e fragilidades. Os méritos estão refletidos no plano das intenções de montar um sistema universal, equânime e integral. As fragilidades remetem à ineficácia da estratégia montada para atingir tais objetivos.

Em que pese o esforço de se criar um sistema descentralizado de saúde com acesso universal, mantiveram-se os equívocos da administração passada do INAMPS que impedem, ainda hoje, um controle efetivo da execução dos serviços. Quando uma pessoa recebe um serviço de saúde, outra executa esse serviço e uma terceira paga pelo mesmo, não existem estímulos para que os serviços sejam sequer realizados, quanto mais prestados adequadamente. A existência de um terceiro pagador é um dos grandes fatores que estimulam fraudes no sistema de saúde, especialmente quando se considera a inexistência de vínculos entre quem paga e quem recebe os serviços. Problemas de escala podem até impedir que este elo seja fechado, dado que o controle relativo à qualidade e à execução, feito pelo "pagador", se realiza sobre quem presta o serviço e não sobre "quem recebe".

Costuma-se dizer que saúde é um valor sem preço. No entanto, saúde tem um custo que é determinado e bem elevado. O atual sistema de saúde não cria nos indivíduos a responsabilização pelo custo e pela qualidade do serviço a ser prestado. Na medida em que o indivíduo não tem acesso à informação sobre o preço de procedimentos específicos, não consegue estabelecer relações custo/benefício favoráveis às estratégias de controle. Além da ineficiência e do descontrole, o atual sistema de saúde é profundamente iníquo. A carência de investimentos básicos em saúde em determinadas regiões do país cria efetivos obstáculos de acesso às populações mais carentes que não podem pagar pelos serviços. Do outro lado, os procedimentos de maior complexidade, que envolvem tecnologias complexas e altos custos, são acessíveis, na maioria dos casos, às populações de alta e média rendas, seja via setor privado supletivo (medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde e saúde própria das empresas), seja via setor público de alta tecnologia, onde o conhecimento e o contato pessoal com os profissionais de saúde definem canais privilegiados de acesso.

Dizer que o acesso à saúde no Brasil é universal e gratuito é, no mínimo, duvidoso. Os dados da PNAD-1986

mostram que as populações de baixa renda pagam parcelas substanciais de seus rendimentos no consumo de serviços de saúde, muitos dos quais recebidos da rede própria ou credenciada pelo setor público. Outro aspecto a destacar se refere ao formato "descentralizado" do sistema, que vem sendo assumido desde a Constituição de 1988. A descentralização proposta pelo SUS não incorporou um sistema adequado de financiamento das ações hospitalares e ambulatoriais. O pagamento por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) tem sido objeto de constantes desvalorizações das tabelas de pagamento, obrigando estados e municípios a assumir parcelas cada vez mais elevadas do montante global do gasto. Como somente estados e municípios de maior desenvolvimento conseguem assumir esses gastos, a heterogeneidade das condições de assistência médica tem aumentado com o advento do SUS.

Por todos esses motivos, torna-se necessária uma reformulação do sistema que tenha como objeto a população e não a classe médica ou os prestadores de serviços de saúde. Essa reformulação deve ter fortes compromissos com os princípios finalísticos da reforma sanitária brasileira: a universalização, a equidade e a integralidade.

2 - DIRETRIZES PARA A REFORMULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Saúde é um direito intransferível de todo cidadão, cabendo a cada um recebê-lo conforme suas necessidades e pagá-lo segundo as suas possibilidades.

Todos os indivíduos devem ter direito a uma atenção integral à saúde, a qual envolve ações de caráter individual e coletivo, tendo em vista garantir o caráter integrado, hierarquizado, iterativo e simultâneo das ações preventivas e curativas de saúde, em todos os níveis de atenção, através da cobertura equânime da população em todas as regiões do país.

O Estado deve ser encarado, fundamentalmente, como promotor da saúde e não como provedor direto de serviços. Isso requer concentrar suas atividades nas áreas de controle de qualidade e regulamentação, além de fortalecer a função de árbitro, como instância de recurso da cidadania. Hoje o Estado, ao se envolver na prestação direta de serviços, perde a isenção para controlar e arbitrar questões relacionadas à qualidade dos serviços.

Livre opção do cidadão em relação às alternativas de prestadores de serviços, garantindo melhor qualidade

pela via da competição/incentivos de mercado e tornando cada indivíduo um fiscal do sistema.

Ausência de carências para todo e qualquer procedimento médico-hospitalar, incluindo exames, consultas, partos e outros serviços.

Livre ingresso e concorrência entre os prestadores de serviços incentivando a diversidade, pesquisa e sobretudo eficiência econômica na prestação dos serviços.

Regulação econômica ao invés de controles burocráticos, através de mecanismos de mercado.

3 - PROPOSTA

A principal característica da proposta consiste em estabelecer um **voucher** com validade de um ano, o qual seria recebido periodicamente, a cada ano, por todos os cidadãos, independentemente de idade, sexo e região, com o qual a população passaria a se filiar a uma organização mantenedora de (serviços de) saúde (OMS). Nesta concepção, uma OMS é uma instituição pública ou privada de atenção integral à saúde para todo e qualquer indivíduo que a ela queira se filiar. As OMS recolhem os **vouchers** daqueles que a elas se filiarem e fazem jus a uma remuneração anual **per capita**. Sua receita mínima passaria a ser o somatório do valor dos **vouchers** recebidos.

Existem várias opções de transferência de recursos do governo às OMS, destacando-se a forma de duodécimos, corrigidos monetariamente, que apresenta, como será visto mais adiante, algumas vantagens operacionais.

Cada cidadão poderá se filiar a qualquer OMS de sua escolha, sendo que, para menores, o pai, a mãe, o tutor ou o responsável exercerá a opção. Caso não esteja satisfeito, o cidadão poderá trocar de OMS ao final do período de um ano. Poder-se-ia, em princípio, operar com períodos mais curtos, embora a experiência internacional demonstre que a possibilidade de rotação acelerada da clientela tende a inibir procedimentos preventivos, contrariando, dessa forma, uma das diretrizes básicas da proposta. Os serviços prestados seriam: atendimento médico de primeiro, segundo e terceiro níveis. Isso inclui quase todos os serviços, com exceção de alguns relativos à saúde pública, como vacinação, borrifação domiciliar para combate à endemias, vigilância sanitária com a colaboração das OMS, regulação de procedimentos médicos, produção e consumo de medicamentos, saneamento básico, fiscalização do cumprimento dos contratos-padrão entre as OMS e a população.

fiscalização do cumprimento dos contratos-padrão entre as OMS e a população.

As OMS se obrigariam, ainda, a prestar os serviços básicos de prevenção e tratamento odontológico, incluindo os serviços ortodônticos que não sejam destinados a finalidades estéticas. Quanto à emergência médica, todo indivíduo teria direito a ser atendido, em regime de emergência, em qualquer OMS e em qualquer ponto do território nacional, havendo uma caixa de compensação entre as OMS para o ressarcimento destes procedimentos.

O sistema ainda prevê alternativas para atender aos casos de migração. Todo indivíduo que mudar de cidade terá que atender ao seguinte procedimento: comunicar a data de mudança para as OMS de origem e de destino, transferindo, para esta última, elegida pelo migrante, o valor **pro rata** dos dias restantes do ano de referência do contrato. As duas OMS deverão comunicar imediatamente o nível central de governo a fim de que sejam feitos os procedimentos de transferência de endereço, para efeitos de pagamento do futuro **voucher**. No caso do pagamento às OMS ser feito em ducdécimos, créditos futuros serão também repassados.

Como se prevê sempre a existência, ainda que residual, de indivíduos completamente à margem da sociedade (por exemplo, população de rua, foragidos, mendigos etc.), bem como de pessoas não cadastradas na seguridade social (ver Capítulo 5), deverá existir uma rede de atendimento a indigentes, operada por organizações públicas, privadas ou sem fins lucrativos que, além do atendimento emergencial, providenciará a inserção ou reinserção do indivíduo no sistema de cadastro da seguridade social. Esta seria a última fronteira de segurança social para as populações mais carentes ou à margem dos sistemas regulares de saúde.

No caso de mudança permanente para o exterior (mais de um ano) o indivíduo é obrigado a comunicar sua mudança e o valor restante de seu contrato anual é cancelado, devendo ser devolvido ao governo. O sistema não é aplicável a estrangeiros não residentes no país, em visita temporária, podendo ser estudado o caso de reciprocidade entre nações. Os casos de tratamento no exterior devem ser decididos conforme a conveniência de cada OMS. Muitas vezes é mais econômico/eficaz enviar o indivíduo para fora do país, para realizar um tratamento/exame de alta qualificação, do que criar uma estrutura própria para tal.

Os riscos catastróficos deverão ser cobertos por esquemas de resseguro privados, regulados pelo Estado, montados através de **pools** das próprias OMS.

Procedimentos de alta complexidade, ao contrário do sistema atual onde o governo tenta regular a natureza/quantidade/equipamentos para tais procedimentos, deverão ser definidos "caso a caso" pelas próprias OMS, à luz de conveniências médicas e econômicas. Por exemplo, o uso da tomografia computadorizada ou ressonância magnética para um politraumatizado pode ser mais eficaz para uma OMS do que um raios x, onde a economia no exame pode implicar maiores custos no tratamento.

Será criado um Conselho Nacional de Qualidade em Saúde (CNQS), com participação societal externa ao governo, composto por representantes da população, das OMS e dos conselhos de profissionais de saúde, ao qual cabe criar padrões de procedimentos e condutas médicas que servirão de base à ação fiscalizatória do governo. A este último caberá impor as sanções e penalidades, cabíveis em cada caso, às OMS que incorrerem em desvios relacionados com os procedimentos estabelecidos. Esses padrões deverão ser construídos com a metodologia "minimax" (mínimo custo com máxima qualidade).

O CNQS deverá ter instâncias de representação regional, sub-regional e local, contando sempre com a participação paritária dos segmentos sociais descritos acima. No caso das regiões onde prevalece a baixa densidade populacional/baixa densidade de oferta dos serviços, limitando a concorrência e, eventualmente, propiciando a queda da qualidade dos serviços, deverá haver um valor diferenciado do bônus que possibilite o restabelecimento dos padrões de concorrência e a conseqüente equalização geográfica da qualidade dos serviços. A população de maior poder aquisitivo, que deseje padrões superiores de hotelaria (quartos individuais, acomodação de acompanhante etc.), deverá complementar o valor do **voucher** acima do contrato padrão. Mesmo procedimento poderia ser aplicado no caso de "planos de empresa" administrados diretamente por estas ou contratados de OMS. Neste caso, a empresa recolheria os **vouchers** de seus empregados e dependentes e os complementaria segundo o padrão de hotelaria desejado ou acordado.

4 - ELEMENTOS PARA O CÁLCULO DO VALOR DO VOUCHER

O setor de medicina de grupo e de administração hospitalar privado estima em US\$ 140 **per capita** o custo médio anual de um plano básico de cobertura integral à saúde da população, sem exclusões de qualquer natureza,

para os atendimentos com padrão igual ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Os dados do setor privado de saúde, estimados pela empresa de consultoria Towers, Terrin, Foster & Crosby, revelam que, em 1989, esse setor gastava cerca de US\$ 2,5 bilhões para atender a 32 milhões de pessoas. Isto equivale a uma média **per capita** de US\$ 78. Ao mesmo tempo o setor público (federal, estadual e municipal) desembolsou em 1992 (estimativa) cerca de US\$ 11 bilhões para uma população de 150 milhões de pessoas, o que equivale a US\$ 73 **per capita**. Admitindo-se, no entanto, que a clientela do setor privado não use o setor público, o gasto **per capita** deste último setor se elevaria para US\$ 93.20. O total **per capita** do gasto público e privado chegaria a magnitude similar a esse valor, ou seja, US\$ 90.

Vale destacar, no entanto, que os valores **per capita** acima especificados referem-se a situações bem particulares. No caso do setor público, destaca-se que a baixa cobertura dos serviços, especialmente em algumas regiões do país, faz com que, na prática, o gasto **per capita** seja bem maior. Só para exemplificar, o setor público, em todas as suas modalidades, fornece, em média, 1,8 consulta por habitante/ano, quando o padrão aceitável varia entre 3,5 e 4. Em alguns estados, essa média cai para menos de 0,8 consulta por habitante/ano, o que demonstra a total fragilidade do sistema público no que se refere à cobertura.

Analogamente, pode-se dizer que o setor privado supletivo, mesmo fornecendo 3,8 consultas por beneficiário/ano, apresenta padrões de atendimento que não incluem os procedimentos de alto custo, os quais, em geral, são assumidos pelo setor público. Conclusão: o setor público tem, teoricamente, um plano integral, mas de baixíssima qualidade. Analogamente, o setor privado tem boa qualidade nas modalidades básicas, mas tem exclusões no que se refere a doenças crônico-degenerativas prévias à filiação ao plano, doenças infecto-contagiosas e tem algumas exclusões no uso de alta tecnologia. Os efeitos de escala nos permitem estimar que os custos de uma OMS, mesmo sem exclusões, estariam contidos na faixa entre US\$ 80 e US\$ 100 **per capita**. Pode-se dizer que este corresponde, praticamente, ao gasto total atual **per capita** em saúde no Brasil. Ele equivaleria a algo entre 2,7 e 3,4% do PIB. No entanto, o valor do **voucher** não será o mesmo para todos. Para proporcionar os devidos incentivos de mercado, tendo em vista a equidade, visando aproximar-se o mais possível aos custos reais de atendimento a cada indivíduo e ao mesmo tempo preservar a necessária simplicidade para o seu cômputo, o ideal seria que o

valor do **voucher** fosse determinado em função da idade, sexo e local de residência (município ou distrito sanitário).

5 - ASPECTOS OPERACIONAIS

5.1 - Atribuição do Número

a) Todas as pessoas serão identificadas no **voucher** e assim incluídas em todas as transações da seguridade social, por um número único: o número de registro do seguro social. Este número será equivalente ao CPF, para os atuais portadores desse registro.

b) No caso dos neonatos a adoção do número da seguridade social e a entrega do primeiro **voucher** serão feitas no cartório de registro civil, por ocasião do nascimento.

c) Caberá à maternidade, médico ou parteira, prática responsável pelo nascimento, a emissão de um certificado provisório que garantirá 10 dias corridos de atenção médica na OMS de livre escolha dos pais. Decorrido este prazo, não tendo sido feito o registro civil de nascimento, o neonato só poderá ser atendido, até providenciar o registro de nascimento, na rede de saúde voltada única e exclusivamente para o atendimento de indigentes.

d) A população com menos de 16 anos que nasceu antes da implantação do sistema, e que pela legislação atual não é possuidora de CPF, receberá, para efeitos de usufruir o **voucher**, o número do CPF paterno, materno, do tutor ou do responsável mais próximo, nos termos da lei, acrescentado de sete dígitos; seis indicadores de sua data de nascimento e outro indicador de ordem, no caso de gêmeos.

e) A população com mais de 16 anos que não possui CPF será chamada para efeitos de um cadastramento, tendo em vista a atribuição de seu número de registro CPF/seguro social. Esse cadastramento poderia ser feito de forma absolutamente descentralizada, utilizando-se as redes dos correios (maior capilaridade do país), da previdência social (segunda maior capilaridade), da justiça eleitoral e dos serviços públicos estaduais e municipais.

f) O número único CPF/seguro social receberá baixa apenas por ocasião do falecimento ou por emigração definitiva com perda da cidadania brasileira. As instituições de registro civil (cartórios), com base em sistemas computadorizados a serem implantados, enviarão diariamente a posição de óbitos relativos as suas

respectivas jurisdições para os órgãos competentes (hoje, Ministérios da Fazenda, da Previdência Social e da Saúde), para fins de baixa dos respectivos registros. Aliás, já existe a obrigatoriedade legal de os cartórios enviarem à Seguridade Social este tipo de informação. Cessará, dessa forma, o direito à concessão anual do **voucher** e o pagamento dos duodécimos correspondentes, se for o caso.

g) O sistema é aberto e compulsório aos imigrantes, desde que tenham obtido visto de trabalho no Brasil, quando receberão seu número de seguridade social. Esta situação também se aplica aos imigrantes dependentes (cônjuge e filhos). O sistema é facultativo para membros de delegações diplomáticas e seus familiares, mediante convênio que assegure reciprocidade nos seus países de origem. No caso de estrangeiros a passeio, turismo ou negócios, não há nenhuma cláusula de cobertura, a não ser em situações onde, também por acordos internacionais, esteja prevista reciprocidade de atenção médica entre o Brasil e outro país. Caso contrário o estrangeiro deverá pagar os preços praticados no mercado pelos bens ou serviços de saúde que utilizar ou adquirir.

5.2 - Características e Distribuição dos Vouchers

a) Os **vouchers** poderão ser papéis de segurança, dotados ou não de tarjas magnéticas de identificação e ou caracteres óticos e/ou, ainda, impressão datiloscópica, no caso dos analfabetos.

b) O **voucher** será nominal, não-negociável, não-endossável e intransferível. Dessa forma, não haverá nenhum incentivo para que seja criado um mercado de revenda/transação desses **vouchers**, tendo em vista que, além de pessoal e único para cada indivíduo, no período de um ano, o **voucher** é universal e, portanto, um bem não escasso no sentido econômico, do ponto de vista do cidadão (e não das OMS). Como só pode ser utilizado para a filiação a uma dada OMS, ele não é uma moeda ou quase moeda em seu sentido genérico. Isso o diferencia, por exemplo, dos tíquetes de leite, vales-refeição, tíquetes de racionamento ou outras formas diretas ou indiretas de complementação de renda. Finalmente, ao ser válido pelo período de apenas um ano, perde quase que totalmente uma das funções da moeda, que é a reserva intertemporal de valor.

c) A distribuição do **voucher** será feita por via postal ou mediante requisição em qualquer posto da seguridade social, no caso de perda ou extravio.

d) Uma segunda via do **voucher** só poderá ser distribuída mediante anulação eletrônica da primeira, sendo tal informação comunicada automaticamente a todos os órgãos governamentais e OMS pela capilaridade da rede de informática do país.

e) Outro documento complementar de identificação do indivíduo é a carteira de seguridade social, que todo indivíduo recebe desde o seu nascimento, contendo o número de registro do CPF e do seguro social. Esta deverá ser apresentada quando da filiação ou mudança de OMS, acompanhada do **voucher** ou do documento de transferência correspondente.

5.3 - Armazenamento e Trânsito da Informação Médica e Epidemiológica

a) Todas as OMS serão obrigadas a manter sistemas de prontuário médico informatizado, possibilitando a troca de informações, bem como a remessa de dados **on line** ou em meio magnético para os níveis centrais governamentais de controle dos serviços de saúde.

b) Deverão constar da base de informações de cada OMS, dados relacionados com a frequência dos procedimentos médicos (hospitalares e ambulatoriais) ou dos diagnósticos (**Diagnostic Related Groups - DRG**), segundo especialidade, sexo, idade, localidade e custo efetivo dos serviços.

c) No caso de deslocamento de pacientes de uma OMS para outra, em função de insatisfação com os serviços da primeira ou em função de mudança de local de residência e/ou trabalho, a informação médica ou epidemiológica do indivíduo será remetida à nova OMS.

d) Tal procedimento permitirá acompanhar e armazenar, ao longo do tempo, a história clínica de todos os indivíduos, a qual permanecerá ativa em bancos de dados descentralizados nas OMS, enquanto não for dada baixa por morte ou mudança definitiva do país. Nesse último caso, os dados serão transferidos para o governo central, permanecendo válidos por um ano, para efeitos de cálculo das estatísticas de morbimortalidade, findo o qual passarão a integrar o arquivo morto dos órgãos de informação epidemiológica.

6 - CONDIÇÕES PARA CRIAR E OPERAR UMA OMS

As OMS devem ser instituições criadas com a finalidade exclusiva de prestar atenção integral à saúde, não podendo ser um ramo das seguradoras ou entidades do sistema financeiro. Em princípio não deveria haver requisitos mínimos de tamanho, capital, reservas e

instalações para a criação de uma OMS. Em geral, esses requisitos servem muito mais para proteger aquelas firmas já estabelecidas no setor do que para proteger o consumidor dos serviços. Garantidos os requisitos anteriores, que facilitam a livre entrada e dificultam a oligopolização, não seria necessária nem proveitosa a criação de barreiras financeiras, burocráticas ou cartoriais como requisito para o estabelecimento de uma OMS.

Os hospitais, ambulatórios e outras facilidades da rede pública nas três esferas de governo podem se organizar sob a forma de OMS, sob a modalidade de contrato de gestão. Existe sempre a possibilidade de uma unidade de propriedade do governo não ter uma demanda de contrato de gestão. Estas unidades, provavelmente localizadas em áreas de baixa renda e de pouco interesse econômico, poderiam constituir parte da rede governamental para indivíduos não-cobertos (indigentes).

É, no entanto, conveniente a revisão da legislação financeira e penal, no caso de falência comprovadamente fraudulenta, tendo em vista que os acionistas devem responder solidariamente com seus bens pessoais. Por outro lado, não deve haver restrições quanto à natureza dos acionistas que virão a participar de uma OMS (fundos de pensão, entidades sindicais, empresas financeiras, inclusive empresas estrangeiras). É importante, dessa forma, garantir a multiplicidade e diversidade de formas organizacionais e de composição do capital, compatíveis com as diferentes escalas de produção, demandas por serviços, dispersão geográfica da clientela e muitos outros fatores impossíveis de se determinarem **a priori**.

Também a exigência de cobertura geográfica extensa, como condição para criação e operação de uma OMS, parece-nos totalmente desnecessária, além de oposta à necessidade de garantir a livre entrada e especialização de clientelas, requisitos indispensáveis à eficiência econômica. Os atendimentos de urgência seriam feitos com cobertura geográfica integral. A forma, pela qual as OMS pequenas e relativamente isoladas, sob o ponto de vista geográfico, dispõem de recursos de alta tecnologia/alto custo, poderia ser através de consórcios, convênios ou simples compra de serviços de OMS de maior porte, mesmo situando-se estas em outras regiões.

Haveria um seguro junto ao mercado nacional, que garantiria o cumprimento de suas obrigações no caso de falência, inclusive com a transferência do residual **pro rata** dos contratos de seus afiliados. Este seguro poderia ser dividido em duas partes: uma para pagar

compromissos com os segurados, ressarcindo o governo dos resíduos restantes dos **vouchers**, e outra destinada a cobrir os compromissos com outras OMS e demais fornecedores.

As OMS deveriam ainda:

Apresentar os requisitos técnicos e financeiros mínimos para a garantia de que irá honrar o contrato-padrão.

Aceitar todo e qualquer cidadão portador de um **voucher** para a prestação dos serviços necessários à manutenção de sua saúde, de acordo com o previsto no contrato padrão. Como mencionado, o contrato-padrão inclui todos os procedimentos preventivos de segundo nível e curativos e a cobertura de todas as patologias, sem exclusão.

Caso a opção seja realizar os pagamentos do governo às OMS, com base em duodécimos, o esquema de seguro para ressarcir o governo seria dispensável, pois os duodécimos restantes de uma OMS falida seriam retidos no próprio governo. No entanto, a outra parcela do seguro -- aquela a ser feita para segurar os compromissos com outras OMS -- teria que ser feita na intenção de se evitar uma falência em cascata de OMS.

Efetuar operações de resseguro tendo em vista a existência de pacientes considerados de risco catastrófico, para que, caso estes venham a se filiar, não haja ônus adicionais para as OMS, nem para os pacientes e nem para o governo. No caso de catástrofes naturais (enchentes, desabamentos, incêndios etc.) haveria também sistemas de resseguro que cobririam o excesso de demanda provocado por tais calamidades.

Caberia ainda às OMS submeterem-se às normas e regulamentos do governo no campo da saúde, especialmente aquelas que dizem respeito aos padrões de qualidade determinados pelo CNQS, abrindo suas portas à fiscalização das autoridades competentes.

As OMS obteriam do Ministério da Saúde o credenciamento para operar como tal.

7 - FINANCIAMENTO

Coerentemente com o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, a forma natural de financiamento de um sistema como o proposto pode ser representada pelos recursos do orçamento geral da União. Por mais que isso pareça uma tendência inversa à da descentralização, o que se pretende é exatamente o contrário. De fato, mesmo que a origem dos recursos

seja o governo federal, a descentralização é levada não ao nível da unidade geográfica ou política, mas ao nível do indivíduo. Dessa forma, a questão do controle social que embasa toda a lógica da descentralização é levada ao seu ponto máximo, fazendo de cada indivíduo uma unidade de controle.

Existe um outro aspecto político de vital importância que, se por um lado, é a "pedra de toque" em termos de eficiência, por outro, pode dificultar a aprovação da proposta na atual conjuntura do Congresso Nacional. De fato, os recursos da saúde saem do controle e alocação político-partidária e passam a ser distribuídos de forma impessoal aos cidadãos. Minimiza-se, assim, um foco de clientelismo e fisiologismo que tem deteriorado as relações entre a cidadania e o Estado. Ainda nesse sentido, a própria operação das OMS, em termos de incentivo de mercado, restringe a interferência política no que diz respeito ao empreguismo, apadrinhamento e outras práticas hoje comuns no setor de saúde, operado diretamente pelo Estado.

Uma objeção que poderia ser levantada contra uma estratégia de financiamento que utiliza recursos do orçamento geral é a "invisibilidade" do custeio sob o ponto de vista do contribuinte, principalmente pelo fato de que na estrutura tributária predominam impostos indiretos. De fato, esta é uma objeção válida, mas a alternativa de custear a saúde com recursos oriundos das contribuições sobre salários/rendimentos das pessoas físicas, com planos de benefícios proporcionais a estas contribuições (como ocorre no sistema chileno das Isapres), esbarra no caráter essencialmente redistributivo da função saúde. Em outras palavras, a necessidade de cada um não varia com sua renda e sim com o seu risco atuarial, dadas as características demográficas e sócio-econômicas de cada região.

Deste modo, o financiamento pela via tributária, embora apresente o inconveniente de certa "invisibilidade" do gasto, é o mais razoável sob o prisma da equidade. Mesmo assim, talvez fosse pertinente fazer uma vinculação com uma fonte específica ou uma fração do orçamento ou ainda alocação prioritária de recursos que garantisse o pagamento do **voucher** pelo seu valor real. Desta forma, como hoje se faz com os benefícios previdenciários, evitar-se-ia que prioridades conflitantes viessem a aviltar o valor do **voucher** e, conseqüentemente, o nível dos serviços.

Os sistemas de apuração de custos, cuja prestação de informação será compulsória para cada OMS, sendo fiscalizados pelo governo, poderão contribuir, no futuro, para que ajustes finos sejam feitos nos valores

do **voucher** por sexo, idade e região. Quanto aos aspectos macroeconômicos do financiamento, observe-se que, sendo os custos totais do novo sistema bastante similares aos atuais, não haverá, em princípio, nenhum aumento substancial do esforço tributário global para financiar o sistema. Há simplesmente uma troca de contribuições, hoje pagas à seguridade para custeio do SUS, por impostos pagos ao governo central.

Dessa forma pode-se pensar num cenário de redução das contribuições sobre folha de salários, o que, se não ajuda, pelo menos não prejudica o nível de emprego e de formalização da economia. Poderá haver, por outro lado, um aumento da proporção do orçamento fiscal a ser destinado para a saúde.

8 - MECANISMOS DE TRANSIÇÃO

Tendo em vista que essa proposta envolve profundas mudanças no sistema vigente hoje e que requer, inclusive, alterações constitucionais, o aspecto político é, sem dúvida, o mais crítico para a implementação de um sistema.

Sob o ponto de vista operacional, a transição não apresenta maiores dificuldades. Os hospitais, os ambulatórios e outras facilidades da rede pública podem, perfeitamente, se organizar sob a forma de OMS, captando os **vouchers** mediante competição de qualidade no mercado. É importante, no entanto, que seja vedado qualquer tipo de subsídio a estas entidades, assim reorganizadas, evitando-se a competição desleal. Isto vale, inclusive, para os salários dos médicos e demais funcionários do setor público, que deixariam de ser pagos ao nível central (União, estados e municípios), tendo sua remuneração fixada conforme as condições de rentabilidade de suas respectivas OMS. Mais uma vez, adere-se ao princípio da descentralização, demolindo-se pela base o nefasto isonomismo salarial.

Caberá aos estados e municípios criar critérios próprios para a montagem das OMS do setor público, flexibilizando suas estruturas decisórias e administrativas e, ao mesmo tempo, fortalecendo os respectivos instrumentos de controle, responsabilização e avaliação de desempenho.

O investimento em infra-estrutura em áreas geográficas carentes e remotas pode se constituir num problema para a universalização na forma proposta. Ressalta-se que este problema já existe, com enorme gravidade, no sistema atual, gerando déficits de coberturas de serviços nas regiões mais distantes dos grandes centros urbanos. A proposta aqui esboçada já contém um

incentivo econômico de mercado à descentralização do investimento e da atenção à saúde como um todo, ao estabelecer um diferencial de valor do **voucher** em função de características geográficas. Assim, o valor adicional do **voucher** nestas regiões problemáticas tenderia a aumentar a taxa de retorno dos investimentos, favorecendo a sua realização.

Mesmo assim, sugere-se o estabelecimento de uma linha de crédito, a preços de mercado, com perfis de pagamento mais alongados, que compatibilize as condições de financiamento ao **timing** do retorno.

No caso do setor privado, as empresas que já possuem sistemas próprios de serviços de saúde para seus funcionários e dependentes, ou os contratam a terceiros, utilizariam os **vouchers** como parte do pagamento, desde que resguardada a livre opção dos funcionários (enquanto cidadãos) a continuar no sistema. É claro que, neste caso, a empresa passaria a oferecer atenção integral, diretamente ou através da OMS contratada. É natural que, ao complementar o valor do **voucher** com recursos próprios, a empresa estará buscando padrões superiores de atenção médica, o que, certamente, induzirá os funcionários à adesão ao plano ofertado.

Este também é o caso dos fundos de pensão que, dentro do elenco de benefícios ofertados, oferecem também planos de saúde.

No caso das empresas de medicina de grupo, observe-se que, pelo fato de operarem no sistema de pré-pagamento, são candidatas naturais a embriões das futuras OMS. Estas, no entanto, continuarão abertas a receber adicionais aos **vouchers** para modalidades assistenciais superiores (em termos de hotelaria), seja para planos individuais, seja para planos de empresa.

Quanto ao seguro, acredita-se que sempre haverá um nicho de mercado em função da livre escolha de médico/hospital pelos segmentos sociais mais abastados. Existe, no entanto, toda uma possibilidade de articulações entre as empresas de seguro-saúde e as OMS. Por exemplo, um determinado indivíduo pode obter a sua cobertura básica de saúde através do sistema **voucher**/OMS, acrescido de "livre escolha" de médico, através do seguro-saúde. Padrões superiores de hotelaria também poderão ser garantidos através de seguro-saúde, caso não se queira assumir o risco individualmente. O fundamental é ressaltar que as empresas de seguro-saúde não conflitam, mas complementam o sistema proposto.

No caso das cooperativas médicas, onde a Unimed tem abrangência nacional, as perspectivas são muito similares às da medicina de grupo.

Finalmente, quanto à medicina liberal, entendida como a prática dos profissionais autônomos ou organizados empresarialmente, que detêm alta especialização e renome, continuará a existir como opção supletiva ou como recurso eventualmente contratado por uma dada OMS.

A ociosidade do setor público, freqüente nos grandes centros urbanos, tende a se reduzir pelo próprio processo de concorrência estimulado. Entre as opções que se afiguram como possíveis, está aquela de que as OMS venham a contratar leitos e/ou uso de instalações de diagnóstico e terapia ao setor público.

Centros de grande especialização como o Instituto do Coração em São Paulo (Incor) ou o Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro (Inca) e os hospitais universitários poderão continuar como entidades autônomas, integrando simultaneamente as redes de serviço de mais de uma OMS, além de servirem como centro de referência para pesquisa e desenvolvimento.

9 - TÓPICOS ESPECIAIS

9.1 - Participação Comunitária e Controle Social

a) O esquema proposto baseia-se fundamentalmente na participação comunitária exercida em todos os níveis e em todos os seus aspectos. Ao nível do usuário, o principal mecanismo é a faculdade de optar e/ou mudar de OMS em caso de descontentamento. Ao seu alcance estão também o CNQS, com projeções regionais, sub-regionais e, eventualmente, locais.

b) Ainda neste nível, poderá o usuário recorrer aos órgãos de defesa do consumidor, aos conselhos fiscalizadores do exercício profissional e, em última instância, à justiça.

c) Com o estabelecimento de padrões de atendimento, oriundos dos mecanismos de informação e controle a que estarão submetidas as OMS, o usuário poderá obter meios para embasar as ações judiciais de "má prática médica", no caso de procedimentos das OMS julgados, por ele, irregulares e que acarretem danos físicos, materiais ou morais ao consumidor. Observe-se que, nesse caso, o réu da ação é um ente privado, o que se compara, de maneira favorável, com a enorme dificuldade de se processar e se receber ações das entidades do Estado.

d) Vale ressaltar, no entanto, que, se por um lado, a contestação de má prática pode contribuir para o exercício de uma medicina mais responsável, por outro, pode redundar em custos crescentes para o usuário, a médio e longo prazos. O exemplo mais claro, nesse ponto de vista, é o encarecimento vertiginoso dos serviços de saúde nos EUA, provocado, em grande medida, pela incorporação do cálculo econômico dos prêmios de seguro por **mal practice**, os quais demonstraram-se crescentes durante as duas últimas décadas.

e) A participação comunitária, ao nível das OMS e profissionais de saúde, exerce-se através do CNQS e suas projeções regionais, sub-regionais e locais. Obviamente que o esquema proposto apenas complementa as organizações sindicais e patronais das próprias OMS, bem como dos profissionais de saúde.

f) O controle governamental é exercido pelos três níveis da federação (união, estados e municípios) através da ação fiscalizatória em suas respectivas alçadas. Liberados da execução direta dos serviços, é de se esperar que seu poder de julgamento e arbitragem aumente consideravelmente.

g) Finalmente, a classe política participa ativamente do processo, através da alocação orçamentária dos recursos para os programas de saúde, bem como da auditoria da execução desses programas, através das pressões de suas bases eleitorais.

9.2 - Ciência e Tecnologia em Saúde

a) Os mecanismos de mercado sugeridos na proposta têm como virtude subsidiária adequar o uso de ciência e tecnologia à demanda e à oferta dos serviços de saúde, prescindindo dos controles burocráticos. Existe hoje uma "parafernália" de cotas, comprovações de necessidade para o uso de serviços de alto custo, cujo padrão de oferta reflete muitas vezes o capricho de profissionais de renome ou de burocratas do serviço público, guardando raramente alguma correlação com a real necessidade.

b) A prestação de serviços de saúde deve ser entendida como um "processo" onde se mesclam procedimentos de baixo ou de alto custo, conforme as características de cada caso e as restrições econômicas. Não existem, portanto, procedimentos caros ou baratos, quando considerados isoladamente, o que tende a ser a visão míope do burocrata. O que existe são procedimentos adequados ou inadequados dentro do processo global de prevenção ou tratamento de uma patologia.

c) Um exemplo claro desta questão é o tratamento no exterior. Pode ocorrer o caso em que, para um procedimento que requeira recursos extremamente especializados e onerosos, seja mais barato, pelo efeito de escala ao nível internacional, promover, ainda que tal situação ocorra raramente, o deslocamento do paciente ao exterior do que instalar no país a capacidade de fazê-lo domesticamente. Essa situação se repete, com mais frequência, ao nível interno (entre as regiões do país). Muitas vezes é mais custo-efetivo trazer um usuário do Acre para São Paulo, para realizar uma cirurgia cardíaca do que tratá-lo no estado de origem. De toda forma, o importante é que a decisão seja tomada por uma unidade empresarial, onde o estímulo à eficiência supera, definitivamente, o paternalismo à custa das verbas públicas.

9.3 - Pesquisa e Desenvolvimento

a) Obviamente que as OMS tenderão a desenvolver algumas pesquisas que visem não só os aspectos médicos, mas a própria efetividade dos procedimentos e processos. Por outro lado, tenderão a absorver, dos centros vocacionados para o desenvolvimento da pesquisa pura -- universidades e centros de excelência --, aquelas inovações que se adequam à realidade da atenção à saúde do povo brasileiro.

b) É claro, também, que o sistema de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico deve atuar de forma conjugada com o sistema de saúde, procurando estimular o barateamento ou aperfeiçoamento da qualidade daqueles procedimentos ou modalidades assistenciais que sejam compatíveis com o quadro nosológico registrado nas OMS.

c) Contribui ainda, para a definição das prioridades de pesquisa e desenvolvimento, o aperfeiçoamento do sistema de informações, o qual fornecerá a matéria-prima para um sem-número de novos estudos e pesquisas.

9.4 - AIDS e Renais Crônicos

a) Na realidade, a AIDS não é uma patologia em si, mas, no estágio atual do conhecimento médico, é a causa primária de um conjunto de patologias sucessivas que afligem os pacientes portadores dessa síndrome. De fato, dentro do conhecimento atual, não existem mecanismos de cura e o tratamento pode ser (e geralmente é) extremamente dispendioso, podendo, em alguns casos, ser muito longo.

b) Trata-se, portanto, de casos em que se requer um tratamento totalmente diferenciado, podendo se admitir

um reembolso à OMS, por parte do governo, das despesas que excedam o valor do **voucher**, dentro de critérios de custos estabelecidos conjuntamente entre a OMS e o governo.

c) Já no caso de pacientes renais crônicos, julga-se que uma adequada pressão das próprias OMS, no sentido de aperfeiçoar a legislação de doação e transplante de órgãos, poderá minimizar o problema trazido pelos altos custos da hemodiálise.

d) Observe-se, ainda, que a própria otimização das facilidades de hemodiálise e a possibilidade de substituição por diálise peritoneal poderão provocar substancial redução de custos, sem contar as campanhas preventivas que supostamente as OMS seriam incentivadas a desenvolver.

9.5 - Medicamentos

a) O esquema proposto de OMS inclui, dentro do pacote de atenção à saúde, o "fornecimento" dos necessários medicamentos, sem quaisquer ônus para o usuário. Tal fornecimento, por sua vez, pode assumir inúmeras formas, variando da distribuição física direta, passando por convênios das OMS com redes de drogarias e farmácias até, em certos casos, o pagamento direto a um determinado estabelecimento pelos medicamentos indicados.

b) De forma alguma se sugere um esquema similar ao da Ceme. Todos os medicamentos são adquiridos, na proposta da rede privada, de drogarias e farmácias, a quem cabe gerenciar o problema da logística física de aquisição, estocagem e distribuição dos mesmos.

c) Observe-se ainda que, como o medicamento constitui-se um custo para a OMS, haveria a tendência a restringir seu uso, contrabalançada, apenas, pelas variáveis de qualidade do serviço e pela competição entre as próprias OMS.

d) Recoloca-se assim o insumo "medicamentos" como um dos fatores intervenientes no processo de atenção à saúde, cujo custo é um dos determinantes do resultado econômico das operações. Evita-se, também, o abuso na utilização de medicamentos e controla-se, dessa forma, a automedicação.

e) Por outro lado, minimiza-se o uso de medicamentos inócuos pelo próprio imperativo de eficácia que deve orientar a ação de uma OMS, através do poder moderador da área econômica dessas organizações sobre os médicos.

9.6 - Impactos sobre o Emprego Médico

a) Os impactos sobre o emprego médico são de duas ordens: nas áreas distantes dos grandes centros, com população rarefeita, o acréscimo correspondente no valor dos **vouchers** deverá provocar uma redistribuição geográfica dos médicos. Em outras palavras, **caeteris paribus**, uma OMS, operando em regiões remotas e recebendo, conseqüentemente, valores mais elevados dos **vouchers**, poderá pagar remunerações maiores aos médicos que se disponham a se estabelecer nestas regiões.

b) No que se refere ao equilíbrio entre oferta e demanda por médicos, a concorrência entre as OMS levaria, provavelmente, a um ajuste inevitável do binômio salário médio/nível de emprego. Hoje, enquanto o setor público muitas vezes oferece remunerações bastante elevadas sem a contrapartida de exigências de trabalho, existe uma grande quantidade de médicos desempregados ou desviados de função. A longo prazo é de se supor, inclusive, que o próprio processo seletivo no recrutamento de mão-de-obra pelas OMS leve a uma modificação na própria estrutura de formação da mão-de-obra em saúde.

c) A tendência a empregos múltiplos -- lugar comum no setor público brasileiro -- tende a ser revertida. Médicos e pessoal de saúde em geral provavelmente serão remunerados pelas OMS com salário de mercado, mas a contrapartida é que agentes econômicos privados tendem a exercer um controle maior sobre a assiduidade e o cumprimento dos horários de trabalho. Por sua vez, a eliminação do duplo, triplo ou quádruplo vínculo abre a possibilidade de interiorização da medicina. Em outras palavras, o médico sobrevive hoje nas grandes capitais com uma multiplicidade de empregos e salários, somando remunerações totais que superam as oferecidas em outras localidades.

9.7 - Campanhas Sanitárias e Saneamento Básico

a) Entende-se por campanha sanitária as funções de vacinação, educação sanitária, fumigação, controle e combate às grandes endemias como doença de chagas, esquistossomose, malária, cólera, dengue e outras. Neste caso, a proposta prevê uma ação conjugada entre o poder público e as OMS.

b) Grande parte das ações de educação sanitária é igualmente de interesse das OMS e das várias esferas de governo. Assim, existe toda uma possibilidade de cooperação através de convênios, acordos etc.

c) Já no caso de controle de vetores, o interesse é primordialmente do setor público, mas há também incentivos econômicos para a participação das OMS, pois no caso de acréscimos da incidência das doenças, essas últimas arcarão com os custos do tratamento. Por exemplo, no caso de uma epidemia de dengue, é certamente mais vantajoso, para as OMS que operam na área, colaborar na sua prevenção do que tratar de um número maior de pacientes.

d) Existiriam, no entanto, várias possíveis combinações entre as ações das distintas esferas de governo e as OMS, dependendo das características de cada área e das próprias campanhas sanitárias.

e) Um segundo exemplo claro de articulação é o caso das vacinações. Dadas as necessárias características de simultaneidade das ações e abrangência nacional de alguns tipos de vacinação, não seria natural esperar que o mecanismo de OMS produzisse espontaneamente campanhas eficazes. Assim, sob a coordenação do poder público, as OMS podem e devem funcionar como centros executores das campanhas de vacinação patrocinadas e coordenadas pela União, estados e municípios.

f) No que se refere às ações de saneamento, pode-se dizer que estas deverão ser executadas pelas administrações estaduais e municipais, a partir, entre outras informações, dos dados epidemiológicos coletados pela rede das OMS que operam em cada área geográfica.

g) Dentro da perspectiva de privatização de algumas utilidades públicas, é de se supor uma possível articulação entre as OMS e as empresas de saneamento básico e de fornecimento de água, no sentido da partilha de custos e de algumas atribuições específicas na área de prevenção. Um exemplo do interesse possível das OMS na área de saneamento básico é a fluoretação da água potável que, notadamente, reduz os custos da atenção odontológica.

9.8 - Vigilância Sanitária

a) As ações de vigilância sanitária continuarão a ser atribuições normativas dos governos federal e estaduais. Esses últimos deverão incentivar a criação de redes (públicas ou privadas) de laboratórios que permitam testar a qualidade de medicamentos, alimentos e outros produtos consumidos no processo de atenção à saúde.

b) Tal ação permitirá fazer com que o governo federal tenha elementos para atuar como o **Food and Drug Administration** (FDA) nos Estados Unidos, exercendo um

papel efetivamente relevante em prol dos direitos do consumidor.

c) Caberá ao Ministério da Saúde, em articulação com o CNQS e as OMS, desenvolver campanhas educativas e de prevenção relacionadas ao combate ao tabagismo, ao alcoolismo e às doenças sexualmente transmissíveis, particularmente a AIDS.

9.9 - Sangue e Hemoderivados

a) Embora a proposta contemple a proibição da comercialização de sangue, ao nível do doador, a idéia é que as OMS sejam incentivadas a promover campanhas de doação entre seus filiados, bem como a produzir e distribuir hemoderivados entre as suas unidades de saúde.

b) As OMS poderão comercializar ou trocar facilidades relacionadas a hemoderivados processados, tendo em vista suprir carências que eventualmente podem surgir entre as OMS.

c) O setor público teria o papel de controlar e garantir a qualidade do sangue e dos hemoderivados, além de manter um estoque regulador obtido através de campanhas periódicas de doação de sangue realizadas junto a grupos especiais como funcionários públicos civis, forças armadas, população universitária etc.

9.10 - Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

a) A questão dos acidentes de trabalho apresenta a característica peculiar de ser uma co-responsabilidade do empregador. A política governamental para acidentes de trabalho, junto com as doenças profissionais, deve-se voltar essencialmente para os aspectos preventivos.

b) Desta forma sugere-se que a responsabilidade por esta área recaia integralmente sobre os empregadores que, associados em "mutualidades", gerenciem e custeiem, diretamente, os programas de prevenção, tratamento, reabilitação profissional, além dos benefícios acidentários **in pecunia** que não cabe analisar nesse texto.

c) Talvez seja o caso de excluir do subsistema de acidentes de trabalho os chamados acidentes de percurso, os quais poderiam ser cobertos pelo regime geral das OMS.

d) Isto não significa que estas organizações patronais venham a ter necessariamente organizações próprias de prestação de serviços de saúde. Por exemplo, com

exceção dos grandes centros, onde talvez se justifique a manutenção de centros hospitalares especializados no tratamento de acidentados e enfermos por doenças profissionais, seria mais econômico utilizar a capilaridade do sistema de OMS.

e) Ao Estado caberá, exclusivamente, fixar as normas e regulamentos referentes a acidentes de trabalho, cuidando da supervisão dos serviços executados pelas mutualidades.

10 - CONCLUSÃO

a) A presente proposta é uma solução articulada que fornece uma nova ótica para a solução dos problemas de saúde, calcada numa visão que combina justiça social com eficiência econômica.

b) Procura-se, dessa forma, abandonar o discurso demagógico do estado benemérito como uma cornucópia que distribui benesses aos cidadãos.

c) A experiência até agora malsucedida do SUS indica claramente que não é o princípio da descentralização que é incorreto, mas sim o da prestação direta de serviços pelo Estado. Vale, no entanto, ressaltar que o dilema público privado revela uma falsa dicotomia. Existe, na realidade, um conjunto de funções basicamente ligadas à execução que tem resultados mais eficientes com a combinação de uma execução privada sob regulação/fiscalização estatal.

d) Por outro lado, rompe-se o círculo vicioso característico do problema do terceiro pagador. Neste, ao paciente usualmente desinformado, interessa receber o maior nível de atenção possível, mesmo que isso signifique um injustificável volume de consultas, exames, internações e remédios. Ao vendedor de serviços também interessa que o paciente consuma o maior número de serviços, maximizando sua receita e, conseqüentemente, seu lucro. Finalmente, ao governo só resta pagar a conta.

e) No esquema proposto, as OMS são organizações estruturadas de forma que a receita num dado período é conhecida, cabendo-lhe, portanto, minimizar os custos como forma de aumentar seus resultados. O contraponto desta tendência a minimizar custos é dado pela concorrência e pela livre opção do usuário em trocar de OMS.