

Novo Ministro da Saúde
anuncia as 22 metas de
sua gestão.

Págs. 6 a 8

Relatório do BID revela
os pontos nevrálgicos
do SUS.

Págs. 9 e 10

IMPRESSO
ESPECIAL

050200977-2/2002-ECT/DR/RJ
SINDHERJ

... CORREIOS ...

HospitalRIO

ESPECIAL SUS

ANO IX - Nº 75 - ABR/MAI 2007 | INFORMATIVO DAS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS HOSPITAIS E CLÍNICAS DO RIO DE JANEIRO : AHCRJ, FEHERJ e SINDHERJ



Sistema Único de Saúde em Debate

Os efeitos da crise do SUS nos diversos
setores de assistência médico-hospitalar

SOS SUS

www.sindherj.com.br

Saúde: Direito de todos e dever do Estado

Cerca de 70% da população do Rio é atendida pelo sistema privado de saúde através de planos de saúde e SUS, este criado em 1988 para assegurar a toda a população o direito à saúde, estabelecido na nova Constituição.

Os hospitais privados sempre foram parceiros na assistência à saúde. No entanto, o que se vê é a redução cada vez maior das verbas públicas para área assistencial, o que está gerando uma séria crise para os estabelecimentos de saúde privados de todo o estado.

A crise no SUS

- Desde 1998 o Ministério da Saúde não concede aumento na tabela de diárias do SUS. Apenas alguns procedimentos foram reajustados, mas em cerca de 90% dos casos isso não aconteceu, determinando a existência de privilégios e defasagens absurdas.
- O aumento do salário mínimo foi de 192,28% desde 1998.
- Atrasos de pagamentos e glosas não justificadas pelos gestores estaduais e municipais.
- Lutamos pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 que preconiza aumento de recursos e define o que é e o que não é serviço de saúde.

Lute pela regulamentação da Emenda Constitucional 29

SINDHERJ

SINDICATO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



FEHERJ

FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Associação de Hospitais do Estado do Rio de Janeiro



HospitalRIO

informativo das entidades representativas dos hospitais e clínicas do Rio de Janeiro

FEHERJ - Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Av. Rio Branco, 257 - salas 1511/1512
Centro - RJ CEP: 20040-009
Tel/fax: (21) 2544-8324/2544-8325
www.feherj.com.br - feherj@feherj.com.br

Presidente

Dr. José Carlos de Souza Abrahão

1º Vice-Presidente

Dr. Armando Carvalho Amaral

2º Vice-Presidente

Dr. Marcus Camargo Quintella

Diretor-Secretário

Dr. Luiz Fernando Froimitchuk

Diretor-Tesoureiro

Dr. Guilherme Xavier Jaccoud

SINDHERJ - Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro

Av. Rio Branco, 257 - salas 1506/1515
Centro - RJ CEP: 20040-009
Tel: (21) 2544-0877 - Fax: (21) 2240-1746
www.sindherj.com.br - sindherj@sindherj.com.br

Presidente

Dr. Armando Carvalho Amaral

1º Vice-Presidente

Dr. José Carlos de Souza Abrahão

2º Vice-Presidente

Dr. Luiz Fernando Froimitchuk

3º Vice-Presidente

Dr. José Elias Mansur

Tesoureiro

Dr. José Massoud Salame

Secretário-Geral

Dr. Luciano Balbino

AHCRJ - Associação de Hospitais e Clínicas do Rio de Janeiro

Av. Rio Branco, 257 - salas 405/409
Centro - RJ CEP: 20040-009
Tel: (21) 2532-0540 - Fax: (21) 2262-0773
www.ahcrj.com.br - ahcrj@ahcrj.com.br

Presidente

Dr. Armando Carvalho Amaral

1º Vice-Presidente

Dr. Eduardo Salluh Balbino

2º Vice-Presidente

Dr. Celso Antunes Rodrigues

3º Vice-Presidente

Dr. Nemer Chidid Filho

Secretário

Dr. José Francisco Ferrão

Tesoureiro

Dr. Gedalias Heringer Filho

Coordenação Editorial

Factual Comunicação - Rua Voluntários da Pátria, 190 / 501, Botafogo, Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22270-010.
Tels.: (21) 2226-1346 / 1347 ou 2539-0775 * Site: www.factualcomunicacao.com.br * e-mails: factual@factual.inf.br / cmonroy@factual.inf.br * **Jornalistas-Responsáveis:** Carol Monroy / Flavia Torres (Mtb 17233) * **Reportagem:** Carol Monroy

Projeto gráfico, diagramação e ilustrações Mabuya Design - www.mabuya.net

Tiragem: 10 mil exemplares

Distribuição: gratuita

Periodicidade: bimestral

* Nota da Redação: Os artigos assinados não refletem necessariamente a opinião dos editores e jornalistas colaboradores.

SUS na emergência

O assunto SUS me traz uma preocupação muito grande. A miopia de alguns radicais que estiveram à frente da política na área de saúde em nosso país acabou desestruturando o sistema e arrasando, num primeiro momento, o atendimento nos hospitais privados lucrativos, que realizavam os procedimentos com custos muito mais baixos e com a produtividade necessária à demanda do sistema.

Hoje os hospitais privados lucrativos estão, em alguns nichos especializados, recebendo pagamentos em sua maioria muito reduzidos e, portanto, encontram-se próximos à falência em virtude da inviabilidade da relação receita x despesa.

Há vários anos vimos denunciando estes fatos, mas as providências, lamentavelmente, nunca foram tomadas, gerando conseqüências desastrosas.

Atualmente a destruição do sistema avança em direção também aos hospitais privados sem fins lucrativos, que devido à obrigação de assinatura de contratos leoninos por parte do governo, estarão em breve com os dias contados.

Num próximo momento, virão certamente os hospitais públicos, que em função de desmandos, corrupções em algumas situações, e envolvimento político na sua gestão precisam de recursos infindáveis para a sua manutenção.

Será que a reforma sanitária foi eficiente?

É uma pena... Não podemos jamais esmorecer! Afinal, os usuários dos serviços de saúde precisam de nós.

Esta publicação, focada na crise do SUS, é mais uma comprovação do que estamos falando. SOS SUS!

Armando Carvalho Amaral
Presidente da AHCRJ e do SINDHERJ



CAROL MONROY

nesta edição:

- histórico e números do sus - **págs. 4 e 5**
- ministro da saúde promete mais atenção ao sus - **págs. 6, 7 e 8**
- banco mundial aponta falhas no modelo - **págs. 9 e 10**
- opinião - **págs. 11, 12 e 13**
- entrevista: o impacto da crise nas filantrópicas - **págs. 14 e 15**
- a crise nas unidades de longa permanência - **págs. 16 e 17**

- o drama dos estabelecimentos psiquiátricos - **págs. 18 e 19**
- centros de diálise também passam por dificuldades - **pág. 20**
- UTIs neonatais sofrem com a inadimplência do estado - **pág. 21**
- entrevista: dr. valmi pessanha, subsecretário de políticas de saúde do município - **págs. 22 e 23**



SUS: um modelo tão necessário quanto polêmico

Histórico de criação e números do Sistema Único de Saúde no país

O cenário da saúde no Brasil, assim como em qualquer parte do mundo, é bastante complexo e vem sofrendo sensíveis mudanças nas duas últimas décadas. A principal delas aconteceu em 1988 com a promulgação da Constituição Federal, que determina em seu artigo nº 191: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Esta foi a pedra fundamental para a criação do novo sistema de saúde nacional, mediante as leis nº 8.080 e 8.142, de 1990, cujos princípios doutrinários pregam a universalidade, a equidade e a integralidade; e os princípios organizativos preconizam a hierarquização, a descentralização político-administrativa e a participação popular, que se deu através da criação dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde.

O SUS surgiu como uma resposta do governo ao movimento em prol do projeto brasileiro de reforma

sanitária, largamente pregado durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília.

“O advento do SUS serviu de instrumento para a geração de novos programas e políticas assistenciais e de cuidados com a saúde. A sua criação visava à descentralização da gestão”, diz José Carlos Abrahão, presidente da Confederação Nacional de Saúde.

Data daí o início do processo de municipalização da saúde, bem como a criação de programas de atenção básica, com resultados numéricos positivos. Porém, só entre os anos de 2002 e 2004, acentua-se o

caráter municipalista, que traz profundas mudanças de rumos que acabaram gerando uma nova filosofia para a consolidação do SUS. “Os municípios foram então fortalecidos com a implementação de programas importantes, que ainda não haviam saído do papel”, lembra o dirigente.

Data desta época também a aceleração do processo de repasse de recursos para que estados e municípios em regime de gestão plena pudessem ter mais autonomia para administrar os investimentos públicos em saúde. Houve uma intensificação dos

OS NÚMEROS DO SUS

HOSPITAIS (PÚBLICOS E PRIVADOS)
CREDENCIADOS NO BRASIL:

cerca de 5.000

TOTAL DE LEITOS: cerca de 400 mil

TOTAL DE INTERNAÇÕES / ANO: 12 milhões

CONSULTAS MÉDICAS / ANO: 170 milhões

PARTOS / ANO: 2 milhões

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS / ANO: 15 mil

TERAPIAS RENAIAS SUBSTITUTIVAS (TRS) / ANO:
9 milhões de sessões

PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS: 1 trilhão

EXAMES LABORATORIAIS: 350 mil

Fontes: Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde



programas de Saúde da Família e de vigilância epidemiológica; aumento do número de agentes comunitários de saúde e inclusão do odontólogo nas equipes do PSF.

Observa-se nesta fase ainda uma importante sistematização dos processos de pagamento a fim de manter o fluxo de transferência a estados e municípios atualizado e fazer valer a obrigação entre gestores e prestadores.

Porém, apesar de ser considerado uma das mais adiantadas experiências de pacto federativo, o SUS apresenta até hoje sério problema de financiamento para cumprir aquilo que se propõe. “Faltam recursos e ainda existem muitos problemas a serem resolvidos. Trata-se de um mo-

delo vital para o país e responsável atualmente pelo atendimento de mais de 140 milhões de brasileiros, mas que precisa ser repensado e aperfeiçoado”, explica Abrahão.

Segundo ele, atualmente o financiamento da saúde no Brasil está muito aquém das suas reais necessidades. É um dos menores da América Latina. “Temos problemas de gestão e insuficiência de verbas; as tabelas de remuneração do SUS estão altamente defasadas e quanto mais as pessoas desacreditam do SUS, mais elas migram para o setor suplementar, inflando-o”, diz o dirigente.

Ele ressalta que a população que recorre ao SUS ainda enfrenta um grave problema de dificuldade de acesso, evidenciado pela sobrecarga nas emergências e pela longa espera para se conseguir realizar determinados procedimentos.

O consenso geral entre todos os ‘atores’ do sistema de saúde nacional é que trata-se de um segmento altamente conflituoso e com muitos impasses. Apesar das dificuldades, é um setor de fundamental im-

portância, uma vez que atende a população, que de uma forma ou de outra (pública ou privada) tem de ter acesso a uma assistência digna e de qualidade.

– Já contabilizamos muitos avanços nos últimos anos. Um dos principais refere-se ao maior diálogo existente hoje entre todos aqueles que atuam no sistema. Esta maior disposição para o debate amplo e democrático dos temas que nos afligem e de novos modelos para a nossa saúde é um passo fundamental para vislumbrarmos um futuro melhor, que permita a sobrevivência desse sistema, de vital importância para o país e seus cidadãos, diz Abrahão.

O dirigente afirma que o relacionamento público-privado começou na área da saúde. “A primeira experiência positiva de PPP se deu com a criação também da primeira Santa Casa de Misericórdia, em 1543, e através do atendimento que passou a ser prestado à população pelos chamados hospitais filantrópicos”, lembra Abrahão.

Para ele, a gestão dos serviços de saúde com maior qualidade passa, necessariamente, pela readequação do relacionamento entre todos os agentes envolvidos e por um esforço coletivo para que se consiga avançar no atual modelo.

– A preservação e o incremento do sistema de saúde no Brasil só serão possíveis mediante um maior e melhor relacionamento entre todos os *players* do segmento, pautado sempre nos princípios do respeito, da dignidade, da moral e da ética. Somente assim poderemos proporcionar um atendimento de qualidade à população, como lhe é de direito, finaliza o presidente da CNS.



DR. JOSÉ CARLOS ABRAHÃO, PRESIDENTE DA CNS

CAROL MONROY



Novo Ministro da Saúde promete atenção especial ao SUS

Em sua posse, José Gomes Temporão elencou as 22 prioridades de sua gestão

DIVULGAÇÃO / MINISTÉRIO DA SAÚDE



MINISTRO JOSÉ TEMPORÃO: “A SAÚDE É, ANTES DE TUDO, UMA PRODUÇÃO SOCIAL”

No último dia 19 de março, o médico sanitário e ex-diretor do Instituto Nacional do Câncer (INCA), José Gomes Temporão, assumiu o Ministério da Saúde e já em seu discurso de posse abordou bastante a problemática do Sistema Único de Saúde, demonstrando estar ciente da crise que assola este modelo no país e disposto a implementar mudanças e melhorias.

– Ao assumir a pasta do Ministério da Saúde do Brasil, estou de imediato desafiado a articular a compreensão dos determinantes da saúde da população brasileira, com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da governabilidade setorial. Instado a lidar com este caleidoscópio de acontecimentos, torna-se necessário fazê-lo sem perder, mesmo que por um breve momento, o foco da atenção - o homem comum, cidadão deste país - ao qual deve-se imputar o sentido único da construção do Sistema Único de Saúde. Seu exame nos aponta ganhos incontestáveis, obstáculos aparentemente intransponíveis, decepções, alegrias e vitórias contra o sofrimento, a dor e a morte.

O novo ministro apresentou os números do SUS no país. Por ano, são 12 milhões de internações, 170

milhões de consultas médicas, dois milhões de partos e 15 mil transplantes de órgãos. “São números que expressam junto aos programas de imunizações, de DST / AIDS, de saúde da família, reforma psiquiátrica, transplantes e controle do tabagismo, entre outros, o orgulho brasileiro de sermos também respeitados e copiados por outros países. E é com esta dimensão e estrutura complexas e contraditórias que gestores, profissionais e usuários do sistema são convocados a lidar no dia-a-dia do SUS, repensando-o e promovendo sua potencialização”, afirmou Temporão.

De acordo com o ministro, em termos econômicos, a saúde representa hoje 8% do PIB, constituindo um mercado anual de mais de 150 bilhões de reais. Emprega, com trabalhos qualificados, cerca de 10% da população brasileira e é a área em que os investimentos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos do país.

– Todos estamos cientes de que as grandes questões da saúde pública não se resolverão apenas com o aperfeiçoamento da assistência aos doentes. Hoje vivemos um intenso processo de medicalização, perdendo-se a perspectiva de que o que mais produz saúde, na maior parte das vezes, está fora da governabilidade setorial. Refiro-me à renda, emprego, habitação, saneamento, lazer, cultura, educação, entre outros. Como tem demonstrado a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde, a saúde é, antes que biológica, uma ‘produção social’.

Segundo Temporão, para que a sociedade brasileira alcance melhores níveis de saúde, é imprescindível que o Estado e a sociedade, cada vez mais, implementem ações intersetoriais.

– A redução da pobreza no país, obtida pelos programas sociais como o Bolsa Família, com suas condicionalidades sanitárias - implementado pelo Ministério do Desenvolvimento Social; o incremento da educação básica e a recente proposta de articulação entre as escolas e o Saúde da Família, são



excelentes pontos iniciais de contato para um grande programa intersetorial de políticas públicas articuladas, que pretendo propor ao presidente Lula, afirmou o Ministro.

Temporão ressaltou que a ausência de saneamento básico e as condições ambientais adversas são poderosos determinantes de más condições de saúde. Daí a importância da articulação entre o Ministério da Saúde e os Ministérios das Cidades e do Meio Ambiente, que, segundo ele, será um objetivo a ser persistentemente perseguido em sua gestão. “Tudo faremos para que as articulações intersetoriais projetem-se também para estados e municípios, acompanhando as orientações do Pacto pela Vida, em propostas como as dos ‘municípios saudáveis’ e das ‘escolas promotoras de saúde’, por exemplo”, disse Temporão.

O ministro destacou que um aspecto a ser observado em toda e qualquer proposta de aperfeiçoamento da política de saúde são as profundas mudanças que se observam no setor. “O momento que o SUS atravessa hoje está vinculado à dinâmica do complexo industrial da saúde, composta por processos de estruturação e funcionamento que podem ser contraditórios e paradoxais a uma política social cujas premissas são a universalidade e a equidade”, afirmou.

Nas últimas décadas ocorreram profundas transformações no processo do trabalho em saúde com a intensificação do uso de novas tecnologias para diagnóstico e terapêutica. “Vivemos uma profunda mudança do padrão demográfico; do perfil de morbi-mortalidade, do crescimento da violência e de seu impacto na sociedade e no trabalho médico; do intenso processo de incorporação tecnológica; do aumento do conhecimento da população sobre temas médicos e de saúde, com acesso direto ao ‘Doutor Google’; da influência da mídia e das estratégias mercadológicas da indústria. Entretanto, a maioria das soluções propos-

tas para reorientação ou aperfeiçoamento do nosso sistema de saúde, na maior parte das vezes, não observa esta nova dinâmica e responde a padrões tradicionais de diagnóstico e correção de rumos”, explicou o ministro.

Para ele, esta nova realidade exige também novos modos de organizar o cuidado e a atenção. “Transversalidade, intersectorialidade, comunicação e informação são categorias centrais a serem trabalhadas e incorporadas a qualquer projeto de aperfeiçoamento setorial. É necessário mudar o enfoque, a maneira de pensar sobre saúde e a atenção médica. Do que nós precisamos? De mais médicos, de mais hospitais, de mais tecnologia? Há muitos serviços com gestão deficiente, que muitas vezes são de alto custo e baixo retorno para a sociedade. Acrescenta-se a isso a cultura do consumismo desenfreado de tecnologias e a ideologia da alta complexidade como panacéias para a redução do sofrimento humano, trazendo muitas vezes gastos desnecessários e iatrogenia. Não nos esqueçamos que as instituições de saúde também podem ser produtoras de doença, de discriminação e sofrimento”, alertou Temporão, lembrando que o SUS é uma política de estado e, portanto, suprapartidária. Cabe aos governos de-

desenvolver políticas que permitam aperfeiçoá-lo, qualificá-lo, aproximando-o ou não do ideário reformista.

– O governo do presidente Lula tem esse compromisso e enfrentará esse desafio. Se no primeiro mandato, iniciamos a implantação de propostas inovadoras como o SAMU, a Farmácia Popular e o Brasil Sorridente, neste precisamos melhorar a qualidade da atenção, inovar na gestão, melhorando a qualidade do gasto e dando continuidade ao processo de redução das desigualdades regionais. Trabalharemos para que a sociedade possa se orgulhar de seu sistema de saúde, como acontece na Inglaterra e Canadá, desafio maior desta geração.





As 22 Metas de Temporão

- 1.** Zelar pelo rigor no uso dos recursos públicos, combatendo as fraudes e instituindo controles que permitam uma maior participação da sociedade no uso e destino dos recursos da saúde.
- 2.** Fortalecer, expandir e qualificar a atenção básica como estratégia central de reordenamento do sistema, a partir dos princípios da integralidade, equidade e universalidade.
- 3.** Fortalecer, aprofundar e aperfeiçoar os pactos em defesa da vida, do SUS e de gestão, através do processo de descentralização pactuado e monitorado pela tripartite e pelas bipartites, qualificando-os como espaços de gestão e formulação de políticas.
- 4.** Lutar dentro do governo, no Congresso Nacional e na sociedade para que a saúde possa dispor dos recursos orçamentários necessários à plena realização dos ditames constitucionais.
- 5.** Fortalecer o controle social com uma gestão democrática e participativa no SUS, ampliando o grau de consciência sanitária e de educação da população sobre saúde e seus determinantes, e também o nível de ação coletiva voltada para a mudança de seus determinantes estruturais.
- 6.** Adotar uma visão integrada interinstitucional, múltipla e interativa que aproxime os espaços da saúde, educação, esportes, cultura, saneamento, segurança, habitação às políticas de inclusão social.
- 7.** Fortalecer e disseminar nacionalmente a política de humanização, estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados em saúde, assegurando acolhimento, conforto, respeito e qualificação técnica na atenção ao cidadão usuário do SUS.
- 8.** Fortalecer a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no combate ao câncer ginecológico, no planejamento familiar, na atenção ao aborto inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, agregando também a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com DST/AIDS.
- 9.** Melhorar o atendimento prestado às populações em situações de risco, como os indígenas, quilombolas e assentados, entre outros.
- 10.** Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem.
- 11.** Desenvolver abordagens inovadoras em relação a grupos mais vulneráveis da população, como os idosos e o binômio mãe-bebê no primeiro ano de vida, período reconhecidamente fundamental à construção de padrões de relacionamento sociais compartilhados e de desenvolvimento da personalidade.
- 12.** Priorizar a promoção da saúde e políticas de prevenção voltadas para as doenças prevalentes como as cardiovasculares e câncer, as que resultam das violências, acidentes de trabalho e de trânsito, do uso de drogas psicoativas e álcool, de hábitos alimentares, do tabagismo, entre outras.
- 13.** Convocar a Fiocruz e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para junto com a UNB e a ENAP implantarem imediatamente uma 'Escola de Governo em Saúde', cuja proposta tem se firmado como espaço essencial para a capacitação dos gestores da saúde na capital federal.
- 14.** Fortalecer a presença do Brasil no cenário internacional, estreitando as relações com o Ministério das Relações Exteriores, amplificando nossa presença nos órgãos setoriais e em programas de saúde das Nações Unidas - como OMS, OPS, UNITAIDS e o FIAM e tantos outros - e cooperando com o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países da América do Sul - em especial com o Mercosul - e com os países de língua portuguesa da África e a CPLP.
- 15.** Dar continuidade e aperfeiçoar a reforma psiquiátrica brasileira.
- 16.** Buscar uma maior integração entre as atividades e políticas desenvolvidas pela ANS e o SUS.
- 17.** Estabelecer com os profissionais de saúde um diálogo que permita avançar na discussão da política salarial, das condições de exercício profissional, do combate à precarização do trabalho, de sua qualificação permanente e adotando, nesta perspectiva, a máxima 'cuidar de quem cuida'.
- 18.** Fortalecer o papel do Ministério da Saúde em relação à pesquisa, à inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico, fortalecendo a recém-concluída política de gestão de tecnologias em saúde.
- 19.** Estabelecer uma estratégia nacional de desenvolvimento e inovação para o complexo produtivo de bens e serviços de saúde no país, pensando a saúde como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento.
- 20.** Garantir o acesso da população aos medicamentos necessários através de uma política de assistência farmacêutica que integre e articule a dispensação gratuita com as novas estratégias estabelecidas pelo Programa de Farmácia Popular.
- 21.** Estabelecer novos modelos de gestão que garantam os princípios do SUS, mas que permitam que as instituições de saúde operem em base de maior eficiência e qualidade. A recente regulamentação da Lei dos Consórcios e a proposta de adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais abrem novas perspectivas.
- 22.** Contribuir para decifrar a esfinge do Rio de Janeiro, buscando estabelecer uma repactuação entre os gestores federal, estadual e municipais na compreensão da saúde como parte de um projeto civilizatório fundamental para o povo carioca e fluminense.



Relatório do BID avalia o SUS e sugere melhorias

Para o Banco Mundial o modelo vigente apresenta falhas graves de gestão, excesso de burocracia e risco iminente de colapso

Concluído em fevereiro e divulgado no final de março, um relatório feito pelo Banco Mundial (BID) a pedido do Ministério da Saúde apontou as principais falhas do Sistema Único de Saúde. O estudo, intitulado 'Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil - Aumentando a Qualidade do Gasto Público e da Administração de Recursos', analisou dados de 2001 a 2003 e foi coordenado pelo especialista-líder em saúde do BID no país, Gerard La Forgia. Para tanto, foi considerada uma amostra aleatória envolvendo seis estados (Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo), 17 municípios, 49 hospitais (33 públicos e 16 privados) e 20 ambulatórios públicos.

Segundo o texto, muitos dos desafios do setor público de saúde no Brasil estão ligados a problemas de governança, à falta de incentivos e responsabilização que assegurem serviços acessíveis e de qualidade adequada. O relatório traz a debate sugestões para quatro questões identificadas: fragmentação dos processos de planejamento e orçamento; execução orçamentária inflexível e complexa; falta de autonomia gerencial, incentivos e capacitação; e falta de informação adequada para o gerenciamento.

– A análise dos resultados quantitativos e qualitativos mostra a existência de vários problemas estruturais e de procedimento, que impactam negativamente na qualidade e na eficiência dos serviços prestados pelo SUS, bem como em seus custos, diz o texto do relatório.

Segundo Gerard La Forgia, o planejamento orçamentário e a elaboração de projetos funcionam razoavelmente bem no governo federal e nas secretarias estaduais. O problema maior encontra-se na ponta do sistema, especialmente nos hospitais e estabelecimentos de saúde.

O documento resume assim o atual cenário: “A maioria das unidades públicas de saúde tem pouca ou nenhuma autonomia na esfera financeira e de gerenciamento. Elas não controlam a folha de pagamento e só geram parte das compras (...). São incapazes de contratar ou demitir pessoal e, muitas vezes, têm pouca informação sobre a situação de suas finanças”. Ele reconhece que o setor de saúde pública no país avançou nos últimos dez anos, ampliando o acesso da população a medicamentos e ao atendimento propriamente dito, mas chama atenção para o risco de o SUS, devido à má gestão, entrar em colapso nas próximas décadas.

De acordo com a pesquisa, o SUS precisa melhorar a eficiência na aplicação e no gerenciamento dos recursos públicos. O estudo condena o excesso de burocracia que atrasa o curso do sistema, como a rigidez excessiva no que se refere a procedimentos de compras públicas e a legislação trabalhista vigente, que entrava a contratação de pessoal qualificado.

A ineficiência administrativa, segundo o BID, tem consequências diretas sobre os pacientes do SUS e, neste sentido, o documento recomenda que gestores locais e diretores de hospitais passem a ter mais autonomia. O estudo sugere ainda a fixação de metas de qualidade com base na cobrança de resultados, similar ao que o Ministério da Educação preconiza hoje para o ensino básico.

“Aumentar a eficiência e a eficácia no uso dos recursos públicos para conter os custos crescentes talvez seja o maior desafio do sistema de saúde brasileiro”, constata o relatório.

Outro grave problema identificado pelo relatório diz respeito às enormes diferenças observadas nos repasses do Ministério da Saúde aos estados e municípios pesquisados. Foram constatadas diferenças de até 1.350% nos valores per capita repassados.

AÇÕES VOLTADAS À MELHORIA DO GERENCIAMENTO DOS RECURSOS E PERFORMANCE DOS SERVIÇOS



Fonte: Relatório "Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil" - Banco Mundial / 2007

Segundo o relatório, o contingenciamento de recursos do Orçamento Geral da União atrapalha a programação de gastos na saúde pública. Em fevereiro, o Ministério da Saúde teve R\$ 5,7 bilhões retidos pela equipe econômica, o que equivale a 14,1% dos recursos para este ano. A pasta foi a que mais contribuiu para o esforço fiscal de R\$ 16,4 bilhões contingenciados do orçamento do governo federal de 2007.

Normalmente, o governo libera os recursos no segundo semestre, mas de acordo com o BID, isso não anula as conseqüências do contingenciamento. A autorização para gastar apenas nos últimos meses do ano, avalia o documento, deixa pouco tempo para investimentos e afeta a execução orçamentária. Em alguns casos, a falta de condições para negociar preços acarreta despesas maiores que as planejadas.

Outros fatores que contribuem para o desperdício de dinheiro público, ainda conforme o relatório, são o descuido com equipamentos e a falta de qualificação de funcionários. Sem a manutenção adequada, os equipamentos se estragam mais rapidamente e têm de ser substituídos antes do previsto. O documento afirma que o excesso de funcionários pouco

capacitados, combinado a um pequeno número de pessoas qualificadas, provoca problemas de gerenciamento nas unidades de saúde.

Os baixos salários na rede pública, acrescenta o estudo, também prejudicam a continuidade dos cuidados médicos, na medida em que provocam alta rotatividade de recursos humanos. São funcionários que acabam abandonando o emprego em busca de uma remuneração maior.

Caso os gargalos no SUS se mantenham, a previsão do BID é de que até 2025 os gastos com a saúde no Brasil subam de 8% para 12% do Produto Interno Bruto (PIB), saltando de R\$ 35 bilhões para R\$ 52 bilhões por ano.

Entres as sugestões do Banco Mundial para se melhorar o sistema atual, destacam-se: conferir maior autonomia às unidades de saúde; firmar contratos baseados em metas e objetivos claros; integrar as fases de planejamento, orçamento e análise de informações sobre o sistema visando a melhoria da performance; estabelecer um sólido sistema de monitoramento e avaliação dos gastos; e profissionalizar os gestores locais em administração hospitalar.



Cenário e Perspectivas do SUS no Brasil

* Olympio Távora Correa e Eduardo Bermudez

Em primeiro lugar, em que pese o consenso de que o problema é de gestão, não há dúvidas de que é necessário aumentar os recursos públicos para a saúde no Brasil para que se possa construir um sistema público universal de qualidade. Enquanto a Constituição Federal fala em 30% do orçamento da Seguridade Social, hoje contamos com menos de 15% dos valores previstos.

Mesmo após o advento da CPMF e da Emenda Constitucional nº 29 (que definiu recursos mínimos para os orçamentos da saúde), continuamos a conviver com minguados orçamentos, o que dificulta a expansão e a qualificação dos serviços. Pior: os recursos definidos na EC 29 correspondem ao mínimo necessário e, ao longo destes sete anos, o mínimo tornou-se o máximo.

Vamos ater nossas análises aos aspectos mais relevantes, objetos de discussão e evolução diferenciadas: Atenção Primária e Atenção Secundária.

Na área da Atenção Primária, temos obtido grandes avanços no sentido de levarmos o conceito da universalização do atendimento à quase totalidade da população brasileira. Quando usamos o termo quase é em razão das dificuldades de acesso ainda observadas em inúmeras comunidades e regiões do país.

Desde a implantação do Programa de Saúde de Família (PSF) e expansão dos Agentes Comunitários de Saúde, as ações preventivas e o primeiro diagnóstico foram tremendamente facilitados e ampliados. Essas medidas mais que quadruplicaram o número de pessoas atendidas; porém, o repasse de recursos 'fundo a fundo' e a conseqüente transferência da responsabilidade de gestão não permitem, de forma clara, o monitoramento efetivo da atenção, considerando-se o nível de qualidade das informações apresentadas. Sabemos que atendemos muito, mas não temos conhecimento pleno dos resultados efetivos,



OLYMPIO TÁVORA



EDUARDO BERMUDEZ

FOTOS DIVULGAÇÃO CNS

para análise aprofundada, das condições de saúde dessa população atendida.

Segundo relatório recente do Banco Mundial, a estrutura federativa do Brasil e a natureza descentralizada do SUS tornam o fluxo financeiro difícil de monitorar, o que, por outro lado, faz as prestações de contas, difusas e difíceis de serem apuradas. (Bird - SUS - Fevereiro de 2007)

O mesmo relatório aponta como largamente ineficientes e potencialmente contra-produtivos (inclusive no que se refere à responsabilidade e resultados esperados) a participação dos vários atores, como os próprios Conselhos de Saúde.

Nossa vivência mostra que um percentual significativo de Conselhos Municipais é constituído por pessoas sem a devida habilitação ou que mantêm relações de interesse com os gestores.

Atenção Secundária e Terciária. É nesta área que encontramos grandes, e até agora insolúveis, problemas. Há alguns anos, a demanda por consultas especializadas ambulatoriais vem gerando representamentos, que em algumas capitais atingem cifras da ordem de 6% da população residente. Essa demanda existe devido à falta de especialistas em função da não contratação destes profissionais pelos governos ou pela aviltante remuneração oferecida a autônomos, remuneração esta que sequer cobre os custos mínimos de manutenção de um consultório.



Analisando o que ocorre no setor hospitalar, nos deparamos com novas e importantes dificuldades: tabelas SUS sem reajuste há cinco anos (exceto correções pontuais); defasagem acumulada ao longo do plano real; não autorização de realização de procedimentos eletivos; interpretações díspares das regras pelos gestores municipais etc etc.

Como não poderia deixar de acontecer, temos pacientes vagando de porta em porta ou de hospital em hospital em busca de atendimento, não raras vezes, negado.

Paralelamente, face às novas políticas assistenciais, os gastos com procedimentos de alta complexidade ou estratégicos (como transplantes, por exemplo) vêm aumentando em proporção quase que geométrica, tanto pela demanda crescente, quanto pelos altos valores pagos.

Não queremos que se entenda que temos posição contrária aos tratamentos especializados, mas desejamos que todas as complexidades assistenciais recebam a mesma atenção.

Visto isto, temos duas pontas privilegiadas: Atenção Básica, que é fundamental, e Alta Complexidade. Conseqüentemente, como os recursos são finitos, a Média Complexidade está estrangulada, com

demanda crescente e remuneração muito aquém das suas reais necessidades.

Mesmo diante da realidade vigente, consideramos o SUS um sistema que deve ser preservado, estimulado e convenientemente financiado, pois mais de 140 milhões de brasileiros dependem exclusivamente dele.

Todos reconhecem os avanços obtidos até agora e os benefícios usufruídos por larga parcela da população, mas se não mudarmos algumas posturas discriminatórias, impedindo a participação de todos os segmentos de prestadores que compõem o sistema nacional de saúde, não lograremos alcançar as melhorias almejadas.

Sem um financiamento correto e sem a qualificação de gestores e profissionais, as dificuldades e percalços continuarão.

O modelo do SUS é bom, é viável, importante - senão, fundamental - para toda a sociedade brasileira. Falta, portanto, decisão política por parte de todas as esferas de governo para sua correta implantação e financiamento adequado, visando a sua concretização em definitivo.

* Olympio Távora Corrêa e Eduardo Bermudez

são assessores técnicos da Confederação Nacional de Saúde (CNS).

Ao povo, circo!

O governo acaba de fechar um acordo com o Congresso Nacional, beneficiando os clubes de futebol com a prorrogação do parcelamento de suas dívidas para 240 meses, prazo anteriormente fixado em 180 dias, além de redução em 50% das multas.

Nada contra nossas agremiações esportivas premiadas com a Timemania, loteria criada especialmente para compor esta situação de dificuldade por elas enfrentada. Obviamente não vamos aqui analisar as inúmeras falcatruas envolvendo dirigentes de futebol, empresários de jogadores e propriedade de passes, isto sem falar nas contratações de “grandes craques” que se revelam verdadeiros fiascos, com transações e salários muito acima da realidade, be-

neficiando esta curriola que inclui até treinadores famosos e que fizeram de seus clubes um mercado de interesses pessoais.

Todas as tentativas de criar normas específicas para os clubes de futebol, transformando-os em empresas e sujeitas a normas e obrigações, sempre esbarram no corporativismo. Mas tudo bem, a vida segue. Afinal, como poderá a população sobreviver sem descarregar sua paixão nos gramados e nas telinhas de TV, desviando sua atenção das mazelas desta vida?

* *Guilherme Xavier Jaccoud*



DR. GUILHERME JACCOUD

CAROL MONROY



Por outro lado, temos uma atividade talvez sem grande importância para nossos líderes: ASSISTÊNCIA MÉDICA. O setor de saúde nacional, que emprega mais de cinco milhões de profissionais, atravessa grave crise, principalmente as milhares de unidades privadas que prestam atendimento ao SUS. Não vou me ater aos hospitais e serviços ligados aos diferentes níveis governamentais, já que os jornais se encarregam diariamente de mostrar suas chagas, disputando com a violência urbana a taça de campeões em mortes. Isto apesar de o nosso presidente já ter declarado que a nossa medicina vai muito bem.

Certamente esta é a situação em ‘ilhas de excelência’, como o Hospital das Clínicas ou o Incor, para onde correm o nosso líder e outros políticos assim que sentem qualquer coisa. Gostaria, no entanto, de desafiá-los a frequentar ou mesmo buscar assistência médica nas unidades públicas de saúde dos grandes centros a fim de terem uma real dimensão do quadro de penúria ali instalado.

Não estou aqui sugerindo uma ‘Denguemania’ ou ‘Loteria da Saúde’. Afinal, a iniciativa neste sentido já existe, foi criada pelo esforço do Dr. Adib Jatene e tem nome: CPMF. O objetivo desta contribuição era injetar recursos na saúde - já precária àquela época - buscando assim melhorar as condições das unidades próprias e os valores de remuneração das tabelas de procedimentos do SUS, utilizadas para remunerar os prestadores filantrópicos e privados, que respondem pela maioria das internações feitas neste país.

Mas o que observamos ao longo dos anos foi a apropriação de parte deste dinheiro, que passou a alimentar o caixa do governo, desviado para bancar despesas gerais, muitas delas absurdas, incluindo progressão salarial irreal de servidores do Legislativo e Judiciário, além de obras faraônicas e outras barbaridades denunciadas frequentemente pela mídia (e que querem censurar!).

Os valores das tabelas SUS não sofrem reajustes há mais de sete anos, apesar da inflação do período, da agregação constante e sistemática de tecnolo-

gias, novos produtos e, obviamente, tributos, já que o apetite governamental parece não ter limites neste quesito.

A situação destas unidades é infeliz e verdadeiramente caótica e a maioria deixou de pagar seus impostos, destinando sua aviltante remuneração para o pagamento, quando possível, dos empregados e compra de insumos básicos. E para eles, preços congelados, veto à Emenda 3, somente 180 parcelas para quitar suas dívidas sem desconto das multas e todas as obrigações.

Afinal de contas, é muito simples manter um doente internado, fornecendo cinco refeições, serviços e medicamentos por R\$ 60,00 por dia. Na psiquiatria os valores rondam os R\$ 40,00. Procurem um hotel por estes valores e vejam se ele oferece todas

estas “mordomias”, considerando que a média de empregados num hospital é da ordem de cinco para cada leito e num hotel não chega a um, e sem as exigências técnicas da atividade hospitalar.

Só para se ter uma idéia das incongruências, foi criada pelo Go-

verno a tabela TUNEP, a ser utilizada para cobrança junto às operadoras daqueles tratamentos efetuados em unidades públicas nos pacientes vinculados àquelas empresas. Discussões jurídicas sobre a legalidade desta cobrança ainda estão em curso, mas os valores constantes nesta tabela são duas ou três vezes maiores que os da tabela SUS atualmente utilizada para remunerar a rede privada. Como é possível um mesmo serviço ter valores tão díspares quando administrados pelo mesmo agente (Governo Federal), dependendo somente da “mão de direção”?

Aguardamos ansiosos uma revisão desta política de remuneração, além da equidade com os clubes de futebol para pagamento de nossas dívidas para com o fisco e a liberação da Emenda 3, fundamental para atenuar a carga fiscal do sistema de saúde. Do contrário, teremos um circo com artistas doentes.

* Guilherme Xavier Jaccoud é médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Andaraé e ex-presidente da Associação de Hospitais e Clínicas do Rio de Janeiro (AHCRJ).

O setor de saúde nacional, que emprega mais de cinco milhões de profissionais, atravessa grave crise, principalmente as milhares de unidades privadas que prestam atendimento ao SUS.



Entidades filantrópicas aderiram ao Programa de Contratualização do Governo em busca de maiores recursos

Para o presidente da CMB, Antonio Brito, o diálogo tem de avançar ainda mais

Assim como em outros nichos de assistência médica, no chamado Terceiro Setor a queixa principal é com relação ao problema do financiamento. Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, Antonio Brito falou à revista **Hospital Rio** sobre a crise da saúde.

Para ele, o diálogo hoje existente com o governo tem de avançar para ações efetivas, especialmente no que se refere à recomposição dos valores das tabelas SUS, à rolagem das dívidas e ao maior aporte de recursos para a área no país. Existem hoje no Brasil mais de dois mil estabelecimentos filantrópicos, que geram 450 mil empregos diretos e têm 64% de suas receitas oriundas do SUS.

Hospital Rio: Quais os principais problemas vivenciados hoje pelos estabelecimentos filantrópicos credenciados ao SUS?

Dr. Antonio Brito: O problema é um só: financiamento. Não há reajuste linear das tabelas SUS há oito anos. O abismo entre a receita SUS e as despesas é cada vez mais profundo, assim como a dívida desses estabelecimentos com fornecedores e tributos. Muitos hospitais vêm sendo fechados, reduzindo a quantidade de leitos ou sofrendo intervenções por parte do governo.

As entidades filantrópicas não podem e não vão se distanciar do SUS. Não podem porque o decreto federal nº 2536/98, além de outras exigências, prega que 60% do atendimento prestado pelas filantrópicas sejam destinados a pacientes do SUS. Se não cumprirem isso, não fazem jus ao Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social e, conseqüentemente, perdem o direito às isenções previdenciárias.



DR. ANTÔNIO BRITO,
PRESIDENTE DA CMB

DIVULGAÇÃO

Por isso, passam por fiscalizações regulares da Secretaria da Receita Federal, Ministério Público e Conselho Nacional de Assistência Social.

Hospital Rio: Como era o cenário há 15 anos comparativamente à situação atual?

Dr. Antonio Brito: Era completamente diferente. As entidades filantrópicas sobreviviam de doações feitas, em sua maioria, por pessoas físicas e pela iniciativa privada, além de terem a liber-

dade de poder atender a convênios e particulares sem percentuais pré-determinados. O primeiro decreto federal (nº 752/93) criado para regulamentar essas instituições e já determinando percentuais de atendimento ao SUS data de 93.

O advento de criação do SUS e a mudança do regulamento do IR - que reduziu os percentuais de dedução de pessoas físicas e jurídicas para doação - causaram uma brusca redução também no percentual de contribuições às filantrópicas. Este fato, aliado à alta defasagem acumulada ano a ano das tabelas SUS, gerou a grave crise atual.

Hospital Rio: Quais as perspectivas para o futuro do SUS se não houver mudanças a curto prazo?

Dr. Antonio Brito: O SUS está consolidado, não irá acabar. O problema não está no modelo SUS, mas sim nos parceiros do sistema (as santas casas, os hospitais lucrativos etc) que poderão não aguentar continuar atendendo a população sem o reajuste anual prometido pelo governo. Unidas, entidades representativas como CMB, CNS e FBH, entre outras, têm buscado apresentar agendas propositivas ao governo, com base em dados de mercado, diagnósticos econômico-financeiros e demandas do setor.



Hospital Rio: Como é atualmente o relacionamento dos hospitais filantrópicos com o governo? É pacífico? Tenso?

Dr. Antonio Brito: Hoje o relacionamento com o governo federal e com os governos estaduais e municipais, em geral, é de diálogo. O que esperamos é que esse diálogo traga resultados efetivos para o sistema. Já obtivemos algumas conquistas nos últimos anos, como é o caso do IntegraSUS, um incentivo à tabela do SUS exclusivo para entidades filantrópicas, e do PROER das Santas Casas, financiamento junto do BNDES com ½ da TJLP, um programa criado no governo FHC. Mais recentemente, já no governo Lula, tivemos o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e o parcelamento dos débitos previdenciários por meio da Timemania. Porém, não houve uma recomposição efetiva das tabelas SUS, o que, aliado ao custo inflacionário, reduziu em muito a possibilidade desses estabelecimentos reinvestirem em tecnologia e capacitação profissional e, quase sempre, arcarem em dia com suas obrigações, como folha de pagamento, tributos e fornecedores.

Do Plano Real (94) até 2005, a tabela SUS aumentou apenas 37,3% (Fonte: CMB), enquanto a inflação do mesmo período medida pela FIPE foi de 250%. Se formos adiante, constatamos que no período a gasolina subiu 493,84%; a energia elétrica, 547,04% e o gás de cozinha, 612,75%. Todos esses dados vêm sendo apresentados desde 2005 em mesas de negociação com o Ministério da Saúde.

Hospital Rio: Quais são os principais pleitos da CMB hoje?

Dr. Antonio Brito: Reajuste de 40% linear nas tabelas SUS; maior aporte de recursos para o setor; um novo PROER das Santas Casas - o programa foi extinto ainda no primeiro mandato do presidente Lula - e rolagem das dívidas mediante o parcelamento dos débitos previdenciários junto ao INSS, Receita Federal e FGTS, além da regulamentação da EC 29.

No que se refere ao aporte de verbas, vimos reivindicando R\$ 200 milhões a fundo perdido, que é o valor correspondente do IntegraSUS/ano. Sobre isso, o governo decidiu em 2005 atrelar este valor ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos como forma de impulsionar a assinatura de contratos. Foram definidas 746

entidades para serem contempladas e incluídas no programa, que pressupõe uma mudança do modelo de pagamento, não mais por produção e sim por metas pactuadas entres gestores e entidades. Dos R\$ 200 milhões, 40% já foram repassados desde janeiro/2006 a fundo perdido. Os demais 60% serão repassados no momento da assinatura dos contratos, cujo prazo estabelecido pelo governo expira agora no dia 28 de maio. Os estados de São Paulo e Minas já estão bem avançados no programa. Em São Paulo, dos 162 hospitais inscritos no programa, 130 já contratualizaram. Em Minas todos os hospitais cadastrados já foram contratualizados. Os demais estados encontram-se em processo adiantado.

Hospital Rio: Qual o valor da diária paga hoje pelo SUS? E qual seria o valor considerado justo, pelo menos efetuando-se a correção inflacionária desde o último reajuste linear concedido pelo governo em 98?

Dr. Antonio Brito: Um estudo recente da CMB revela, por exemplo, que uma diária de UTI, cujo custo para o estabelecimento é de R\$ 955,61, é reembolsada pelo SUS em apenas R\$ 213,61. Já por um parto normal, que sai para nós por R\$ 800,00, o governo paga apenas 317,39. Considerando-se uma consulta básica adulto, o reembolso é de apenas R\$ 2,04, enquanto o custo mínimo para os filantrópicos é de R\$ 18,37.

Hospital Rio: Diante deste cenário, como tem se dado o atendimento aos pacientes SUS?

Dr. Antonio Brito: As Santas Casas contam felizmente com a força do voluntariado, pessoas que vêm contribuindo de forma determinante para a sobrevivência dessas instituições. Evidentemente que, devido à crise, a qualidade do serviço prestado à população vem sendo comprometida, mas não estamos deixando de atender. Nem poderemos fazê-lo. Seria uma irresponsabilidade muito grande, uma vez que em 56% dos municípios brasileiros esta é a única forma de assistência à saúde. O nosso esforço deve ser o de unir todas as pontas do sistema - hospitais filantrópicos e lucrativos, governo, profissionais de saúde e a própria população - para discutir a crise e encontrar soluções viáveis. O sistema não pertence a cada um de nós, mas sim à população que é usuária do SUS. Se o modelo se perder, todo mundo sai perdendo, especialmente o povo brasileiro.



SUS x Unidades de Longa Permanência: uma crise que se arrasta há anos sem perspectivas de melhorias a curto prazo

Diárias e taxas altamente defasadas, atrasos nos repasses do SUS e transferências de pacientes agudos são queixas recorrentes

Outro setor que vem sentindo na pele os efeitos negativos da crise do SUS é o dos estabelecimentos de média complexidade, especializados no atendimento de pacientes de longa permanência – cuidados prolongados, no passado denominados hospitais de crônicos ou FPT. Atualmente, após portaria específica, estas unidades estão voltadas ao tratamento de pacientes portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes, crônicos e/ou de cuidados permanentes, portadores de enfermidades cardio-vasculares, neurológicas, pneumológicas ou causas externas, que necessitem de assistência contínua e de reabilitação físico-funcional, visando à reinserção social.

Em janeiro de 1996, havia na cidade do Rio de Janeiro 4.686 mil leitos para prestarem serviço aos pacientes de longa permanência. Ao longo da última década, este número foi sendo sensivelmente reduzido e, em janeiro de 2007, foram contabilizados apenas 856 leitos do gênero no município. Ou seja, uma queda de 80% na quantidade de leitos ofertados, ocasionada principalmente pelo fechamento de 15 importantes estabelecimentos, devido às dificuldades enfrentadas no período. Hoje, restam somente sete hospitais privados e dois filantrópicos na cidade do Rio de Janeiro prestando atendimento ao SUS.

Segundo Luiz Carlos Correia Lima, diretor da Casa de Saúde Jacarepaguá e do SINDHERJ, a diária



FRANCISCO KAPPS

CLÍNICA CAMPO BELO (RJ): UM EXEMPLO DE ESTABELECIMENTO FECHADO POR CAUSA DA CRISE

máxima paga pelo SUS, desde novembro de 1999, a um estabelecimento de longa permanência conveniado, no estado do Rio de Janeiro, é de R\$ 61,91 (pacientes cardio-vasculares) e a mínima (pacientes de causas externas) é de R\$ 55,05.

– Estamos há mais de sete anos sem receber qualquer reajuste nas diárias e taxas. O último concedido pelo Ministério da Saúde foi em novembro de 99. Em contrapartida, os insumos hospitalares (materiais e medicamentos), os alimentos e os tributos vêm aumentando sistematicamente, assim como os custos básicos como água, luz e telefone, sendo as despesas com folha de pagamento, dissídios de funcionários e encargos gerados, aquelas que mais impactam a nossa receita. Tal desequilíbrio vem inviabilizando a sobrevivência desses estabelecimentos. Muitos, inclusive, já encerraram suas atividades. Há quatro



anos vimos operando no vermelho, explicou Correia Lima.

Ele disse que uma diária justa hoje, apenas para repor as perdas da inflação nestes últimos sete anos, giraria em torno de R\$ 100,00. “Está inviável prestar atendimento a estes pacientes com os valores atualmente praticados”, disse.

De acordo com Luiz Carlos Correia Lima, a diária paga pelo SUS fica ainda mais irrisória quando considera-se, por exemplo, um agravo do quadro clínico do paciente. Neste caso, os custos diários com sua internação se acentuam, principalmente quando o paciente passa a necessitar de suporte nutricional via enteral, cujo valor diário médio (só desta alimentação específica e na formulação básica) é de R\$ 95,00, e a diária máxima (incluindo tudo e não só alimentação) é de R\$ 61,91.

– Estes custos especializados não são cobertos e, portanto, num único insumo um paciente com este quadro acaba consumindo bem mais do que uma diária inteira do SUS. Em qualquer outro procedimento clínico, com exceção dos de longa permanência, a nutrição enteral é considerada e paga como procedimento especial, em separado. Infelizmente, esta é a realidade que vivemos há alguns longos e difíceis anos, completou Correia Lima.



FRANCISCO KAPPS

FARMÁCIA DESATIVADA DA CLÍNICA CAMPO BELO

Além da alta defasagem nos valores das diárias e taxas, ele destaca outro problema que vem sendo vivenciado com muita frequência nestes estabelecimentos, que é o fato de eles estarem recebendo transferências das emergências de pacientes ainda em fase aguda (e não doentes estabilizados, com o perfil de pacientes de longa permanência) a fim de se desafogar os grandes hospitais gerais públicos, que sofrem com a superlotação e a falta de condições mínimas de funcionamento.

Para completar o quadro caótico, tem ainda a questão dos atrasos sucessivos nos repasses do SUS. “Pela portaria vigente, do Ministério da Saúde, deveríamos receber até o dia 25 de cada mês os valores referentes ao mês anterior, o que até fevereiro passado não vinha ocorrendo. Registramos atrasos de até 90 dias”, revela Correia Lima.

–



CAROL MONROY

DR. LUIZ CARLOS LIMA, DIRETOR DO SINDHERJ

O diretor do SINDHERJ espera que o relacionamento com os gestores do SUS e com o Ministério da Saúde melhore neste governo; que haja mais parceria, cooperação e diálogo e que os reajustes deixem de ser arbitrários e passem a ser normatizados. “Hoje não existe qualquer regra neste sentido. O Ministério concede aumento quando bem entende e ele não entende isso há sete anos”, lembra.



A dura e fria face do SUS no âmbito dos estabelecimentos psiquiátricos

A política de desassistência médico-social do governo vem inserindo milhares de doentes mentais nas ruas sem qualquer possibilidade de recuperação

A crise do SUS pode ser confirmada em todos os nichos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Nos psiquiátricos, a situação não é diferente. Segundo o médico Eduardo Spinola, presidente do Departamento de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), estes estabelecimentos e os pacientes psiquiátricos vêm sofrendo com os efeitos da desatenção do governo à área de saúde mental no país.

– A política (ou melhor, a não-política) de saúde mental do Ministério da Saúde descuidou da formulação de um sistema integrado, deixando de lado a interação necessária entre os cuidados primários, secundários e terciários. Nos últimos dez anos, a política oficial se ateve somente ao modelo comunitário ambulatorial, abnegando a instituição especializada (Hospital Psiquiátrico), o que tem levado milhares de famílias pobres ao desespero, inserindo um

enorme contingente de pacientes mentais nas ruas e, conseqüentemente, gerando uma série de transtornos para a sociedade como um todo.

De acordo com Spinola, houve uma redução de cerca de 50 mil leitos psiquiátricos, entre públicos e privados, na última década. Ele explica que a instituição hospitalar especializada em saúde mental desempenha um papel fundamental na recuperação de doentes mentais graves. Hoje existe um déficit de pelo menos 30 mil leitos, conforme parâmetro técnico de cobertura do próprio Ministério da Saúde, que prevê em sua portaria nº 1101, de 12/02/2002, 0,45 leitos para cada grupo de 1.000 (mil) habitantes.

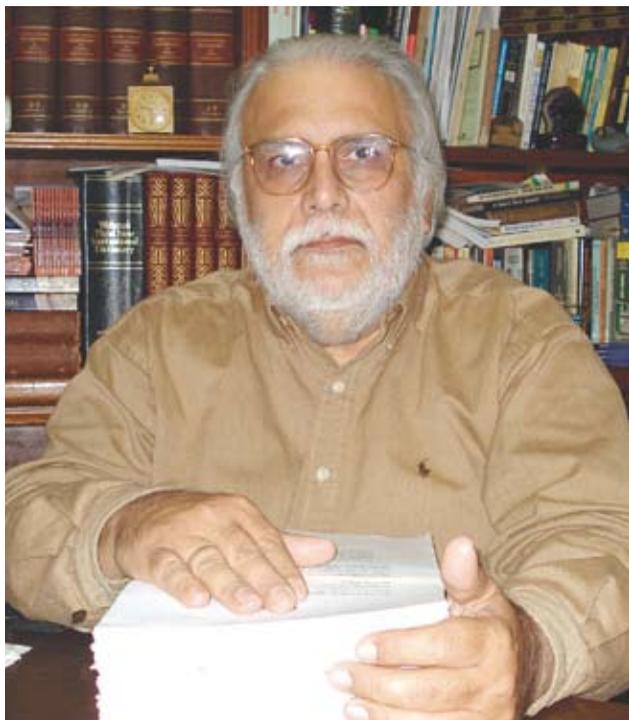
A face mais grave desta situação é o destino dos pacientes mentais, uma vez que inúmeros hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS vêm sendo fechados progressivamente. Aliás, esta é outra triste consequência da crise do SUS na área de psiquiatria: o alto índice de doentes mentais graves abandonados pelas ruas, sem qualquer chance de recuperação.

Compondo o quadro de tragédia social, estes pacientes encontram-se hoje jogados em asilos públicos e privados ou nos presídios. Muitos deles são pacientes psicóticos, esquizofrênicos, dependentes químicos e, portanto, apresentam distúrbios variados - transtorno bipolar, alucinações, retardo mental - e, em geral, demonstram comportamento altamente agressivo.

Uma pesquisa encomendada pela FBH e apresentada durante o XXIV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro do ano passado em Curitiba, revela que existem hoje no país 500 mil doentes mentais sem teto, sendo 30% deles considerados doentes mentais graves e 50%, dependentes químicos.

Além do abandono destes doentes pelas ruas, o presidente do Departamento de Psiquiatria da FBH relata outras graves conseqüências do que ele chama de “devastadora política de desassistência médico-social no âmbito do SUS”, como o confinamento

CAROL MONROY



DR. EDUARDO SPINOLA, PRES. DO DEPTO. DE PSIQUIATRIA DA FBH



DOENTES MENTAIS PERAMBULAM PELAS RUAS DOS GRANDES CENTROS...



... QUANDO DEVERIAM ESTAR SENDO TRATADOS EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS CONVENIADOS AO SUS.

DIVULGAÇÃO/FBH

de pacientes mentais graves em asilos sem acesso a tratamento adequado - o que fere a legislação vigente para a área de saúde mental - e a alta defasagem dos valores das diárias e taxas pagos pelo SUS.

Todos estes problemas transformaram a relação dos hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS num caso de justiça. Segundo Spinola, os estabelecimentos vêm tratando suas demandas, cada vez mais frequentemente, no âmbito do Judiciário, seja através das entidades representativas de classe, ou mesmo de forma isolada, movendo ações contra o Ministério da Saúde ou contra o próprio Ministro da pasta em exercício.

Neste sentido, várias decisões têm sido favoráveis aos estabelecimentos conveniados desde 2000. “De notificações judiciais a mandados de segurança esta tem sido, infelizmente, a melhor maneira que os estabelecimentos encontraram para se proteger desta relação conflituosa mantida hoje com o SUS. Os poucos hospitais especializados ainda existentes têm cumprido o seu papel no âmbito da inclusão e reinserção social dos pacientes mentais (são 20 mil altas por mês em âmbito nacional), mas, o governo, em contrapartida, não está cumprindo a sua parte, quebrando esta relação contratual”, explica Spinola, revelando que hoje existem apenas 226 hospitais psiquiátricos no país conveniados ao SUS. Se em 2002 tínhamos 51.393 leitos psiquiátricos no Brasil, em 2006 eles já eram apenas 39.567.

O mandado de segurança nº 10.092, já transitado julgado, determina a apresentação por parte do Ministro da Saúde de um demonstrativo econômico-financeiro referente à remuneração dos estabelecimentos psiquiátricos que atendem ao SUS. O Ministro

pediu prazo de 90 dias, que também já expirou. “Lamentavelmente, até agora não se tem qualquer notícia do cumprimento da ordem judicial”, diz Spinola.

Outro mandado de segurança (nº 11.539), também contra o Ministro da Saúde e julgado pelo STJ, determinou a atualização dos valores de diárias e taxas de internação em psiquiatria conforme as exigências da portaria GM/MS nº 251/02, mas também não surtiu o efeito desejado: “O desapareço persiste e o Ministério apresentou um estudo lamentável e desconexo, que supõe remunerar todos os profissionais (psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, auxiliares de enfermagem etc) com a ínfima quantia de R\$ 2,50 por paciente / dia”, conta Spinola.

Um estudo feito pela Co-Gest Assessoria e Projetos em 2006, em consonância com o levantamento de custos elaborado pela Fundação Getulio Vargas (FGV) em 1999, demonstrou que o valor mínimo necessário para uma diária de um estabelecimento psiquiátrico atender à portaria GM/MS nº 251/02 é de R\$ 78,29, mas estamos muito aquém deste valor. Atualmente, a diária paga pelo SUS aos hospitais psiquiátricos conveniados é de apenas R\$ 28,57, uma defasagem de 174,02%.

Como se vê, a situação atual dos estabelecimentos psiquiátricos que atendem ao SUS no país é mais uma prova do calvário que a população enfrenta na busca por assistência médico-social digna. É mais uma demonstração da necessidade urgente de se rever os rumos deste modelo, que, apesar de ter representado inúmeros avanços, hoje agoniza e clama por socorro de emergência sob iminência de entrar em colapso.



Na área de diálises, o problema maior são os atrasos frequentes nos repasses de verbas do SUS

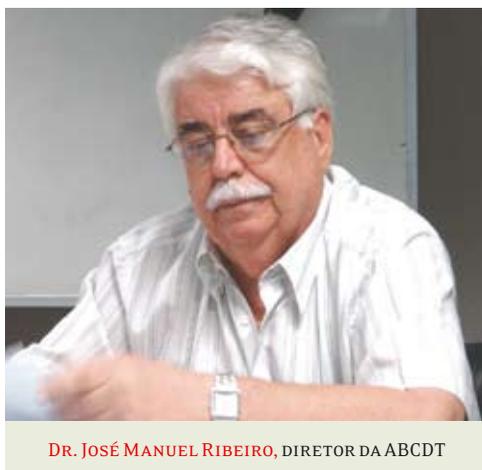
Prestadores levam até três meses para receber pelos serviços prestados

Desde a intervenção do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, em março de 2005, o teto da Terapia Renal Substitutiva (TRS) no Rio sofreu uma diminuição de 10% em relação aos demais estados do país, o que reduziu em cerca de R\$ 10 milhões anuais os recursos para o tratamento dos pacientes. Além disso, têm sido rotineiros os atrasos nos pagamentos aos estabelecimentos privados prestadores de serviços de diálise credenciados ao SUS.

De acordo com o diretor regional RJ da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplantes (ABCDT), José Manuel Ribeiro dos Santos, alguns municípios - como o próprio Rio de Janeiro - não pagavam desde dezembro, o que estava inviabilizando o funcionamento das clínicas de diálise e colocando em risco a vida dos pacientes.

Ele explica que em dezembro de 2006, o município do Rio voltou à condição de gestor pleno de saúde e, com isso, os repasses referentes aos serviços prestados passaram a ser direcionados à Prefeitura. Porém, os valores da TRS ainda continuaram na gestão estadual (portaria 3.354 GM de 29 de dezembro de 2006). A partir daí começou a 'via crucis' dos prestadores. Com a indefinição de quais seriam os tetos estadual e municipal da TRS, o Fundo Nacional de Saúde não pode constituir o devido processo e o repasse da TRS, que havia sido feito para todo o Brasil no início de fevereiro/2007, no Rio só foi efetivado cerca de um mês depois.

– Ressalte-se que os valores das produções do PAB, Média e Alta Complexidades e Estratégico já haviam sido publicados no D.O. do Município de 14/02/07



DR. JOSÉ MANUEL RIBEIRO, DIRETOR DA ABCDT

CAROL MONROY

após o devido processamento pela Secretaria Municipal de Saúde. E, apesar de não terem sido orçamentados (pois o município ainda não sabia que recuperaria a gestão plena), foram recebidos em março/2007 e considerados despesas de exercícios anteriores. Em função disso, foi constituída uma Comissão de Sindicância com prazo de 45 dias para comprovar a procedência das despesas. Houve uma gestão junto à SMS,

os prazos foram abreviados e a dívida, reconhecida pela Secretaria Municipal de Fazenda, porém com a ressalva de que os pagamentos só seriam quitados observando-se uma ordem cronológica de chegada dos processos.

“Resumindo, toda esta confusão alterou o funcionamento das unidades, colocando em risco a qualidade do tratamento e a vida dos pacientes, uma vez que os fornecedores deixaram de entregar, por falta de pagamento, os materiais necessários à realização do tratamento que é contínuo e de alto custo. Esperamos que os episódios recentes não se repitam no município do Rio de Janeiro e torcemos para que a situação da TRS nos demais municípios do Estado também se normalize”, finalizou José Manuel Ribeiro.

Nota: Segundo a ABCDT, após gestões feitas junto às secretarias de Fazenda e Saúde da cidade do Rio de Janeiro, o pagamento pendente de dezembro/2006 foi efetuado em 2/4; o de janeiro saiu em 11/4 e o de fevereiro, em 2/5. Já nos municípios sob gestão estadual, a situação continua grave, com atrasos constantes, glosas nos pagamentos que chegam a 25% do faturamento e ausência de prazos definidos para regularização.



Inadimplência do Estado ameaça convênio com UTIs neonatais

Termo de Ajustamento de Conduta foi firmado em 1999, mas não vem sendo honrado pela Secretaria Estadual de Saúde

No caso das UTIs neonatais, não se trata de unidades conveniadas ao SUS e com problemas de relacionamento com o Estado. Estamos falando de um contrato de cooperação fechado há sete anos para viabilizar o atendimento de prematuros e recém-nascidos graves em leitos particulares, face ao grande número de óbitos que vinha sendo registrado na rede pública devido à superlotação e absoluta falta de condições mínimas de atendimento. A imprensa noticiava uma terceira grande mortalidade neonatal nas maternidades públicas do Estado e algo precisava ser feito a título de emergência.

O dito convênio - chamado de 'Termo de Ajustamento de Conduta' - foi firmado em dezembro de 99 entre a Secretaria Estadual de Saúde e 17 UTIs neonatais privadas do Estado e então mediado pela Associação de Hospitais de Clínicas do Rio de Janeiro. Uma Central de Regulação foi criada e, segundo levantamento da AHCRJ, apenas em seus quatro primeiros anos, a iniciativa possibilitou o atendimento de mais de quatro mil bebês, reduzindo a mortalidade neonatal em 45%. Dos cerca de 400 leitos neonatais privados disponíveis no Estado, 20% deles foram disponibilizados na época para os pacientes provenientes das UTIs públicas.

No entanto, apesar dos rápidos e excelentes resultados obtidos, a inadimplência do Estado foi tanta que levou à intervenção do Cremerj e do Ministério Público e ao fechamento de várias unidades que participavam na iniciativa.

– Quando ninguém falava ainda em PPP, nós firmamos esta parceria inédita e salvamos milhares de vidas. Mas a contrapartida do Estado, que era honrar o compromisso firmado e pagar os estabelecimentos privados pelos serviços prestados, nunca foi cumprida dentro dos prazos e condições estabelecidos. Como

estamos falando de diárias de internação de custo altíssimo e de pacientes em estado grave, a dívida foi aumentando e a inadimplência da SES deixou muitas destas unidades em situação falimentar. Algumas fecharam as portas. Outras desativaram leitos e demitiram médicos e funcionários, sem falar nas pendências financeiras que assumiram junto a fornecedores, explicou Luis Genes, diretor de uma das unidades que participam até hoje do convênio.

Pelo 'Termo de Ajustamento', os pagamentos deveriam ser feitos sempre dentro de um prazo de 30 dias após a entrega dos processos à SES e os contratos, renovados semestralmente. Mas, na prática, isso nunca aconteceu. De acordo com Luis Genes, existem dívidas pendentes com algumas unidades desde 2003, mas os maiores débitos são de 2005 e 2006. O montante da dívida hoje ultrapassa os R\$ 12 milhões.

A maioria das UTIs privadas continua atendendo, porém sem contrato, uma vez que várias unidades não dispõem de toda a documentação necessária por esta-

rem inadimplentes com seus fornecedores. “Estamos muito preocupados, mais uma vez, com a redução do número de leitos. Vários estabelecimentos estão desativando leitos e demitindo pessoal por não

conseguir suportar a pressão da cobrança dos fornecedores, alguns exigindo receber contra-entrega dos materiais e medicamentos”, alertou Luis Genes.

Nota: Em reunião no dia 21/5 na SES, representantes da Secretaria disseram a um grupo de diretores das UTIs neonatais conveniadas que os pagamentos pendentes referentes a fevereiro e março deste ano deverão ser quitados até o final de maio/início de junho. Porém, ainda não há qualquer previsão por parte da SES quanto ao pagamento da dívida de R\$ 12 milhões, referente aos serviços prestados até 31/12/06.

Pelo 'Termo de Ajustamento' firmado em 99, os pagamentos deveriam ser feitos sempre dentro de um prazo de 30 dias após a entrega dos processos à SES e os contratos, renovados semestralmente. Mas, na prática, isso nunca aconteceu.



SMS afirma que os problemas com os pagamentos dos prestadores foram superados e o diálogo, restabelecido

Valmi Pessanha aposta na integração entre as três esferas de governo

Em entrevista à **Hospital Rio**, o Subsecretário de Políticas de Saúde do Município, Valmi Pessanha, fez um balanço da atual gestão, falou sobre a ampliação do Programa Saúde da Família e sobre o relacionamento com os estabelecimentos de serviços credenciados ao SUS no Rio de Janeiro. Segundo ele, o cronograma de pagamentos foi regularizado e o relacionamento é de diálogo.

Hospital Rio: Qual o balanço que o Sr. faz da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde?

Dr. Valmi Pessanha: Em pouco mais de um ano, já obtivemos resultados: o abastecimento de medicamentos e insumos está normalizado e as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças foram intensificadas. A adequação dos recursos humanos está em pleno desenvolvimento, através do remanejamento e contratação de profissionais e do retorno de servidores municipais lotados em unidades federais. A Gestão Plena do SUS está de volta. A autonomia de gestão celebra ainda a cooperação entre as três esferas de governo, essencial para a criação de uma rede de saúde verdadeiramente integrada. A assinatura do decreto de retorno da gestão do SUS consolidou o excelente diálogo que mantemos com o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro, abrindo caminho para a assinatura do Pacto de Gestão. O novo governo estadual permitirá diálogo mais efetivo entre as esferas municipal, estadual e federal. Com isso, vislumbramos também a perspec-



DR. VALMI PESSANHA, SUBSECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

NELSON DUARTE/DIVULGAÇÃO SMS

tiva de uma efetiva regulação do SUS, com a visão do conceito metropolitano.

Hospital Rio: Quais as metas da SMS para 2007? E o que já foi realizado até agora?

Dr. Valmi Pessanha: Uma das prioridades definidas para este ano foi a melhoria da atenção básica em nosso município e uma das estratégias para se alcançar isso é o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família. Foram criados grupos de trabalho para discutir formas de melhorar a resolutividade das unidades básicas e ampliar a assistência à população. Neste período, a

estratégia do PSF passou por um processo de integração e consolidação das suas ações na atenção básica. Exemplo deste processo é a premiação que algumas unidades receberam como 'Unidades Amigas da Amamentação', título concedido pela SES com apoio do Ministério da Saúde em reconhecimento ao trabalho dos postos. Houve ainda a transformação de algumas unidades tradicionais para o modelo do PSF, ampliando e qualificando a assistência prestada nas comunidades próximas. Em locais onde a população não procurava o posto de saúde, o novo modelo fez com que o posto fosse à comunidade.

Por meio de uma parceria histórica, a Prefeitura do Rio, o Governo do Estado e o Governo Federal atuarão juntos em 2007 para ampliar e qualificar a atenção básica carioca. A partir de agora, a SMS contará com o apoio técnico, logístico e financeiro do Governo do Estado na execução do PSF no muni-



cípio, possibilitando o cumprimento das metas do Ministério da Saúde, que prevêem 270 equipes de Saúde da Família funcionando até dezembro/2007. Estão previstas novas estratégias para inserir o PSF em comunidades que sofrem com o isolamento causado pela violência, como o aumento da participação da população e da sociedade, através de parcerias com associações de moradores, conselhos etc.

A SMS vem também atuando na prevenção, ampliando a promoção e a assistência, graças à articulação das unidades básicas com escolas, centros sociais e culturais. Essa cooperação vem aumentando o número de beneficiados inseridos na rede de saúde e melhorando o acompanhamento dos assistidos.

Hospital Rio: A maioria dos prestadores se queixa de atrasos no repasse das verbas do SUS. Quando a situação deverá se normalizar e como está o cronograma de pagamentos?

Dr. Valmi Pessanha: Com a recuperação do exercício da Gestão Plena, a partir de 23/11/06, conforme o Decreto nº 5.968, de 21/11/06, que havia sido perdido em face do Decreto nº 5.392, de 10/03/05, a SMS voltou a gerir diretamente os recursos financeiros federais que compõem o Teto Financeiro de Assistência da Média e Alta Complexidade. Entretanto, a situação só veio a normalizar-se em janeiro/07, quando o Ministério da Saúde voltou a transferir diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde da capital os recursos que remunerariam os serviços prestados na competência dezembro/06. Num primeiro momento, surgiram algumas dificuldades na transição do sistema de pagamentos para o cronograma da Prefeitura, que logo foram superadas. Após parceria com a Secretaria Municipal de Fazenda, os prestadores passaram a tomar conhecimento dos valores aprovados e aos quais fariam jus, por intermédio de editais publicados no D.O. do Município, de acordo com leis municipais.

Hospital Rio: Como está o relacionamento da SMS com os prestadores de serviços privados credenciados ao SUS?

Dr. Valmi Pessanha: Estão sendo concluídas as assinaturas dos convênios com entidades privadas sem fins lucrativos, conforme prevê o Programa de Reestruturação e Contratualização estabelecido pelo Mi-

nistério da Saúde. O diálogo com os prestadores do SUS, públicos e privados, na cidade do Rio de Janeiro foi restabelecido, buscando-se sempre o alto nível na condução, agora novamente no exercício de gestor pleno.

Hospital Rio: As queixas dos serviços credenciados ao SUS referem-se principalmente aos valores altamente defasados das tabelas do SUS...

Dr. Valmi Pessanha: Realmente, uma das grandes fragilidades do SUS ainda é o baixo financiamento. Reclamam os prestadores, pertinentemente, que os valores da tabela de procedimentos preconizada pelo Ministério não compensam os verdadeiros custos da prestação de serviços. Se isso realmente ocorre nas ações e serviços de atenção básica e de média complexidade ambulatorial e hospitalar (que representam um preocupante 'gargalo' na assistência), o mesmo não vale para os serviços de alta complexidade, cujas retribuições acompanham os custos de realização dos procedimentos.

Encontra-se em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar nº 01/03, que uma vez aprovado e sancionado, garantirá recursos vinculados aos orçamentos das três esferas de governo e, no caso da União, representará expressiva dotação orçamentária obrigatória para o Ministério da Saúde.

Hospital Rio: Uma pesquisa do BID pontuou as principais falhas do SUS, como excesso de burocracia, ineficiência na aplicação dos recursos públicos e falta de autonomia dos gestores locais. O que o Sr. acredita que possa ser feito para mudar este cenário?

Dr. Valmi Pessanha: De fato, da mesma forma que se deve ter uma constante e permanente atenção aos custos de prestação de serviços, a burocracia necessita ser continuamente minimizada. É uma das características da administração pública o excesso de controles e exigências, dificultando e impondo empecilhos, em parte por causa da possibilidade de fraudes. Ainda teremos de trilhar longos caminhos, talvez espelhados e cristalizados na experiência de nações mais antigas, para avançar num processo de desburocratização que já tivemos no passado, mas que foi tragado pela falta de continuidade das políticas públicas no Brasil.

Hospital Business 2007

16, 17 E 18 DE OUTUBRO
CENTRO DE CONVENÇÕES RIO CIDADE NOVA



VOTE NO CRISTO. CANDIDATO BRASILEIRO A UMA DAS SETE MARAVILHAS DO MUNDO: WWW.VOTECRISTO.COM.BR



O maior evento do segmento médico-hospitalar do Rio de Janeiro

Considerado uma vitrine para a área da saúde no estado, o Hospital Business vem, nos últimos 13 anos, se consolidando no mercado como o maior e mais completo evento do gênero no Rio Janeiro.

Composto por um Congresso Científico e uma Feira de Produtos, Serviços, Equipamentos e Tecnologia, reúne os principais líderes do setor de saúde nacional, gestores hospitalares, autoridades, empresários, profissionais de saúde e palestrantes de renome. São três dias de intensos debates e troca de informações, visando a um único objetivo: oferecer uma assistência mais humanizada e de melhor qualidade aos usuários do sistema de saúde no Estado e no país.

A programação científica, cuidadosamente elaborada, possibilita aos profissionais da área atualização, reciclagem e acesso ao que há de mais moderno em termos de gestão, tecnologia e novas práticas de mercado.

Hospital Business - contribuindo para o fortalecimento e para o futuro do segmento hospitalar no Brasil

REALIZADORES:



PATROCÍNIO:



APOIO:

