

Programa de Pesquisas

**Em Busca da Excelência:
Fortalecendo o Desempenho Hospitalar no Brasil**

**ESTUDO DE RASTREAMENTO DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE
(PETS) - PARTE I**

Bernard F. Couttolenc
(Investigador Principal)
INTERHEALTH LTDA

RELATÓRIO FINAL

Outubro 2004

Esta pesquisa foi coordenada por Gerard La Forgia, Especialista de Saúde do Banco Mundial e faz parte do programa de pesquisas, *Em Busca da Excelência: Fortalecendo o Desempenho Hospitalar em Brasil*. Os parceiros deste Programa são: Ministério de Saúde, Banco Mundial, DFID, FIOCRUZ, ANVISA e ONA. Os resultados, interpretações e conclusões expressados neste relatório são do(s) autor(es), e não devem ser atribuídos ao Banco Mundial ou às instituições parceiras do programa de pesquisa.

RESUMO EXECUTIVO

Introdução

Este estudo é parte de um conjunto de estudos desenvolvidos com o apoio do Banco Mundial para medir e analisar a performance do sistema hospitalar brasileiro. Em função do tamanho e complexidade do Sistema Único de Saúde – constituído pela parte do sistema de saúde brasileiro financiada com recursos públicos – rastrear e analisar os fluxos de fundos no âmbito desse sistema é tarefa das mais complexas e necessárias. Ainda que a insuficiência pontual de recursos possa afetar o desempenho do sistema de saúde e seu impacto, outros fatores relacionados com a circulação e alocação desses recursos podem ser tão importantes quanto o montante absoluto de recursos disponível.

O presente estudo utiliza uma metodologia de Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público ou PETS (*Public Expenditure Tracking Survey*) para mapear e rastrear os fluxos financeiros no âmbito do SUS, dos níveis centrais até as unidades prestadoras de serviços de saúde, visando conhecer como se dá o processo de alocação, transferência e utilização de recursos nos diversos níveis do sistema. O estudo proporciona informação valiosa sobre a realidade das unidades executoras do sistema e como estas se relacionam com os níveis centrais, identifica problemas nesses fluxos, analisa a utilização de recursos ao nível local, e estima o impacto desses padrões sobre a eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido oferece subsídios para o aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão de recursos públicos.

Objetivo

O estudo teve por objetivo principal rastrear os fluxos de recursos da fonte principal (o governo federal, principal financiador do SUS) até as unidades prestadoras de serviços, passando pelos diversos níveis do SUS – do nível federal para estados e municípios, e daí para as unidades de saúde – analisando como esses recursos chegam na “ponta” do sistema e são ali utilizados. Mais especificamente o estudo consistiu em:

1. Levantar e descrever como o gasto público é definido e alocado para cada tipo de unidade de saúde e programa ou ação de saúde;
2. Avaliar até que ponto os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para estados e municípios realmente são utilizados para as finalidades às quais se destinam;
3. Levantar evidências quantitativas e qualitativas de atrasos e desvios no sistema de execução orçamentária ao nível de secretarias de saúde e de unidades prestadoras de serviços e como esses problemas impactam a prestação de serviços; e
4. Identificar fatores explicativos das diferenças de desempenho entre unidades de saúde que possuem processo de execução orçamentária similar.

Metodologia

A Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público ou *Public Expenditure Tracking Survey* (PETS) foi desenvolvida pelo Banco Mundial e aplicada em diversos países em desenvolvimento. O PETS permite rastrear o gasto público para avaliar se o recurso disponível está sendo “bem” utilizado. Tradicionalmente, o PETS é constituído por três componentes: um componente de rastreamento, que procura quantificar os atrasos e insuficiências de recursos no processo de planejamento e execução orçamentária dos diferentes níveis de governo; um componente de identificação e mensuração dos desvios e desperdícios ao nível das unidades de saúde; e um terceiro componente que visa medir o impacto desses problemas sobre a qualidade e eficiência na prestação de serviços. Esse tipo de pesquisa implica normalmente em rastrear fundos específicos transferidos entre órgãos e unidades de saúde por um lado, e analisar a alocação e aplicação de recursos em nível das unidades de saúde.

A aplicação do PETS neste estudo previu uma análise em seis componentes: processo de planejamento e elaboração do orçamento; execução orçamentária (incluindo controle da execução orçamentária, prestação de contas, auditoria, controle e avaliação); gestão de materiais e medicamentos (incluindo o processo de compras e licitação, controle de estoques; despesas com adiantamento e pronto pagamento, e uso de materiais); gestão de equipamentos e instalações; gestão de recursos humanos; e gestão da produção.

Amostra e coleta de Dados

A amostra compreendeu 6 estados com suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, 17 municípios (Secretarias Municipais de Saúde), e 69 unidades de saúde (49 hospitais públicos e privados e 20 unidades ambulatoriais estaduais e municipais). Essa amostra, embora reflita a diversidade de situações do SUS, é pequena para cada estrato ou tipo de unidade e portanto não permite a extrapolação estatística dos resultados.

A coleta de dados utilizou três fontes paralelas e complementares: um questionário estruturado destinado a dirigentes de secretarias e unidades de saúde, entrevistas qualitativas a técnicos de instituições de saúde (12 técnicos e profissionais de saúde foram entrevistados), e a análise de relatórios e documentos oficiais. A coleta cobriu o período de 2001 a 2003, porém com ênfase para o ano de 2002. Dependendo do tipo e disponibilidade da informação, o período de um ano ou um mês ou alguns momentos durante um ano foram definidos para questões mais específicas, reduzindo os tempos de coleta; os relatos qualitativos se referiam em geral ao ano corrente (2003), focando em eventos mais recentes e, portanto mais fáceis de lembrar.

Principais resultados e conclusões

As principais conclusões do estudo – obtidas a partir das respostas aos questionários e análise das informações obtidas, e com ênfase no funcionamento dos serviços ao nível das unidades de saúde e a sua gestão – estão estruturadas em seis questões básicas resumidas a seguir.

1. Fragmentação do processo de planejamento e orçamento - A principal conclusão ao nível do planejamento e orçamento é que o sistema é bastante estruturado e complexo do ponto de vista formal – etapas, prazos, documentos, relatórios – e tem sido aprimorado ao longo dos anos, mas mantém limitações importantes que reduzem sua

utilidade prática como instrumento efetivo de gestão, principalmente ao nível das unidades de saúde.

2. Rigidez e complexidade na execução do orçamento - O gerente local do SUS ou de uma unidade pública de saúde quase sempre “executa um orçamento” ao invés de “gerenciar recursos”. Isso se dá pela própria rigidez e formalismo do sistema, já que as múltiplas autorizações e controles a priori lhe tiram flexibilidade na utilização e gerenciamento dos recursos e assim restringem sua autonomia, e portanto sua responsabilidade.

3. Ausência de autonomia gerencial ao nível local - A maioria das unidades públicas de saúde tem baixa ou nenhuma autonomia gerencial e financeira. Não controla sua folha de pagamento, realiza apenas uma parte – variável de acordo com o tipo de unidade e a localização geográfica – de suas compras, não pode contratar ou demitir pessoal, e na maioria dos casos tem pouca ou nenhuma informação sobre suas finanças.

4. Informação inadequada para a gestão - Outra conclusão importante do estudo é que a gestão de programas e de unidades de saúde se dá na ausência de informação adequada – principalmente de natureza financeira – que permita o planejamento, monitoramento e avaliação. Apesar da abundância de dados e sofisticação dos sistemas de informação existentes, raramente se tem disponível a informação crítica para a análise e tomada de decisão.

5. Baixa capacidade gerencial ao nível local - Poucos gerentes de serviços e unidades de saúde têm a qualificação específica para exercer sua função e enfrentar os desafios que se colocam. Muitos entrevistados identificaram esse como um problema importante no planejamento e na gestão dos serviços.

6. Estrutura de incentivos inadequada - O funcionamento do SUS incorpora uma série de incentivos explícitos (definidos na legislação e regulamentação do sistema) e implícitos (decorrentes principalmente dos mecanismos de pagamento adotados), que em parte são inadequados e contribuem de maneira importante para o funcionamento deficiente do sistema. É o caso por exemplo, da multiplicidade de mecanismos de pagamento e transferências, com sistemas de informação, controle e prestação de contas específicos, e da ênfase no planejamento formal e controles a priori em detrimento da avaliação de resultados; ambos estimulam gerentes de unidades e até de secretarias a se preocupar com as atividades meio e não com o impacto das atividades fim.

Recomendações

Várias estratégias para que os recursos públicos sejam melhor utilizados podem contribuir de maneira importante para o melhor desempenho do SUS e maior efetividade das políticas de saúde.

1. Promover um sistema de autonomia com responsabilidade - O Ministério da Saúde deveria adotar para suas unidades próprias, e estimular a adoção pelas secretarias de saúde estaduais e municipais, um sistema que promova autonomia e responsabilidade ao nível das unidades de saúde. O sistema poderia se basear em três pontos principais: (i) gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência; (ii) gestão descentralizada nas unidades menores (com autonomia parcial e seletiva); (iii)

um instrumento do tipo compromisso/contrato de gestão como mecanismo básico de planejamento, monitoramento e avaliação em ambos os casos.

2. Instrumentalizar os gerentes locais - Para que a concessão de maior autonomia às unidades de saúde possa dar os resultados esperados, e os diretores/gerentes de unidades possam efetivamente gerenciar, é indispensável que eles tenham condições técnicas de fazer uso dessa autonomia e gerenciar os recursos à sua disposição de maneira mais eficiente, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Para tanto, é necessário (i) que o sistema de planejamento e orçamento seja realmente descentralizado e utilizado ao nível local; (ii) que os sistemas de informação tenham principalmente um enfoque gerencial; (iii) que o nível local e as unidades de saúde adotem e apliquem sistemas e técnicas modernas de gestão; (iv) que diretores e gerentes estejam capacitados a assumir essas responsabilidades ampliadas e utilizar bem a autonomia oferecida.

3. Simplificar o funcionamento do SUS e o sistema de transferências - O funcionamento do SUS poderia ser simplificado em dois aspectos: quanto às exigências e formalidades para a habilitação de estados e municípios, e quanto ao sistema de transferências e pagamentos do Ministério da Saúde. Essa simplificação segue o princípio geral de reduzir o monitoramento e controle de atividades meio e privilegiar a avaliação de resultados.

EQUIPE DO ESTUDO

Este estudo foi coordenado por Bernard F. Couttolenc, PhD (Interhealth Ltda). Colaboraram na preparação e revisão técnicas Carlos A. Machado (Interhealth), Rosa Maria Marques (PUC-SP), Áquilas Mendes (CEPAM), Leni H. de Souza Dias. O trabalho de campo contou com a participação de uma equipe de 6 supervisores de campo – Áquilas N. Mendes (SP), Corina M. Viana Batista (AM), Fátima A. Ticianel Schrader (MT), Janice Dornelles de Castro (RS), Maria H. Lima Souza (CE) e Rosa Pastrana (RJ) – e 10 entrevistadores.

INDICE

1	INTRODUÇÃO	11
1.1.	Justificativa.....	11
1.2.	Objetivos do estudo	12
2	DESENHO E METODOLOGIA DO ESTUDO.....	13
2.1.	Quadro de referência	13
2.2.	Metodologia.....	16
2.3.	Amostragem	18
2.4.	Coleta e análise de dados.....	18
3	CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	21
3.1.	Características do sistema.....	21
3.1.1	Estrutura do Sistema Único de Saúde.....	21
3.1.2	Financiamento	23
3.2.	Mapeamento dos fluxos financeiros	23
3.2.1	O sistema orçamentário	23
3.2.2	As transferências federais.....	31
3.3.	Características da amostra	36
3.3.1	Secretarias Estaduais	36
3.3.2	Secretarias municipais	37
3.3.3	Hospitais	37
3.3.4	Unidades ambulatoriais	38
4	RESULTADOS	39
4.1.	Planejamento e orçamentação	39
4.1.1	Secretarias de Saúde	39
4.1.2	Unidades de Saúde	44
4.1.3	Resumo e conclusões.....	47
4.2.	Execução orçamentária.....	49
4.2.1	Secretarias de Saúde	49
4.2.2	Análise das transferências federais.....	60
4.2.3	Unidades de saúde	65
4.2.4	Resumo e conclusões.....	69
4.3.	Gestão de Materiais e medicamentos	74
4.3.1	Secretarias de saúde.....	74
4.3.2	Unidades de saúde	78
4.3.3	Resumo e Conclusões.....	84
4.4.	Gestão de Equipamentos e Instalações.....	86
4.4.1	Secretarias de saúde.....	86
4.4.2	Unidades de Saúde	87
4.4.3	Resumo e conclusões.....	89
4.5.	Gestão de Recursos Humanos	91
4.5.1	Secretarias de saúde.....	91
4.5.2	Unidades de Saúde	92
4.5.3	Resumo e conclusões.....	95

4.6.	Gestão da produção e da qualidade	97
4.6.1	Produtividade e eficiência	97
4.6.2	Qualidade.....	101
4.6.3	Conclusões.....	104
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	106
5.1.	discussão das conclusões.....	106
5.1.1	Fragmentação do processo de planejamento e orçamento.....	106
5.1.2	Rigidez e complexidade na execução do orçamento	107
5.1.3	Ausência de autonomia gerencial ao nível local	108
5.1.4	Ausência de informação adequada para a gestão	108
5.1.5	Baixa capacidade gerencial ao nível local	109
5.1.6	Estrutura de incentivos inadequada	110
5.2.	Limitações e dificuldades	115
5.3.	Recomendações	116
5.3.1	Promover um sistema de autonomia com responsabilidade	116
5.3.2	Instrumentalizar os gerentes locais.....	118
5.3.3	Simplificar o funcionamento do SUS e o sistema de transferências	120

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura do PETS	16
Quadro 2: Esquema das alterações na dotação e execução orçamentárias.....	27
Quadro 3: Classificação resumida dos mecanismos federais de transferência.....	32
Quadro 4: Características dos estados e municípios da amostra	36
Quadro 5: Amostra de Hospitais	37
Quadro 6: Características dos Hospitais da Amostra	38
Quadro 7: Amostra de Unidades Ambulatoriais	38
Quadro 8: Variação média na dotação orçamentária dos estados – Receita de Transferências Federais 2002, em %	61
Quadro 9: Variação média da execução orçamentária dos municípios por programa – Receita de Transferências Federais 2002, em %	61
Quadro 10: Distribuição das compras das secretarias de saúde por modalidade	75
Quadro 11: Incidência de atrasos nas compras de materiais nas secretarias municipais	76
Quadro 12: Responsabilidade pela compra de materiais e serviços nos hospitais	78
Quadro 13: Estado geral das instalações nos hospitalais da amostra (%)	89
Quadro 14: Principais problemas relacionados com Recursos Humanos nos hospitais (em %)	94
Quadro 15: Indicadores de produtividade no atendimento ambulatorial	97
Quadro 16: Indicadores Relacionados com Eficiência nos Hospitais	99
Quadro 17: Indicadores de Eficiência e gasto nos Hospitais.....	100
Quadro 18: Indicadores Técnicos e de Qualidade nos Hospitais	101
Quadro 19: Resumo dos problemas e suas conseqüências	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: O ciclo orçamentário e os determinantes da qualidade do gasto	15
Figura 2: Composição do gasto nacional em saúde.....	23
Figura 3: Esquema do processo orçamentário (elaboração).....	29
Figura 4: Esquema do processo orçamentário (execução)	30
Figura 5: Principais fluxos financeiros no sus.....	35
Figura 6: Problemas mais citados no processo de planejamento	41
Figura 7: Problemas mais citados na elaboração do orçamento	43
Figura 8: Qualidade dos planos de saúde estaduais e municipais	44
Figura 9: Nível de informação financeira nas unidades de saúde	47
Figura 10: Variação na Dotação e Execução Orçamentárias dos Estados por Elemento de Despesa – 2002	49
Figura 11: Variação na Dotação e Execução Orçamentárias dos Municípios por Elemento de Despesa – 2002	50
Figura 12: Problemas mais citados na execução orçamentária	52
Figura 13: Despesa estadual per capita em saúde por fonte: Própria e Transferências	53
Figura 14: Despesa municipal per capita em saúde por fonte: Própria e Transferências	54
Figura 15: Proporção do gasto próprio municipal em saúde frente à EC 29.....	54
Figura 16: Distribuição do gasto estadual por elemento de despesa , 2002	55
Figura 17: Distribuição do gasto municipal por elemento de despesa, 2002	56
Figura 18: Distribuição do gasto em saúde dos estados por subfunção	56
Figura 19: Variação na Execução das Receitas Municipais de Transferências por Programa – 2002	62
Figura 20: Razão Despesa Empenhada/Receita Realizada de transferências em alguns municípios	63
Figura 21: Gasto Municipal por população atendida por 4 programas em alguns municípios	65
Figura 22: Composição da receita dos hospitais por fonte	66
Figura 23: Composição da despesa dos hospitais da amostra por elemento de despesa – 2002, em %	67
Figura 24: Frequência de atrasos no abastecimento de materiais e serviços em hospitais..	80
Figura 25: Avaliação do estado dos equipamentos e frequência de quebras nos últimos 6 meses	88
Figura 26: Principais problemas na gestão de pessoal em % (todos os hospitais)	95
Figura 27: Motivos de cancelamento de cirurgia	99
Figura 28: Gasto médio por leito nos hospitais (em R\$).....	100
Figura 29: Principais problemas afetando a qualidade nos hospitais	102
Figura 30: Principais problemas afetando a qualidade nas unidades ambulatoriais.....	103
Figura 31: Frequência de problemas de qualidade nos hospitais paulistas	104

ANEXOS 1

- A) QUESTIONÁRIO SECRETARIAS DE SAÚDE
- B) QUESTIONÁRIO HOSPITAIS
- C) QUESTIONÁRIO UNIDADES AMBULATORIAIS

ANEXOS 2

ANEXO II: Bibliografia	2
ANEXO III: Lista das unidades da amostra por município	3
ANEXO IV: Legislação básica do sus	6
ANEXO V: Classificação orçamentária	8
A) Classificação orçamentária por função e subfunção	8
B) Classificação por elemento de despesa	12
C) Exemplo: execução orçamentária do ms por programa	17
D) Lógica da codificação orçamentária da despesa	18
ANEXO VI: Agenda do processo orçamentário	19
ANEXO VII: Fluxo dos mecanismos de repasses federais	20
ANEXO VIII: Sistematização do processo de habilitação de Municípios à condição de gestão plena do sistema municipal	22
ANEXO IX: Lista dos mecanismos de repasses federais	24
ANEXO X: Análise comparativa dos planos e orçamento do município de Rondonópolis (MT)	26
ANEXO XI: Proporção de execução das despesas nos estados e municípios	30
ANEXO XII: Despesa empenhada em saúde por fonte e grau de cumprimento da EC 29 entre os estados da amostra – 2002	31
ANEXO XIII: Despesa empenhada em saúde por fonte e grau de cumprimento da EC 29 entre os municípios da amostra – 2002	32
ANEXO XIV: Valores médios de Despesa por Elemento – Estados da amostra Orçada, Atualizada, Empenhada, Liquidada e Paga, 2002	33
ANEXO XV: Valores médios de Despesa por Elemento – Municípios da amostra Orçada, Atualizada, Empenhada, Liquidada e Paga, 2002	34
ANEXO XVI: Despesa empenhada em saúde por subfunção entre os estados da amostra – 2002	35
ANEXO XVII : Despesa Empenhada por Elemento de despesa– Municípios da amostra, 2002	36
ANEXO XVIII: Valores médios de receita de transferências nos Municípios da amostra Orçada, Atualizada e Realizada, 2002	37
ANEXO XIX: Receita De Transferência E Gasto Municipal Em Programas Nacionais Específicos Em Alguns Municípios –2002, Em %	38
ANEXO XX: Indicadores De Execução Municipal Em Programas Nacionais Específicos Em Alguns Municípios – 2002	39
ANEXO XXI: Reflexão Sobre O Processo Orçamentário	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CQH – Programa de Controle de Qualidade Hospitalar
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC – Emenda Constitucional
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPAB-A - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
OSS – Organização Social de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PABA - Piso de Atenção Básica –Ampliado
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN – Programa de Combate a Carência Nutricional
PCH – Programa de Controle da Hanseníase
PCT – Programa de Controle da Tuberculose
PETS - Public Expenditure Tracking Survey
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA - Plano Plurianual
PPI - Programação Pactuada Integrada
PS – Pronto Socorro
PSF - Programa de Saúde da Família
QDD - Quadros Demonstrativos de Despesas
REFORSUS – Programa de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SADT – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SES - Secretarias de Estado da Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIAFI - Sistemas Integrados de Acompanhamento Financeiro
SIAFEM - Sistema de Administração Financeira dos Estados e Municípios
SIGEO - Sistema de Informação Gerencial do Orçamento
SIH/AIH - Sistema de Informação Hospitalar e Autorização de Internação Hospitalar
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE - Tribunal de Contas do Estado
TFECD - Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

1 INTRODUÇÃO

Este estudo é parte de um conjunto de estudos desenvolvidos com o apoio do Banco Mundial para medir e analisar a performance do sistema hospitalar brasileiro. Em função do tamanho e complexidade do Sistema Único de Saúde – constituído pela parte do sistema de saúde brasileiro financiado com recursos públicos – rastrear e analisar os fluxos de fundos no âmbito desse sistema é tarefa das mais complexas e necessárias. Ainda que a insuficiência pontual de recursos possa afetar o desempenho do sistema de saúde e seu impacto, outros fatores relacionados com a circulação e alocação desses recursos podem ser tão importantes quanto o montante absoluto de recursos disponível.

1.1. JUSTIFICATIVA

O gasto em saúde no Brasil vem aumentando consistentemente, pressionando os recursos públicos já escassos. Por outro lado, com um gasto per capita em saúde na média dos países de renda média alta (US\$ 631 contra 585 da média do grupo¹), o Brasil ostenta indicadores de saúde bem abaixo da média desse grupo de países. A experiência internacional ensina que a maneira e os critérios com que os recursos são alocados, como são transferidos dos níveis centrais para as unidades prestadoras, e como são ali utilizados, afetam consideravelmente o impacto que o recurso financeiro possa ter sobre os serviços de saúde.

O sistema de saúde brasileiro é grande e complexo, dividindo-se em dois grandes sub-sistemas: o sistema financiado com recursos públicos, constituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS); e o setor privado puro (com financiamento privado), que cobre cerca de 45 milhões de pessoas e é constituído por uma variedade de arranjos organizacionais e financeiros que incluem várias modalidades de planos de pré-pagamento e seguro saúde, e o gasto direto das famílias (*out-of-pocket* na literatura de língua inglesa). O sistema inclui 7400 hospitais (65% privados) com 471.000 leitos, 46.000 unidades ambulatoriais (75% públicas) e 11.500 unidades de serviços diagnósticos (94% privadas).

O Sistema Único de Saúde é um sistema bastante complexo resultante de um longo processo de reforma do setor saúde que vem desde os anos 80. Por preceito constitucional, cobre toda a população brasileira e é a opção preferencial de serviços de saúde de pouco mais da metade da população (IBGE, PNAD 1998). Oferece uma gama completa de serviços gratuitamente, embora com qualidade bastante variável.

Em função da estrutura federativa do país e do caráter descentralizado do SUS, os fluxos financeiros de financiamento ao SUS são extremamente complexos, e por isso de difícil acompanhamento e monitoramento. O governo federal, por exemplo, transfere recursos para ações de saúde a estados e municípios de mais de 70 formas distintas (vide abaixo). Os sistemas de informação existentes, apesar dos contínuos aperfeiçoamentos, não permitem conhecer com precisão a alocação de recursos no âmbito do SUS, nem como os gastos são realizados e os serviços prestados ao nível das unidades de saúde. É comum, por

¹ Em dólares de paridade internacional.

exemplo, o diretor de um hospital público desconhecer o valor da folha de pagamentos, e, portanto o total de recursos gasto em seu hospital. Não existe informação sobre quanto o SUS como um todo (incluindo os governos federal, estaduais e municipais) gasta com atendimento hospitalar ou com atenção básica. Tampouco se conhece ou está documentado o nível de eficiência ou ineficiência na prestação de serviços de saúde.

O presente estudo utiliza uma metodologia de Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público ou PETS (Public Expenditure Tracking Survey) para mapear e rastrear os fluxos financeiros no âmbito do SUS, dos níveis centrais até as unidades prestadoras de serviços de saúde, visando conhecer como se dão o processo de alocação, transferência e a utilização de recursos nos diversos níveis do sistema. O estudo proporciona informação valiosa sobre a realidade das unidades executoras do sistema e como estas se relacionam com os níveis centrais, identifica problemas nesses fluxos, analisa a utilização de recursos ao nível local, e estima o seu impacto sobre a eficiência e qualidade dos serviços de saúde². Nesse sentido oferece subsídios para o aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão de recursos.

1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo teve por objetivo principal rastrear como se dão os fluxos de recursos da fonte principal (o governo federal, principal financiador do SUS) até as unidades prestadoras de serviços, passando pelos diversos níveis do SUS – do nível federal para estados e municípios, e daí para as unidades de saúde – analisando como esses recursos chegam na “ponta” do sistema e são ali utilizados. Mais especificamente o estudo consistiu em:

- Levantar e descrever como o gasto público é definido e alocado para cada tipo de unidade de saúde e programa ou ação de saúde;
- Avaliar até que ponto os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para estados e municípios realmente são utilizados para as finalidades as quais se destinam;
- Levantar evidências quantitativas e qualitativas de atrasos e desvios no sistema de execução orçamentária ao nível de secretarias de saúde e unidades prestadoras de serviços e como estes problemas impactam a prestação de serviços; e
- Identificar fatores explicativos das diferenças de performance entre unidades de saúde que possuam o mesmo processo de execução orçamentária.

Procurou-se responder às seguintes questões empíricas:

² Em função da utilização da mesma metodologia, o presente relatório combina os resultados do estudo realizado ao nível das secretarias de saúde (parte do Projeto No. 7124568) e das unidades de saúde (Projeto 7124879).

- Qual é o fluxo de recursos na execução orçamentária?
- Qual é a evidência quantitativa de atrasos na liberação e execução dos orçamentos públicos que afetam as unidades de saúde?
- Qual é a evidência quantitativa de desvios de recursos nos repasses entre níveis de governo e dos níveis centrais para as unidades de saúde?
- Qual é a disponibilidade de suprimentos de medicamentos e materiais médicos, outros insumos e pessoal?
- Qual é o impacto dos atrasos e desvios na adequação de recursos nas unidades de saúde e na eficiência e qualidade dos serviços prestados?
- Existem evidências no fluxo e utilização de recursos que explicam as diferenças de performance entre unidades de saúde?

2 DESENHO E METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1. *QUADRO DE REFERÊNCIA*

Os recursos financeiros utilizados na produção de serviços de saúde – ou, simplesmente, o gasto em saúde – são elemento central e essencial de um sistema de saúde pois são eles que permitem a mobilização (por aquisição ou produção) dos insumos necessários à produção dos serviços e sua alocação a diferentes finalidades (programas ou ações de saúde). Quando o recurso financeiro faz falta ou é mal utilizado, a atenção à saúde resultante será inadequada (efeito sobre a qualidade e efetividade) e/ou de custo desnecessariamente alto (efeito sobre a eficiência). A estrutura e alocação do gasto em saúde, os fluxos financeiros que se dão no âmbito do sistema de saúde, e como esses recursos são aplicados, afetam de forma importante os resultados do sistema. Neste sentido, pode-se falar de uma “qualidade” do gasto em saúde como a característica do gasto que propicia o melhor resultado possível, ou seja, quando:

- i) é alocado de maneira eficiente entre os diversos insumos (eficiência alocativa),
- ii) é utilizado da melhor maneira possível, ou seja, com minimização de desperdícios, desvios ou perdas,
- iii) produz a maior quantidade possível de serviços de saúde dado um certo nível de gasto (eficiência técnica),
- iv) com o nível de qualidade desejado,
- v) resultando no maior impacto/efetividade possível dado o recurso disponível.

A qualidade do gasto assim definida é determinada por vários fatores, como indicado na Figura 1: o arcabouço legal que rege a utilização dos recursos e a gestão das unidades de saúde através dos sistemas formais de planejamento e orçamento; as relações entre níveis de governo e entre estas e as unidades executoras/prestadoras dos serviços de saúde; o sistema de planejamento e orçamento e os fluxos financeiros que ele determina; o grau de autonomia e responsabilidade a nível local; as práticas gerenciais vigentes nas

unidades executoras.

Avaliar a qualidade do gasto público em saúde, ou seja, do gasto do SUS, requer portanto acompanhar os fluxos financeiros em suas diversas fases no processo de financiamento e produção dos serviços de saúde. Esse “rastreamento” implica:

- i) analisar o sistema de planejamento e orçamento que define a alocação e utilização de recursos no âmbito do SUS;
- ii) mapear como os recursos financeiros circulam no interior do sistema, os fluxos financeiros entre níveis de governo e entre níveis centrais e unidades de saúde;
- iii) avaliar como esses recursos são utilizados/aplicados nas unidades executoras do sistema de saúde, no âmbito da execução orçamentária;
- iv) confrontar os recursos utilizados com os resultados alcançados em termos da quantidade dos serviços de saúde produzidos e de sua qualidade e efetividade.

Uma metodologia desenvolvida pelo Banco Mundial e já aplicada em vários países em desenvolvimento, permite rastrear o gasto público em saúde para avaliar se o recurso disponível está sendo “bem” utilizado: é a Pesquisa de Rastreamento do Gasto Público ou *Public Expenditure Tracking Survey* (PETS). Tradicionalmente, o PETS é constituído por três componentes: um componente de rastreamento, que procura quantificar os atrasos e insuficiências de recursos no processo de planejamento e execução orçamentária dos diferentes níveis de governo; um componente de identificação e mensuração dos desvios e desperdícios ao nível das unidades de saúde; e um terceiro componente que visa medir o impacto desses problemas sobre a qualidade e eficiência na prestação de serviços. Esse tipo de pesquisa implica normalmente em rastrear fundos específicos transferidos entre órgãos e unidades de saúde por um lado, e analisar a alocação e aplicação de recursos em nível das unidades de saúde.

Na maioria dos casos, a aplicação do PETS se deu em países onde o sistema de saúde é bem menos complexo, os fluxos de recursos mais simples, e os sistemas de informação mais rudimentares, do que no Brasil. Houve, portanto necessidade de adaptar a metodologia do PETS à realidade do país. Consideração especial foi dada, por exemplo, na distância e distorções existentes entre os mecanismos formais de planejamento, orçamentação e monitoramento e a prática efetiva de controle do gasto e funcionamento dos serviços de saúde. A pesquisa procurou aproveitar os dados dos sistemas de informação existentes ao mesmo tempo em que procurava comprovar essas informações através de levantamentos ou dados pontuais.

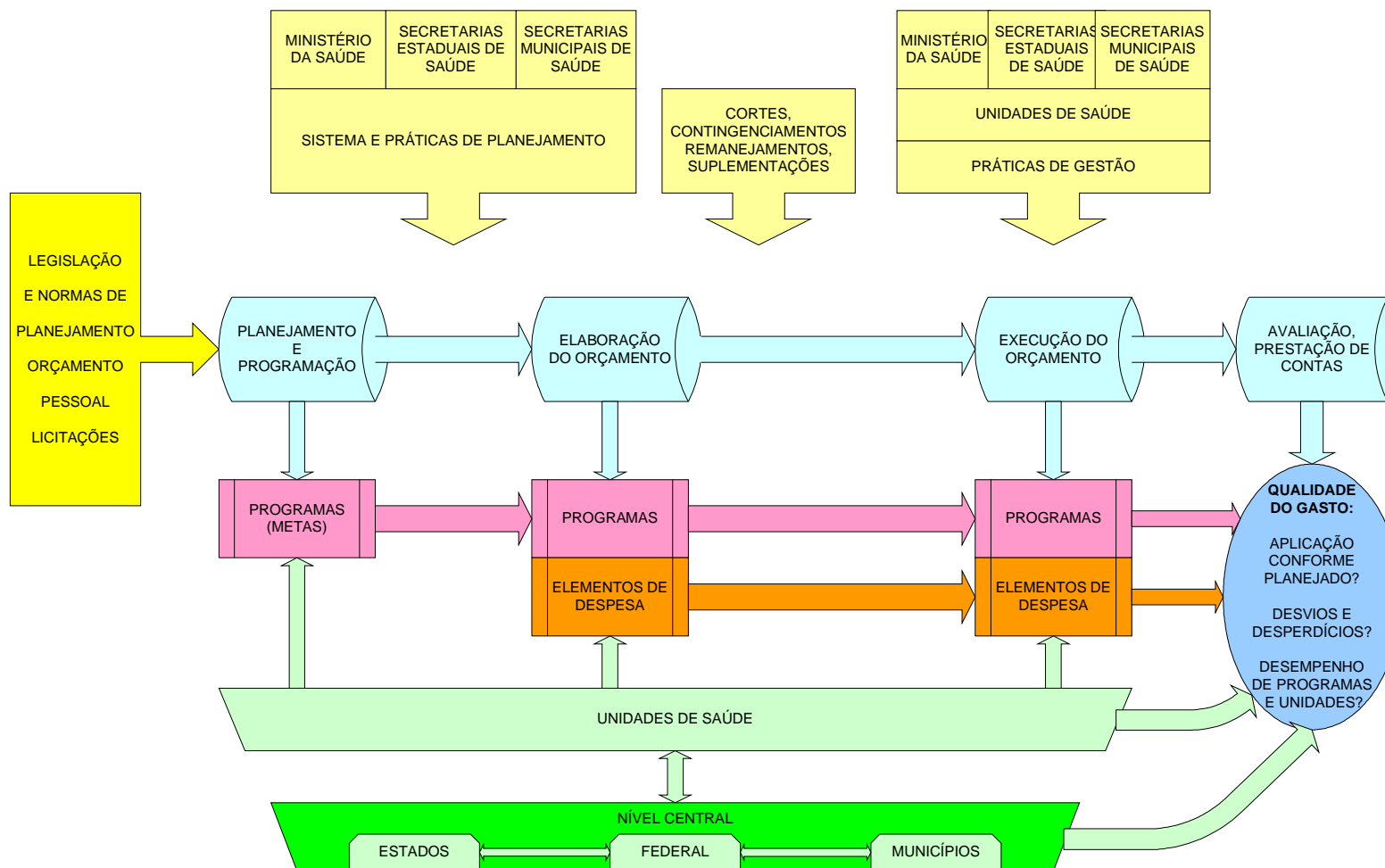


FIGURA 1: O CICLO ORÇAMENTÁRIO E OS DETERMINANTES DA QUALIDADE DO GASTO

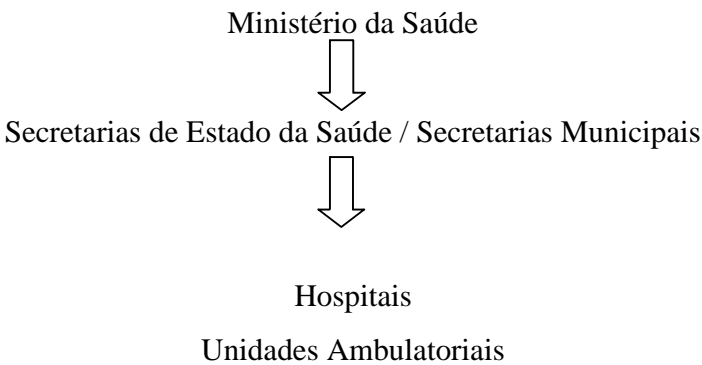
2.2. METODOLOGIA

A aplicação do PETS neste estudo previu uma análise em seis dimensões: processo de planejamento e elaboração do orçamento; execução orçamentária (incluindo controle da execução orçamentária, prestação de contas, auditoria, controle e avaliação); gestão de materiais e medicamentos (incluindo o processo de compras e licitação, controle de estoques; despesas com adiantamento e pronto pagamento, e uso de materiais); gestão de equipamentos e instalações; gestão de recursos humanos; e gestão da produção.

Para entender os fluxos de recursos no âmbito do SUS e poder rastreá-los, a coleta de dados foi realizada em quatro níveis hierárquicos distintos: Ministério da Saúde (através de bancos de dados existentes, poi não foi incluído como tal na pesquisa), Secretarias de Estado da Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS); e unidades de saúde (hospitais e unidades ambulatoriais). Para tanto foi desenvolvida uma estratégia de coleta de dados que integrava consulta e análise de dados secundários e coleta in loco de dados primários, procurando refletir a realidade de cada tipo de local, porém guardando as características de rastreamento descritas acima.

O esquema geral do estudo está retratado no Quadro I, e as questões específicas que o estudo procurou levantar e analisar para cada tema estão listadas a seguir.

QUADRO 1: ESTRUTURA DO PETS

Processo	Planejamento e Orçamento	Execução Orçamentária	Gestão de Materiais	Gestão de Equipamentos	Gestão de Recursos Humanos	Gestão da Produção
Legislação e regulação						
Atrasos						
Desvios e desperdícios						
Outros Problemas						
Impacto s/ qualidade e eficiência						

a) Planejamento e orçamento

- Metodologia e critérios de elaboração dos planos e orçamento;
- Critérios de alocação de recursos;

- Atrasos na aprovação do orçamento e na disponibilização dos recursos;
- Diferenças entre a necessidade de recursos e o orçamento aprovado, entre a alocação solicitada e a aprovada por programas/atividades e categorias de despesa;
- Rigidez na alocação do orçamento, dificultando a realocação dos recursos em função das necessidades;
- Características do processo de planejamento e orçamentário que dificultam o controle financeiro e gerencial;

b) Execução orçamentária

- Atrasos na execução orçamentária e no pagamento dos fornecedores;
- Diferenças entre o orçamento aprovado e despesas realizadas e suas causas;
- Diferenças entre os recursos disponíveis e a execução final de fundos vinculados a programas ou atividades;

c) Gestão de materiais

- Atrasos no processo de licitação e compra, e na entrega de bens e serviços;
- Controle sobre a recepção e qualidade dos produtos e serviços;
- Armazenamento de medicamentos e outros materiais e controle sobre estoques;
- Perdas de medicamentos e outros bens por vencimento da validade;
- Registro e controle de bens fornecidos sem custo pelo nível central;
- Controle sobre verbas de pronto pagamento;

d) Gestão de equipamentos e instalações

- Estado dos equipamentos e instalações
- Manutenção de equipamentos e instalações.

e) Gestão de pessoal

- Quantidade e alocação de pessoal em função das necessidades;
- Atrasos no pagamento de pessoal;
- Absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho;
- Qualificação do pessoal para exercerem suas atividades;
- Produtividade do quadro técnico.

d) Análise do impacto na eficiência e qualidade dos serviços

- Taxas de utilização dos profissionais e recursos técnicos;
- Taxas de mortalidade e infecção hospitalar;
- Atividades e cuidados interrompidos por falta de medicamentos e equipamentos;
- Tempos médios de permanência e giro do leito;

2.3. AMOSTRAGEM

A amostra selecionada para o estudo foi desenhada para refletir a variação regional e de unidades de saúde, procurando ao mesmo tempo manter um custo logístico mínimo. Por isso, escolheu-se uma amostragem não aleatória e em 3 estágios: no primeiro foram escolhidas as unidades federativas, no segundo municípios localizados nesses estados, e no terceiro as unidades de saúde localizadas nesses municípios; entre 1 e 5 hospitais e entre 1 e 5 unidades ambulatoriais foram selecionados em cada município. Essa estrutura da amostra foi escolhida de maneira a permitir o mapeamento e rastreamento dos fluxos de recursos dentro de um mesmo estado, e o cruzamento das informações nos três estratos da pesquisa.

A amostra compreendia inicialmente 6 estados com suas respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, 18 municípios e 76 unidades de saúde (52 hospitais e 24 unidades ambulatoriais). Com o abandono da coleta em um município e algumas unidades, por dificuldade de acesso a informações, permaneceram na amostra final 17 municípios (Secretarias Municipais de Saúde); 49 hospitais (Públicos e Filantrópicos); e 20 unidades ambulatoriais (estaduais e municipais). A relação de secretarias e unidades consta do Anexo III. A amostra resultante, embora reflita a diversidade de situações do SUS, é pequena para cada estrato ou tipo de unidade e portanto não permite extrapolação estatística dos resultados.

Três critérios principais determinaram a escolha da amostra: os estados foram escolhidos de maneira a representarem cada uma das 6 regiões brasileiras (para a região Sudeste foram incluídos 2 estados em face da densidade populacional e concentração de estabelecimentos de saúde); além disso, um critério importante de escolha foi refletir a diversidade de tamanhos e características de estados, municípios e unidades de saúde.

Os municípios foram selecionados tendo como principal parâmetro o porte. Foram incluídas as capitais dos estados, um município de médio porte por estado (aproximadamente 200 mil habitantes), e pelo menos um município de pequeno porte (aproximadamente 50 mil habitantes). Assim, a amostra de municípios resultante pode ser considerada como razoavelmente representativa da diversidade do SUS.

Os hospitais selecionados deveriam atender aos seguintes requisitos: atender predominantemente a usuários do SUS, terem no mínimo 50 leitos, possuírem sistemas de informações razoáveis, e serem de esferas e naturezas representativas do SUS. Foram incluídos na amostra vários hospitais que foram incluídos em outros estudos recentes, visando possibilitar o cruzamento e a complementação das informações. A distribuição proposta considera uma concentração nos hospitais públicos, uma vez que o foco do estudo está nas relações orçamentárias e nas transferências de recursos. Esta amostra foi estratificada por porte (hospitais médios/grandes e pequenos) e esfera, procurando-se obter um número suficiente de unidades de cada tipo para que os resultados sejam representativos. Também procurou-se incluir hospitais com características distintas, como hospitais que desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, e hospitais públicos gerenciados sob modelos diversos de gestão.

2.4. COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados utilizou três fontes paralelas e complementares: um questionário

estruturado destinado a dirigentes de secretarias e unidades de saúde, entrevistas qualitativas a técnicos de instituições de saúde (12 técnicos e profissionais de saúde foram entrevistados), e análise de relatórios e documentos oficiais. A coleta cobriu o período de 2001 a 2003, porém com ênfase para o ano de 2002. Dependendo do tipo e disponibilidade da informação, o período de um ano ou um mês ou alguns momentos durante um ano foram definidos para questões mais específicas, reduzindo os tempos de coleta; os relatos qualitativos se referiam em geral ao ano corrente (2003), focando em eventos mais recentes e portanto mais fáceis de lembrar.

Como principal instrumento de coleta foi desenvolvido um conjunto de questionários adaptado do instrumento do PETS aplicado em outros países (principalmente Mozambique e Uganda). O questionário básico tem três variantes, uma para cada nível ou tipo de unidade de pesquisa: uma para as secretarias de saúde, outra para hospitais, e outra para unidades ambulatoriais. Uma primeira versão foi desenvolvida entre Julho e Setembro de 2003, e testada em campo durante Outubro do mesmo ano. A versão final, com as modificações sugeridas pelo teste-piloto, ficou pronta em Novembro, e o trabalho de campo ocorreu nos meses de Novembro 2003 a Março 2004. Esse período é sem dúvida inadequado em função dos feriados de fim de ano, que atrapalharam bastante o ritmo da coleta. A tarefa de adaptação da metodologia PETS à realidade brasileira foi um processo que envolveu uma equipe multiprofissional. Essa adaptação visou levar em conta os sistemas de informação existentes e levantar evidências de problemas, procurando-se sempre que possível quantificá-los e avaliar seu impacto na prestação de serviços.

Os questionários foram aplicados em entrevistas realizadas com Secretários Estaduais de Saúde ou alguém designado (normalmente um profissional encarregado de setor específico que detinha as informações necessárias); Secretários Municipais de Saúde ou alguém por ele designado; Diretores de Hospitais; e Diretores de Unidades Ambulatoriais. Além disso, foram realizadas entrevistas complementares com técnicos de diversas áreas técnicas e administrativas, com o objetivo de esclarecer e aprofundar os achados da pesquisa por questionário. Finalmente, juntamente com a aplicação do questionário foram solicitados documentos e relatórios de apoio, tais como documentos orçamentários, planos e relatórios de gestão, etc..

O trabalho de campo foi organizado em equipes, uma por estado incluído na amostra. Em cada estado foi designado um supervisor de campo, que coordenava uma equipe de 2 a 4 entrevistadores que cobriam as unidades daquele estado. O supervisor tinha a tarefa de coordenar a equipe de seu estado, planejar a logística da pesquisa de campo, e ao final desta, verificar a consistência dos dados, organizar a documentação complementar, elaborar um relatório de campo acompanhado de prestação de contas, e encaminhar tudo à coordenação do projeto, via eletrônica (para os questionários) e por correio. Supervisores e pesquisadores de campo receberam orientação sobre o projeto e treinamento na aplicação dos instrumentos.

Os instrumentos possuem uma estrutura comum para todos os tipos de unidades investigadas (SES e SMS, hospital e unidade ambulatorial), porém o conteúdo de cada seção é específico para cada tipo de unidade (os questionários estão no Anexo I). A estrutura básica do questionário foi organizada em torno dos processos de planejamento, orçamentação e execução orçamentária, e dos principais insumos utilizados na prestação de serviços de saúde: Materiais e Medicamentos, Recursos Humanos, e Equipamentos e

Instalações; as seções componentes do questionário são:

- Seção A – Informações da Secretaria ou Unidade – contempla os dados de identificação da unidade pesquisada, o nome do responsável e a identificação da natureza e perfil da unidade (no caso de hospitais e ambulatorios incluem por exemplo o numero de leitos e serviços oferecidos).
- Seção B – Planejamento e Processo Orçamentário – investiga o processo de planejamento e orçamento em suas diferentes etapas, o grau de autonomia na preparação e execução do orçamento, atrasos na liberação e aplicação dos recursos, diferenças entre os valores solicitados, aprovados e executados, além do uso de verba de pronto pagamento (pequeno caixa).
- Seção C – Gestão de Compras, Materiais e Medicamentos - esta seção contempla as informações sobre sistema de compras e armazenagem, incluindo a farmácia; foram levantados basicamente a condição física do estoque, os atrasos nos processos de licitação e o impacto na produção de serviços.
- Seção D – Equipamentos e Instalações – nesta seção verificaram-se o parque de equipamentos, incluindo a produção realizada e o índice de quebras, além das condições físicas das instalações.
- Seção E – Recursos Humanos – nesta seção buscou-se informações sobre o quadro de pessoal, sua distribuição, qualificação, absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho.
- Seção F - Gasto Hospitalar e Ambulatorial – Nesta seção busco-se informações sobre o orçamento de despesa por tipo e receita por fonte, analisando-se nos prestadores de serviço o impacto da receita SUS sobre as despesas.
- Seção G - Produção Hospitalar e Ambulatorial – foram coletados dados de produção das unidades e calculados quando possível indicadores de performance e qualidade.

A documentação complementar solicitada é constituída de:

- Agenda Municipal /Estadual de Saúde (2002-2003);
- Plano Municipal /Estadual de Saúde (2002-2003);
- Plano Plurianual em vigor (parte Saúde);
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (2002-2003);
- Orçamento Municipal /Estadual da Saúde (2002-2003);
- Demonstrativos de Execução Orçamentária existente (2002 e 1º semestre 2003);
- Balanços Municipais/ Estaduais, Anexos 2, 6 (parte Saúde), 10 e 11, para 2002;
- Relatório de Gestão (2002).
- Quadro de Lotação de Pessoal
- Organograma da instituição.

Análise de dados

Os dados do questionário e dos documentos de apoio foram tabulados em um banco de dados em Microsoft Access, e análises quantitativas foram realizadas em Excel e SPSS. Durante a entrada de dados foram realizadas verificações de consistência interna e fazendo uso dos relatórios e documentos de apoio, o que consumiu tempo considerável mas permitiu reduzir os erros de preenchimento do questionário e preencher lacunas. A partir da base de dados foram calculados alguns indicadores de desempenho para as unidades de saúde pesquisadas, principalmente os hospitais.

3 CONTEXTO INSTITUCIONAL

As próximas três seções descrevem as principais características do Sistema Único de Saúde em termos de sua estrutura e financiamento (Seção 3.1), o mapeamento dos fluxos financeiros no âmbito do SUS (Seção 3.2), e as características das secretarias e unidades de saúde incluídas na amostra (Seção 3.3).

3.1. CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA

3.1.1 Estrutura do Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde brasileiro é constituído por dois subsistemas principais: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de acordo com os três níveis de governo da federação brasileira e que por mandato constitucional cobre todos os brasileiros oferecendo em princípio todos os cuidados de que o indivíduo necessita; e (ii) o setor privado, constituído de uma variedade de planos e seguros de saúde cobrindo 40-45 milhões de pessoas (24% da população); além disso inclui-se no setor privado a utilização de serviços de saúde financiada pelo gasto direto das famílias (*out-of-pocket* na literatura de língua inglesa).

O processo de Reforma Sanitária que ocupou boa parte das décadas de 1980 e 1990 redefiniu as responsabilidades no âmbito do setor público da saúde e resultou na formalização do SUS na Constituição de 1988 e na legislação básica que orientou sua implantação e seu funcionamento³. A característica principal dessa reforma foi a descentralização da prestação de serviços de saúde para o nível municipal, processo esse também chamado de municipalização. Como resultado desse processo e de acordo com a legislação básica do SUS, as responsabilidades do sistema estão divididas como segue:

- Coordenação e definição de políticas: essa função pertence essencialmente ao Ministério da Saúde, embora os níveis estadual e – em menor grau – municipal tenham papel complementar no detalhamento das políticas definidas a nível federal e possam definir prioridades em função da realidade local.

³ A legislação básica do SUS está listada no Anexo IV.

- **Regulação:** também é função essencialmente federal, exercida pelo Ministério da Saúde e por diversas agências autônomas especializadas como a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que desde 1998 regula e supervisiona os planos privados; os estados e municípios podem ter um papel regulatório complementar nas suas esferas de influência.
- **Financiamento:** esse papel de há muito é dividido entre os três níveis de governos – federal, estadual e municipal – mas o processo de descentralização e as mudanças introduzidas nas formas de financiamento do SUS ao longo dos anos reduziram a importância do financiamento federal e aumentou a parcela dos níveis estadual e principalmente municipal.
- **Prestação de serviços:** com a reforma, a prestação de serviços está hoje mais racional, com uma divisão mais clara de responsabilidades; a atenção básica e secundária é de responsabilidade do nível municipal, e a de referência de responsabilidade dos governos estaduais; o governo federal retém pouca participação na prestação direta de serviços de saúde, a não ser em algumas áreas específicas (hospitais universitários por exemplo); deve-se salientar que boa parte dos serviços do SUS (e a maior parte da assistência hospitalar) é na verdade prestada por prestadores privados - filantrópicos ou lucrativos – contratados ou conveniados.

A Norma Operacional Básica 01/96 definiu dois níveis da implantação do SUS nos municípios, de acordo com a capacidade e vontade política das secretarias municipais de assumir os diferentes níveis de serviços e atividades programáticas⁴:

- **Gestão Plena da Atenção Básica,** onde o município se responsabiliza por todas atividades da atenção básica, mas não pela prestação de serviços de maior complexidade;
- **Gestão Plena do Sistema,** na qual o município assume responsabilidade integral pela gestão dos serviços e unidades de saúde em sua área geográfica.

Já em Dezembro de 2001, 10% dos municípios brasileiros estavam qualificados na Gestão Plena do Sistema e 89% na Gestão Plena da Atenção Básica, enquanto que 44% dos estados estavam qualificados na Gestão Avançada ou Plena.

Entretanto, a grande diversidade de condições locais e na capacidade para supervisão técnica, gestão e operação de unidades de saúde, e contratação de prestadores privados, implica na variedade de situações e arranjos institucionais e financeiros que torna o sistema bastante complexo. Por exemplo, quando o município não se estruturou ainda ou não teve a vontade política para assumir determinadas atividades (por exemplo, a gestão da vigilância epidemiológica ou o pagamento a prestadores privados) o estado mantém a responsabilidade por elas.

⁴ Classificação equivalente foi definida para os estados: Gestão Plena e Gestão Avançada do Sistema. Estadual

3.1.2 Financiamento

O complexo sistema de responsabilidades compartilhadas entre níveis de governo resulta em que o financiamento do SUS se revele bastante complexo. O governo federal, através do Ministério da Saúde, é o principal financiador do SUS, com cerca de 53% do gasto público. Segundo os estudos mais recentes, o gasto público representa pouco mais de 45% do gasto nacional com saúde e o gasto privado cerca de 55%, incluindo o gasto direto das famílias que representa quase a metade do gasto privado. A estrutura do financiamento entre níveis de governo e fontes privadas nos últimos anos é mostrada na Figura 2.

Porém, a estrutura federativa e descentralizada do SUS implica em que grande parte do gasto federal seja transferida para os governos estaduais e municipais, através de múltiplos mecanismos de transferência e pagamento; no total, cerca de 2/3 do gasto do Ministério da Saúde - ou 36% do gasto público - é transferido às secretarias estaduais e municipais de saúde ou a prestadores privados, sob mais de 70 modalidades diferentes (veja uma descrição desses mecanismos na seção 3.2.2).

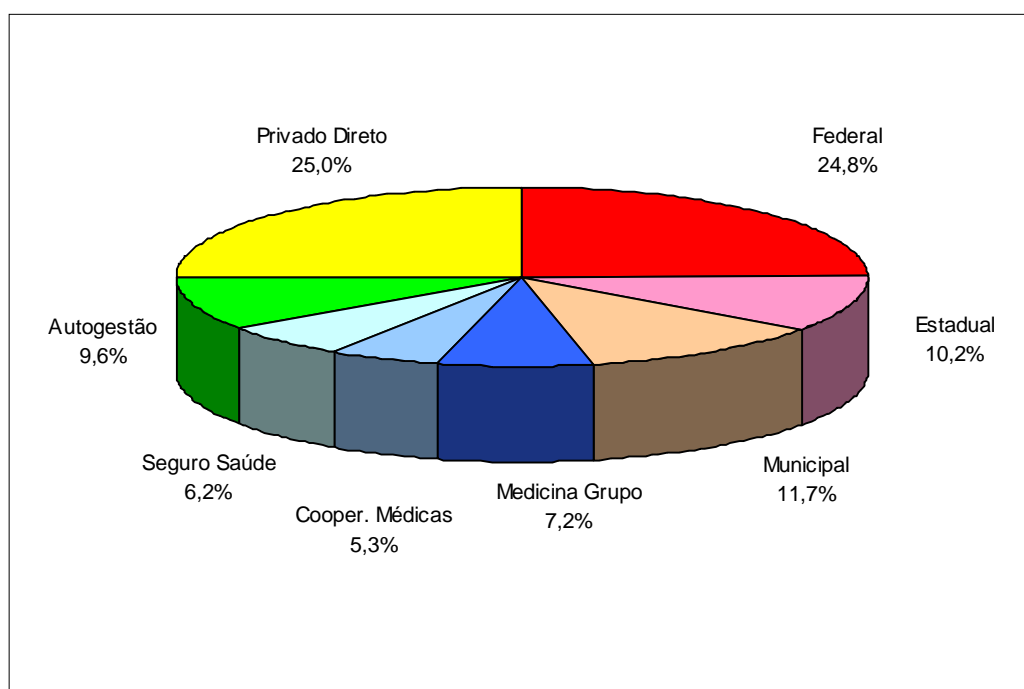


FIGURA 2: COMPOSIÇÃO DO GASTO NACIONAL EM SAÚDE⁵

3.2. MAPEAMENTO DOS FLUXOS FINANCEIROS

3.2.1 O sistema orçamentário

O sistema orçamentário público brasileiro é bastante estruturado e formalizado,

⁵ Elaboração dos autores para 2002, com base em dados do SIOPS, ABRAMGE e IBGE.

sendo comum por lei aos três níveis de governo. Embora a estrutura básica e a legislação que o governa sejam as mesmas, cada órgão pode detalhar seu orçamento à sua maneira e de acordo com suas políticas e prioridades, tornando mais difícil a comparação e consolidação. O gasto é classificado de acordo com vários critérios, conforme discriminado simplificada e a seguir⁶ :

- Classificação funcional-programática, que define o gasto de acordo com a área de governo em que se realiza e sua finalidade estruturada hierarquicamente (por Função, Subfunção, Programa e Projeto/Atividade);
- Classificação econômica por Categoria (e Elemento) de Despesa, que identifica o tipo de insumo utilizado (pessoal, materiais, serviços, etc.), e se a verba se destina a ações continuadas (Atividades) ou temporárias (Projetos, geralmente relacionadas a investimentos ou implantação de novas ações); as categorias de despesa agregadas são Pessoal e Encargos Sociais; Juros e Encargos da Dívida; Outras Despesas Correntes; Investimentos; Inversões Financeiras; Amortização da Dívida.
- Classificação institucional (por Órgão e Unidade Orçamentária), indicando onde ou por quem o gasto foi realizado; as unidades que constituem Unidade Orçamentária possuem orçamento próprio, e normalmente são restritas aos grandes hospitais e departamentos centrais; as demais unidades, não tendo orçamento próprio, em geral não dispõem de informação financeira sistemática.
- Classificação por fonte, identificando a origem dos recursos, e se ordinária (de aplicação geral) ou vinculada (que deve ser aplicada numa determinada atividade ou programa).

O processo de planejamento e execução orçamentário se dá em várias etapas, que se encontram delineadas nas Figuras 3 e 4: Planejamento e Programação das ações, Preparação do Orçamento, Aprovação do Orçamento nas diferentes instâncias e sua publicação, Execução Orçamentária, Controle e Prestação de Contas. Cada etapa tem prazos legais para ser completada (vide o caso do orçamento federal no Anexo VI). A proposta orçamentária final é resultante de dois fluxos complementares: um ascendente – as propostas orçamentárias elaboradas pelas unidades e programas, que são encaminhadas para os níveis superiores do sistema – e outro descendente, decorrente da fixação de prioridades de políticas e dos tetos orçamentários dados pela arrecadação do setor público.

Na fase de planejamento são três os documentos básicos do SUS:

- A Agenda de Saúde: primeiro passo do processo de planejamento, define os eixos prioritários de intervenção e as estratégias de ação, de forma a balizar os programas, objetivos e metas da política de saúde. Tem periodicidade anual, e deve ser submetido e aprovado no Conselho de Saúde, sendo uma exigência para habilitação dos municípios ao SUS e um instrumento importante para balizar o Plano de Saúde.
- O Plano de Saúde: consolida e detalha o processo de planejamento em saúde,

⁶ Uma lista detalhada dessas classificações é dada no Anexo V

devendo incorporar a programação da política de saúde, indicando o diagnóstico, as estratégias, as prioridades, os programas de atuação, seus objetivos, metas e indicadores de avaliação. O Plano de Saúde deve conter um Quadro de Metas inspirado na Agenda de Saúde. A periodicidade de elaboração do Plano de Saúde é anual. Além disso, os Planos de Saúde são a base das programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentária. Também deve ser submetido e aprovado no Conselho de Saúde. Os programas previstos no Plano e na Agenda de Saúde devem constituir a base para a elaboração dos documentos orçamentários. É o documento principal do planejamento.

- A Programação Pactuada Integrada (PPI): tem a finalidade de consolidar os planos de saúde dos diferentes níveis de governo, harmonizando objetivos e metas.
- O Relatório de Gestão é o último passo no processo de planejamento; elaborado após o encerramento do exercício, consiste na avaliação das atividades realizadas e dos resultados alcançados; deve em princípio contrastar os resultados com os objetivos e metas fixados na Agenda e no Plano de Saúde.

Quanto ao processo orçamentário propriamente dito, está organizado em três fases principais – preparação ou elaboração, execução e prestação de contas – que por sua vez se desdobram em várias atividades. A fase de preparação do orçamento está diretamente ligada ao planejamento e programação das ações de saúde, fixação de objetivos e prioridades. O orçamento deve em princípio refletir os planos elaborados na fase de planejamento. Entre as propostas iniciais de orçamento, elaboradas em geral ao nível das unidades e programas de saúde com base nas suas necessidades e objetivos (num processo dito ascendente), e a dotação finalmente aprovada e publicada, ocorre um processo de ajuste das propostas aos recursos disponíveis de acordo com a arrecadação prevista, discussão e mudanças recomendados pelos conselhos de saúde ou negociadas através de emendas parlamentares⁷. Uma vez aprovada, a versão final da proposta orçamentária é aprovada em lei e se traduz em três documentos principais:

- O Plano Plurianual (PPA): determina, para um período de 4 anos, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e para os programas de duração continuada (mais de um exercício financeiro). Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no PPA, ou em lei que autorize sua inclusão. O PPA deve ser enviado pelo chefe do poder executivo ao poder legislativo no primeiro ano de seu mandato.
- A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): faz a transição entre o PPA e as leis orçamentárias anuais, e define as metas e prioridades para o exercício, as orientações a serem seguidas na elaboração do orçamento, os limites para elaboração das propostas orçamentárias de cada Poder, as disposições relativas às despesas com pessoal, e a política das agências financeiras oficiais de

⁷ Uma discussão do processo orçamentária se encontra no Anexo XIX

fomento. O órgão central de orçamento indica o volume de dispêndios coerente com a participação do Setor Público no PIB e a previsão de arrecadação, conforme o estabelecido no Plano Plurianual. Deve ser enviada pelo poder executivo ao poder legislativo no primeiro semestre de cada ano.

- A Lei Orçamentária Anual (LOA): fixa as prioridades contidas no PPA e as metas que deverão ser atingidas naquele ano, estima as receitas e autoriza as despesas de acordo com a previsão de arrecadação. Disciplina todas as ações do governo e nenhuma despesa pública pode ser executada fora do Orçamento. O Poder Legislativo em cada nível federativo discute nas Comissões específicas para o Orçamento e Planos, as propostas enviadas pelo Executivo, fazem as modificações que julgam necessárias através das emendas e votam o projeto. A Constituição determina que o governo federal é obrigado a encaminhar o Projeto de Lei do Orçamento ao Congresso Nacional até o dia 31 de agosto de cada ano, e que o orçamento deve ser votado e aprovado até o final de cada Legislatura. No caso dos estados e municípios o cronograma é estabelecido pela constituição de cada estado, mas é similar. Depois de aprovado, o projeto é sancionado pelo Chefe do Executivo e se transforma em Lei.

Uma vez publicada a Lei Orçamentária, dá-se início à fase de execução do orçamento (retratada de maneira simplificada na Figura 4). Esta se realiza através do gasto com pagamento de pessoal, aquisição de bens e contratação de serviços. Cada Unidade Orçamentária deve fazer uma programação do gasto a ser realizado, e reservar recursos para cada compra ou contrato firmado. Com a realização do processo de licitação para compras ou contratos, a unidade emite uma Nota de Empenho, que representa um compromisso de pagamento. Quando o bem ou serviço é entregue e conferido, solicita-se a liberação do recurso para pagamento, e a despesa correspondente é então “liquidada”. A despesa é tida como realizada após a efetivação do pagamento, o que muitas vezes ocorre no exercício seguinte. Uma das dificuldades em se analisar o processo orçamentário e a alocação de recursos está no fato de que, dependendo da fonte de informação, a despesa informada pode ser a dotação inicial, a despesa empenhada, a liquidada ou a realizada, sem que isso fique necessariamente explicitado.

Os recursos orçamentários são normalmente liberados em cotas trimestrais. Entretanto, várias modificações podem afetar o montante de recursos inicialmente registrado no orçamento (dotação inicial). Quando a previsão de receita tributária se revela menor do que registrado na peça orçamentária, e/ou os recursos de caixa se revelam insuficientes para fazer frente aos gastos programados, o governo (federal, estadual ou municipal) pode determinar um contingenciamento de parte do recurso orçamentário, que permanece então indisponível e não pode ser executado. Se as necessidades para um programa ou atividade determinada se revelam maiores do que o recurso orçado, pode-se proceder a um remanejamento entre itens ou programas orçamentários, ou a uma suplementação da dotação original. Essas alterações e as peculiaridades do processo de execução orçamentária, aliadas às práticas e limitações da gestão das unidades, programas de saúde, contribuem para que o montante efetivamente gasto possa ser bastante diferente do registrado no orçamento.

Paralelamente à execução orçamentária, se dá um conjunto de atividades estruturadas de Monitoramento, Controle e Avaliação dessa execução. Como se verá mais

adiante, a maioria das atividades desenvolvidas nessa área têm a característica de fiscalização e auditoria contábil-financeira.

QUADRO 2: ESQUEMA DAS ALTERAÇÕES NA DOTAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIAS

Evolução da Dotação Orçamentária:
Dotação Inicial (segundo Lei Orçamentária Anual) - Cortes e contingenciamentos +/- Remanejamentos (entre itens ou programas) + Suplementações (Créditos Adicionais) = Dotação Atualizada ou Final
Etapas da Execução Orçamentária:
<ul style="list-style-type: none">• Empenho (por ocasião da licitação ou equivalente) = Despesa Empenhada• Liquidação (após entrega do bem ou serviço) = Despesa Liquidada• Pagamento (no pagamento da despesa) = Despesa Paga ou Realizada• Restos a Pagar (pagamentos transferidos para o exercício seguinte)

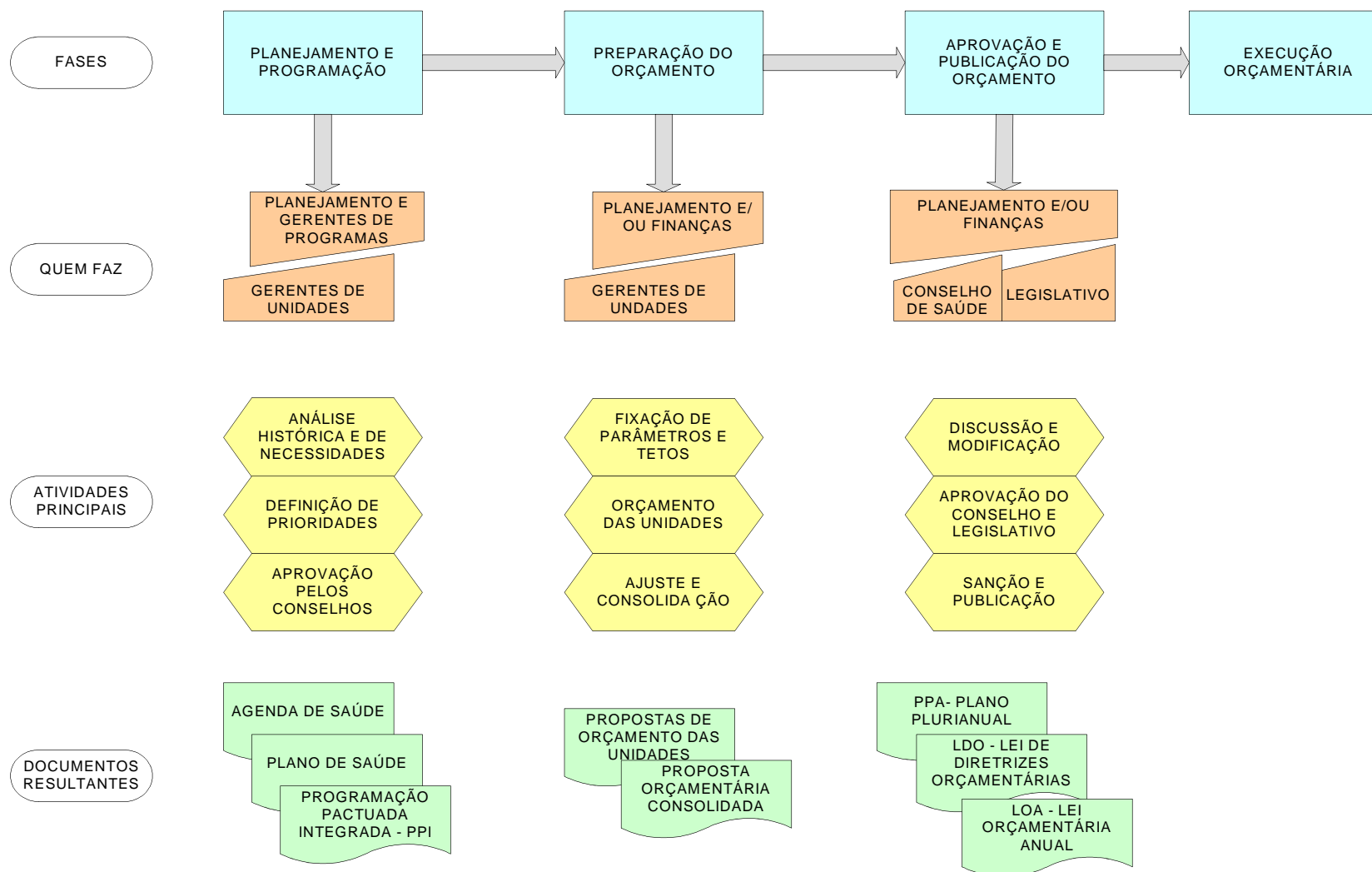


FIGURA 3: ESQUEMA DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO (ELABORAÇÃO)

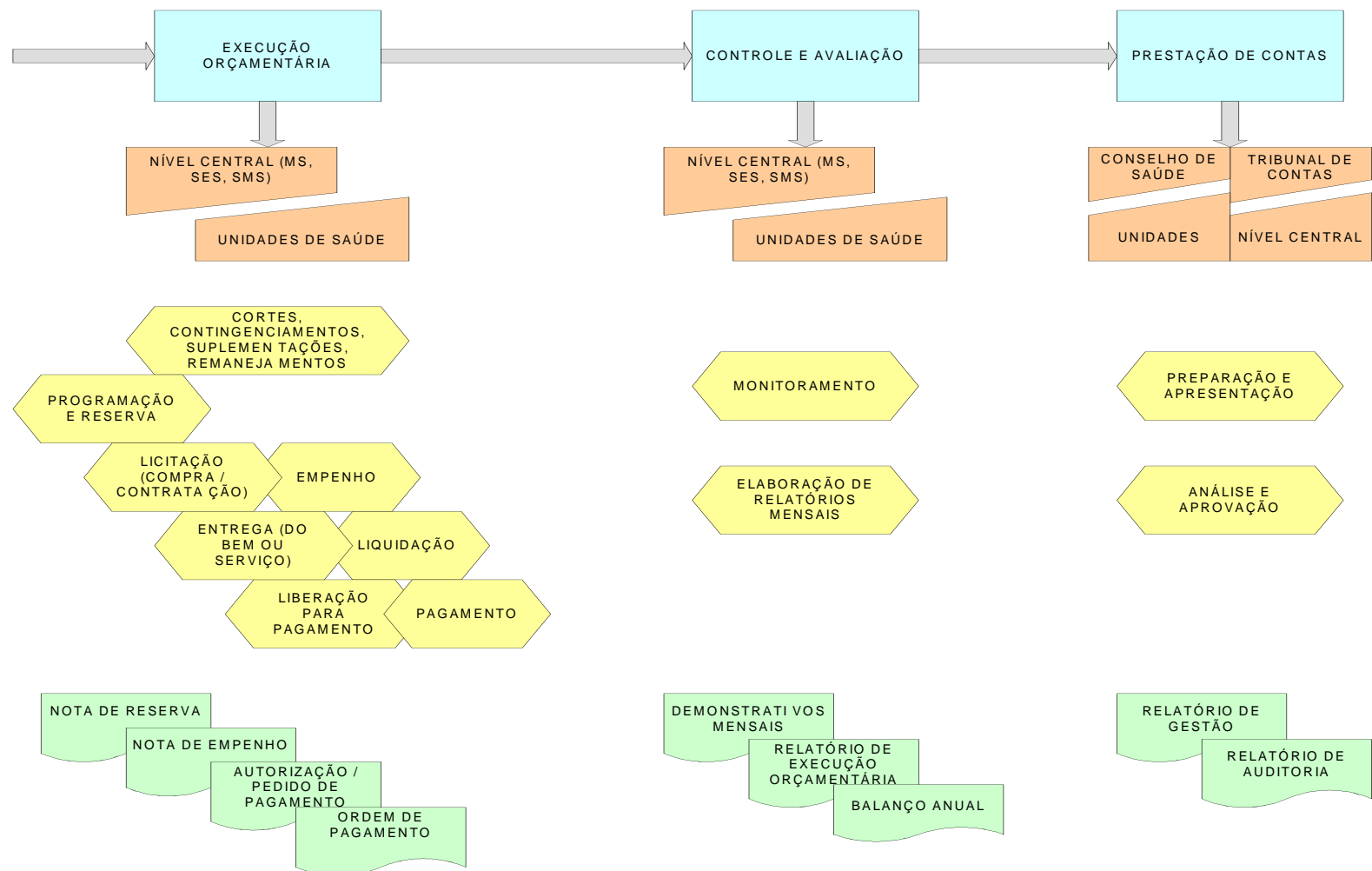


FIGURA 4: ESQUEMA DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO (EXECUÇÃO)

3.2.2 As transferências federais

As transferências do Ministério da Saúde para estados e municípios e os pagamentos diretos a prestadores representam a maior parte do gasto federal com saúde, e 1/3 do gasto total do SUS. Elas se dão através de 3 mecanismos principais que se desdobram em mais de 70 modalidades específicas, como demonstrado no Quadro 3. A Figura 5 mostra os principais fluxos associados a essas transferências (que se encontram detalhados nos Anexos VII e IX).

- Pagamento por serviços prestados: É a remuneração paga aos hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais pelos serviços prestados ao SUS, conforme programação e segundo valores fixados em tabelas de procedimentos; esses pagamentos são feitos diretamente a prestadores de serviços hospitalares (pelo sistema da SIH/AIH) e ambulatoriais (pelo sistema SIA/SUS) em função da quantidade de serviços produzidos. Os estados e municípios habilitados em Gestão Plena recebem os recursos para realização do pagamento aos prestadores de serviço; se o estado ou município não estiver habilitado em Gestão Plena, o pagamento será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente ao prestador de serviço.
- Transferências diretas ou fundo a fundo: consistem em repasses, regulares e automáticos, diretamente do FNS para os Fundos de Saúde dos Estados e Municípios, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário; destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para a Atenção Básica (PAB fixo e PAB variável) e para os procedimentos de Média e Alta Complexidade; praticamente todas as transferências para financiamento da Atenção Básica e parte das ações de Média e Alta Complexidade se encaixam nessa categoria.
- Convênios: acordos celebrados entre órgãos públicos ou com uma instituição privada, normalmente destinados para o desenvolvimento de ações específicas; em geral tratam de projetos financiados pelo Ministério da Saúde, voltados para construções, reformas, aquisição de equipamentos, unidades móveis e/ou manutenção de hospitais. Podem originar-se de Emenda Parlamentar ou de programas específicos do Ministério da Saúde.
- Outros incentivos e programas especiais: são recursos destinados a financiar determinadas ações ou insumos definidos pelo Ministério da Saúde (por exemplo vários medicamentos especiais) ou voltados a grupos populacionais específicos (como a Assistência às Populações Indígenas). Em geral, esses recursos só podem ser aplicados no programa a que estão vinculados.

O Ministério da Saúde fixa anualmente, para cada estado, tetos para cada tipo de transferência e/ou pagamento, com base na série histórica de produção e pagamentos, em parâmetros técnicos (por exemplo, 1 internação por habitante/ano) e em metas fixadas para programas específicos. A execução orçamentária na área da saúde deve ser realizada por meio dos Fundos de Saúde em cada nível de governo. Esses fundos constituem-se no mecanismo principal de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados às Secretarias de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas. É importante notar

que os valores transferidos aos fundos de saúde muitas vezes devem ser movimentados em contas vinculadas ao programa ou item de despesa a que se destinam, implicando programação e prestação de contas específicas. Esse sistema reduz a possibilidade de desvios da finalidade original dos recursos, sem no entanto eliminá-la. Em contrapartida, dado o grande número de transferências nessa condição, o trabalho administrativo de monitorar e prestar contas desses recursos é bastante grande.

QUADRO 3: CLASSIFICAÇÃO RESUMIDA DOS MECANISMOS FEDERAIS DE TRANSFERÊNCIA

TIPO	MECANISMO	PROGRAMA/AÇÃO	BASE DE CÁLCULO
Transferências Diretas e Automáticas (fundo a fundo)	PAB fixo	Controle da Tuberculose Controle da Hipertensão Controle do Diabetes Saúde Bucal Saúde da Criança Saúde da Mulher	Valor global fixo per capita
	PAB variável	Vigilância Sanitária Programa Medicamentos Básicos Programa de Combate às Carência Nutricionais Programa de Agentes Comunitários de Saúde/ PACS Programa de Saúde da Família /PSF	Valor proporcional à produção ou cobertura de cada programa
	Vigilância	Vigilância Sanitária Epidemiologia e Controle Doenças	Valor proporcional à produção ou cobertura
	Média e Alta Complexidade	Procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade	Idêntico à AIH e SIA
Pagamento por Serviços Prestados	AIH/SIH – Autorização de Internação Hospitalar	Pagamento das internações hospitalares, com prévia autorização, em função de uma tabela de valor por procedimento ou tratamento	Valor por internação, pré-fixado em tabela; inclui Honorários, Serviços Hospitalares e Materiais Especiais
	SIA - Sistema de Informação Ambulatorial	Pagamento dos atendimentos realizados, classificado em: - básico (consultas, curativos) - alta complexidade (tomografia, ressonância magnética, hemodiálise)	Valor por procedimento, pré-fixado em tabela
Convênios	Convênio	Pagamento definido em função do objeto do convênio	Valor negociado/ fixado caso a caso
Outros Incentivos e Programas Especiais	Transferência Direta	Medicamentos especiais Medicamentos de Saúde Mental Emergência Pública Campanhas de Saúde, FUNASA	Valor global
	Pagamento Direto	Atendimento hospitalar e ambulatorial para populações indígenas.	Valor por internação e procedimento, pré-fixado em tabela

CAIXA 1 : MODIFICAÇÕES RECENTES INTRODUZIDAS NOS FLUXOS FINANCEIROS DO SUS

Atenção Básica:

A Norma Operacional da Assistência – NOAS 2001 (Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001), criou a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde, alterando o Piso de Atenção Básica, que passou a ter o seu elenco de atividades ampliado, denominando-se PAB-Ampliado (PABA). Esse novo Piso abrange as ações de controle da tuberculose, de eliminação da hanseníase, de controle da hipertensão arterial, de controle do diabetes *mellitus*, da saúde da criança e da mulher e da saúde bucal. O PABA, da mesma forma que o PAB – descrito anteriormente - é composto de uma parte fixa de recursos (PABA Fixo) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA Variável), relativa aos incentivos para o desenvolvimento de programas específicos executados nesse nível de atenção. O PABA teve seus valores definidos numa faixa que varia entre R\$ 10,50 e R\$ 18,50 (R\$ 0,50 superior ao valor do PAB).

Média e alta complexidade:

Em 1999, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 531 / GM, criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). A finalidade desse Fundo é de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes referidos de um estado a outro, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas.

Os recursos destinados ao FAEC foram sendo incrementados ano a ano após sua criação, superando R\$ 1,0 bilhão em dezembro de 2001, o que correspondia a 10% dos recursos disponibilizados nos “tetos” dos estados e do Distrito Federal, da ordem de R\$ 10,2 bilhões (Relatório de Gestão 1998 – 2001 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde). Nesse período expande-se a estratégia de utilizar recursos do FAEC para aumentar ações sob a forma de *campanhas e ações estratégicas*.

Ressarcimento do gasto com pacientes de Planos de Saúde

A Lei 9.656/98, em seu artigo 32, e a Resolução RDC Nº 18 da ANS, de 30 de março de 2000, definem e regulamentam que no caso de pacientes que recebem atendimento em unidades do SUS sejam cobertos por plano privado de saúde, o valor do atendimento prestado deverá ser ressarcido à ANS, de acordo com tabela de procedimentos aprovada pela AN. Os valores ressarcidos pelas operadoras à ANS, devem ser creditados ao Fundo de Saúde, à entidade mantenedora ou à unidade prestadora do serviço, de acordo com ato do Ministério da Saúde.

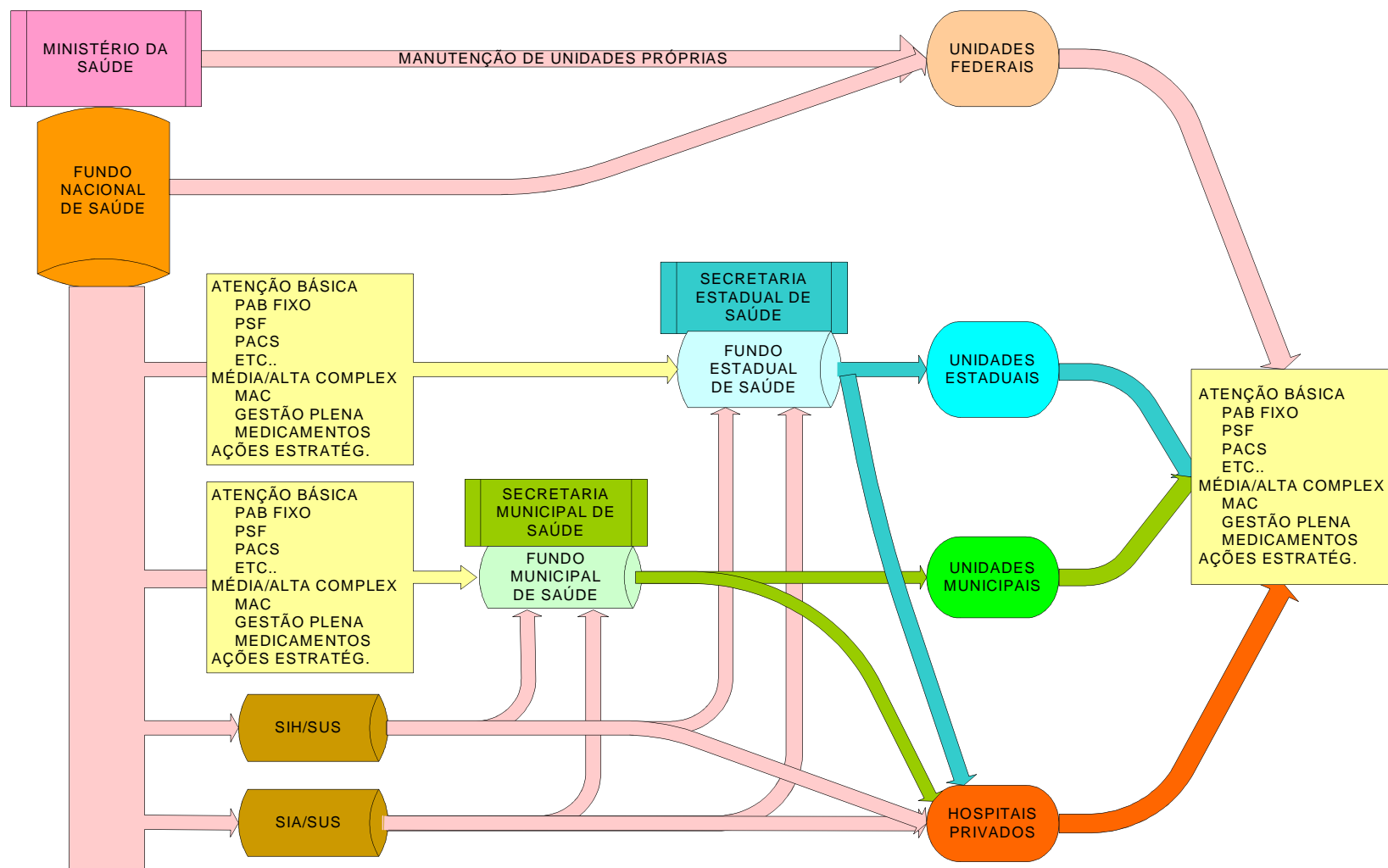


FIGURA 5: PRINCIPAIS FLUXOS FINANCEIROS NO SUS

3.3. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Como já foi dito, a amostra foi escolhida de modo não aleatório, mas visando refletir a diversidade de situações encontradas no SUS. O Quadro 4 a seguir apresenta a população, situação de gestão do SUS e rede de unidades de saúde dos estados e municípios da amostra.

QUADRO 4: CARACTERÍSTICAS DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS DA AMOSTRA

	POPULAÇÃO	GESTÃO	REDE HOSPITALAR		REDE AMBULAT.	
			PRÓPRIA	SUS	PRÓPRIA	SUS
Amazonas	3.031.068		67	96	81	647
- Manaus	1.527.314	GPSM	3	32	217	277
- Parintins	99.813	GPSM	0	1	2	7
Ceará	7.758.441		9	269	17	1903
- Fortaleza	2.256.233	GPSM	9	52	74	118
- Sobral	163.836	GPSM	2	7	16	22
- Canindé	71.996	GPSM	0	1	32	32
Rio de Janeiro	14.879.118		22	310	22	1684
- Rio de Janeiro	5.974.081	GPSM	30	101	78	106
- São Gonçalo	925.402	GPAB	4	17	52	57
- Resende	110.876	GPSM	1	3	30	30
- Natividade	15.275	GPAB	0	1	7	8
São Paulo	38.709.320		62	641	157	6385
- São Paulo	10.677.019	GPSM	18	83	297	419
- Assis	90.774	GPSM	0	3	21	22
Rio Grande Sul	10.510.992		6	370	16	2287
- Porto Alegre	1.394.085	GPSM	2	25	93	134
- Pelotas	331.372	GPSM	0	7	52	61
- Ivoti	16.594	GPAB	0	1	3	3
Mato Grosso	2.651.335		4	157	9	817
- Cuiabá	508.156	GPSM	1	18	63	76
- Barra Bugres	29.717	GPAB	2	5	31	32
- Rondonópolis	158.391	GPAB**	0	7	59	61

Fonte: IBGE (MAS 2002). Rede própria indica as unidades pertencentes ao governo estadual ou municipal listado; a coluna SUS inclui todas as unidades públicas ou privadas prestando assistência ao SUS no estado ou município.

GPSM = Gestão Plena do Sistema Municipal; GPAB = Gestão Plena da Atenção Básica

Rondonópolis se habilitou à GPSM em 2003.

3.3.1 Secretarias Estaduais

As 6 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) – Amazonas, Ceará, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo – possuem características distintas, em termos de tamanho da população e da rede instalada, da situação de gestão do SUS e do perfil

epidemiológico. A maioria está na situação de Gestão Estadual Avançada. Chama a atenção a importância da SES de São Paulo, com uma extensa rede própria de hospitais e unidades ambulatoriais, e a rede ambulatorial da SES do Amazonas.

3.3.2 Secretarias municipais

Os 17 municípios pesquisados também apresentam características distintas. Seis são capitais de seus estados, todos com população acima de 600.000 habitantes. Três são de médio a grande porte (São Gonçalo, Pelotas e Sobral), e os demais são de médio para pequeno porte. 13 estão em Gestão Plena do Sistema Municipal (com responsabilidade integral pela rede existente) e 4 em Gestão Plena da Atenção Básica (gerenciando apenas as atividades desse nível). Percebe-se que nos municípios da amostra a grande maioria das unidades ambulatoriais atendendo ao SUS é municipal; na verdade essa é a realidade ao nível de Brasil, com uma proporção de 92%, mostrando um resultado importante do processo de municipalização. Na rede hospitalar a presença dos municípios é bem menor, e predominam os hospitais privados.

3.3.3 Hospitais

Dos 49 hospitais pesquisados, 26,5% são de pequeno porte (< 100 leitos), 49% de médio porte (entre 100 e 249 leitos) e 24,5% de grande porte (250 e + leitos). Essa distribuição é diferente da realidade do SUS, onde predominam os hospitais de menos de 100 leitos (81% do total). A maior parte é de hospitais públicos (69%), sendo a maioria da administração direta, como indicado no Quadro 5. 3 hospitais públicos (e 1 privado) detêm autonomia de gestão (2 fundações e 2 Organizações Sociais). 31% eram hospitais privados. 12 hospitais mantêm atividades de ensino e pesquisa, na maior parte públicos. Em termos de equipamentos e serviços oferecidos, a maioria era de nível médio a alto de complexidade – 95% com laboratório clínico e 90% com ultra-sonografia – e 81% oferecem serviços de Pronto Socorro/Pronto Atendimento (vide Quadro 6).

QUADRO 5: AMOSTRA DE HOSPITAIS

Natureza	Hospitais Amostra Por tamanho			Leitos	Fund- /Autarq	OSS	Pesq. Ensino	SUS*
	<100L	100- 249L	250+L					
Público Federal	0	3	1	1.716	0	0	4	86
Público Estadual	2	8	3	1.608	0	1	4	577
Público Municipal	8	6	2	1.635	2	0	1	1.755
Sub Total Público	10	17	6	4.959	2	1	9	2.418
Filantropico	3	5	6	4.590	0	1	3	1.749
Privado Lucrativo	0	2	0	141	0	0	0	1.423
Rede SUS*	4.548	815	227	394.418	133	18	101	5.590

* Fonte: IBGE (AMS 2002).

QUADRO 6: CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA

Serviço	% próprio	% terceirizado	% não disponível
Emergência/ PA /Pronto Socorro	79.54 %	2.27 %	18.19 %
Laboratório Clínico	75 %	20.46 %	4.54 %
Radiologia	84.09 %	9.09 %	6.82 %
Ressonância Magnética	11.36 %	18.18 %	70.46 %
Ultra-sonografia	70.45 %	18.18 %	11.36 %
Tomografia Computadorizada	52.27 %	9.09 %	36.36 %
Nutrição	65.90 %	25 %	6.81 %
Esterilização de Materiais	95.45 %	0.0 %	4.45 %
Lavanderia	47.72 %	52.27 %	0.0 %
Farmácia	88.63 %	2.28 %	2.28 %
Banco de Sangue	52.27 %	36.36 %	9.09 %
Outros serviços	36.36 %	9.09 %	25 %

3.3.4 Unidades ambulatoriais

As 20 unidades ambulatoriais da amostra são todas públicas, com predominância das unidades municipais (Quadro 7). Essa predominância está ligada ao fato de que a grande maioria das unidades ambulatoriais públicas é hoje de propriedade ou gerenciada pelas Secretarias Municipais de Saúde, em decorrência do processo de municipalização, ficando em nível estadual unidades mais especializadas como é o caso do hemocentro incluído na pesquisa. A maior parte (70%) consiste em unidades básicas de saúde (Centros e Postos de Saúde, incluindo várias com equipes do Programa de Saúde da Família), mas 6 são unidades de referência oferecendo atendimento em especialidades (policlínicas, Postos de Assistência Médica e outros).

QUADRO 7: AMOSTRA DE UNIDADES AMBULATORIAIS

Natureza	Unidades Ambulatoriais	Policlínicas e PAMs	Centros e Postos de Saúde
Publico Federal	0	0	0
Publico Estadual	5	3	2
Publico Municipal	15	3	12
Sub Total / Publico	20	6	14
Filantropico	0	0	0
Privado	0	0	0
TOTAL AMOSTRA	20	6	14

4 RESULTADOS

As seções seguintes apresentam os resultados da pesquisa de campo para cada tema de investigação, detalhados de acordo com o nível de unidade/estrato da pesquisa: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Unidades Hospitalares e Ambulatoriais.

4.1. PLANEJAMENTO E ORÇAMENTAÇÃO

O primeiro tema descreve o processo de planejamento e elaboração do orçamento nas secretarias e unidades de saúde, procurando avaliar organização do processo, a qualidade e consistência das informações, e identificar os principais problemas.

4.1.1 Secretarias de Saúde

(i) Planejamento

Por serem de aplicação obrigatória, a *Agenda* e o *Plano de Saúde* são adotados e utilizados por todos os estados e pela grande maioria dos municípios. Entretanto, variam bastante as fontes utilizadas para a elaboração dos planos e a definição dos programas e prioridades. As mais utilizadas pelas secretarias estaduais são: Diagnóstico elaborado pela Secretaria (4 estados), as Políticas definidas pelo Ministério da Saúde (3), seguidas de Análise de demanda e necessidades, Atendimento às demandas do Conselho de Saúde, e Outras (com 2 citações cada uma). O histórico dos anos anteriores aparece como fonte importante apenas em um estado (Ceará). Assim, sobressai no planejamento dos estados um esforço de elaboração dos planos a partir de levantamento de problemas e da realidade local, embora as diretrizes federais tenham grande influência.

Esse esforço não parece se repetir entre os municípios, onde as Políticas e programas do Ministério são a fonte mais citada para a elaboração do plano (citada por 60% dos municípios). A seguir aparecem o Diagnóstico/levantamento de problemas elaborado pela secretaria (53%) e a Análise de demanda e necessidades (35%), o Histórico dos anos anteriores e o Atendimento às demandas do Conselho de Saúde (29% cada uma). O planejamento nos municípios é portanto fortemente influenciado ou até determinado pelas políticas e prioridades definidas pelo Ministério da Saúde a nível nacional, restando pouca autonomia real para os municípios definirem planos que reflitam suas necessidades reais. Com exceção de poucos municípios (Assis em SP e os do Rio Grande do Sul), o Conselho de Saúde influi pouco na definição de prioridades e alocação de recursos, contrariando assim um dos princípios básicos do SUS.

O caráter “indutivo” do planejamento federal se dá através de vários mecanismos. Primeiro, estados e municípios adotam uma classificação programática no orçamento quase

idêntica à federal, não propondo em geral programas diferentes entre suas prioridades. Segundo, os próprios incentivos financeiros embutidos nas transferências federais induz estados e municípios a adotarem e implantarem os programas nacionais, e nesse sentido são eficazes; os municípios, principalmente, tendem a priorizar as ações que recebem incentivos federais. Mas por outro lado, esse dirigismo pode tolher a autonomia de estados e municípios e a capacidade de atender às necessidades locais.

A pesquisa indica também uma grande dispersão e fragmentação das prioridades: os 5 programas e 5 ações definidos como prioritários para o ano de 2002 raramente se repetem entre estados e entre municípios. Os estados mencionaram 25 programas diferentes (com apenas 2 citados por 2 estados) e 19 ações (sem nenhuma coincidência); os municípios por sua vez mencionaram 59 programas (com apenas 7 citados por 2 ou 3 secretarias) e 60 ações (com apenas 1 repetição). Essa dispersão sugere uma autonomia considerável em atender à realidade e às necessidades locais, ou para se diferenciar politicamente; mas também indica certa inconsistência entre as definições políticas e os instrumentos formais de planejamento. Com efeito, as ações e programas definidos como prioridades de gestão nem sempre constam do Plano ou da Agenda de saúde (um estado e vários municípios identificaram programas e ações prioritários “esquecidos” nos planos, e de maneira geral a correspondência não é clara).

Os problemas enfrentados pelas secretarias no processo de planejamento refletem essas questões, e giram em torno de dois temas principais: o primeiro associado à fragilidade e baixa capacidade para o processo de planejamento, e o segundo relacionado com a baixa coerência e integração da estrutura programática e do próprio processo de planejamento (Figura 6). A falta de instrumentos e informações adequados, e a insuficiente capacitação dos profissionais encarregados da atividade planejadora, principalmente entre os municípios menores, contribuem para que eles simplesmente adotem os programas e prioridades federais, apesar de apontarem isso como um problema.

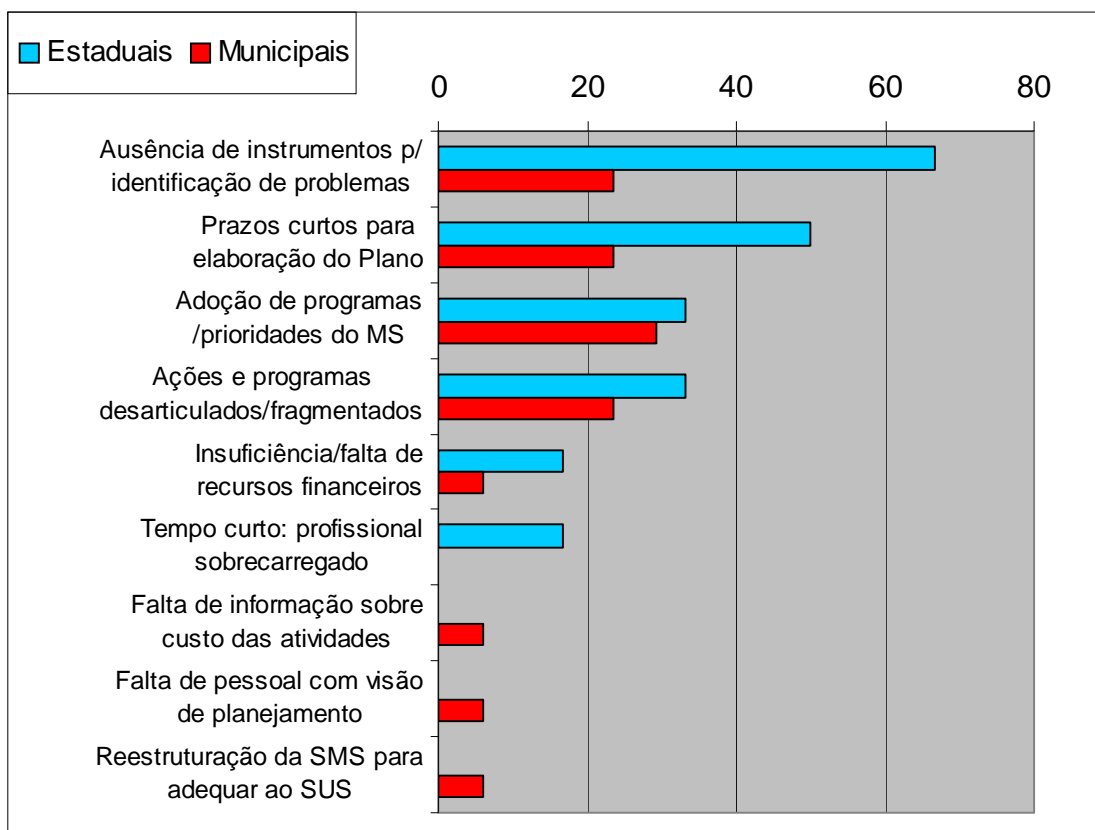


FIGURA 6: PROBLEMAS MAIS CITADOS NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO⁸

(ii) Elaboração do Orçamento

Os prazos legais para a elaboração do orçamento são em geral respeitados nos estados e municípios, com atrasos raros e pequenos. Entretanto, alguns outros requisitos da regulamentação do SUS não são seguidos integralmente: entre os estados pesquisados somente dois (Rio Grande do Sul e Ceará) obtiveram a aprovação de seu orçamento pelo Conselho de Saúde, e Mato Grosso obteve aprovação apenas do Plano Plurianual. Quanto aos municípios, a maioria não tem seus instrumentos orçamentários aprovados pelo Conselho de Saúde (apenas São Paulo, Resende, Sobral, Cuiabá e Assis relataram tê-lo feito).

Todos os estados informaram utilizar a Agenda e o Plano de Saúde como fonte para a elaboração do orçamento, além da série histórica do próprio orçamento. Nas secretarias municipais, o processo de elaboração do orçamento enfrenta maiores dificuldades. Poucos municípios utilizam a Agenda e o Plano de Saúde enquanto base de informação para a elaboração do orçamento (apenas 5 em 17: São Paulo, Parintins, Sobral, Resende e Ivoti). O orçamento do ano anterior é a fonte mais citada de informação para o planejamento a nível municipal, e é fonte importante também nos estados.

⁸ Em % das respostas dadas; o total ultrapassa 100% em função de múltiplas respostas.

Em geral não se observam ao nível das secretarias diferenças importantes entre o valor da proposta orçamentária e o valor da dotação inicial, tanto no total das despesas correntes quanto de capital. Isso possivelmente se deva ao fato das secretarias em geral elaborarem suas propostas já tendo conhecimento dos valores disponíveis.

A correspondência entre Plano e Orçamento é problemática. As secretarias estaduais informam que os programas relacionados nos instrumentos de Planejamento podem ser localizados na estrutura do Orçamento e em geral foram contemplados na dotação orçamentária, mas isso surpreende quando se sabe que a estrutura do orçamento é em geral pouco detalhada. No caso dos municípios é maior a dificuldade para identificar, na estrutura do orçamento, os programas e ações prioritários da gestão 2002. São Paulo apontou, corretamente, que a classificação funcional-programática não permite estabelecer essa correspondência. A análise documental revela que na verdade, é freqüente que programas definidos como prioritários não tenham recurso previsto no orçamento.

Três razões principais foram encontradas para esse descompasso. A primeira diz respeito à estruturação do orçamento em programas e projetos/atividades. Em muitos casos, a alocação se dá em rubricas extremamente gerais, com poucos programas específicos previstos em sua estrutura. Isso é feito para manter a alocação a um nível agregado e evitar a fragmentação dos recursos quando da execução orçamentária, facilitando eventuais remanejamentos futuros. Outra razão apontada é a falta de recursos para garantir dotação orçamentária a um programa tido como prioridade no Plano de Saúde. Finalmente, também atua o desconhecimento das áreas programáticas – o que indica sério descompasso entre a área de planejamento e a de execução.

Com relação à estrutura orçamentária, o oposto também se verifica, ou seja, um detalhamento por vezes excessivo, com uma lista extensa de programas (41 na Função Saúde no Estado de São Paulo), que respondem a prioridades temporárias de governo ou resultam de emendas parlamentares específicas, recebem na maioria dotações muito pequenas e apenas em parte correspondem aos programas federais. Essa falta de homogeneidade nos programas e projetos/atividades também dificulta a comparação ou consolidação do gasto em cada nível de governo e entre níveis de governo.

As principais dificuldades para a elaboração do orçamento a nível estadual e municipal são as mesmas (vide Figura 7): ausência de informação de custos (mencionada por 67% dos estados, e 29% dos municípios), e falta/insuficiência de informações financeiras norteadoras associada à ausência de comunicação entre a área de planejamento e orçamentária/contábil (67% dos estados e 35% dos municípios). De fato, as informações financeiras de base se acham em geral centralizadas na Secretaria de Finanças e/ou de Planejamento. A comunicação entre esta(s) secretaria(s) e a Secretaria de Saúde é muitas vezes difícil, levando a que esta última, em vários casos, não tenha acesso aos dados sobre a receita e a despesa do governo em geral e por isso tenha dificuldade para adequar seu orçamento. A dificuldade em alterar ou realocar os valores constantes no Orçamento foi mencionada por vários estados e municípios, e a dificuldade de envolvimento dos profissionais também foi mencionada.

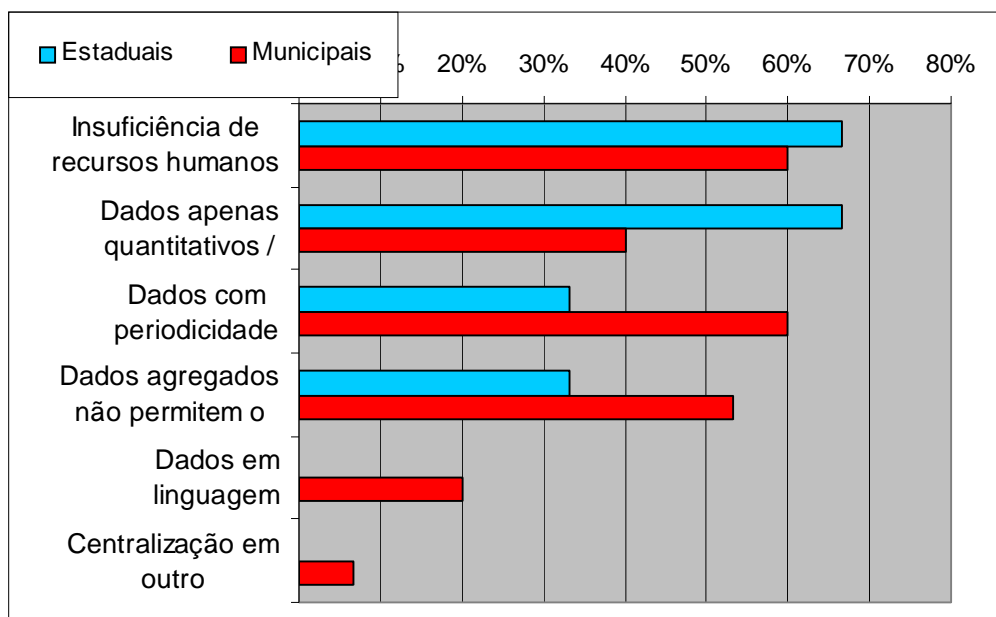


FIGURA 7: PROBLEMAS MAIS CITADOS NA ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO

No sentido de aprofundar essa avaliação da qualidade e coerência do processo de planejamento e orçamento, foi realizado um estudo de caso com aquelas secretarias que anexaram seus planos e orçamentos. Para esse efeito a qualidade do processo foi definida considerando-se a definição clara de objetivos do plano, o detalhamento em programas e delineamento de estratégias, a fixação de metas quantitativas, a definição de prazos para cada ação, a identificação de responsável por ela, a identificação de fonte de recursos e estimação do custo ou gasto das ações, a previsão de mecanismo de avaliação do plano, e a correspondência entre o plano e o orçamento. Numa escala de 0 a 1, a nota média alcançada pelos estados para o conjunto de fatores foi 0,5 e a dos municípios 0,44. A análise revelou problemas mais sérios do que os apontados pelos entrevistados. Conforme indicado na Figura 8, os problemas mais frequentes são a não identificação da fonte de recursos e do órgão responsável por cada ação ou programa (80% dos planos), a não valoração do custo das ações (77%), e a ausência de mecanismos ou critérios previstos para avaliar a implantação do plano (o atingimento das metas). Um dos planos tinha 82 páginas, mas 73 eram de descrição da situação atual; outros apresentavam algumas metas quantificadas, mas sem relação com o corpo do plano e as ações previstas.

De uma maneira geral, o processo de planejamento e orçamento do SUS, apesar de bastante estruturado e formal, se mostra muito fragmentado, com baixa coerência entre um documento e outro, entre esses e as definições políticas, e entre as diversas etapas do processo de planejamento; também sobressai a pouca atenção ao detalhamento de estratégias concretas de ação. A maioria dos planos e demais documentos parece ser produzida para atender a requisitos burocráticos específicos, e não para servir de instrumento efetivo de gestão da própria instituição. Um problema crítico – porém não enfatizada o insuficiente pelos entrevistados – é a ausência de informações, na grande maioria dos casos, sobre o custo das ações e programas propostos. Nessa situação, o

orçamento, ou o plano, ou ambos, correm o risco de virar peça de ficção, com utilidade apenas de cumprir um requisito legal. O Anexo X ilustra esses problemas tomando como exemplo um dos municípios com documentos de planejamento melhor estruturados e detalhados, mostrando que mesmo nesse caso é difícil correlacionar Agenda, Plano e Orçamento, e os diferentes programas e ações através desse documentos.

Em vista dessa análise, o processo de planejamento e orçamentação se revela sofisticado na sua formalidade e seus instrumentos, porém truncado e desintegrado pela inconsistência entre documentos e etapas. A estrutura do orçamento em geral se limita a itens/rubricas gerais, prejudicando a identificação de programas e ações prioritários. Esta limitação dificulta o acompanhamento e a avaliação sistemáticos da alocação de recursos e do processo de execução do orçamento. Apesar dessas limitações, alguns estados e municípios norteiam suas ações pelo plano elaborado, ainda que de maneira imprecisa e qualitativa.

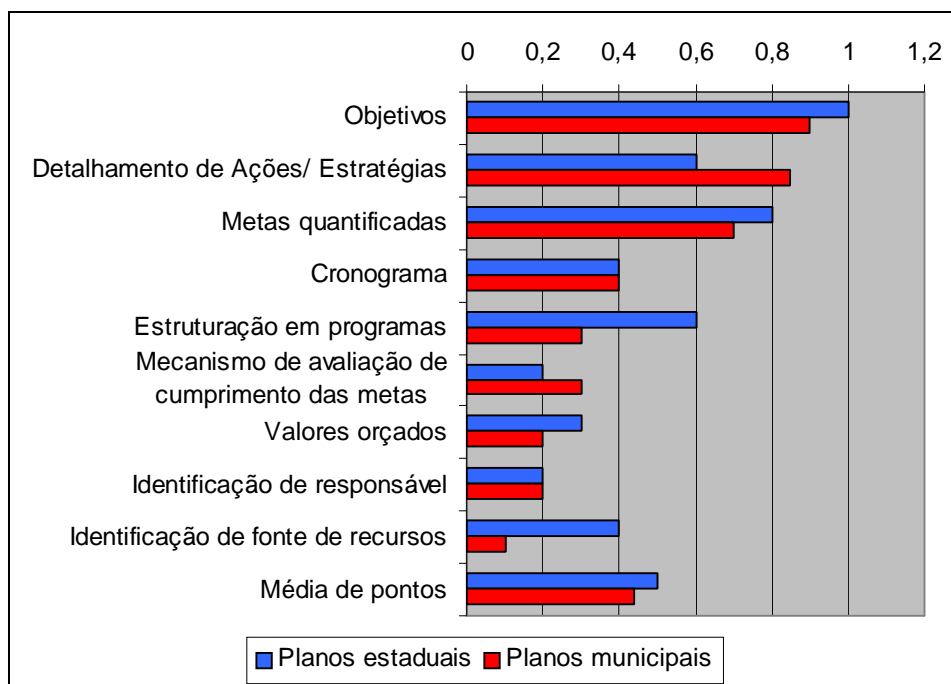


FIGURA 8: QUALIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE ESTADUAIS E MUNICIPAIS

4.1.2 Unidades de Saúde

As unidades de saúde – hospitais e ambulatorios – têm um nível de autonomia gerencial variável e em geral limitado, que está vinculado principalmente ao fato de constituírem ou não uma Unidade Orçamentária (e portanto possuírem orçamento próprio). As unidades menores, sem orçamento próprio, também não costumam preparar planos de

trabalho.

(i) Planejamento

Como já foi dito, o processo de planejamento e orçamento no setor público é de duplo sentido, com a proposta inicial sendo normalmente preparada pelas unidades de saúde. A maioria das unidades hospitalares (75%) elabora algum tipo de plano. Essa proporção é maior entre os hospitais de grande porte, e bem menor para os pequenos. Os hospitais estaduais e federais são os que mais comumente realizam algum tipo de planejamento. Entre as unidades ambulatoriais, 30% preparam um plano de ação. Não foram constatados atrasos importantes na preparação e aprovação dos planos, que normalmente obedecem a prazos legais.

Entre os hospitais que elaboram algum plano, 69% se baseiam no plano anterior como fonte principal de informação. Isto sugere que o plano é mais uma formalidade do que uma ferramenta real de planejamento e gestão. A periodicidade dos planos para 60% dos respondentes é anual. Os planos trabalham com diferentes tipos de metas: 36 % dos hospitais usam apenas metas de produção (físicas), 20 % apenas metas financeiras, e 32% trabalham com metas físicas (quantidade de consultas ou de internações, indicadores de cobertura, etc.) e financeiras (previsão de gasto). Chama portanto a atenção o grande o número de hospitais (56%) que realizam seu planejamento técnico e financeiro de maneira dissociada, sem relacionar metas físicas com os recursos necessários, o que caracteriza um planejamento truncado e com pouca viabilidade de se concretizar.

Os principais problemas apontados no processo de planejamento, classificados por ordem de importância, são: limitações financeiras (73 % dos hospitais), pouca autonomia da direção da unidade (48 %), metas vagas e não quantificadas (30%) e formalização ou burocracia excessiva (27%).

(ii) Elaboração do orçamento

A disponibilidade de informação financeira-orçamentária ao nível das unidades de saúde varia bastante, dependendo de seu status como Unidade Orçamentária e o grau de autonomia gerencial e financeira de que desfruta. A maioria dos hospitais de pequeno porte e das unidades ambulatoriais não tem orçamento próprio e nem tampouco administra a maior parte dos recursos financeiros que consome. Com isso varia também a capacidade de sua direção de acompanhar e controlar seus gastos. Na amostra, apenas 43% dos hospitais e 15% das unidades ambulatoriais têm orçamento próprio, e outros 31% e 30%, respectivamente, dispõem de algum tipo de informação financeira, por exemplo, sobre as compras que realizam diretamente. Entretanto, 26% dos hospitais e 55% das unidades ambulatoriais têm pouca ou nenhuma informação (vide Figura 9). Os hospitais com maior autonomia gerencial – como as da administração indireta (fundações e autarquias) ou as Organizações Sociais (OSS) – em geral têm um nível muito maior de informação financeira, por constituírem Unidade Orçamentária e serem responsáveis pela execução de seu orçamento.

Porém, deve-se salientar que o “orçamento” das unidades de saúde muitas vezes se limita aos elementos de despesa sobre os quais seus dirigentes têm responsabilidade de gasto. Nos hospitais, são a maioria dos materiais e serviços de terceiros. Nos hospitais

pequenos e na maioria das unidades ambulatoriais, ou onde a compra de materiais é centralizada, sobra para as unidades comprar materiais de pequeno valor e/ou pequeno volume (vide Seção 4.3.2 abaixo).

A maioria das unidades não tem informação orçamentária ou financeira sobre seu gasto com pessoal, que geralmente é programado e pago a nível central, sem intervenção ou informação das unidades de saúde. Por isso, é comum os diretores de unidades considerarem que o gasto de pessoal não faz parte de seu orçamento, e não terem nenhuma informação a respeito. Apenas o gasto com materiais e serviços é executado nos hospitais, e portanto considerado “orçamento” da unidade. Essa visão no entanto claramente limita a responsabilidade de gestão e controle das unidades e distorce a noção de gasto ou custo dos serviços.

Vários hospitais de maior porte – 24% da amostra, mas essa proporção não é representativa – implantaram um sistema de apuração de custos, mas apenas dois municípios têm informação de gasto ou custo discriminada por unidade de saúde (Cuiabá, com um sistema geral de apuração de custos implantado nas unidades, e Rio de Janeiro, através de um estudo pontual que estimou o gasto por unidade). Todas as OSS do estado de São Paulo implantaram o mesmo sistema de apuração de custos, o que oferece a vantagem de permitir comparações. Mas em alguns outros casos, o sistema de custos implantado registra apenas o gasto com materiais e pessoal direto.

Quanto ao processo de elaboração do orçamento propriamente dito, vale a pena ressaltar uma dissociação entre os dois sentidos do processo orçamentário, ascendente (das unidades para cima) e descendente (dos níveis centrais para baixo), que remete à dissociação entre a necessidade de recursos tal como estimada pelo nível local, e a disponibilidade e alocação definidas pelos órgãos centrais de planejamento e/ou fazenda. Num contexto de restrição orçamentária dada pelos limites da arrecadação tributária, os responsáveis a nível local, sabedores de que não receberão o quanto estimam necessário para o desenvolvimento de suas ações, tendem a inchar suas propostas orçamentárias; do outro lado, os níveis centrais, conscientes desse inchaço e premidos pelos recursos disponíveis, costumam cortar as propostas por vezes indiscriminadamente. Na ausência de informações confiáveis sobre o custo real das ações a serem desenvolvidas, o orçamento pode assim se tornar uma peça de ficção sem correspondência com o que foi planejado. A “melhor” base para se definir o orçamento do período seguinte passa a ser a dotação orçamentária dos períodos anteriores.

A receita dos hospitais públicos é composta principalmente de dois elementos: o orçamento do Tesouro (Federal, Estadual ou Municipal), e os pagamentos do SUS por serviços prestados (AIH e SIA/SUS) quando estes são pagos diretamente aos hospitais (em vez de serem repassados ao Fundo de Saúde, onde são gerenciados pela Secretaria respectiva). No caso dos hospitais de ensino e pesquisa, entra um pagamento extra (FIDEPS) destinado a financiar essas atividades. Uma proporção crescente de hospitais públicos – principalmente os maiores e de referência – também vende serviços a planos de saúde e/ou a pacientes particulares; esta receita pode ser recebida diretamente pelo hospital se ele possuir uma fundação de apoio ou outro mecanismo que o habilite a receber recursos diretamente, ou ser recebida pela Secretaria da Saúde ou a das Finanças do governo. Uma regulamentação recente (Lei 9.656 de 03/06/98) formaliza e regulamenta o ressarcimento do valor dos serviços prestados por instituições públicas a pacientes cobertos por planos e

seguros privados de saúde.

Diferentemente das secretarias, entre as unidades de saúde é comum que ocorram alterações entre o primeiro orçamento apresentado (proposta orçamentária elaborada pela unidade) e o finalmente aprovado: todos os dirigentes hospitalares mencionaram algum tipo de redução no orçamento que apresentaram; além disso, na maior parte dos casos esse corte se dá sem revisão do plano e/ou do volume de produção, o que em geral inviabiliza o atingimento das metas previstas.

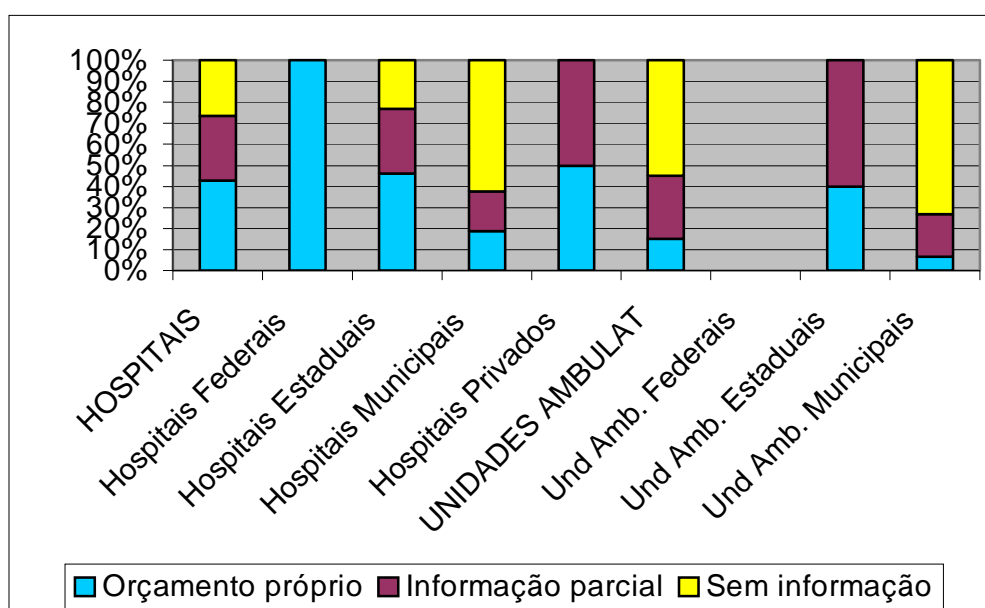


FIGURA 9: NÍVEL DE INFORMAÇÃO FINANCEIRA NAS UNIDADES DE SAÚDE⁹

4.1.3 Resumo e conclusões

O processo de planejamento e orçamento no SUS – semelhante ao que é no serviço público brasileiro – é bastante estruturado e formalizado, com vários níveis de elaboração e consolidação, uma abundante legislação e detalhada regulamentação (vide Anexo IV) . É parte fundamental da gestão do SUS e presente e permeia seu funcionamento. Entretanto sua complexidade e formalismo, além de seu caráter impositivo, limita bastante sua utilidade como instrumento gerencial eficaz. Suas principais características e limitações apontadas pela pesquisa estão resumidas na caixa a seguir.

⁹ Informação parcial se caracteriza quando a unidade registra ou tem informação sobre parte de seus gastos, por exemplo alguns itens de despesa mas não outros; a unidade pode ter informação sobre os materiais adquiridos diretamente mas não sobre as compras realizadas centralmente.

**CAIXA 2: PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
PLANEJAMENTO E ELABORAÇÃO DO ORÇAMENTO**

- Os prazos do processo de planejamento e elaboração do orçamento, por serem definidos em lei, são em geral respeitados, com poucos e pequenos atrasos.
- O caráter “indutivo” do planejamento federal, se de um lado garante a adoção das políticas nacionais a nível regional e local, também limita na prática a liberdade de estados e especialmente municípios definirem suas próprias prioridades e planos em função da realidade local.
- Existe fragilidade crescente das capacidades, instrumentos e práticas de planejamento à medida que se aproxima do nível local; nas unidades de saúde ele praticamente está ausente.
- O processo de planejamento é truncado, com pouca coerência e articulação entre os diversos documentos e etapas do planejamento, e não raro sua utilidade se encerra quando o documento cumpriu sua finalidade legal
- Os planos apresentam objetivos e metas, mas quase sempre não definem estratégias articuladas e ações para atingí-los. Em muitos casos, os planos constituem declarações de intenções, e não mapas para se chegar a uma situação desejada.
- Embora seja tida como um dos princípios básicos do SUS, a participação dos diferentes atores envolvidos – e principalmente dos conselhos de saúde – é insuficiente e pouco efetiva; a decisão final sobre os planos e principalmente o orçamento está em geral na instância mais alta e com alguma frequência em outro órgão (Secretaria de Planejamento ou Finanças).
- Cortes e contingenciamentos de recursos são freqüentes e muitas vezes lineares ou não criteriosos, invalidando o processo anterior de planejamento e impactando serviços essenciais.
- Há uma dissociação entre planejamento e orçamento, crescente à medida que se desce para o nível local e executor, com a dotação orçamentária sendo muitas vezes definida em termos bastante gerais, sem relação direta com o Plano e a Agenda de Saúde, e tendo como base mais freqüente a série histórica.
- A ausência de parâmetros de custo dos serviços para embasar a previsão de recursos necessários aos programas, transforma os valores históricos em base principal do novo orçamento, e diminui a validade do próprio orçamento.
- Informações estratégicas e financeiras necessárias à elaboração de planos e orçamentos são muitas vezes centralizadas na Secretaria de Finanças ou Planejamento, e pouco disponibilizadas para a Secretaria de Saúde, e dessa para os gerentes de unidades.

4.2. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A execução orçamentária se inicia com o exercício financeiro e a consequente liberação dos recursos do orçamento do ano. Nesta fase, os recursos destinados a determinado programa ou unidade de saúde podem sofrer variações importantes ao longo do exercício financeiro, resultando em variações entre a dotação inicial, a dotação atualizada e/ou a dotação final; entre a dotação e a despesa efetivamente empenhada e/ou realizada (i.e. gasta); e entre esta e a despesa liquidada ou paga. A pesquisa revela que nessa fase, tanto as secretarias da saúde quanto as unidades de saúde enfrentam dificuldades significativas, ainda que de formas e importâncias diferenciadas¹⁰.

Os principais fatores que determinam essas variações são:

- i) Cortes ou congelamentos, geralmente decorrentes de queda na arrecadação, afetam a dotação e portanto o recurso disponível;
- ii) Ajustes e remanejamentos entre categorias de despesas ou entre unidades, para atender a necessidades imprevistas ou estimadas incorretamente;
- iii) Atrasos associados aos processos de licitação ou na liberação dos recursos podem impedir que toda a dotação seja efetivamente gasta;
- iv) Prazos para a realização do pagamento determinam a diferença entre a despesa empenhada e liquidada; vários pagamentos podem ser feitos no exercício seguinte, onde entram na rubrica “Restos a Pagar” ou “Despesas de Exercícios Anteriores”
- v) A capacidade gerencial das secretarias ou unidades de saúde também afeta diretamente sua capacidade de executar a despesa e realizar pagamentos.

4.2.1 Secretarias de Saúde

(i) Nível de execução orçamentária

Entre a dotação inicial e a final, foi observada no caso dos estados (Figura 10 e Anexo XI) um aumento médio de quase 3% na Despesa Corrente média; essa diferença no entanto varia bastante de um elemento de despesa a outro, variando entre uma redução de 44% (Juros e Encargos da Dívida) e um aumento de 48% no caso de Serviços de Terceiros em geral. Na rubrica “Serviços Médicos e Hospitalares”, que não recebeu dotação inicial mas recebeu crédito suplementar no correr do ano, a alteração é ainda mais significativa. No caso das Despesas de Capital a dotação final (ou atualizada) foi mais de três vezes maior do que a inicial.

Na fase de execução orçamentária, a Despesa Corrente Empenhada foi em média ligeiramente inferior à Dotação Inicial (-1%) enquanto que a Liquidada (definida pelo recebimento da mercadoria ou serviço) foi 3% menor, e a efetivamente paga no exercício 9% menor. Como no caso da dotação orçamentária, a execução da despesa se dá em proporções distintas nos diversos elementos de despesa. Chama a atenção em vários estados o gasto substancial, não previsto na dotação inicial, com pagamento de médicos, hospitais e

¹⁰ É digna de nota a informação do estado do Amazonas de não ter implantado o Fundo Estadual de Saúde.

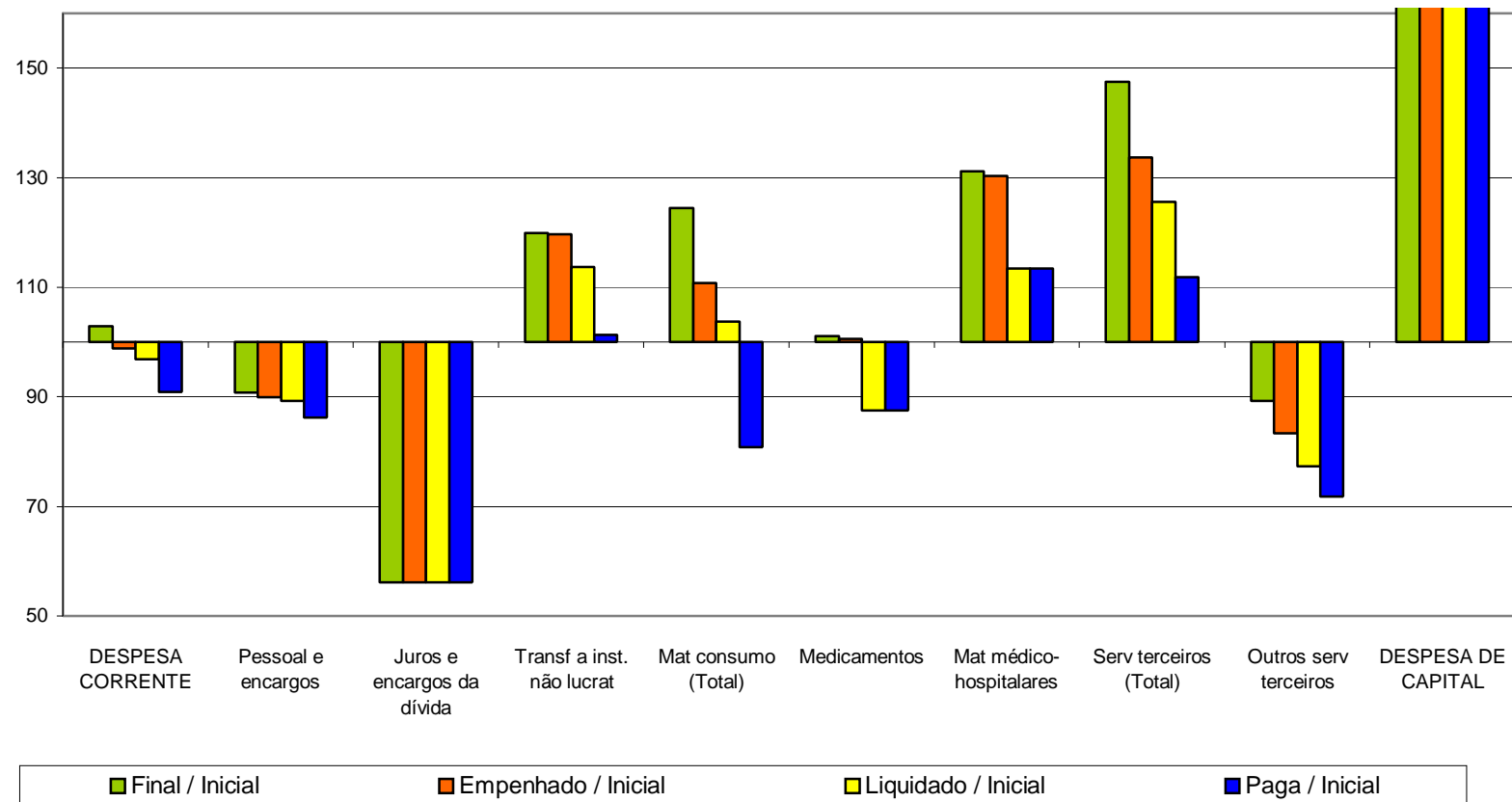
pessoal contratado para as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Porém, de uma maneira geral constata-se que em média nos estados da amostra a execução orçamentária se deu em níveis satisfatórios, com 91% dos recursos gastos e pagos no exercício, ainda que com grandes variações entre elementos de despesa. Por conta dos prazos de licitação e do processo de execução orçamentária, dificilmente a dotação de um exercício pode ser integralmente gasta e paga no mesmo exercício.

No caso dos municípios, a situação é mais desfavorável, com aumento substancial entre a dotação inicial e final e reduções maiores na execução da despesa (Figura 11 e Anexo XI). Há na média um aumento de quase 15% entre a dotação inicial e a final (ou atualizada) para a Despesa Corrente, que recebeu suplementações importantes durante o ano. Mas a execução foi sensivelmente inferior à dotação na maioria dos municípios (com exceção de São Gonçalo e Cuiabá). Os motivos mais freqüentes para essa defasagem são atrasos na liberação de recursos por parte do órgão financeiro (muitas vezes a Secretaria de Finanças), e o fato da quota dos últimos dois meses ser liberada sem tempo hábil para a realização de licitação (vide abaixo os prazos necessários).

Alguns municípios informaram também ter dificuldade de empenhar todos os recursos disponíveis por sua fragilidade administrativa. A falta ou inadequação do planejamento resulta na freqüente realização de compras diretas de emergência (vide abaixo). A centralização do gasto fora da Secretaria da Saúde em muitos municípios (alguns de grande porte, como Manaus) faz com que a Secretaria de Saúde não receba recursos financeiros oriundos do Tesouro Municipal, todos os empenhos e liquidações sendo feitos pela Secretaria de Finanças da Prefeitura. Essa centralização acarreta maior risco de inadequação dos materiais comprados (já que quem compra não conhece a necessidade real do destinatário) e prazos muitas vezes mais longos.

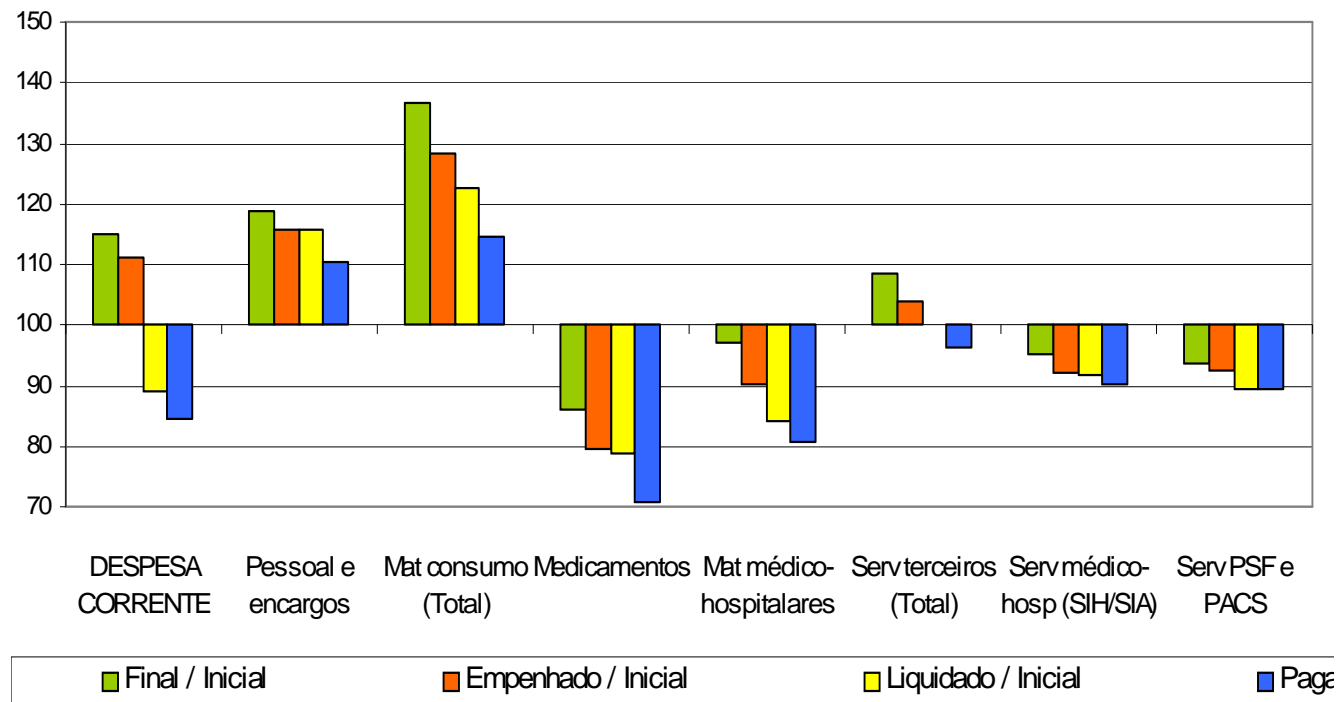
Também se verificam nos municípios diferenças maiores entre itens de despesa, com grandes aumentos entre as dotações Inicial e Final para Pessoal (19%) – o que é surpreendente dada a rigidez do quadro de pessoal no setor público – e Transferências a Instituições Privadas não Lucrativas, isto é, pagamento a prestadores filantrópicos (mais de 2000%); em sentido inverso, a dotação para Materiais Médico-Hospitalares, Medicamentos, e Serviços de Terceiros Médico-hospitalares (isto é, pagamento de internações/AIH e serviços ambulatoriais/SIA) e para programas como PSF e PACS, foi reduzida em até 14%. Quanto à execução orçamentária propriamente dita, verifica-se uma redução crescente entre a dotação final e a despesa empenhada (- 3,4%), entre esta e a despesa liquidada (- 20%) e a despesa paga (- 26,4%). Chama a atenção o fato dos itens diretamente relacionados à prestação da assistência apresentarem os níveis de execução da despesa mais baixos: Medicamentos (78,7% Liquidada), Materiais Médico-hospitalares (84,1%), e serviços de terceiros para pagamento de prestadores (em torno de 90%).

FIGURA 10: VARIAÇÃO NA DOTAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIAS DOS ESTADOS POR ELEMENTO DE DESPESA – 2002

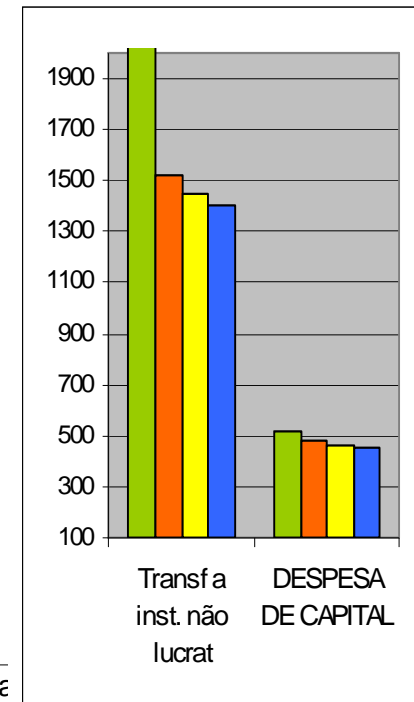


Obs: Dotação Inicial = 100

FIGURA 11: VARIAÇÃO NA DOTAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIAS DOS MUNICÍPIOS POR ELEMENTO DE DESPESA – 2002



Obs: Dotação Inicial = 100



A variação no caso das Despesas de Capital é com frequência muito grande, mais ainda no caso dos municípios; no município de São Paulo por exemplo houve diferença muito grande entre o valor inicial (91 milhões de reais), a dotação final (31 milhões) e o empenhado (13 milhões), respectivamente. Essas flutuações se devem a sua dependência de recursos externos, cuja administração é em geral centralizada; à falta de planejamento sistemático; e ao fato de que esses recursos podem ser facilmente realocados ou cancelados durante o exercício, já que determinam a realização de atividades de rotina.

No conjunto, essas flutuações indicam:

- (i) uma inadequação do orçamento original às necessidades, manifesta nas flutuações da própria dotação, o que tende a confirmar certo grau de arbitrariedade (no sentido de distanciado da realidade) e centralização na elaboração do orçamento, fator mencionado pelas secretarias municipais no processo orçamentário,
- (ii) certa dificuldade na execução da despesa por parte dos municípios, que se traduz pela relativamente baixa proporção de empenho, liquidação e pagamento;
- (iii) maior arbitrariedade ou imprecisão na previsão ou alocação de recursos e/ou maior sacrifício na contenção de gastos, para os itens de despesa diretamente relacionados com a prestação de serviços.

Essa dificuldade de se gastar o recurso orçado é indicativa de ineficiência no processo de execução orçamentária. Os motivos para isso variam, mas se devem tanto às características e exigências do processo de execução e gestão orçamentária quanto à fragilidade gerencial das secretarias. Mais especificamente, foram apontados: cortes ou contingenciamentos associados a uma queda na arrecadação; morosidade nos processos de licitação (Ceará relacionou problemas ou dificuldades na especificação dos itens, o que muitas vezes levou à impugnação do processo); demora na emissão do empenho e a falta de acompanhamento deste em relação ao planejado; atrasos na liberação de recursos para pagamento por parte da Secretaria da Fazenda/Finanças (todos os estados mencionaram o problema, que chega a 2 meses ou mais no Amazonas); falta de planejamento adequado; a inabilidade de muitas secretarias em implantar um sistema ágil de planejamento e execução do gasto. Dificuldades adicionais ou pontuais relatadas pelas secretarias estão mostradas na Figura 12. As consequências desses problemas sobre a prestação de serviços e seu custo serão discutidos na Seção 4.3.

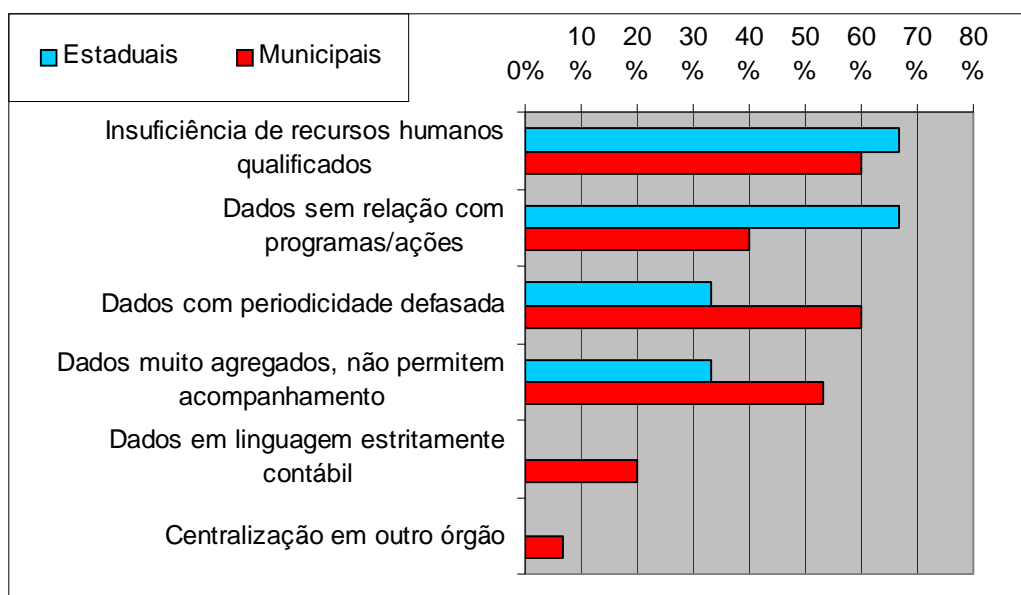


FIGURA 12: PROBLEMAS MAIS CITADOS NA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA¹¹

(ii) Fontes de recursos de estados e municípios

O gasto total com saúde dos estados e municípios da amostra e sua discriminação entre gasto com recursos próprios e gasto de transferências do Ministério da Saúde são demonstrados nos Anexos XII e XIII. A Figura 13 resume esses dados e mostra que a despesa total per capita em saúde dos estados varia entre R\$ 58,54 (Rio de Janeiro) e R\$ 225,69 (Amazonas); a despesa própria varia entre R\$ 34,29 (RJ) e R\$ 185,50 (AM) e a de transferências federais entre R\$ 16,46 (SP) e R\$ 35,19 (AM). Entre os municípios as variações são ainda maiores (Figura 14): de R\$ 45,04 em Parintins até R\$ 349,00 em Porto Alegre (dados de 2002) para a despesa total, uma variação de 7,7 vezes. A despesa própria variou entre R\$ 24,23 (Parintins) e R\$ 123,63 (Porto Alegre), uma variação de 5,1. Mas o valor per capita das transferências federais varia mais ainda, de R\$ 16,69 em São Paulo até R\$ 225,55 em Sobral, com variação de 13,5. É interessante notar que ao nível estadual o valor das transferências federais per capita reduz as disparidades, enquanto que ao nível dos municípios ele as aprofunda. Esses dados – ainda que relativos a poucos estados e municípios – indicam um nível considerável de inequidade no gasto per capita em saúde, e mais ainda, na distribuição das transferências federais. A importância dos repasses federais no gasto total em saúde de estados e municípios é considerável, mas exibe grandes variações. Em média, as transferências federais representavam 27% do gasto estadual e 45,2% do gasto municipal¹². Embora seja de se esperar que a importância das transferências seja maior nos municípios de pequeno porte, não é isso que se observa na amostra; a evidência limitada do estudo indica que municípios mais dinâmicos e melhor gerenciados, independentemente do porte, recebem mais recursos pois conseguem alavancar os programas objetos de transferências federais.

A Emenda Constitucional 29 determina que os estados deveriam gastar 12% de sua receita própria, e os municípios 15%, em saúde, com aumento gradativo a partir da

¹¹ % em relação às respostas dadas: 03 Secretarias Estaduais e 15 Municipais.

¹² Média não ponderada, baseada em 5 estados e 17 municípios.

situação existente em 1999. No entanto, muitos estados e municípios não vêm cumprindo a emenda. Em 2003 por exemplo, o percentual mínimo que os estados deveriam gastar em média era de 10,54%, mas eles gastaram 8,55% (abaixo dos 9,89% em 2002). Apenas 7 estados cumpriram ou ultrapassaram sua meta, enquanto que para 9 outros a defasagem foi superior a 2 pontos percentuais. Entre os estados da amostra, a média foi de 11,5% em 2002, puxada pelo estado de Amazonas que informou gastar 25% de sua receita com saúde; todos os demais estados estavam aquém de sua meta.

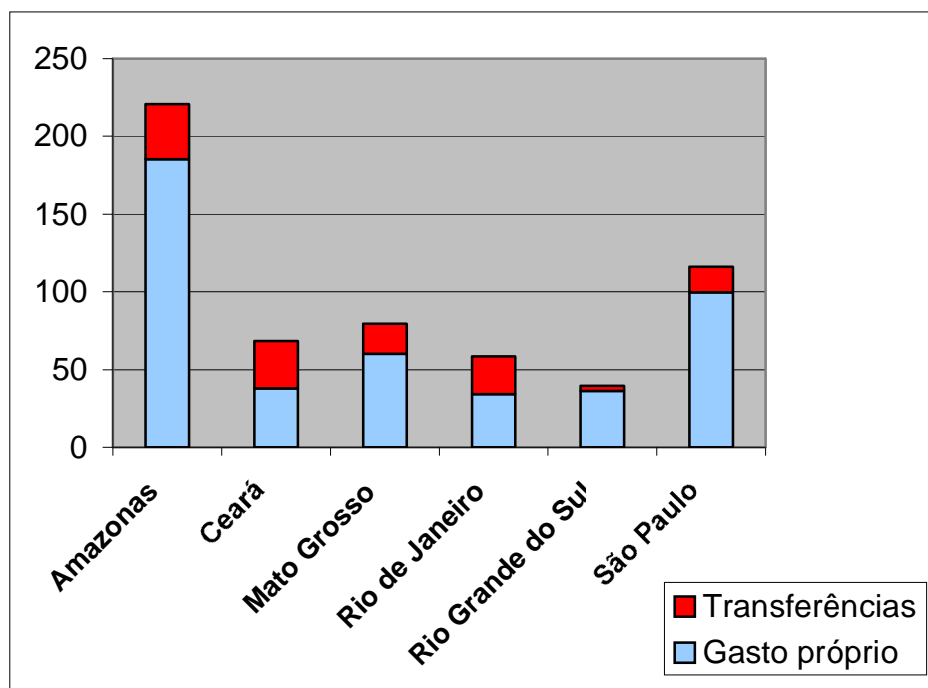


FIGURA 13: DESPESA ESTADUAL PER CAPITA EM SAÚDE POR FONTE: PRÓPRIA E TRANSFERÊNCIAS

No caso dos municípios da amostra, a proporção média foi de 20,45% de sua receita própria, com 12 municípios gastando além do mínimo de 15%, e 5 gastando abaixo (Figura 15). Destacam-se São Gonçalo e Natividade, com 39,84 e 33,04% respectivamente.

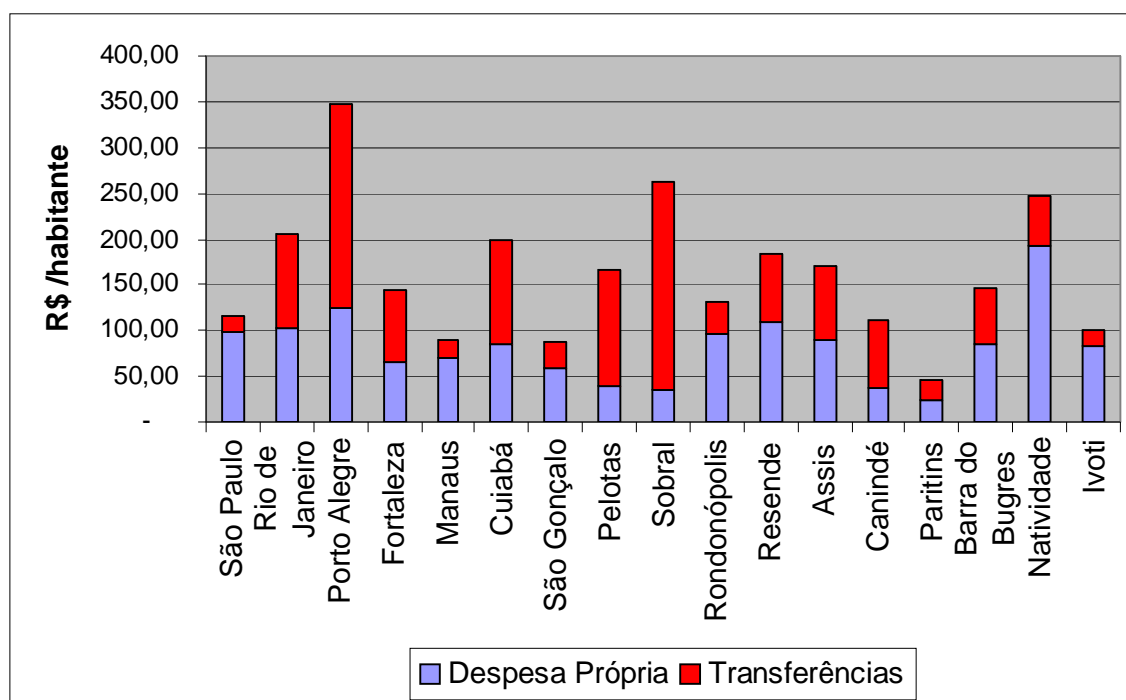


FIGURA 14: DESPESA MUNICIPAL PER CAPITA EM SAÚDE POR FONTE: PRÓPRIA E TRANSFERÊNCIAS

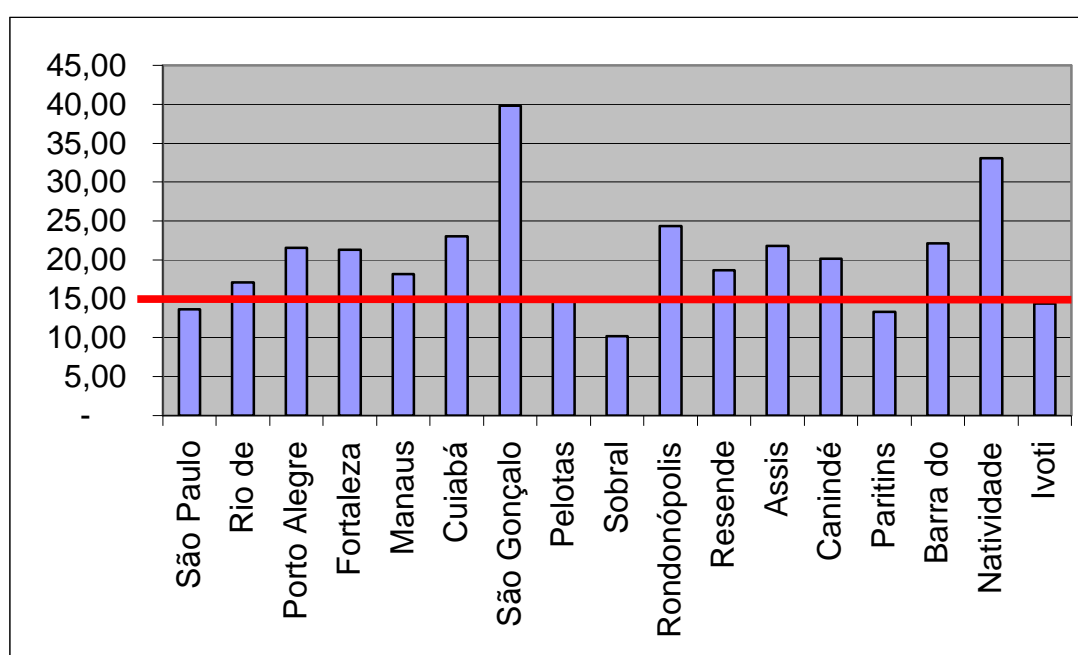


FIGURA 15: PROPORÇÃO DO GASTO PRÓPRIO MUNICIPAL EM SAÚDE FRENTE À EC 29

(iv) Alocação dos recursos orçamentários

A distribuição do gasto em saúde por elemento de despesa nos estados e municípios da amostra, evidenciada nas Figuras 16 e 17 (e Anexos XIV e XV) mostra

que 44% em média do gasto corrente das secretarias estaduais, e 40% das municipais, se destina ao gasto com pessoal; esse percentual sobe para 50-60% se for incluído o valor dos serviços terceirizados. O gasto com Materiais de Consumo e Medicamentos é o segundo item em importância. Entretanto, a alta proporção de gasto não alocado – e classificada como “Demais Despesas Correntes” – demonstra que muitas secretarias mantêm grande parte do seu orçamento em itens gerais, visando facilitar possíveis remanejamentos no decorrer do exercício. Mais ainda, parte das diferenças observadas entre secretarias se deve na verdade à falta de padronização na classificação dos itens por elemento de despesa.

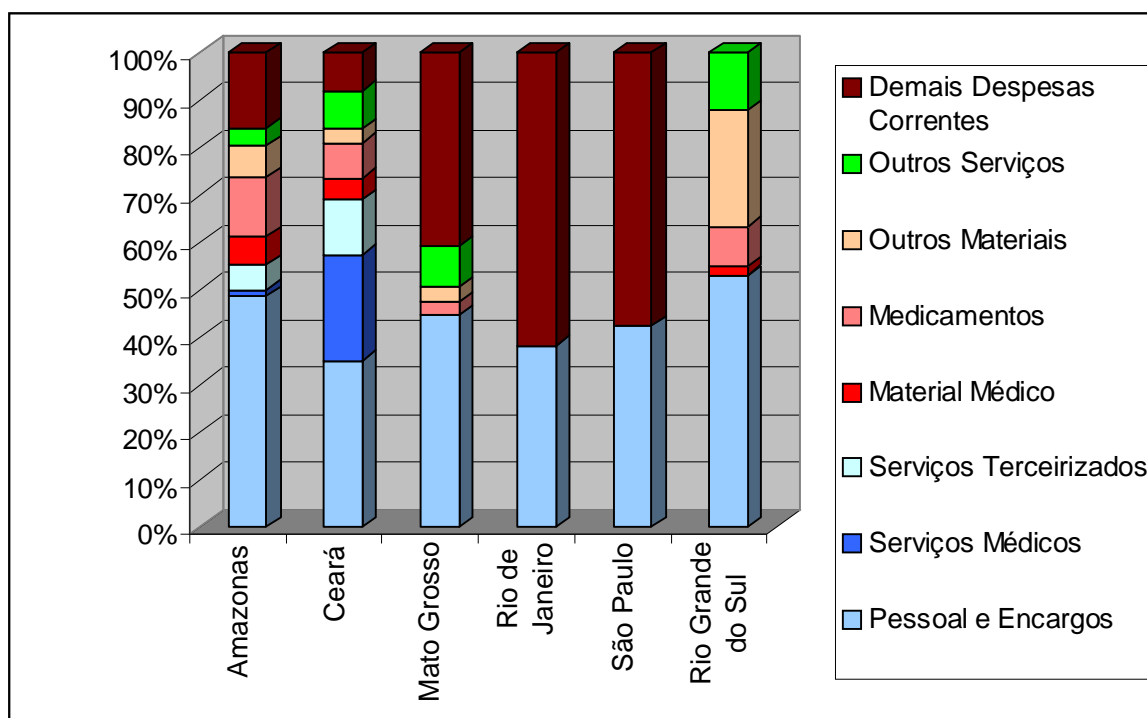


FIGURA 16: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO ESTADUAL POR ELEMENTO DE DESPESA , 2002

A análise da alocação do gasto por atividade ou programa, população alvo ou outro critério finalístico é dificultada pelo fato de que os demonstrativos orçamentários não discriminam a despesa com detalhe. Apenas no caso das secretarias estaduais foi possível levantar o gasto nas principais subfunções (Anexo XVI e Figura 18). Esses dados mostram o predomínio da Assistência Hospitalar e Ambulatorial e das Outras Subfunções, com cerca de 43% cada uma, enquanto que a Atenção Básica recebe entre 2 e 9% e as demais em conjunto menos de 10%. Essa distribuição por si só revela a inadequação da classificação atual, já que duas grandes categorias bastante abrangentes são responsáveis por quase todo o gasto. Além disso, a separação das atividades e programas entre as subfunções da classificação orçamentária não é precisa; por exemplo, o gasto com pessoal envolvido em ações básicas em geral não está registrado na subfunção Atenção Básica. Os estados em geral não são responsáveis pela Atenção Básica, por isso a baixa alocação para essa subfunção. O nível de agregação do gasto por subfunção, aliado à falta de padronização na classificação por programa, dificulta a análise e não permite avaliar com precisão a eficiência alocativa dos recursos.

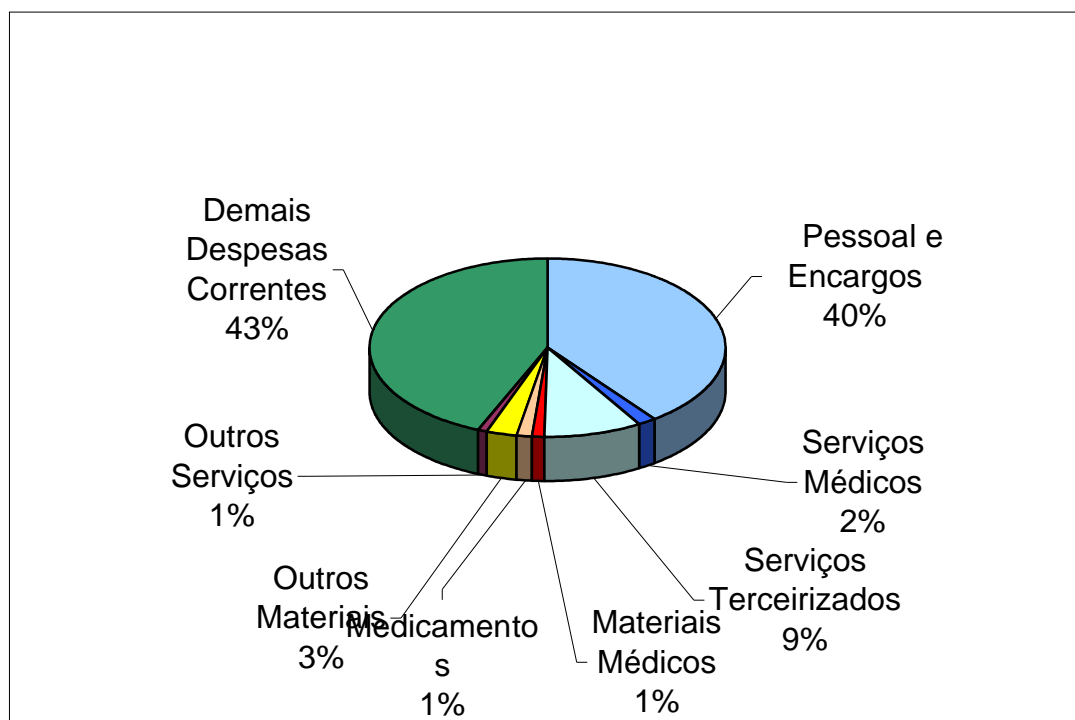


FIGURA 17: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO MUNICIPAL POR ELEMENTO DE DESPESA, 2002

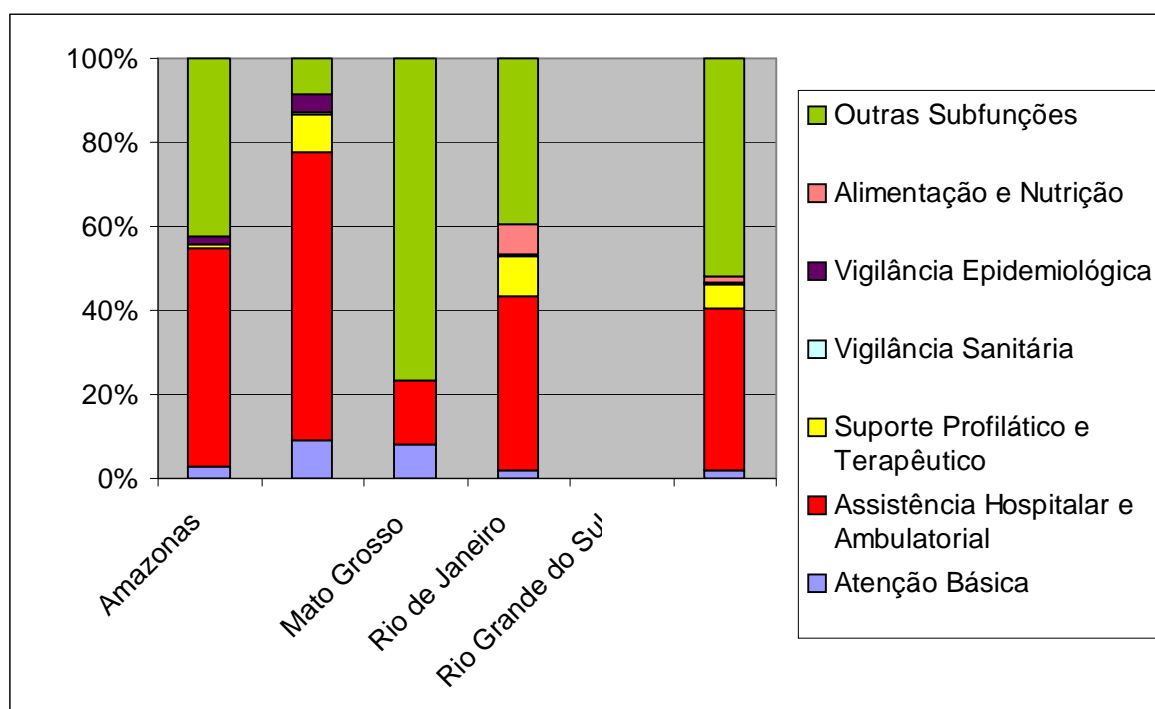


FIGURA 18: DISTRIBUIÇÃO DO GASTO EM SAÚDE DOS ESTADOS POR SUBFUNÇÃO

(v) Acompanhamento, controle e avaliação

Estados e municípios utilizam sistemas distintos – embora parecidos – de informação e acompanhamento do orçamento: Sistema de Administração Financeira dos Estados e Municípios (SIAFEM) no estado de São Paulo e em Cuiabá, o Sistema de Informação Gerencial do Orçamento (SIGEO) também no estado de São Paulo, o Sistema de Execução Orçamentária (SEO) no município de São Paulo, o Sistema Integrado de Acompanhamento (SIC) no Ceará; os demais se valem de Balancetes, demonstrativos de despesas e de contrapartidas (Quadros Demonstrativos de Despesas – QDD), Relatório de Gestão, Diários Oficiais e relatórios financeiros mensais.

No entanto, a finalidade desses sistemas é basicamente a mesma, de controle financeiro, ou seja, acompanhar a execução do orçamento, demonstrando se a execução orçamentária obedece à legislação em vigor; registra-se o montante inicial e as alterações na dotação orçamentária, os montantes empenhados, liquidados e pagos, o saldo orçamentário disponível, o cumprimento do cronograma financeiro, etc... Alguns estados e municípios inovam, criando novos instrumentos ou modificando os sistemas padronizados: o município de São Paulo por exemplo destacou o *Saúde em Contas* - instrumento criado recentemente para divulgação dos resultados da Secretaria de Saúde

A análise dos problemas no acompanhamento e controle da execução orçamentária aponta semelhanças no relato dos estados e municípios, e revela a baixa capacidade das secretarias de saúde para o desempenho das funções de avaliação e controle. O problema mais destacado refere-se à insuficiência de recursos humanos qualificados para o desempenho da função (presente em 50% dos municípios). Em seguida, aparece a apresentação inadequada dos dados, muito agregada e de forma apenas quantitativa, sem análise ou discussão das atividades realizadas ou dos fatores que afetam a execução. Finalmente, é também mencionada a periodicidade defasada do monitoramento em relação ao ocorrido. De maneira geral, sobressai o foco limitado no controle contábil-financeiro, voltado ao órgão superior ou controlador (Secretaria de Finanças por exemplo), com pouca utilização dos dados apresentados para fins gerenciais ou de avaliação interna.

A prestação de contas nos estados e municípios implica em múltiplos destinatários e documentos, com freqüente duplicação de atividades: no caso dos estados são emitidos Relatórios para o SIAF; Balancetes de Prestação de Contas e Processos de Pagamentos mensalmente para a Secretaria de Finanças ou Fazenda e/ou o Tribunal de Contas do Estado (TCE) e para a Assembléia Legislativa, relatórios de Gestão e outros para o Conselho de Saúde, e para o Ministério da Saúde. O Balanço Geral do Fundo Municipal de Saúde é apresentado ao Tribunal de Contas, anualmente. Há, também, municípios que encaminham a prestação de contas para a Coordenação de Saúde do Estado. Apesar da padronização geral do sistema de controle e auditoria, os documentos utilizados e sua aplicação variam consideravelmente.

Da mesma forma como as atividades de acompanhamento e controle, a utilização da prestação de contas enquanto instrumento de avaliação interna da gestão não constitui uma prática corrente dos estados ou municípios. Somente Rio Grande do Sul e Mato Grosso declararam que a prestação de contas é utilizada em algum grau para a avaliação da gestão ou de seus resultados. Assim, configura-se um sistema complexo de prestações de contas paralelas (considerando aquelas relativas às transferências federais) com múltiplos documentos e relatórios, que consome tempo e recursos humanos consideráveis mas tem pouca ou nenhuma utilidade gerencial para o nível local.

Na legislação infraconstitucional do SUS, o Relatório de Gestão é salientado como um dos principais documentos de prestação de contas. No entanto, ele em geral não detalha os programas e ações prioritários, apresentando resultados de gestão somente quantitativos. A única exceção a nível estadual foi observada no Estado do Rio Grande do Sul, onde os resultados qualitativos alcançados são mencionados, mas não são correlacionados com os objetivos e metas definidos no Plano/Agenda de Saúde.

A implementação do SUS ao longo da década de 1990 exigiu que se instalasse nos estados e nos municípios departamentos ou unidades administrativas para executar a auditoria, o controle e a avaliação das ações e serviços de saúde. O objetivo central declarado dessas unidades é de garantir a eficácia das ações e serviços de saúde. Todos os estados da amostra dispõem de órgão responsável por essa atividade. Entre os municípios, cinco (Paratins, Resende, Barra do Bugres, Pelotas e Ivoti) não dispõem de departamento de Auditoria, Controle e Avaliação.

Porém, mesmo quando em funcionamento, esses departamentos se limitam quase sempre à auditoria de contas médicas (especialmente a revisão e autorização de AIHs) e/ou financeira, e raramente realizam atividades de avaliação; além disso, enfrentam dificuldades no seu funcionamento. Nos estados que informaram, o órgão dispõe de cerca de 40 técnicos em média, mas vários problemas limitam sua atuação e efetividade: falta de auditores, insuficiente qualificação/treinamento dos existentes, inexistência de controle na ponta dos serviços, recursos financeiros insuficientes. Um relatório do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria de 1999 elencava também dificuldades de acesso geográfico em alguns Estados; fragmentação dos sistemas de informações; não priorização destas atividades pelos diferentes setores das Secretarias Estaduais de Saúde; falta de integração entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério de Saúde; e ausência de instrumentos apropriados de avaliação (Caixa 3). Em geral, as atribuições do órgão a nível estadual são em geral definidas de modo bastante vago (por exemplo no caso do Amazonas: controlar, avaliar, supervisionar e auditar), revelando talvez o caráter burocrático que assume em muitos casos. A pesquisa sugere portanto que a atividade consome uma quantidade importante de recursos humanos mas executa apenas parte de sua função.

CAIXA 3: CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SUS

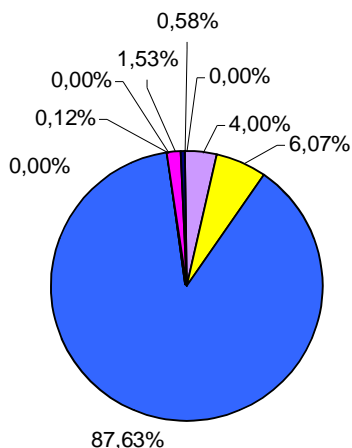
Como parte essencial do sistema de controle e auditoria do SUS, o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde desenvolve ações visando “fornecer aos gestores do SUS em cada esfera de governo informações gerenciais que auxiliem à tomada de decisões e a definição e/ou realinhamento do planejamento de políticas e de ações de saúde.” Com esse objetivo realiza “Auditorias Analíticas” (com base documental) e “Auditorias Operativas” (com visitas in loco) junto a secretarias estaduais e municipais e em prestadores privados contratados. Em 1999 foram realizadas 2422 Auditorias Analíticas e 1913 Auditorias Operativas. No entanto, apesar dos objetivos declarados e dos esforços realizados, fica claro a partir dos gráficos abaixo o viés fiscalizador do sistema, em detrimento da função avaliativa mais ampla e mais útil para a gestão. Das Auditorias Analíticas 97,7% dizem respeito ao sistema de contas hospitalares e ambulatoriais; e das Operativas 44,9% dizem respeito à verificação de convênios e os 17,8% correspondentes à avaliação de gestão na verdade enfocam o cumprimento das normas exigidas para a habilitação dos municípios para cada modalidade de gestão do sistema. Apesar disso, o Relatório Gerencial de 1999 chegava a conclusões importantes, coincidentes com as deste estudo:

“As ocorrências retromencionadas quanto aos requisitos, responsabilidades e prerrogativas não cumpridos, revelam dificuldades para implantação/implementação dos modelos de gestão municipal, deficiências dos instrumentos de planejamento e programação, ausência/deficiência dos mecanismos de controle do processamento do SIA/SIH-SUS e do componente municipal do SNA, falta de autonomia para gerenciamento dos recursos destinados às ações e serviços de saúde e deficiências ou insuficiências de atuação dos Conselhos de Saúde.”

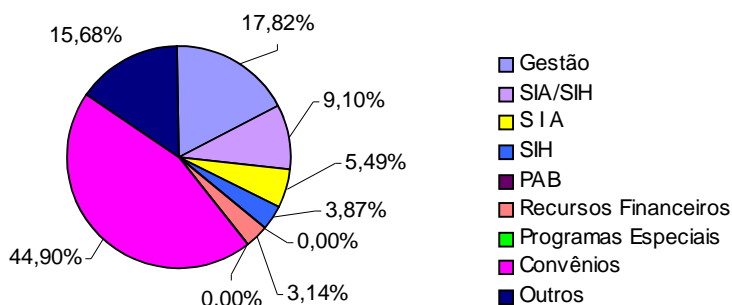
Fonte: MS/DCAA - Relatório Gerencial Exercício 1999.

Fonte: MS/DCAA - Relatório Gerencial Exercício 1999.

Auditorias Analíticas



Auditorias Operativas por Elemento



4.2.2 Análise das transferências federais

As flutuações nos montantes orçamentários se repetem no caso nas transferências recebidas do Governo Federal, com diferenças importantes ao nível da dotação (Atualizada x Orçada) e do montante efetivamente recebido. O Quadro 8 demonstra que no caso das Secretarias de Estado, a Receita Atualizada para 2002 (equivalente à dotação final) representou apenas 66% da orçada inicialmente, e a Realizada foi 50% maior que a Atualizada, sendo quase igual à inicialmente orçada. Apesar do pequeno número de estados da amostra, a grande dispersão observada, e a ausência de informações mais detalhadas, sugerem dificuldades na programação, execução e monitoramento das transferências.

Dados sobre transferências a municípios estão mais disponíveis e permitem uma análise melhor do desempenho da execução das transferências federais. As transferências para os Fundos Municipais de Saúde representam uma importante fonte de recursos à disposição dos municípios, especialmente para aqueles menos beneficiados pelos critérios automáticos de distribuição da arrecadação entre níveis de governo. Somente nos municípios de Resende, São Paulo e Cuiabá, os recursos próprios responderam pela maior parte dos recursos gerenciados pelo Fundo Municipal.

Como mostra o Quadro 9, quase todos os programas tiveram uma diferença a menor na sua Receita Atualizada com relação à Receita Orçada, na maioria dos casos inferior a 15%. A Receita Realizada (ou seja, efetivamente recebida no ano) por sua vez variou bastante dependendo do programa, entre 108,3% da Orçada (no caso de SIH destinada a População Própria) e 46,4% (Programa de Combate às Carências Nutricionais). O nível de execução das transferências também variou bastante entre municípios, conforme mostrado na Figura 19. Em alguns programas, o recurso efetivamente recebido (Receita Realizada) foi superior ao orçado.

Essas variações são explicadas por cortes e contingenciamentos (Rio Grande do Sul), atrasos no repasse federal (Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Ceará), e dificuldades de alteração no cronograma físico-financeiro do Plano de Trabalho (Rio Grande do Sul). Os atrasos podem ser seletivos, ou seja, para alguns programas apenas (Ceará por exemplo mencionou atrasos nas transferências para Endemias, Medicamentos e Ações Estratégicas - FAEC). Além disso, alguns municípios reclamaram do fato de não serem informados quando da ocorrência de cortes ou contingenciamentos por parte do Ministério da Saúde, apesar desses cortes implicarem uma revisão do planejado e por vezes a própria modificação do objeto do convênio.

As lacunas de informação nos estados da amostra, e a grande dispersão observada quanto ao nível de execução orçamentária tanto nos estados quanto nos municípios, evidenciam uma grande variabilidade de situações decorrentes de vários fatores: (i) diversidade de situações de estados e municípios quanto à situação de habilitação; (ii) inadequação do processo de planejamento e orçamento, levando a mudanças substanciais, para mais ou para menos, no decorrer do exercício; (iii) fragilidade dos estados e principalmente de muitos municípios na execução dos recursos disponíveis; (iv) atrasos e modificações frequentes nos repasses pelo Ministério da Saúde e/ou comunicação `Secretaria da Saúde local (muitas vezes o recurso é recebido por outra secretaria ou pelo próprio gabinete da prefeitura. Um fator adicional diz respeito à própria qualidade dos dados, com divergências importantes quanto ao

conceito de despesa utilizado, falta de identificação desse conceito (Orçado x Atualizado x Realizado), e falta de detalhamento por programa.

QUADRO 8: VARIAÇÃO MÉDIA NA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS ESTADOS – RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS 2002, EM %

Variação média em % *	Receita Atualizada / Orçada	Receita Realizada / Orçada
Média dos Estados*	66,42	98,42
Amazonas	100	100
Ceará	NI	NI
Mato Grosso	13,90	67,90
Rio de Janeiro	59,80	61,31
São Paulo	91,97	164,49

Fonte: Relatórios e SIOPS 2002 dos estados, considerando apenas o total das Transferências Regulares e Automáticas; Ceará não relatou as receitas de transferência, e o Rio Grande do Sul não informou ao SIOPS nesse ano. * Média não ponderada, entre os estados que apresentaram valores não nulos.

QUADRO 9: VARIAÇÃO MÉDIA DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS MUNICÍPIOS POR PROGRAMA – RECEITA DE TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS 2002, EM %

Variação média em % *	Atualizada / Orçada	Realizada / Orçada
Total Transferências do SUS - Fundo a Fundo	98.55	92.99
Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo)	80.98	84.06
Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável)	92.05	92.39
Programa de Saúde da Família (PSF)	76.05	80.28
PACS - Agentes Comunitários da Saúde	100.77	106.20
Epidemiologia e Controle de Doenças	95.49	92.36
Farmácia Básica	78.19	81.86
Carências Nutricionais	66.05	46.40
Vigilância Sanitária	98.92	97.33
SIA População Própria	96.82	90.60
SIH População Própria	89.25	108.28
SIA/SIH municípios não habilit. na NOAS	85.74	89.86

Fonte: Anexo XVIII (SIOPS 2002 dos municípios, considerando apenas as Transferências Regulares e Automáticas)

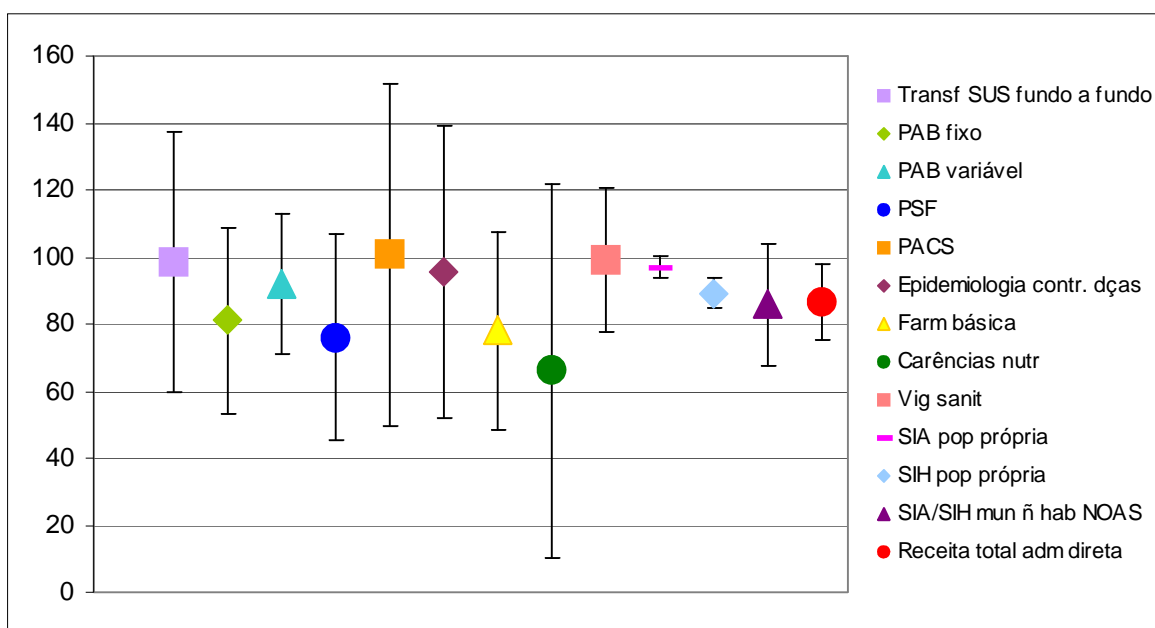


FIGURA 19: VARIAÇÃO NA EXECUÇÃO DAS RECEITAS MUNICIPAIS DE TRANSFERÊNCIAS POR PROGRAMA – 2002¹³

O gasto de estados e municípios nos programas nacionais é financiado não apenas pelas transferências federais, mas também por transferências estaduais (para alguns municípios), e por recursos próprios do Tesouro estadual ou municipal. No entanto, o rastreamento das transferências federais para programas específicos e a estimação do gasto total nesses programas são bastante dificultados pelo fato de que a estrutura orçamentária de estados e municípios em geral não contempla os programas e ações federais objetos dessas transferências, com exceção geral do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e de alguns outros programas em casos particulares. Além disso, há certa inconsistência entre dados obtidos de fontes distintas (Orçamento, SIOPS, relatórios, etc.). Parte dessa inconsistência se deve ao registro dos fluxos financeiros ora por regime de competência (de acordo com o período de referência ou aquisição), ora por regime de caixa (baseados no pagamento), sem que o regime adotado seja explicitado. Também se observam uma falta de homogeneidade ou clareza quanto ao conceito do dado informado de receita ou despesa (Orçada X Atualizada X Realizada X Empenhada X Liquidada X Paga), e lacunas frequentes na informação, e dados disponíveis referentes a períodos distintos. Essas dificuldades tornam virtualmente impossível saber com precisão quanto foi efetivamente gasto em um programa determinado, e contribuem para a má qualidade da informação em geral.

Com o intuito de rastrear e avaliar a utilização dos montantes transferidos pelo Ministério da Saúde a estados e municípios, foi realizada uma análise mais aprofundada das transferências e gastos relativos a alguns programas de âmbito nacional. Essa análise foi focada em 4 programas (Saúde da Família/PSF, Agentes Comunitários/PACS, Combate às Carências Nutricionais/PCCN, e Atendimento

¹³ Obs: Média e Desvio-Padrão da % de execução da receita de transferências.

Básico/PAB) e 5 municípios (Barra do Bugres, Cuiabá, Manaus, Fortaleza, e Rondonópolis), escolhidos em função do maior detalhamento de seus dados. Os resultados são apresentados nas Figuras 20 e 21, e detalhados nos Anexos XIX e XX.

No caso do PSF e do PACS, vários municípios discriminam em seus orçamentos o gasto com pessoal próprio ou terceirizado, o que permite conhecer de forma aproximada o gasto total municipal com esses programas, e portanto saber a contribuição do Tesouro Municipal nesses programas. Porém muitos municípios não seguem essa prática. No caso dos demais programas, por não serem discriminados no orçamento, a informação disponível diz respeito à execução do recurso recebido do Ministério da Saúde, e não é possível comparar o montante recebido com o gasto municipal total.

Nos municípios que dispõem de informação sobre o seu gasto com PSF, esse gasto é sempre bem maior do que o montante recebido do governo federal; considerando que em alguns casos o dado subestima o gasto total, o aporte municipal (em % da Receita Realizada, ou seja, do montante efetivamente recebido do Ministério) é superior a 166% em Rondonópolis, 257% em Fortaleza, e 809% em Cuiabá (Figura 20). No caso do PACS, apenas Cuiabá e Fortaleza demonstram um gasto superior à Receita Realizada, e ainda assim em proporção bem pequena. Assim, para o PSF se evidencia um aporte considerável do Tesouro municipal, mas isso não pode ser confirmado no caso dos outros programas em função das dificuldades assinaladas.

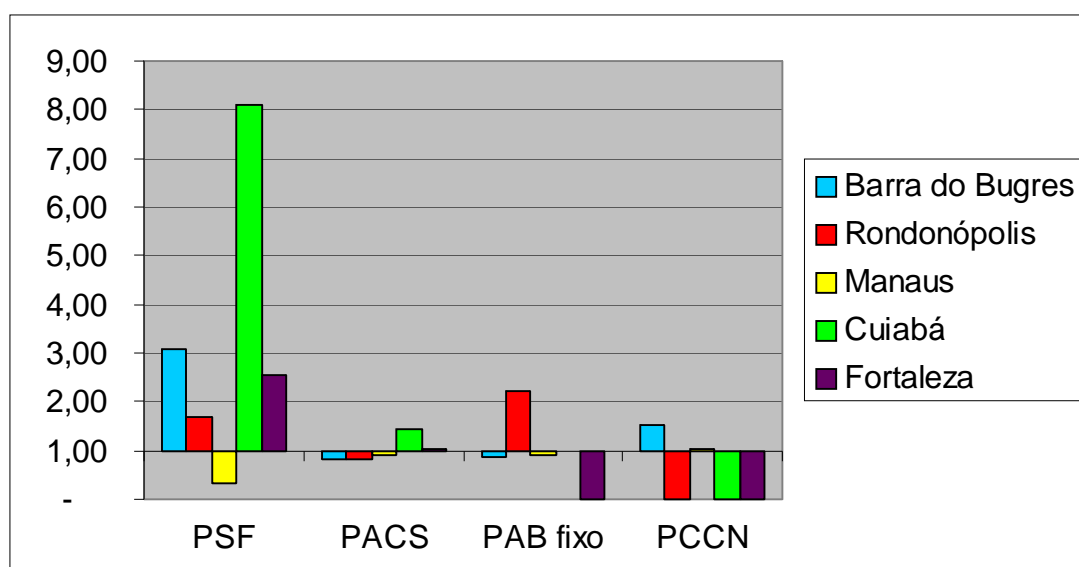


FIGURA 20: RAZÃO DESPESA EMPENHADA/RECEITA REALIZADA DE TRANSFERÊNCIAS EM ALGUNS MUNICÍPIOS¹⁴

Com relação ao desempenho na execução, as variações observadas são muito grandes, e parte dela se deve à inconsistência dos dados e das definições. O razão Receita Realizada/Receita Atualizada ou Orçada varia, mas no geral se aproxima de 1, menos para o PCCN que apresenta um baixo índice de execução da receita (o valor efetivamente recebido do MS é em média $\frac{1}{2}$ do orçado). Os dados de transferência apresentados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e pelo SIOPS em geral são

¹⁴ Fonte: Anexo XIX

consistentes, embora algumas variações importantes são acusadas e permanecem inexplicadas. O índice de Despesa Empenhada sobre Receita Realizada mostra grandes variações no caso do PSF (onde varia entre 0,3 e 7,5), onde a despesa inclui o aporte municipal. Nos demais programas, o valor da despesa se aproxima do montante recebido do Ministério da Saúde pois esse é a informação existente sobre o recurso disponível.

Os indicadores de produtividade calculados relacionam o gasto com a população coberta ou atendida por cada programa. Em muitos casos apenas a população cadastrada é informada, o que não indica a produtividade real, pois a população efetivamente atendida pode ser muito menor. Por outro lado, a unidade de medida da cobertura ou da produção não é padronizada, sendo dada ora em pessoas, ora em famílias ou outra unidade, o que distorce as comparações. A Despesa Empenhada por população cadastrada varia muito no caso do PSF (de R\$ 3 em Manaus a 50 em Cuiabá) e principalmente no PCCN (de R\$ 0,30 em Cuiabá a 270 em Barra do Bugres). A despesa per capita no PAB fixo varia em torno de R\$ 10,00, com exceção de Rondonópolis onde atinge R\$ 26,00. A variação na despesa por população atendida mostra variações ainda maiores (Figura 21), que se devem tanto a diferenças na eficiência do programa quanto às discrepâncias nos dados ou na unidade de mensuração. Por exemplo, alguns municípios consideram que toda a população foi atendida, em outros casos a proporção é muito pequena, o que sugere a existência de problemas na própria definição e mensuração da variável. Quando além disso se leva em conta a ausência de dados em alguns casos, tem-se uma grande dificuldade em se avaliar e comparar o desempenho dos programas financiados com recursos federais; a situação é mais crítica ainda no caso de outros programas, sem repasse específico, pois raramente se coletam informações sobre sua cobertura real ou efetividade.

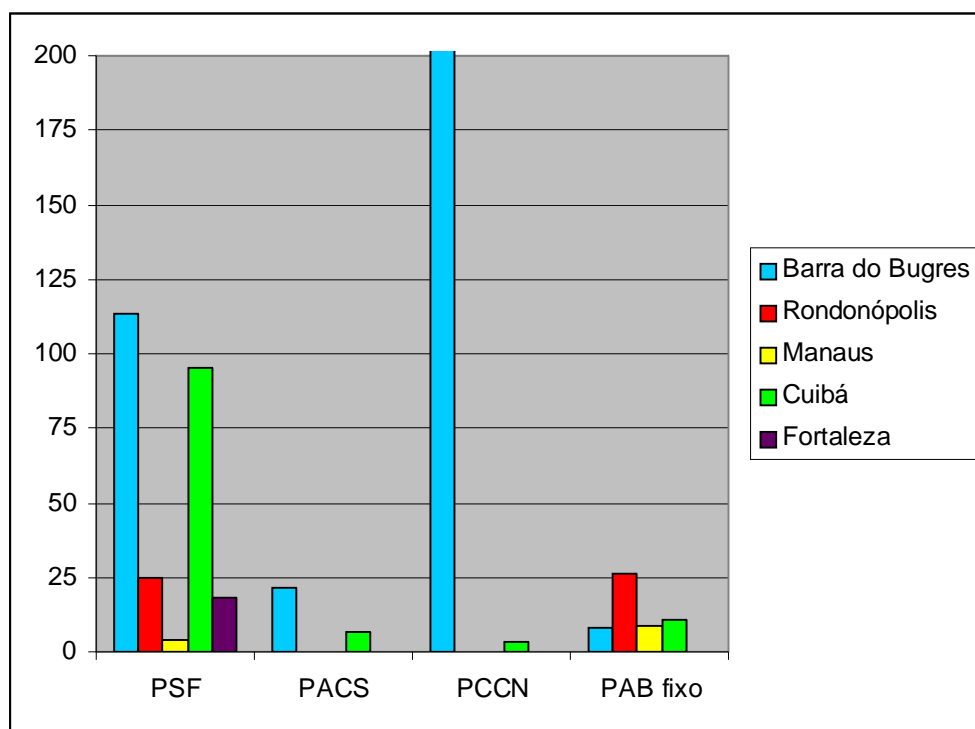


FIGURA 21: GASTO MUNICIPAL POR POPULAÇÃO ATENDIDA POR 4 PROGRAMAS EM ALGUNS MUNICÍPIOS

4.2.3 Unidades de saúde

(i) Execução orçamentária

O grau e a forma em que as unidades de saúde executam seu orçamento depende primordialmente do grau de autonomia gerencial e financeira de que usufruem, conforme já foi discutido anteriormente..

A composição da receita dos hospitais, demonstrada na Figura 22 para os hospitais com orçamento próprio ou informação detalhada sobre sua receita, varia bastante de acordo com a natureza do hospital, seu nível de autonomia, seu porte e a existência de mecanismo que o habilite a receber recursos privados. A receita do Tesouro tem maior importância para os hospitais municipais e menor para os federais. O valor pago pelo SUS através das AIH, SIA, transferências (incluindo o FIDEPS) e subvenções, corresponde a 35% da receita total nos hospitais federais, 38% nos hospitais estaduais, 28% nos municipais e a maior parte (58%) nos filantrópicos; fica portanto patente o paradoxo dos hospitais privados – que em tese não atendem clientela exclusiva do SUS – serem bem mais dependentes dos pagamentos federais do que os hospitais públicos. Algumas observações cabem aqui.

Primeiro, como já foi dito, boa parte dos hospitais públicos recebe os pagamentos de AIH e SIA indiretamente, embutidos na sua dotação orçamentária (quando esses pagamentos são feitos aos Fundos de Saúde), e nesse caso essa informação não pode ser resgatada ao nível de unidade. A consequência disso é que os dados disponíveis superestimam a receita por recursos do Tesouro e subestimam a

importância da receita por recursos federais.

Segundo, é interessante notar que 40% dos hospitais federais têm receitas provenientes de planos de saúde e pacientes particulares, contra nenhum estadual e municipal. Isto se deve a dois fatores: primeiro, a alta proporção de hospitais federais que atendem a funcionários públicos (cobertos por seguro saúde específico e considerado privado) e o fato de que na maioria são unidades terciárias de referência – várias são hospitais universitários – bastante utilizadas por pacientes de planos privados de saúde.

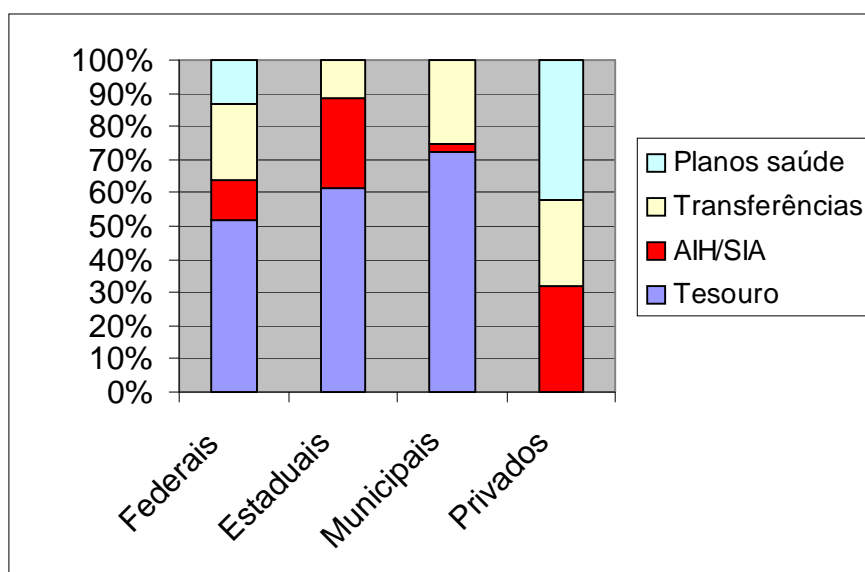


FIGURA 22: COMPOSIÇÃO DA RECEITA DOS HOSPITAIS POR FONTE

Finalmente, outros estudos têm demonstrado que os pagamentos do SUS (AIH e SIA) são de maneira geral insuficientes para cobrir os custos dos serviços, embora possam cobrir o custo para alguns procedimentos específicos, em geral de alta complexidade¹⁵. A própria participação dos pagamentos de AIH/SIA na receita dos hospitais confirma essa defasagem. Segundo administradores de hospitais filantrópicos, uma ultra-sonografia ginecológica custa R\$ 45 para os hospitais filantrópicos, mas o SUS repassa só R\$ 7. Alguns filantrópicos devem o faturamento de vários meses a fornecedores, INSS e Receita, segundo dados da Abrahue (Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino). Entretanto, a falta de informações sobre o custo real dos procedimentos ou mesmo a nível de unidade de saúde dificulta uma análise mais precisa da situação, além de prejudicar a elaboração do orçamento, como já foi assinalado.

A composição da despesa também varia bastante entre hospitais de diferentes naturezas e características (Figura 23). O gasto com pessoal sempre predomina, representando em média pouco mais de 50% do gasto corrente total, e 60% se forem incluídos os serviços terceirizados. A proporção do gasto com pessoal próprio é maior entre os hospitais municipais (60,6%) e federais (58,7%), e menor nos estaduais

¹⁵ Vide por exemplo o estudo REFORSUS 003 e o estudo sobre Custos, Eficiência e Mecanismos de Pagamento Hospitalares.

(45,6%), onde é maior o grau de terceirização.

O gasto com materiais e medicamentos constitui geralmente o segundo item em importância, com cerca de 20% em média. Sua proporção em relação à despesa total varia entre 17% nos hospitais federais e municipais, e 24% nos filantrópicos. Nesse valor normalmente não estão computados os medicamentos e outros materiais cedidos sem ônus ao hospital, pelo Ministério da Saúde ou outro nível de governo (pois na maioria dos casos não são registrados como gasto – vide discussão mais abaixo).

Entre as unidades ambulatoriais, apenas 3 têm informação financeira/orçamentária disponível, e outras 6 detêm informação parcial de despesas. Entretanto, considerando as unidades de Cuiabá e Rio de Janeiro, é possível dizer que o gasto com pessoal representa uma parcela maior da despesa corrente total, variando entre 71,8% (Rio de Janeiro) e 88,1% (Cuiabá); Materiais de Consumo representam entre 10,8% e 7,4%, e os Serviços de Terceiros entre 17,4% e 4,3% respectivamente nesses municípios.

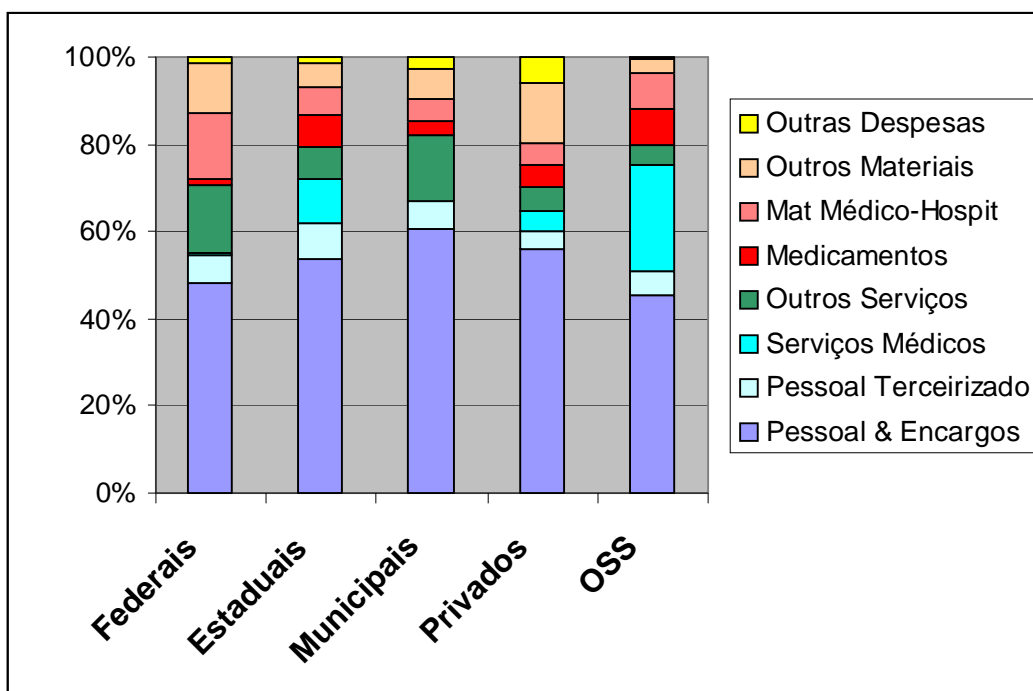


FIGURA 23: COMPOSIÇÃO DA DESPESA DOS HOSPITAIS DA AMOSTRA POR ELEMENTO DE DESPESA – 2002, EM %

(ii) Acompanhamento, controle e avaliação

De maneira geral, o nível de controle que as unidades de saúde têm sobre seu gasto é precário e incompleto, e baseado principalmente nos documentos e relatórios exigidos pelo sistema orçamentário. Na maioria dos casos, pouco uso se faz internamente dessa informação, e em casos não raros o diretor da unidade não tem familiaridade e não usa os demonstrativos financeiros elaborados. Na maioria das unidades de saúde – principalmente as pequenas – o gasto com pessoal por exemplo não é sequer do conhecimento da direção da unidade. Quando o hospital não é Unidade

Orçamentária e portanto não tem orçamento próprio, pouca informação é registrada sobre seus gastos, já que estes são executados centralmente.

O nível de informação financeira disponível varia conforme a esfera da unidade de saúde. Todos os hospitais federais da amostra têm informações orçamentárias. Dos hospitais estaduais, 46% têm orçamento próprio, mas 23% não dispõem de nenhuma informação (nos demais apenas informação parcial – por exemplo, sobre alguns elementos de despesa mas não sobre outros – está disponível). Os hospitais municipais são os que detêm menos informação orçamentária ou financeira: 62% não têm praticamente nenhuma informação sobre receita ou despesa. Isto se explica porque em muitos municípios o gasto das unidades de saúde é gerenciado centralmente. Todos os hospitais privados, como é de se esperar, têm informação financeira total ou ao menos parcial. No caso das unidades ambulatoriais, 85% não elaboram orçamento anual, e 55% não registram informação financeira em caráter sistemático. A maioria das unidades de saúde não prepara uma prestação de contas no sentido mais amplo; apenas os hospitais que são Unidade Orçamentária apresentam os documentos de prestação de contas exigidos por lei.

Nesse contexto merecem menção os casos do município de Cuiabá, que implantou um sistema de custos em cada unidade de saúde de sua rede (vide Caixa 4), e as Organizações Sociais do estado de São Paulo, que implantaram o mesmo sistema de custos por centro de custos, permitindo comparações bastante úteis.

Exemplos de valores de custos: discrepantes, indicando diferenças metodológicas e/ou má qualidade dos dados a ponto de prejudicar a confiabilidade e a análise comparativa.

CAIXA 4: UM SISTEMA DE APURAÇÃO DE CUSTOS A NÍVEL MUNICIPAL: CUIABÁ

O município de Cuiabá é o único da amostra – e um dos poucos a nível nacional – a ter implantado um sistema integrado de apuração de custos que cobre todas as unidades de saúde próprias. O sistema oferece informações detalhadas sobre o gasto direto por elemento de despesa para cada unidade de saúde da rede e para os principais departamentos do nível central. O resumo desses resultados é apresentado na tabela a seguir, e permite por exemplo uma análise inviável na maioria dos estados e municípios: a análise do gasto entre atividades meio (de apoio) e atividades fim. Observa-se que o nível central responde por 27,5% do gasto da secretaria, dos quais 15,7% correspondem às unidades de apoio administrativo e 11,8% às atividades de coordenação e supervisão técnica e aquelas atividades técnicas realizadas em nível central. Essa porcentagem sugere um peso grande das atividades meio e do nível central. As unidades ambulatoriais respondem por 39,6%, sendo a maior parte para a atenção básica; as 18 unidades do Programa de Saúde da Família contribuem com cerca de 1/3 do custo da rede básica (7,5% do gasto total). O único hospital municipal responde por quase 1/3 do gasto total. Conclui-se que a atenção secundária e terciária recebe quase 50% do gasto total do município – e 68% do gasto realizado na rede – uma proporção alta considerando que na distribuição de responsabilidades do SUS, os municípios têm a seu cargo principalmente a atenção básica.

	TOTAL	%	PESSOAL	MATERIAIS DE CONSUMO	SERVIÇOS DE TERCEIROS
Nível Central Administrativo	8.897	15,3	86,14%	6,09%	7,76%
Coordenadorias e áreas técnicas	6.887	11,9	84,39%	11,16%	4,34%
Unidades Ambulat. Básicas	14.423	24,8	77,07%	18,60%	4,33%
Unidades Ambulat. de Referência	9.207	15,9	81,22%	12,52%	6,26%
Hospital	18.626	32,1	66,13%	20,40%	13,47%
Total	58.039	100,0	76,48%	15,40%	8,07%

Dados em R\$ mil, 2001. Fonte: Relatórios de custos da SMS de Cuiabá.

4.2.4 Resumo e conclusões

O sistema de planejamento e orçamento do SUS vem sendo aperfeiçoado regularmente e apresenta várias qualidades, entre as quais se destacam seu nível de estruturação, com fases e atividades claras e que em princípio contempla a necessidade de harmonização de políticas nacionais de saúde e a adequação à realidade local. O

processo de planejamento e orçamento tem sido aperfeiçoado ao longo dos anos, com articulação crescente entre plano e orçamento; mas essa articulação ainda deixa muito a desejar, como se viu. A década de 1990 e os anos mais recentes foram marcados pela introdução de várias medidas legais, que contribuíram para maior padronização da classificação orçamentária, integração entre o processo orçamentário e o planejamento (Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999 da Secretaria de Orçamento e Finanças/SOF do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão) e pela adoção de maior rigor fiscal (Lei de Responsabilidade nº 101/2000).

A Lei de Responsabilidade Fiscal, aprovada em 2000 pelo Congresso Nacional introduziu novas responsabilidades para o administrador público com relação aos orçamentos da União, dos Estados e Municípios, como limites para o gasto com pessoal, e a proibição de criar despesas de duração continuada sem uma fonte segura de receitas, entre outros. A Lei introduziu formalmente a disciplina fiscal na gestão do dinheiro público. Na área da saúde essas mudanças foram complementadas por medidas específicas. Em abril de 2001, o Ministério da Saúde edita duas portarias visando assegurar maior padronização na apresentação dos orçamentos no âmbito do SUS.

Outros instrumentos de planejamento foram introduzidos ao longo dos últimos anos, complementando o sistema de planejamento, entre os quais salientamos a Programação Pactuada e Integrada, que consolida os objetivos e prioridades negociados entre níveis de governo, e o Pacto de Atenção Básica, que formaliza um compromisso negociado para estados e municípios atingirem determinadas metas na área da Atenção Básica. Também foram desenvolvidos e adotados novos métodos, instrumentos e práticas de gestão, principalmente na área de materiais, compras (como o Banco de Preços desenvolvido pelo Ministério da Saúde), e recursos humanos. Nesse âmbito se incluem por exemplo treinamentos gerenciais generalizados, a adoção do sistema de dose unitária em vários hospitais e o desenvolvimento do Banco de Preços pelo Ministério da Saúde.

Chama também a atenção nas informações obtidas a variação na quantidade e qualidade dos dados disponíveis, entre secretarias e entre unidades de saúde. As informações fornecidas pelas secretarias de estado estão em geral em maior nível de agregação, com pouca indicação sobre a realidade do atendimento local. Para os municípios de médio e pequeno porte muitas das informações solicitadas não estão de posse da secretaria de saúde, mas sim de outras secretarias tais como a de Administração e a de Finanças. Essas variações estão também associadas à qualidade da gestão e dos sistemas de informação locais, à insuficiente harmonização/padronização de conceitos e nomenclaturas entre os 3 níveis de governo, e à baixa motivação por parte dos profissionais na ponta do sistema em fornecer informação que é vista como exigência externa e de pouca utilidade para eles.

Entretanto, a pesquisa revela que subsistem vários problemas e dificuldades relacionados com o processo de execução orçamentária, que afetam a eficiência do próprio processo e a alocação de recursos e refletem na qualidade dos serviços. Os problemas mais gerais estão resumidos na caixa abaixo, e outros relacionados com a aquisição e gestão de materiais são discutidos na seção seguinte.

CAIXA 5: PRINCIPAIS CONCLUSÕES: EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- A legislação e estrutura do orçamento engessam a execução por sua rigidez. As unidades executoras tentam contornar essa rigidez elaborando orçamentos em nível muito agregado, e dividindo compras e contratos em valores menores.
- Importantes alterações entre a dotação inicial e o montante finalmente disponível, limitam a utilidade do planejamento e da previsão financeira. Execução orçamentária não casa com o plano, pois redução da dotação entre a inicial e a final, por conta de cortes e contingenciamentos.
- A liberação de recursos financeiros não ocorre conforme o planejado, com atrasos frequentes na 1ª quota e liberação tardia da última quota, dificultando a execução do recurso disponível. Recursos “congelados” podem ser liberados apenas no final do ano, sem tempo para sua execução. Na prática a liberação de recursos orçamentários, no ano de competência, tem início no mês de março e se encerra no mês de novembro.
- A despesa empenhada é normalmente menor que a dotação, em função desses fatores, dos prazos e atrasos na liberação de recursos, da morosidade nas licitações e trâmite dos processos financeiros em geral.
- Prazos e atrasos na realização de pagamentos resultam em custos mais altos e um nível de despesa paga relativamente baixo.
- O nível local – e principalmente as unidades de saúde menores – tem uma baixa capacidade de execução do gasto, por falta de pessoal capacitado e sua limitada autonomia.
- A maioria dos estados e muitos municípios não cumprem o percentual mínimo de seus recursos a serem aplicados em saúde, embora certo número de municípios gastam bem acima disso.
- O sistema de monitoramento e controle orçamentários e prestação de contas é bastante estruturado e formalizado, mas enfoca primordialmente a obediência às normas legais e o controle financeiro, com pouca preocupação avaliativa com os resultados atingidos.
- Existe uma multiplicidade de prestações de contas paralelas, associadas a programas com recursos vinculados e/ou mecanismos de pagamento específicos, o que consome recursos e tempo consideráveis, elevando os gastos administrativos.

Alguns dos problemas assinalados são próprios do sistema público de planejamento, orçamento e gestão, e as autoridades de saúde têm limitado poder de resolvê-los. Outros são próprios da organização e funcionamento do SUS, cuja complexidade de organização e multiplicidade de requisitos e controles contribuem para as dificuldades apontadas. Algumas características dificultadoras do SUS são discutidas na Caixa 6. Frente aos requisitos para habilitação nas condições previstas na NOAS 01/01, os municípios levantam várias dificuldades no processo, que em grande parte decorrem da própria complexidade processual:

- O cumprimento dos critérios estabelecidos na NOAS/SUS para os municípios;
- Problemas gerenciais, especialmente nos municípios com menos de 20 mil habitantes;

- No estabelecimento de parcerias entre municípios em alguns Estados;
- Política de recursos humanos inadequada (relações de trabalho, remuneração, capacitação);
- Influência política nas definições de prioridades;
- Exigência de cadastro de equipamentos para todos os municípios, independente da disponibilidade de pessoal capacitado para operá-los;
- Dificuldade do Estado para assumir as ações de municípios desabilitados;
- Falta de compreensão, por parte dos gestores municipais, do papel dos Coordenadores Estaduais de Atenção Básica .

CAIXA 6 : O ONUS DE UM MODELO DE DESCENTRALIZAÇÃO

A legislação básica do SUS remonta à Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde e definiu os princípios gerais de universalidade e gratuidade e o caráter de dever do estado. A legislação posterior regulamentou o funcionamento do sistema, construindo um sistema bastante complexo de transferências de recursos e requisitos administrativos para estados e municípios. Ao longo desse processo dois temas centrais foram tratados pelas sucessivas peças regulatórias: os níveis e modalidades da implantação do sistema descentralizado, e os critérios e mecanismos de transferência de recursos federais a estados e municípios. Ambos estão relacionados com uma contradição inerente a qualquer processo de descentralização: por um lado a descentralização implica concessão de maior autonomia aos níveis mais baixos do sistema, e portanto liberdade na aplicação de recursos (o que se consubstancia no princípio de transferências de recursos automáticas, sem exigências prévias); por outro lado existe a necessidade, por parte do Ministério da Saúde enquanto coordenador do sistema, de promover a implantação das políticas e prioridades nacionais e estimular estados e municípios a alocarem e aplicarem mais eficientemente os recursos disponíveis. Pela natureza desses temas e pelos conflitos de interesses que envolvem (em torno principalmente da transferência efetiva de poder), têm sido objeto de acalorados debates, e não foram adequadamente equacionados na regulamentação do SUS. Seus principais pontos estão resumidos abaixo, e uma lista das peças regulatórias se encontra no Anexo IV).

(Continua)

Descentralização

As sucessivas peças regulatórias definiram níveis, etapas e modalidades de implantação do SUS descentralizado, sempre associadas a requisitos formais consideráveis. A NOB/93 definia três níveis de adesão voluntária ao SUS para os municípios – Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena – cada uma atrelada a um conjunto de requisitos formais. Muitos municípios (e até estados) tiveram dificuldades em preencher esses requisitos, e/ou só conseguiram implantá-los no seu aspecto formal, sem que funcionem efetivamente. Em função disso, quatro anos depois, apenas 2,9% dos municípios estavam habilitados em Gestão Semiplena, 12,4% em Gestão Parcial e 47,6% em Gestão Incipiente, o restante (37%) não estando habilitado em nenhuma. Um ano antes, a NOB/96 já havia definido outras modalidades de inserção no sistema – Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema – em substituição e como evolução das anteriores. São necessários 10 passos sucessivos para o município ser habilitado, implicando de 14 a 20 requisitos – todos eles processuais – e 29 documentos comprobatórios (vide Anexo VIII). A NOAS 01/01 por sua vez, modifica as modalidades de gestão definidas pela NOB/96, introduzindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e propõe novo modelo para regionalização da Assistência de Alta Complexidade, criando novos processos e controles administrativos.

Mecanismos de repasses

A qualificação de um município ou estado em determinada modalidade de adesão ao SUS sempre esteve atrelada a determinadas formas e montantes de transferência de recursos federais, dos convênios dos anos 80 e início dos 90 às transferências diretas e automáticas cada vez mais utilizadas nos últimos anos. Em função das diferenças de condições e capacidades dos municípios e estados, e das modalidades de sua inserção no sistema, sempre houve a coexistência de mecanismos diferentes de repasses, tornando mais complexa a gestão do sistema. A NOB/96 ampliou essa complexidade ao multiplicar o número de repasses específicos para certos programas e ações. Cada tipo de recurso deve ser manipulado em conta bancária específica (Teto Financeiro, PAB, Epidemiologia e Controle de Doenças, Média e Alta Complexidade), e muitos dos mais de 70 mecanismos de pagamento e transferência existentes hoje são vinculados, ou seja, os recursos só podem ser aplicados nos programas a que se destinam. Essa vinculação, se de um lado contribuiu muito para a expansão de programas de atenção básica (como o PSF e PACS), com repercussões favoráveis nos indicadores de saúde, por outro lado exige sistemas de acompanhamento, controle e prestação de contas distintos e paralelos, o que aumenta consideravelmente o trabalho e os recursos humanos mobilizados para essas atividades puramente administrativas.

4.3. GESTÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

A gestão de materiais – desde sua aquisição até sua utilização – consome uma parte significativa de recursos financeiros – em torno de 20% do total – e dá margem a muitas ineficiências e desperdícios. São analisados os seguintes aspectos relacionados: o processo de compras e licitação, a gestão e controle de estoques, e a utilização de verba de adiantamento e pronto pagamento.

4.3.1 Secretarias de saúde

(i) Processo de Compras e Licitação.

Em geral cabe às Secretarias de Saúde a responsabilidade por autorizar a compra de materiais e medicamentos, assim como a contratação de serviços e – em menor grau – a compra de equipamentos. No caso de equipamentos, a responsabilidade pela autorização é freqüentemente localizada em outra secretaria (por exemplo no Rio Grande do Sul e Ceará). Entre os municípios apenas em um só a autorização para compras em geral é dada por outra secretaria (Barra do Bugres, pela Secretaria de Finanças). Já a realização das compras pode estar a cargo da Secretaria de Saúde (São Paulo, Parintins, Porto Alegre, Manaus, Cuiabá e Ivoti) ou de outra secretaria (Barra do Bugres; em Sobral é a secretaria de Desenvolvimento de Gestão; em Rondonópolis, a de Administração; e em Assis, o Diretor Administrativo).

A legislação prevê várias modalidades para a aquisição de materiais e contratação de serviços, dependendo do valor, cada uma requerendo procedimentos e prazos distintos:

- Concorrência pública: é a modalidade mais completa e rigorosa da licitação, exigindo habilitação preliminar dos concorrentes e prazos maiores; é obrigatória para compras e contratos de valor superior a R\$ 650.000,00
- Tomada de preços: modalidade intermediária, reservada para valores entre R\$ 80.000,00 e 650.000,00
- Carta-convite: uma forma simplificada de licitação, em que se convidam no mínimo 3 fornecedores a apresentarem proposta; é utilizada para compras entre R\$ 8.000,00 e 80.000,00
- Compra direta: é a forma mais simples, reservada para compras e serviços pequenos (de valor inferior a R\$ 8.000,00).

Mais recentemente foi introduzida a modalidade do pregão, utilizada em geral para compras de maior porte. A maioria dos processos de compras realizados pelas secretarias se dão nas modalidades mais simples: dos 699 processos de compras realizados pelas secretarias municipais nos últimos 6 meses, 82% foram na modalidade Compra Direta (mais de 2 compras por dia útil) e 13% como Convite, conforme ilustrado no Quadro 10. Em valor, entretanto, predomina a modalidade de Concorrência com 60,4% do valor total, seguida do Convite com 18,7% e da Tomada de Preço com 15,5%; a Compra Direta embora constitua a maior parte dos processos, representa apenas 5,4% do valor total. Ou seja, as secretarias realizam um grande número de

compras pequenas mas gastam a maior parte do recurso disponível na modalidade mais rigorosa de licitação, o que sugere que as compras diretas são utilizadas em geral em situação de emergência. Mas a grande frequência dessas compras também sugere que boa parte delas poderia ser evitada com melhor gestão orçamentária, e planejamento melhor das necessidades e das compras.

Por outro lado, a legislação sobre licitações não elimina a possibilidade de fraudes – embora a reduza significativamente – pois acordos entre fornecedores no sentido de apresentar preços maiores ou pré-definir um vencedor são possíveis e relativamente frequentes; o recém-criado Banco de Preços do Ministério da Saúde, alimentado regularmente por vários hospitais públicos e acessível a qualquer órgão público, representa um grande passo no sentido de coibir essas práticas.

QUADRO 10: DISTRIBUIÇÃO DAS COMPRAS DAS SECRETARIAS DE SAÚDE POR MODALIDADE

MODALIDADE	% DAS SECRETARIAS	QUANTIDADE MÉDIA/SEC	VALOR TOTAL	VALOR MÉDIO
Compra direta	50	576	5.152.400	2.233
Convite	83	93	17.966.334	38.554
Tomada de Preço	83	21	14.892.784	141.836
Concorrência	50	9	57.884.269	226.318

O prazo necessário aos processos de compras varia bastante dependendo da modalidade (as mais rigorosas têm prazos legais maiores e exigem mais tempo de preparação e execução), da agilidade administrativa e do planejamento das próprias secretarias, além de outros fatores. Na média costuma tomar entre 1 mês e meio e 5 meses e meio de acordo com as informações coletadas: em Mato Grosso por exemplo é de 4 meses para a aquisição de material de expediente e material de limpeza, no Ceará de 1 a 2 meses para a compra de equipamentos hospitalares; e nos municípios varia de 2 meses (Cuiabá e Ivoti) a 5 meses (Resende, para material hospitalar). Os prazos mais extensos claramente colocam em risco a capacidade de execução do orçamento, pois permitem 1 ou 2 compras ao ano no máximo, e requerem capacidade de planejamento e agilidade administrativa que muitas secretarias não possuem. Foi relatado também o fato de que as exigências do processo de licitação dificultam ou impedem a participação de fornecedores interessantes (por oferecerem menor preço ou outras vantagens).

Segundo relatado pelas secretarias, a morosidade do processo de licitação costuma provocar atrasos na celebração de contratos e na prestação de serviços; esses atrasos são mais frequentes para Materiais Médico-hospitalares (1 estado e 3 municípios) e para Materiais Gerais (1 estado e 2 municípios), e Medicamentos e Serviços de Manutenção (1 município cada). Entre os municípios, a frequência de atrasos para a aquisição de materiais foi de 47%, sendo mais frequentes para Materiais Médico-Hospitalares (Quadro 11). Os atrasos verificados por sua vez resultam em desabastecimento parcial ou temporário, dificuldades na dispensação de medicamentos

aos pacientes, baixa qualidade/resolutividade dos serviços ofertados, a paralisação desses serviços em alguns casos, e transtornos em geral para a administração ao ter que enfrentar uma situação de urgência.

Os tempos e exigências das modalidades mais completas de licitação, e a ocorrência desses atrasos, acarretam levam as unidades responsáveis a adotarem estratégias para contornar essas dificuldades, por exemplo quebrando uma compra em várias de valor menor (o que não é permitido pela legislação mas acaba ocorrendo com alguma frequência), ou conseguindo dispensa de licitação frente a uma situação de emergência (o que permite utilizar compra direta). Na pesquisa os motivos mais comuns para a dispensa de licitação foram: Atraso na licitação, situação de emergência, anulação de licitação anterior (por não apresentação de propostas ou ocorrência de irregularidade), e cumprimento de ordem judicial.

QUADRO 11: INCIDÊNCIA DE ATRASOS NAS COMPRAS DE MATERIAIS NAS SECRETARIAS MUNICIPAIS

TIPO	%
Materiais Gerais	17,7
Materiais Médicos	23,5
Medicamentos	5,8
Sem relato de atrasos	53,0

A padronização de materiais e medicamentos é adotada por algumas secretarias (Mato Grosso e Ceará entre os estados, e 8 secretarias municipais em 13 que responderam). A adoção de padronização parece ser mais comum entre os municípios maiores e mais estruturados. Todas as secretarias que declararam fazer uso da padronização, também afirmaram que o controle do recebimento dos bens e serviços é realizado de acordo com essa padronização. Deve-se mencionar que muitos estados e municípios adotam a lista de medicamentos básicos do Ministério da Saúde como referência ou integralmente.

(ii) Gestão e Controle de Estoques

A armazenagem de materiais é organizada na maioria dos estados ou municípios de maneira hierarquizada e com grau variável de centralização. Todos as secretarias estaduais e a maioria das municipais possui um almoxarifado central para armazenamento de materiais, que abastece o nível central e em muitos casos também abastece toda ou parte da rede de unidades, seja para todos ou alguns tipos de materiais. Entretanto, há casos em que só existem almoxarifados descentralizados como em Sobral (regionalizados ou por unidade de saúde) e outros em que o almoxarifado de toda a prefeitura é centralizado num único local (esta é a realidade de muitos municípios pequenos). O tamanho desses almoxarifados varia bastante, de menos de 100 itens a alguns milhares. Na maioria dos casos levantados na pesquisa, a área física destinada ao almoxarifado é adequada, o principal problema relatado sendo espaço insuficiente.

A maioria das secretarias realiza regularmente um inventário (contagem física)

do estoque para fins de controle e verificação, porém com frequência variável: anualmente (2 estados e 4 municípios), semestralmente (1 estado e 1 município), trimestralmente (3 municípios) ou mensalmente (1 estado e 3 municípios). O controle de estoque é informatizado em todos os estados (com exceção de São Paulo que não informou) e em 6 dos 17 municípios (São Paulo, Porto Alegre, Manaus, Sobral, Cuiabá e Assis); surpreendentemente, alguns municípios de tamanho médio-pequeno adotam esse sistema. De maneira geral a distribuição de material e medicamentos é realizada mediante o preenchimento de formulário de requisição pelo setor ou unidade demandante. Merece menção a utilização de mecanismos alternativos em dois municípios de médio porte (novamente, Sobral, com distribuição regular automática, e Assis, que utiliza uma Planilha de Estoque Mínimo).

Poucas secretarias encontraram diferenças significativas entre a quantidade registrada no controle de estoque e no levantamento físico (inventário), o que surpreende frente à experiência pessoal dos pesquisadores. Tais diferenças foram relatadas apenas em Mato Grosso (Materiais Gerais), Amazonas (Materiais Médico-Hospitalares e Medicamentos), e Sobral (Materiais Médico-Hospitalares e Medicamentos)¹⁶. Uma causa freqüente de desvios é o registro inadequado nas fichas de prateleira (quando o registro é manual). As medidas tomadas são em geral estritamente administrativas (“revisão do processo”); em nenhum caso houve responsabilização de pessoas ou punição de responsáveis.

Poucos estados contam com uma rotina de acompanhamento da validade dos materiais em estoque. A maioria dos municípios relatou manter algum tipo de controle. Entretanto, no último ano, quantidades significativas de medicamentos com prazo de validade vencido foram incineradas em Mato Grosso e Amazonas, e nos municípios de Barra do Bugres, Manaus, Rondonópolis e Cuiabá, ou devolvidos (Ivoti), o que sugere que esses controles não são eficazes.

É importante salientar que estados e municípios recebem doações de medicamentos (e alguns outros materiais e equipamentos) do governo federal (e/ou estadual no caso dos municípios). Essas doações ou cessões são muitas vezes de valor significativo; em um município de São Paulo por exemplo, o gasto total anual com medicamentos para 2003 (R\$ 600.000) representou 4% do gasto municipal com saúde, dos quais 31% adquiridos com recursos do município, 63% doados pela Secretaria de Estado, e 6% doados pelo Ministério da Saúde. Como regra geral o valor correspondente a essas doações em espécie é apenas registrado no almoxarifado, não sendo contabilizado como entrada de recursos (receita ou fonte) ou incluído no gasto (pois não é registrado no fluxo orçamentário-financeiro). A consequência disso é que a despesa de saúde dos estados e principalmente dos municípios registrada nos balanços e no SIOPS está na verdade subestimada por não contemplar essas transferências¹⁷.

(iii) Adiantamento e Pronto Pagamento

É freqüente o uso da chamada “Verba de adiantamento” ou “de pronto pagamento” nas secretarias e unidades de saúde. Essa verba se destina a compra de bens e serviços de pequeno valor, que não requerem a realização de licitação, e funciona como um fundo rotativo, ressarcido periodicamente (em geral mensalmente). Todas as

¹⁶ Não foi possível realizar uma pesquisa por amostragem nos almoxarifados das secretarias.

¹⁷ Esse gasto é no entanto registrado pelo órgão que fez a doação ou transferência (o Ministério da Saúde em muitos casos)

secretarias estaduais de saúde fazem uso regular de verba de adiantamento. Sua utilização mais freqüente é para a compra de emergência de materiais e medicamentos, realização de pequenos serviços – geralmente de manutenção – e pagamento de diárias e transporte.

Na maioria das secretarias essa verba é gerenciada e controlada através de prestação de contas específica (mediante apresentação de recibos e comprovantes) de acordo com legislação específica. Se de um lado, essa verba é dos poucos instrumentos que asseguram autonomia e agilidade, também possibilita em maior grau desvios e mau uso dos recursos. O número dessas verbas de adiantamento, e os valores envolvidos, são muito variáveis: na SES do Rio Grande do Sul por exemplo é de 162 e na de Mato Grosso de 70.

A nível municipal, apenas 7 secretarias (São Paulo, São Gonçalo, Resende, Porto Alegre, Manaus, Cuiabá e Assis) declararam fazer uso regular de verba de adiantamento/ pronto pagamento, embora seja provável que as demais também utilizem essa modalidade. O valor anual desses adiantamentos é baixo, representando entre 0,1 % (Manaus) e 1,8% (em Resende) da despesa da secretaria municipal. O número desses fundos/verbas varia entre 15 (em Porto Alegre) e 94 (em Cuiabá), sem nenhuma relação com o montante do orçamento da secretaria ou o tamanho do município.

4.3.2 Unidades de saúde

(i) Processo de Compras e Licitação.

A maioria dos hospitais tem autonomia na compra de materiais e serviços: em 75% deles a compra é realizada diretamente pela unidade, enquanto nos 25% restantes é realizada por um órgão central da Secretaria da Saúde ou outra secretaria. Já no caso de equipamentos esta autonomia é bem mais reduzida, sendo que apenas 39% dos hospitais da amostra têm competência para adquiri-los. O Quadro 12 mostra que essa autonomia varia muito de acordo com a esfera do hospital: todos os hospitais federais e privados são responsáveis por realizarem suas compras de materiais e serviços, contra 69% dos estaduais e apenas 24% dos municipais. Isso indica o alto grau de centralização administrativa e financeira prevalente na maioria dos municípios.

Entre os hospitais que realizaram compras no período, as modalidades mais utilizadas foram a Compra Direta (53%), Tomada de Preços (24%), e Carta Convite (18%), o que indica um grande número de pequenas compras. Em valor, Carta Convite e Tomada de Preços respondem por 38% do total cada uma, e Compra Direta por 13%. Ou seja, ao nível das unidades se utilizam mais as modalidades simples e intermediárias, em maior grau do que nas secretarias. É importante ressaltar que 82% dos hospitais trabalham com padronização de materiais e medicamentos, sendo esse um fator favorável no controle da qualidade e dos custos, pois permite reduzir o número de itens em estoque e torna o processo de compra mais competitivo pois os lotes econômicos são maiores.

**QUADRO 12: RESPONSABILIDADE PELA COMPRA DE MATERIAIS E SERVIÇOS
NOS HOSPITAIS**

QUEM AUTORIZA	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	FILANTRÓP	LUCRATIVO
Órgão/Setor Externo	0,00	30,76	76,47	0,00	0,00
Diretor Geral	50,00	76,90	35,29	61,53	50,00
Diretor Administrativo	0,00	38,46	11,76	38,46	0,00
Setor de Compras	0,00	0,00	11,76	15,38	50,00
Setor/Unidade Usuaria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outro	0,00	15,38	5,88	15,38	0,00
Não Responderam	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00

As colunas não somam 100% devido a múltipla escolha.

Os efeitos da lentidão no processo de compras e dos atrasos resultantes são mais evidentes ao nível das unidades de saúde do que nas secretarias de saúde, por serem as unidades responsáveis diretas pela prestação de serviços. Entre os hospitais da amostra, a frequência de atrasos na compra ou entrega de materiais foi de 71%, sendo de 61% para Medicamentos, 57% para materiais médico-hospitalares, 32% para Outros Materiais, e 27% nos serviços de manutenção. Esses problemas são mais frequentes entre os hospitais municipais e estaduais, e menos frequentes entre os hospitais lucrativos da amostra (embora o pequeno número destes não permita conclusões confiáveis), conforme indicado no Quadro 13. Chama a atenção em particular que 82% dos hospitais municipais enfrentaram atrasos no abastecimento de medicamentos no decorrer do ano, e 65% deles atrasos na compra de Materiais Médico-Hospitalares.

Entre os hospitais nos quais foi possível identificar o motivo do atraso, para a maioria (54%) o principal motivo estava relacionado com o processo licitatório em si (prazos, atrasos, burocracia, dificuldade em cumprir as exigências), em 23% dos casos estava relacionado com uma gestão inadequada (como previsão inadequada das necessidades e falta de controle do estoque), e em outros 23% era relacionado com atrasos ou falta de pagamento aos fornecedores.

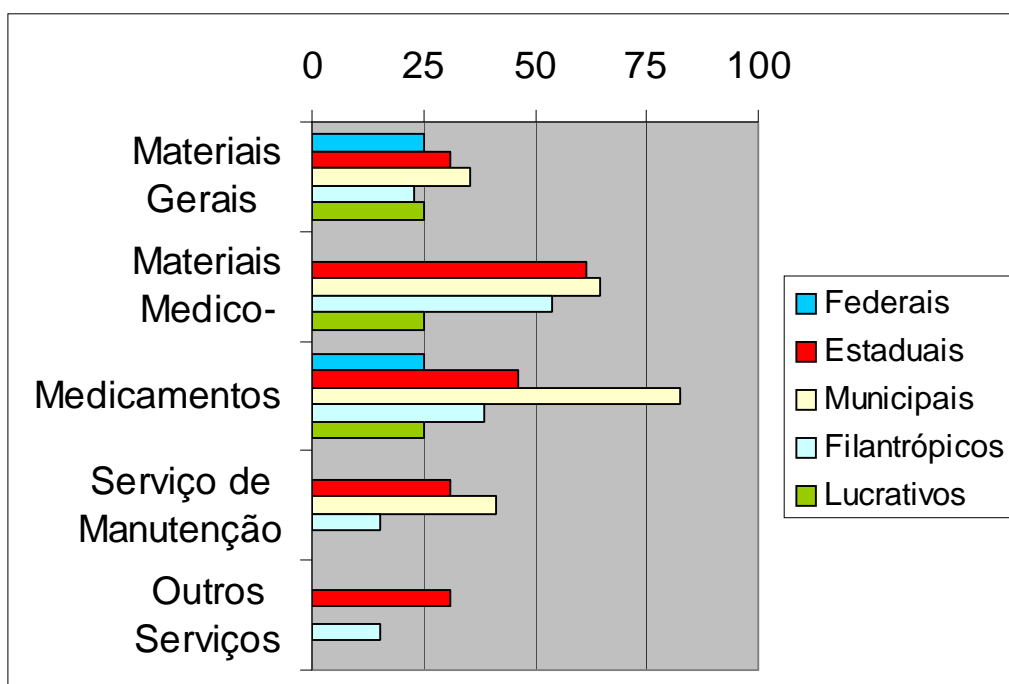


FIGURA 24: FREQUÊNCIA DE ATRASOS NO ABASTECIMENTO DE MATERIAIS E SERVIÇOS EM HOSPITAIS

Dos hospitais que informaram terem enfrentado problemas de atraso nas compras ou entrega de materiais ou serviços, 89% recorreram a compras de emergência, em volumes pequenos e a preços quase sempre maiores. 48% também recorreram a remanejamentos ou empréstimos de outras unidades. A principal consequência desses atrasos foi a própria falta do material (registrada em 88% dos casos), que por sua vez obrigou ao adiamento ou suspensão do serviço prestado ou cancelamento de cirurgias em 20% dos casos, e resultou em queda da qualidade do atendimento (relatada por 23% dos hospitais). Também foram mencionados transtornos administrativos associados à situação de emergência. Para evitar esses problemas, muitas vezes a unidade recebe o produto apesar dele não estar conforme às especificações da licitação e/ou do contrato, por medo de ficar sem material, em virtude da burocracia existente nos processos de devolução e revisão de compras. Compras de emergência, por serem feitas em geral em pequenas quantidades e em estabelecimentos de varejo, resultam em preços sensivelmente maiores do que as compras programadas; essa diferença varia muito caso a caso, mas alcança facilmente 20% para materiais de consumo em geral e 30 a 40% para medicamentos.

A gestão de contratos adquire uma importância crescente também nos hospitais, em função da tendência à terceirização de serviços diagnósticos e de apoio. A pesquisa revela que 50 % dos contratos são administrados considerando as metas quantitativas, qualitativas e prazos; 14 % consideram as metas quantitativas e prazos; mas apenas 5% dos contratos prevêem indicadores de qualidade amarrados à prestação dos serviços, e apenas 11% dos contratos prevêem sanções pelo descumprimento de cláusulas contratuais. Não foi possível quantificar a frequência do descumprimento contratual, mas há evidências de que seja bastante comum, levando a prejuízos para a qualidade do atendimento (por exemplo no caso de limpeza inadequada) e a custos desnecessários.

As informações levantadas caracterizam claramente uma fragilidade no gerenciamento dos contratos de terceirização.

(ii) Gestão e Controle de Estoques

A armazenagem e distribuição de materiais constituem outro ponto crítico em muitas unidades de saúde, e a pesquisa aponta vários problemas importantes. A maioria (83%) dos hospitais pesquisados possui um almoxarifado próprio, que armazena principalmente materiais médicos (86%) e medicamentos (80%). Entretanto, das unidades que possuem uma área de almoxarifado própria 23% não apresentam condições adequadas de estocagem (principalmente falta de espaço, poeira, infiltração, e móveis inadequados). É importante notar a fragilidade especial dos hospitais municipais, dos quais 23,5% não possuem almoxarifado próprio, e dentre os que possuem um, 41% não têm condições adequadas de armazenagem.

89% das unidades que possuem área de estoque realizam um inventário físico pelo menos uma vez ao ano. No último inventário realizado foram encontrados diferenças consideráveis entre as quantidades registradas nos controles de estoque e a contagem física, o que indica uma inadequada gestão de estoques: 20% dos hospitais apontaram desvios no estoque de medicamentos, 13% no de materiais médicos e 11% no de Materiais Gerais. Os desvios variam bastante em magnitude, sendo a maioria de pequeno valor. Porém foram registrados casos de desvios de até 50% do volume do estoque. Assim como nos almoxarifados das secretarias, a principal causa desses desvios é o registro inadequado – por erros ou defasagem – das fichas de prateleira. As medidas tomadas nessas situações são puramente administrativas (revisão do processo em 20% das unidades e inquéritos administrativos em 5%); não foram mencionadas medidas punitivas.

Entre as unidades ambulatoriais pesquisadas 75% possuem almoxarifado próprio, as restantes sendo abastecidas por almoxarifados centrais; em 30% dos casos o sistema de controle de estoque é informatizado. 80% das unidades que possuem área de estoque realizam inventário pelo menos uma vez ao ano, mas novamente, os controles existentes são inadequados e os inventários apresentam desvios significativos: 15% nos medicamentos e 10% nos materiais médicos. Somente em 5% das unidades foi tomado algum tipo de ação corretiva, normalmente a revisão do processo; em nenhum caso foi instalado inquérito administrativo. As condições de armazenamento são muitas vezes inadequadas e com controle reduzido: em algumas unidades o estoque de medicamentos fica na sala de curativos em um armário destrancado, e os desvios são frequentes mas não investigados a fundo. Em outra unidade quando chega um novo lote de medicamentos, os médicos emitem receitas e retiram pessoalmente os medicamentos, sem que se tenha controle de sua utilização.

Os atrasos no abastecimento ocorrem com frequência semelhante aos hospitais, ocasionando falta de materiais médico-hospitalares para 10% dos estabelecimentos, de medicamentos para 30%, e de materiais gerais para 20%. Nas unidades onde ocorreram atrasos a principal solução encontrada foi o remanejamento de materiais de outras unidades (em 50% dos casos) e compras de emergência em 10% dos casos. 15% delas tiveram seus serviços suspensos até a resolução do problema.

(iii) Gestão e Controle de Medicamentos

A área de medicamentos é das mais críticas, não apenas pelo valor do gasto

hospitalar com esse item (em torno de 10% do gasto total hospitalar em média), mas também pelos problemas encontrados e suas conseqüências diretas sobre o tratamento do paciente. A maioria dos hospitais conta com uma farmácia para a armazenagem e distribuição de medicamentos. Aos problemas já identificados, e relacionados com a morosidade do sistema de abastecimento, pode se acrescentar a existência de estoques intermediários nas diferentes alas ou setores do hospital, o que ocorre em 45% dos hospitais. Esses estoques intermediários têm em muitos casos um nível de controle muito reduzido: apenas em 18% dos hospitais é feita uma verificação periódica, e 16% dos hospitais não têm nenhum controle sobre esses sub-almoxarifados. Essa ausência de controle possibilita perdas significativas e um gasto com medicamentos e material médico maior que o necessário.

Um motivo importante de problemas e desperdícios de medicamentos é a discordância entre os medicamentos comprados e os prescritos pelo corpo clínico. 27% dos hospitais informaram que parte dos medicamentos existentes na farmácia não são adequados aos tratamentos ministrados ou não são os usualmente prescritos pelos médicos, resultando em nível de perdas considerável (porém impossível de ser quantificado por falta de registro adequado). Isso acontece principalmente nos casos em que não há padronização de medicamentos (30% dos hospitais), quando a padronização existente não é seguida pelos médicos, e/ou quando os hospitais não são responsáveis diretamente pela aquisição dos medicamentos (isto é, quando a compra é centralizada) e seus médicos não são consultados para a escolha dos medicamentos a serem comprado.

Outro fator de desperdício está relacionado com a forma de distribuição e dispensação de medicamentos aos pacientes: apenas 25% dos hospitais pesquisados adotam o sistema de dose unitária, sendo que essa proporção é mínima entre os hospitais municipais (6%, contra 45-50% entre os estaduais e federais). Para os demais, é comum a distribuição na embalagem em que o medicamento é comercializado, e a entrega do que sobrou ao paciente (mesmo que não seja necessária a continuidade do tratamento em casa), ou sua inutilização ou perda, quando da alta do paciente. Ou seja, o consumo real de medicamentos pelos pacientes é na verdade significativamente menor do que o gasto realizado. Sendo essa prática largamente seguida, é de se supor que o desperdício decorrente seja importante, embora não seja possível quantificá-lo com precisão com base nas informações existentes. As evidências parciais e não rigorosas obtidas em alguns hospitais que adotaram o sistema de dose unitária sugerem uma diferença em torno de 20% no gasto com medicamentos entre os dois sistemas de dispensação¹⁸.

Finalmente, uma proporção significativa dos medicamentos é comprada – ou entregue no hospital no caso de compra centralizada ou cessão – com prazo de validade próximo do vencimento. 2% apenas dos hospitais indicaram ser este um problema importante, mas é provável que esse dado subestime a importância do problema, já que muitas unidades não acompanhamos prazos de validade. Más condições de armazenamento também contribuem para perdas significativas em 7% dos hospitais.

A falta de medicamentos nas unidades constitui um problema sério, tendo sido apontado por muitas unidades de saúde (vide Caixa 7 abaixo). Mas por outro lado, no caso em que os medicamentos prescritos são entregues aos pacientes para tratamento em casa (na alta hospitalar ou em ambulatório), ocorre com certa frequência a venda de medicamentos pelos pacientes a outros, e alguns pacientes vão a várias unidades de

¹⁸ Isso é condizente com estudos internacionais, que dão conta de reduções de custos variando entre 8 e 32%.

saúde apenas com a finalidade de receber medicamentos para posteriormente vendê-los; não existe no momento um mecanismo de controle dessa distorção, e não há informação que permita dimensionar o problema, que é conhecido. A adoção do Cartão SUS deverá minimizar esse problema, na medida em que permitirá o registro da passagem de um paciente por cada unidade de saúde.

CAIXA 7: A QUESTÃO DA DISPONIBILIDADE E ACESSO AO MEDICAMENTO

O problema do acesso ao medicamento no SUS é conhecido e tem merecido especial atenção por parte das autoridades de saúde. Esta pesquisa vem confirmar a gravidade do problema, pois 27% dos hospitais registraram a falta ou insuficiência da quantidade de medicamentos para atender à demanda. Nesses casos, a família do paciente costuma ser obrigada a adquirir o medicamento na farmácia mais próxima, para que o tratamento possa ter continuidade. Infelizmente, não foi possível estimar a proporção de pacientes atendidos que não receberam o medicamento prescrito, pois o sistema de informação das unidades não registra isso.

A PNAD 1998 entretanto oferece dados interessantes e consistentes com os desta pesquisa. Dos pacientes internados em hospital público, 2,5% pagaram alguma coisa pelo atendimento – o que é proibido pela legislação do SUS – e 42,1% pagaram totalmente ou parcialmente pela sua medicação. As proporções são semelhantes para o atendimento ambulatorial ou diagnóstico /terapêutico em unidades públicas (1,2% pagaram pelo atendimento e 40,5% por medicamentos) e sensivelmente mais altas nos prestadores privados do SUS (onde 47,6% pagaram por medicamentos em internação, e 56,2% em atendimento ambulatorial ou diagnóstico/terapêutico).

Sendo a PNAD mais antiga, é provável que o problema tenha sido minorado nos últimos anos com a adoção ou expansão de programas federais e estaduais de distribuição e acesso a medicamentos básicos e especiais. De qualquer forma, as duas pesquisas parecem consistentes em ordem de grandeza, embora a abordagem de usar a proporção de pacientes atendidos é sem dúvida mais adequada para dimensionar o problema.

A insuficiência de disponibilidade de medicamentos nas unidades do SUS constitui um problema grave por duas razões; primeiro, porque coloca em risco a continuidade e efetividade do tratamento, se a família não tiver condições de adquirir o medicamento necessário; segundo, ela equivale a transferir para a família do paciente parte do custo do tratamento, colocando um problema importante quanto à equidade do sistema. É importante notar a inconsistência do princípio de gratuidade do SUS, que de um lado oferece atendimento gratuito e por outro obriga boa parte dos usuários a pagar por um elemento fundamental do tratamento, sem o qual o próprio tratamento perde sua efetividade.

(i) Adiantamento e Pronto Pagamento.

A despesa realizada através de adiantamento ou verba de pronto pagamento é bastante freqüente nas unidades de saúde. Nas menores, constitui o mecanismo normal de compras e contratação de pequenos serviços que não sejam providenciados pelo nível central da secretaria. Ou pode ser a estratégia preferida para contornar as exigências da licitação e fazer frente a situações de emergência. Como nos casos anteriores, as compras diretas e/ou realizadas com verba de pronto pagamento são de baixo valor e quase sempre realizadas junto a varejistas, a preços substancialmente maiores do que compras realizadas em lotes maiores diretamente no atacadista. Apesar disso, o pronto pagamento é considerado nas unidades como um mecanismo ágil para suprir suas necessidades de maneira adequada.

A pesquisa revela que 59% dos hospitais e 25% das unidades ambulatoriais fazem uso regular de verba de adiantamento /pronto pagamento. A destinação final destes recursos são: 41% para compra de emergência de medicamentos e 36% para compra de emergência de outros materiais. Nas unidades ambulatoriais o valor médio anual das compras efetuadas por esse mecanismo é de R\$ 4.000,00.

4.3.3 Resumo e Conclusões

As principais conclusões relativas ao processo de compras de materiais e contratação de serviços estão resumidas na Caixa 8. Elas indicam que as normas vigentes contribuem de maneira importante para limitar a possibilidade de desvios de recursos, mas por outro lado provocam por sua rigidez e falta de flexibilidade distorções importantes.

CAIXA 8: PRINCIPAIS CONCLUSÕES: GESTÃO DE MATERIAIS

A exigência de licitação nas compras e contratações acima de determinado valor e as regras que as regem visam coibir o desvio de recursos públicos. Entretanto, sua (excessiva) rigidez por um lado, e falhas na gestão de materiais e medicamentos por outro, produzem distorções e levam a perdas e desperdícios significativos:

- A complexidade e rigidez das normas que regem os processos de licitação e os prazos necessários exigem uma qualidade de planejamento rara de se encontrar, e impedem agilidade na resolução de situações emergenciais ou flexibilidade para adaptações; também podem levar a decisões não ótimas (por predomínio do critério de menor preço).
- A morosidade do processo de compra e os prazos de pagamento por vezes distendidos levam os fornecedores a embutir esse custo adicional nos preços cotados, impedem compras de oportunidade, e resultam em freqüentes atrasos no abastecimento.
- Atrasos no processo de compras, decorrentes da morosidade do processo, são bastante freqüentes nas unidades, em muitos casos resultando em problemas de qualidade, interrupção do atendimento e um grande número de compras de emergência a custos mais altos.
- O controle inadequado nos almoxarifados, a existência de múltiplos estoques nas unidades, e modalidades ineficientes de dispensação de medicamentos aos pacientes, levam a desperdícios, perdas e desvios em volume considerável, possivelmente da ordem de 10% do consumo total.
- Inadequação e má qualidade dos materiais comprados frente à necessidade ou especificação técnica decorrem de interpretação estreita da legislação, baixa capacidade administrativa

4.4. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES

Os equipamentos e instalações imobilizados em estabelecimentos de saúde representam um valor considerável, e são insumos críticos para muitos tratamentos. Numa situação de recursos escassos e/ou alocação ineficiente desses recursos, as condições de funcionamento de equipamentos e instalações pode resultar em prejuízo para a qualidade dos serviços prestados e para a própria segurança dos pacientes, além de representar maiores custos. Por isso a análise desse aspecto se reveste de grande importância e foi incluída especificamente na pesquisa.

4.4.1 Secretarias de saúde

(i) Aquisição de equipamentos e instalações

O planejamento e aquisição de equipamentos para unidades de saúde é em geral centralizado nas secretarias de saúde, e às vezes em outras secretarias (como o Gabinete da Prefeitura, ou a Secretaria de Finanças). Por outro lado, a possibilidade de aquisição de equipamentos muitas vezes depende da oportunidade e disponibilidade de recursos específicos, não raro ligada à existência de um financiamento internacional (mediante acordo de empréstimo com organizações unilaterais ou bilaterais). Esse contexto configura situações em que pode não haver recurso para aquisição de novos equipamentos por muitos anos, apesar de necessidade reconhecida, e de repente haver um montante alto de recurso que tem que ser gasto a curto prazo. Com isso, é freqüente que a aquisição se dê de modo centralizado, em grandes quantidades, destinadas a múltiplas unidades de saúde, e de acordo com regras impostas pelo financiador. Essa situação resulta muitas vezes na inadequação dos equipamentos adquiridos frente à necessidade real e específica de cada serviço ou unidade. Quando a aquisição de um equipamento está decidida e existe recurso para tal, o tempo necessário para levar a compra a bom termo varia normalmente de 2 a 5 meses, mas a ocorrência de problemas como a insuficiência de verba frente a preços aumentados resulta com freqüência em prazos maiores ou até no cancelamento do processo.

Não foi possível catalogar e quantificar os problemas encontrados na aquisição de material permanente, mas alguns casos ilustrativos merecem ser mencionados. Em um deles, por ocasião de um acordo de empréstimo internacional, um hospital de crônicos, em que faltava tudo, foi “presenteado” com um equipamento de cirurgia oftalmológica altamente sofisticado, porém que só seria utilizado por pouquíssimos pacientes daquela instituição; mais ainda, o equipamento requeria instalação e rede elétrica não disponível na unidade, que tampouco dispunha de técnico qualificado ou médico treinado para operá-lo. O equipamento ficou encaixotado por vários anos, até que sua garantia venceu. Jamais chegou a ser instalado naquele hospital.

Problemas similares ocorrem na construção de novas edificações. No início dos anos 80 por exemplo, foi iniciada a construção de vários hospitais na região metropolitana de São Paulo (financiada pelo Banco Mundial no âmbito do Programa Metropolitano de Saúde). Muitos deles permaneceram inacabados durante anos, só sendo concluídos no final dos anos 90 (vários deles abriram na forma de Organizações Sociais). Não é raro que uma unidade de saúde seja inaugurada sem que haja dotação para seu pessoal, móveis ou equipamentos, e só venha a operar vários anos depois.

Esses exemplos, embora extremos, são ilustrativos de alguns problemas no processo de compra de equipamentos e construção de prédios e instalações. Esses problemas em parte resultam de fatores externos (oportunidade de acesso a recursos externos), mas em geral decorrem de planejamento inadequado e ausência ou insuficiente padronização: é relativamente freqüente que o equipamento adquirido não corresponda ao solicitado e/ou não responda às necessidades, ou falte instalação adequada ou pessoal treinado para operá-lo. Embora esses problemas tenham diminuído em anos recentes com os esforços racionalizadores do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde, ainda ocorrem com certa freqüência como foi confirmado no levantamento.

(ii) Estado e manutenção

O bom estado de um equipamento ou instalação é garantido por um programa sistemático de manutenção preventiva e corretiva, financiado em nível adequado. No entanto, em situações de contenção de gastos e especialmente cortes e contingenciamentos, o item manutenção é normalmente dos primeiros a ter sua dotação reduzida ou cortada, porque o serviço é julgado não prioritário a curto prazo. Vale mencionar que poucas secretarias têm uma dotação orçamentária específica para manutenção.

A pesquisa conseguiu poucas informações sobre o parque de equipamentos e sua situação, mas revelou que a maioria das secretarias estaduais e municipais se utiliza de manutenção corretiva para seus equipamentos, e são poucos os casos de programa de manutenção preventiva. Os principais problemas apontados com relação aos equipamentos foram: obsolescência (25%) e indisponibilidade por quebra ou outro motivo (25%), em certos casos por períodos superiores a 6 meses. É de se observar entretanto que muitas vezes é interpretada como obsolescência o estado precário do equipamento que dificulta ou limita sua utilização, o que na verdade está mais relacionado com um problema de manutenção. A taxa média de utilização dos equipamentos entre os municípios que informaram variou entre 60 e 100%.

4.4.2 Unidades de Saúde

A análise de equipamentos e instalações é mais útil e informativa ao nível das unidades de saúde, onde os equipamentos estão instalados e utilizados. A disponibilidade de equipamentos de diagnóstico nas unidades varia entre 51% para a Radiologia e 9% para a Ressonância Magnética, sendo muito maior nos hospitais do que nas unidades ambulatoriais (o mais alto índice de disponibilidade entre estas foi de 25% para Laboratório de Análises Clínicas). Várias unidades ambulatoriais mencionaram não disporem de equipamento necessário ao atendimento, queixa relativamente rara nos hospitais. A idade média dos equipamentos nas unidades da amostra gira em torno de 7 a 8 anos, tendo entretanto equipamentos recém adquiridos e equipamentos com mais de 20 anos de uso.

Com relação aos programas de manutenção verificou-se que 55% dos hospitais trabalham com programas de manutenção corretiva e 39% com programas de manutenção preventiva (o restante não informou ou não tem um programa ou política formal de manutenção). As proporções nos casos das unidades ambulatoriais são de 45% e 25% respectivamente.

De modo geral os equipamentos estão em condições consideradas satisfatórias ou boas para a grande maioria dos hospitais e unidades ambulatoriais pesquisados. A proporção de estado “bom” e “satisfatório” varia entre 75% para os aparelhos de Tomografia Computadorizada e 100% para Ressonância Magnética (Figura 25). Entretanto, a alta frequência de quebras nos últimos 6 meses de alguma forma desmente essa avaliação: varia entre 15% para os equipamentos Ultra-som e Laboratório, até 40-45% para Radiologia e outros equipamentos. O prazo decorrido até o conserto do equipamento em muitos casos é de vários meses, acarretando em algumas unidades a suspensão ou redução do atendimento. São também relatados vários casos de equipamentos que estão parados por falta de acessórios, falta de material específico (principalmente para laboratório, com 18% dos hospitais informando falta de material), instalação incompleta ou inadequada e falta de operador qualificado.

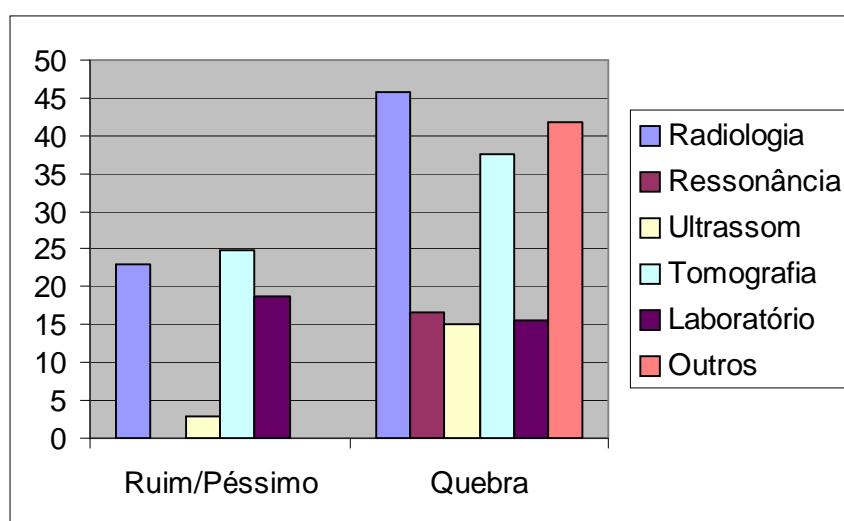


FIGURA 25: AVALIAÇÃO DO ESTADO DOS EQUIPAMENTOS E FREQUÊNCIA DE QUEBRAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES

A pesquisa também levantou o estado geral das instalações, segundo opinião qualitativa dos respondentes. Como está ilustrado no Quadro 13, entre 55 e 66% dos hospitais qualificam suas instalações como “ruim” ou “péssima”, e apenas 1/3 as consideram como “boa”. Nas unidades ambulatoriais a proporção de “bom” e “satisfatório” é bem maior, provavelmente em função de bom número delas serem de construção recente. Principalmente na ausência de um programa de manutenção, instalações em mau estado costumam resultar em prejuízos para a qualidade do atendimento, maior risco de contaminação, e possíveis interrupções de serviços.

QUADRO 13: ESTADO GERAL DAS INSTALAÇÕES NOS HOSPITALAIS DA AMOSTRA (%)

TIPO / ESTADO	BOM	SATISFATÓRIO	RUIM	PÉSSIMO
Predial	30	5	51	14
Elétrica	32	8	34	26
Hidráulica	27	7	46	20
Lavanderia	35	10	26	29
Cozinha	32	6	43	19

CAIXA 9: UM EXEMPLO DO IMPACTO DO ESTADO DE UM EQUIPAMENTO SOBRE A QUALIDADE

"Aneurisma?" O ponto de interrogação no pedido de tomografia feito pela neurologista ficaria "no ar" por sete dias.

O vendedor autônomo Marcelo Campos, 37, começou a ter dor em um dos olhos no dia 9 deste mês. A dor evoluiu rapidamente, atingiu todo o lado esquerdo da face. No dia 13, quando esteve no pronto-socorro do hospital municipal do Jabaquara, na zona sul de São Paulo, foi solicitado o exame, mas os dois tomógrafos do hospital estavam quebrados. "Sou jovem, estou assustado", disse Campos na última quarta-feira.

Os analgésicos prescritos não aliviaram as dores. No dia 9, antes da neurologista, uma oftalmologista havia prescrito uma pomada, por acreditar que se tratava de inflamação no olho. Só no dia 13, outro oftalmologista o encaminhou para a neurologia.

Na tarde de quarta-feira, a assessoria de imprensa da autarquia hospitalar do Jabaquara informou que o tomógrafo já estava consertado. À noite, Campos disse que já estivera no hospital, mas que um médico falou que ele só poderia fazer o exame na sexta-feira (20), sete dias após o pedido.

"Em oito anos [. . .] não houve nenhum investimento em equipamentos e reformas dos hospitais", diz Clara Whitaker, coordenadora hospitalar da prefeitura.

(Reproduzido da Folha de São Paulo de 22/06/2003)

4.4.3 Resumo e conclusões

Nos últimos anos é patente um esforço por parte do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde no sentido de assegurar maior padronização de equipamentos e melhor planejamento de sua localização. Entretanto, a pesquisa mostra que continua

sério o problema da manutenção de instalações e equipamentos na maioria das unidades, com consequências negativas importantes sobre a qualidade da assistência e sua eficiência, conforme resumido na Caixa 10.

CAIXA 10: PRINCIPAIS CONCLUSÕES: GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

A aquisição de equipamentos é muito dependente da disponibilidade de recursos externos, e em geral não obedece a um planejamento sistemático e continuado de necessidades e alocação. Em muitos estados ou municípios não há critérios predefinidos e transparentes para a localização de equipamentos.

Embora a maioria dos hospitais pareça estar adequadamente equipada, muitas unidades ambulatoriais não dispõem de equipamentos importantes para sua operação, o que reduz sua capacidade resolutiva.

Por falta de um programa consistente – e de recursos suficientes – para manutenção preventiva, é alta a frequência de quebras de equipamentos, resultando em prejuízo para a qualidade da atenção, interrupção de serviços, e custos altos no longo associados à substituição por equipamentos novos.

As instalações físicas estão em geral em estado ruim ou insatisfatório, prejudicando a qualidade dos serviços e até sua continuidade; de novo, a falta de manutenção contínua leva a gastos altos com grandes reformas ou construção de novas instalações.

Outros problemas relacionados com infraestrutura física, como a falta de pessoal qualificado para a operação de equipamentos, falta de materiais, e instalações inadequadas para a operação de equipamentos, também levam a suspensão de serviços e problemas de qualidade.

4.5. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

O gasto com recursos humanos representa a maior parte do orçamento das instituições de saúde – cerca de 60-65% nos hospitais e 85-90% nas unidades ambulatoriais como se viu acima – e é muitas vezes visto por gerentes e profissionais de saúde como o principal gargalo na prestação de serviços de saúde. Entretanto, sua gestão dá margem a ineficiências importantes.

4.5.1 Secretarias de saúde

Todas as secretarias de estado da saúde dispõem de um departamento de recursos humanos, que na maioria dos estados pesquisados é responsável pelo pagamento dos salários (no Rio Grande do Sul essa responsabilidade é da Secretaria da Fazenda), e pela contratação e demissão de pessoal (apenas no Ceará essas funções são centralizadas). Isso demonstra que na maioria dos estados a Secretaria da Saúde tem autonomia para gerenciar seus recursos humanos. Isso não ocorre em vários municípios menores (como Resende, Barra do Bugres e Ivoti), onde as secretarias de saúde não dispõem de um departamento de recursos humanos e têm pouca ou nenhuma autonomia decisória ou gerencial (por exemplo, apenas 4 delas são responsáveis pelo pagamento de salários). O interessante, entretanto é que a definição de quem paga os salários dos funcionários parece independe do porte da secretaria ou do município (em Sobral e Assis o pagamento é descentralizado para a SMS, mas em São Paulo e Rio de Janeiro ele é centralizado na Secretaria de Gestão Pública e na Secretaria de Administração respectivamente).

Da mesma forma, a contratação e demissão de pessoal a nível municipal é realizada pelo Departamento/Setor de RH da SMS em vários municípios (Pelotas, Porto Alegre, Sobral, Rio de Janeiro, Rondonópolis e Cuiabá), e por Departamento de RH centralizado em outros (São Paulo, Parintins, Barra do Bugres, São Gonçalo, Manaus, e Assis), também sem relação com o porte do município.

Vários problemas dificultam a gestão dos recursos humanos. O primeiro está relacionado com a disponibilidade real de pessoal em face ao quadro nominal. Absenteísmo e o não cumprimento da jornada de trabalho, além do número de funcionários afastados, contribuem para que o quadro real seja bem inferior ao nominal. Embora o absenteísmo seja freqüentemente invocado como problema, nenhuma secretaria mantém um registro preciso do problema que permita quantificá-lo; foi estimado em 2% em uma secretaria, o que parece pouco. Também não há registro sistemático do não cumprimento da jornada de trabalho; foi dado como 1% em uma secretaria e 20% em outra, uma diferença muito grande. A existência de funcionários afastados – por doença ou outro motivos - foi mencionada por duas secretarias estaduais, sendo estimada em 1,5% em uma delas. O levantamento realizado em algumas unidades de saúde permite dimensionar melhor esses problemas (veja na próxima seção).

Outro problema importante evidenciado na pesquisa reside na coexistência de funcionários cedidos/emprestados de outros órgãos (e para outros órgãos), que pode chegar a 20% do quadro total. Com freqüência, são pagos por diferentes órgãos, com níveis salariais distintos. Mais importante, esses funcionários podem estar sob diferentes

regimes de contratação de pessoal (estatutário/servidor dos diferentes níveis de governo, CLT por exemplo), e estão formalmente subordinados ao seu órgão de origem. Essa situação complexa e geradora de conflitos resulta em grande parte do processo de municipalização, com a transferência de unidades de saúde para instâncias mais baixas de governo (por exemplo, unidades federais e estaduais transferidas para as secretarias municipais e gerenciadas por estas). Mas é amplificada pela crescente terceirização de certas atividades; na amostra a proporção de pessoal terceirizado varia bastante de uma secretaria e outra, e chega a 60% em uma secretaria de estado, e a mais de 40% para setores ou profissionais específicos. Essa terceirização se dá sob modalidades diversas, por exemplo as cooperativas médicas no Amazonas.

Nenhuma secretaria estadual identificou baixa qualificação do pessoal, baixa produtividade ou insuficiência/excesso do quadro como problema, mas essa avaliação é sem dúvida suspeita, e várias secretarias municipais reconhecem a existência desses problemas. Em dois estados (Rio Grande do Sul e Mato Grosso) e vários municípios os funcionários são submetidos a avaliação de desempenho, mas esta assume formas muito diferentes; em alguns poucos casos trata-se de um sistema permanente enquanto que em outros se limita a funcionários em período probatório¹⁹. Dificultada pela rigidez da legislação do funcionalismo e pela pouca diferenciação salarial entre níveis de responsabilidade e qualificação, a estrutura de incentivos é em geral perversa, desencorajando a produtividade e eficiência, já que estas não são valorizadas e sua falta não é punida; o funcionário mais produtivo é freqüentemente hostilizado e/ou pressionado a alinhar seu ritmo de trabalho ao dos colegas (veja indicadores de produtividade mais abaixo).

Atrasos no pagamento de salários são raros, tendo sido registrados em apenas um município da amostra, onde afetou todos os funcionários por 2 meses e causou grande insatisfação e desmotivação.

4.5.2 Unidades de Saúde

Dos hospitais da amostra, 82% têm um setor ou departamento de Recursos Humanos, porém seu grau de autonomia na gestão de RH é em geral limitado: apenas 30% deles realizam o pagamento de seu pessoal; para os outros 70% o pagamento é centralizado na secretaria de saúde ou outra secretária. Somente 41% contratam pessoal diretamente, 25% têm competência para demitir, e 54% podem efetuar remanejamentos internos de pessoal sem passar pelo órgão central de RH. Mesmo na área de treinamento a responsabilidade das unidades de saúde é limitada, pois apenas 41% dos hospitais definem e/ou aprovam os programas de treinamento para seus funcionários. Quanto às unidades ambulatoriais a proporção das que têm um setor ou departamento de Recursos Humanos é bem menor (40%), e o grau de autonomia é menor ainda, pois a grande maioria não efetua nenhuma das ações mencionadas (com exceção do remanejamento interno).

Esses dados indicam que o grau em que as unidades de saúde efetivamente gerenciam seu quadro de pessoal é bem reduzido, em função da autonomia limitada de que dispõem e dos poucos instrumentos de gestão e avaliação implantados. Por exemplo, 27% dos hospitais relatam fazer usode algum mecanismo formal de avaliação

¹⁹ Período de experiência para o funcionário público.

de desempenho, mas na maioria dos casos é aplicado no período probatório²⁰ ou como mecanismo formal baseado em avaliações subjetivas de chefes e colegas que não chega a medir realmente o desempenho. Essa limitação gerencial deixa margem para muitas ineficiências e para problemas na qualidade do atendimento, na qual o recurso humano é o fator primordial.

De fato, os problemas relacionados a RH levantados no estudo são consideráveis, e embora sejam semelhantes aos apontados nas secretarias da saúde, aparecem com gravidade maior nas unidades de saúde. Foram apontados principalmente:

- (i) Inadequação quantitativa do quadro de pessoal, com 41% dos hospitais e 30% das unidades ambulatoriais avaliando seu quadro como insuficiente (na maior parte dos casos) ou excessivo; em várias unidades foi apontada uma defasagem média de 20% entre o quadro aprovado e a quantidade atual, sendo as maiores defasagens nos casos dos farmacêuticos e técnicos de SADT. É importante frisar que muitas vezes o que é apontado como um problema de falta ou insuficiência de pessoal na verdade não se limita a isso, pois um aumento no quadro sem um aumento correspondente nos materiais e instalações necessários não resolveria o problema; por outro lado, em muitos casos se trata de um problema de alocação e/ou otimização dos recursos existentes, que poderia ser resolvido ou minorado com um melhor planejamento e/ou distribuição do pessoal existente, mas isso é dificultado pela rigidez da legislação específica e a falta de autonomia dos gerentes de unidades.
- (ii) A coexistência numa mesma unidade de funcionários de vários regimes (funcionalismo, CLT, outros níveis de governo, etc) e/ou oriundos de órgãos distintos; esse problema foi apontado em 36% dos hospitais e 45% das unidades ambulatoriais, e já foi discutido na seção sobre as secretarias de saúde; como já foi assinalado, essa situação gera problemas de duplo comando e falta de autoridade efetiva sobre parte do quadro, problemas de isonomia salarial (com o mesmo cargo sendo remunerado em níveis diferentes), e finalmente, conflitos e desmotivação.
- (iii) O afastamento de funcionários – por doença ou outros motivos – ou cedidos para outros órgãos é um problema para 36% dos hospitais e 20% das unidades ambulatoriais, e afeta algo em torno de 25% do quadro em muitas unidades.
- (iv) Absenteísmo foi identificado como problema importante por 32% dos hospitais e 20% das unidades ambulatoriais da amostra; o não cumprimento da jornada de trabalho para 30% e 35% respectivamente. Como no caso das secretarias, as unidades não possuem registro que permita quantificar o problema com precisão; nas poucas unidades onde foi possível mensurar esses problemas, o absenteísmo foi estimado em 9,3% e o não cumprimento da jornada de trabalho em 20%. Porém, esses valores podem ser muito maiores para alguns setores e/ou categorias profissionais, e é freqüente que o médico contratado por determinada carga horária – por exemplo 4 horas diárias – fique muito menos; as consultas marcadas, normalmente ao ritmo de 4 por hora, acabam sendo atendidas em muito menos tempo, em detrimento da qualidade do atendimento. grafico
- (v) À diferença das secretarias, as unidades se ressentem da baixa qualificação de

²⁰ Período inicial da contratação de um funcionário público – em geral 2 a 4 anos – em que por lei a continuidade ou prorrogação do contrato é sujeita a uma avaliação de desempenho simples.

seu pessoal, com 32% dos hospitais e 20% das unidades ambulatoriais mencionando o problema; na verdade esse problema pode ser muito mais sério em algumas áreas, por exemplo na área administrativa, onde a proporção de profissionais com capacitação específica e/ou nível universitário é pequena.

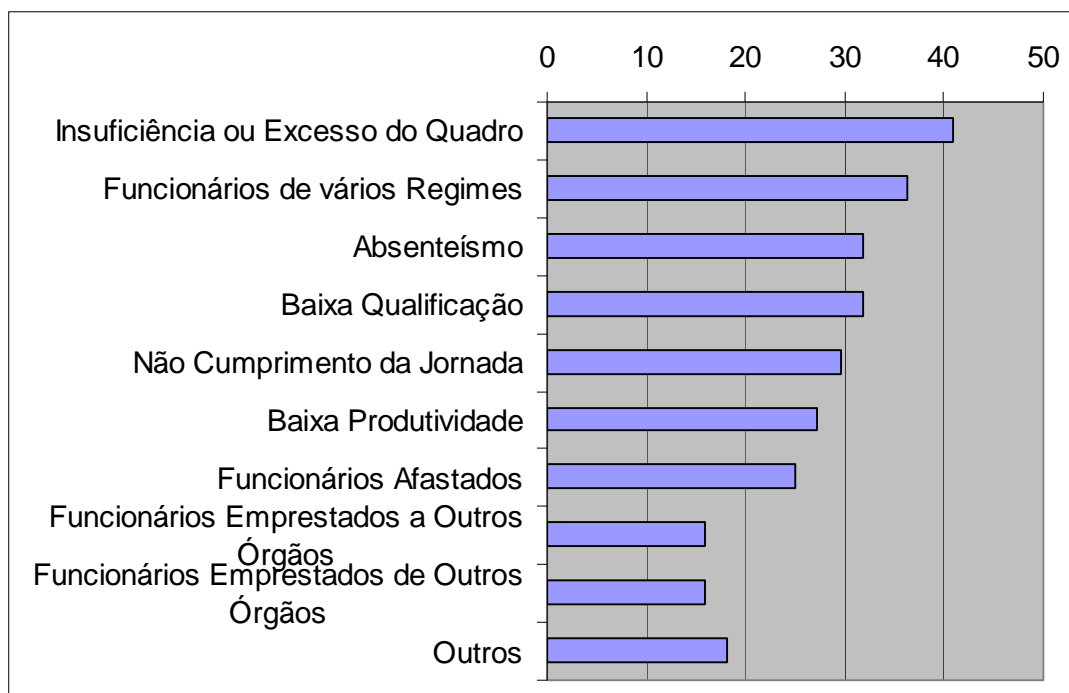
As informações disponíveis indicam que o problema principal, apresentado como sendo de insuficiência de quadro para atender a demanda, em grande parte se deve a vários fatores relacionados com a gestão de RH. As insuficiências são localizadas em algumas áreas ou profissionais, e causadas em boa parte por afastamento de funcionários, alto absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho (Figura 26). Por outro lado, a rígida legislação que governa o funcionalismo público restringe a possibilidade de estimular a produtividade e a qualidade através de incentivos, e por outro lado de punir os comportamentos inadequados. Ou seja, as unidades enfrentam uma série de problemas com RH que são em princípio de natureza gerencial mas que elas têm pouca autonomia ou capacidade para resolver. Vários desses problemas poderiam ser minimizados se a regulamentação de pessoal fosse mais flexível e conferisse maior autonomia gerencial e responsabilidade às unidades.

Por outro lado, o Quadro 14 mostra que a importância relativa desses problemas varia com a esfera e natureza do hospital, e são muito mais frequentes entre os hospitais públicos do que entre os privados. As unidades com maior frequência de problemas são as federais e municipais. Em 10% das unidades ambulatoriais ocorreram atrasos no pagamento dos salários.

QUADRO 14: PRINCIPAIS PROBLEMAS RELACIONADOS COM RECURSOS HUMANOS NOS HOSPITAIS (EM %)

Problemas	Geral	Federal	Estadual	Municip.	Filant.	Lucrativo
Insuficiência ou Excesso do Quadro	40.90	50,00	38,46	52,94	15,38	50,00
Funcionários de vários Regimes	36.36	100,00	23,07	58,82	15,38	0,00
Absenteísmo	31.81	50,00	38,46	35,29	7,69	0,00
Baixa Qualificação	31.81	25,00	30,76	47,05	23,07	0,00
Não Cumprimento da Jornada de Trabalho	29.54	100,00	23,07	52,94	7,69	0,00
Baixa Produtividade	27.27	25,00	7,69	47,05	15,38	0,00
Funcionários Afastados	25,00	50,00	38,46	17,64	23,07	0,00
Funcionários Emprestados para Outros Órgãos	15.90	50,00	15,38	0,00	7,69	0,00
Funcionários Emprestados de Outros Órgãos	15.90	75,00	7,69	11,76	15,38	0,00
Outros	18.18	25,00	0,00	11,76	38,46	50,00

Finalmente, os dados indicam que a gestão do corpo clínico apresenta problemas similares à do pessoal em geral (insuficiência de pessoal para 27%, não cumprimento da jornada de trabalho para 36% e absenteísmo para 16% dos hospitais). Além disso, a pesquisa revelou que 70% dos hospitais possuem corpo clínico próprio contra 30% com corpo clínico externo ou terceirizado; nos hospitais privados, e de maneira crescente nos hospitais públicos, existe uma tendência para internalizar (como corpo clínico próprio) os setores que funcionam na base de plantão (Pronto Socorro e UTI) e terceirizar os setores de apoio diagnóstico e terapêutico.



**FIGURA 26: PRINCIPAIS PROBLEMAS NA GESTÃO DE PESSOAL EM %
(TODOS OS HOSPITAIS)**

A distribuição do quadro de pessoal por categoria profissional mostra a seguinte situação nas unidades ambulatoriais: 20% composto por médicos e 8% por enfermeiros, 42% por pessoal de nível técnico, e 30% por pessoal administrativo. A proporção de pessoal administrativo aparece como alta para unidades ambulatoriais que na verdade desenvolvem poucas atividades administrativas, indicando um inchaço desnecessário dessas funções.

4.5.3 Resumo e conclusões

A legislação que governa o trabalho no setor saúde é a mesma que regula os demais setores: o Estatuto do Funcionário Público no setor público, e a Consolidação

das Leis do Trabalho. Tanto uma como outra são reconhecidamente arcaicas, dificultando e onerando a gestão dos recursos humanos. Nos últimos anos vários projetos de reforma dessas legislações têm tramitado no Congresso Nacional. No entanto, os problemas identificados na gestão de pessoal nas secretarias e unidades de saúde – principalmente as públicas – não dizem respeito apenas às limitações e distorções impostas pela legislação. Muitos desses problemas decorrem de uma gestão inadequada e ineficiente desses recursos, e em alguns casos se poderia falar até de ausência de gestão. Os principais problemas estão resumidos na Caixa 11, e a maioria poderia ser minimizada com uma gestão mais proativa de pessoal.

CAIXA 11: PRINCIPAIS CONCLUSÕES - GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Composição ineficiente do quadro por categoria e nível: excesso de pessoal de baixa qualificação e insuficiência de pessoal qualificado, principalmente nas funções gerenciais e nas unidades menores.

Alocação inadequada e ineficiente frente às necessidades, tanto em termos quantitativos como de qualificação, devida principalmente a ausência de planejamento efetivo e rigidez na legislação.

Ausência de sistema efetivo de incentivos e de avaliação de desempenho, e de possibilidades de ascensão profissional (por inadequação das carreiras existentes); quando há incentivos, muitas vezes acabam se generalizando e sendo incorporados à remuneração fixa, perdendo sua finalidade.

Treinamento e capacitação pouco focada, e sem avaliação de impacto.

Baixo nível de remuneração para o pessoal qualificado, que acaba migrando para o setor privado ou se acomodando (isso vem diminuindo nos últimos anos em função da situação econômica, que torna mais atrativa a segurança de emprego oferecida pelo setor público)

Baixa produtividade devida à baixa motivação e ausência de incentivos positivos e à presença de incentivos negativos

Baixa preocupação com eficiência, custos e qualidade, por ausência de incentivos

4.6. GESTÃO DA PRODUÇÃO E DA QUALIDADE

Problemas no processo de planejamento, na execução orçamentária ou na gestão de recursos materiais e humanos afetam diretamente a eficiência e o custo, a qualidade e a efetividade da assistência prestada. Esta seção apresenta e analisa alguns indicadores passíveis de refletir o impacto dos problemas descritos nas seções anteriores, e coletados na pesquisa. A primeira constatação é de que poucas as secretarias ou unidades de saúde coletam e calculam regularmente indicadores de produtividade, eficiência ou qualidade. Mesmo quando alguns indicadores estão disponíveis, se limitam aos indicadores clássicos de produtividade (média de permanência, giro do leito, taxa de ocupação) e qualidade (mortalidade e infecção hospitalares). Por outro lado, não é prática corrente monitorar esses indicadores ou utilizá-los para avaliação, gestão ou tomada de decisão. Quando possível, apresentamos como parâmetro de comparação a média dos hospitais do SUS²¹ para internação de curto prazo, ou a mediana dos hospitais participantes do Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH)²².

4.6.1 Produtividade e eficiência

O primeiro indicador de produtividade levantado diz respeito à produtividade médica, e foi medida no atendimento ambulatorial, onde é mais facilmente observável. Nas unidades de saúde onde foi possível levantar a informação, os médicos cumprem 75% das horas contratadas em média, mas realizam 100% das consultas marcadas (Quadro 15). Isso significa que atendem mais consultas por hora do que sugerido pelo padrão de 15 minutos/consulta. Em média a produtividade é de 6,72 consultas por hora, ou cerca de 9 minutos por consulta. Se de um lado isso pode ser interpretado como um bom nível de produtividade, por outro é reconhecido que um tempo de 9 minutos por consulta na maioria dos casos não permite um diagnóstico e atendimento médicos adequados; ou seja, a qualidade do atendimento deixa a desejar.

QUADRO 15: INDICADORES DE PRODUTIVIDADE NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

INDICADOR	VALOR
Horas médicas de presença vs contratadas	75 %
Consultas realizadas vs agendadas	100 %
Consultas por pessoal total	1,39
Consultas por médico por hora	6,72

²¹ Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS.

²² O CQH é um programa de adesão voluntária, mantido pela Associação Paulista de Medicina e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Participam atualmente mais de 120 hospitais, dos quais menos de 20 já receberam o Selo de Qualidade.

Outros indicadores de produção e eficiência foram calculados para os hospitais com informação, e aparecem no Quadro 16. A proporção de consultas de emergência sobre o total é alta nos hospitais públicos – de 26 a 55% - pelo grande número de unidades na amostra que funcionam como referência para urgência e emergência (o caso dos municipais do Rio de Janeiro já foi mencionado). A proporção média no atendimento SUS é de 12,6% (Fonte: MS/DATASUS).

A taxa de ocupação média é de 67%, um índice alto frente à média dos hospitais do SUS (35%), e próxima daquela registrada pelos hospitais do CQH (65,6%); essa performance se deve ao pequeno número de hospitais de pequeno porte na amostra, que são em geral aqueles com taxa de ocupação mais baixa. A taxa varia entre 50 e 62% nos diversos grupos de hospitais, com exceção dos hospitais municipais, que em função de terem em sua amostra os dois maiores serviços de emergência do estado do Rio de Janeiro apontaram uma taxa de ocupação bem superior.

A proporção de pessoal total e de enfermagem por leito, indicadores de alocação de recursos, foram levantados. O primeiro foi em média de 4,84, com pouca variação entre grupos de hospitais, sendo o menor valor o dos hospitais privados. A proporção de enfermagem por leito foi inferior a 2 na maioria dos hospitais, com uma média geral de 1,6. A mais alta taxa está entre os hospitais municipais e a mais baixa entre os filantrópicos. Como reflexo do peso dos hospitais municipais do Rio de Janeiro e de sua alta taxa de ocupação, a proporção de pessoal de enfermagem por paciente-dia é bem mais baixa nos hospitais municipais do que nos demais, 2,04 contra a média de 5,1.

O Centro Cirúrgico é classicamente um recurso utilizado ineficientemente, pois é congestionado em certos dias e períodos e ocioso em outros. Um indicador dessa ineficiência é a proporção de cirurgias canceladas, que reflete a qualidade da gestão dos serviços clínicos, mas é também influenciada pelo tipo e perfil de hospital. Os hospitais que informaram tiveram uma proporção de cirurgias canceladas bastante alta: 17% em média, muito acima do valor informado pelos hospitais participantes do CQH (3,5%). A proporção é mais alta entre os hospitais filantrópicos e municipais (18 a 20%) e mais baixa nos federais (menos de 10%). No geral, os motivos de cancelamento mais freqüentemente informados estão demonstrados na Figura 27. Observa-se que cerca de 60% dos cancelamentos foram por motivos externos ou independentes da gestão da unidade, mas 40% foram devidos a motivos associados à gestão inadequada ou ineficiências na operação do hospital. Tanto a proporção de cancelamentos quanto os seus motivos indicam um problema sério na gestão do Centro Cirúrgico e dos serviços médicos em geral.

Poucos hospitais se preocupam em medir e monitorar sua produtividade: menos de 9% da amostra o fazem, sendo que essa proporção é mais alta entre os hospitais municipais (16%) e mais baixa nos hospitais federais.

QUADRO 16: INDICADORES RELACIONADOS COM EFICIÊNCIA NOS HOSPITAIS

INDICADORES	MEDIA GERAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIP	FILANTR
Consultas Emergência / Consultas Totais	37,45	26,55	49,91	54,68	18,69
Taxa de Ocupação de Leitos	66,7	61,8	61,5	89,8	53,84
Pessoal Total /Leito	4,84	5,21	5,24	4,67	4,36
Pessoal de Enfermagem / Leito	1,64	1,67	1,97	2,09	0,94
Pessoal de Enfermagem / Paciente Dia	5,10	8,16	6,12	2,04	4,08
Cirurgias Canceladas / Programadas	16,99	9,65	13,41	18,02	20,66
Medem a Produtividade dos Serviços	8,69	2,04	10,20	16,32	6,2

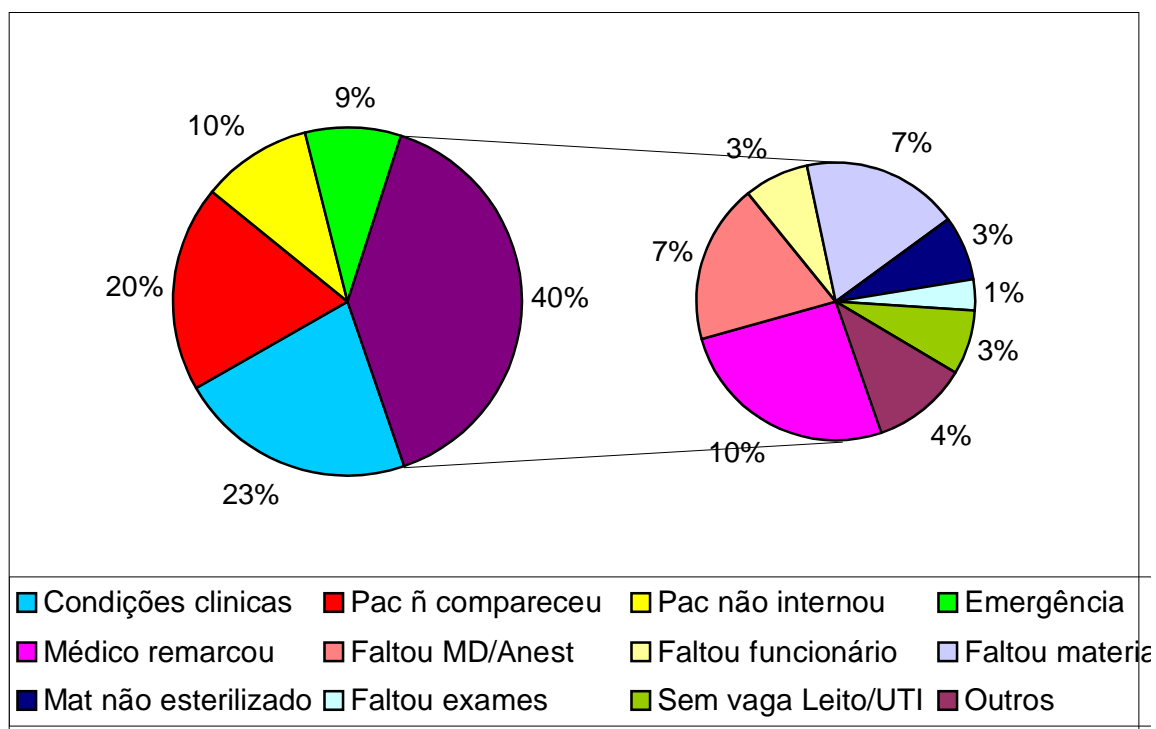


FIGURA 27: MOTIVOS DE CANCELAMENTO DE CIRURGIA

Quando se relaciona o gasto total de um hospital com o número de leitos ou de internações, se obtém outros indicadores de eficiência, que podem ser considerados como primeiras aproximações do custo por leito ou por produção. Foram calculados

razões para os hospitais da amostra que dispunham de dados, e os resultados se encontram no Quadro 17. A quantidade de hospitais em cada categoria de esfera/natureza e a variedade de perfis e características recomenda cuidado na leitura e interpretação dos dados, mas os resultados são de interesse.

O gasto médio – considerando-se a despesa corrente total de cada hospital – por leito na amostra foi de R\$ 150.000, com os hospitais federais situando-se 80% acima da média, e os filantrópicos 45% abaixo (Figura 28). Isso se explica em parte pelo fato de que os hospitais federais da amostra são, na sua maioria, de referência e universitários, enquanto os filantrópicos são em geral de baixa complexidade. Os hospitais municipais da amostra com dados disponíveis também incluem vários hospitais de referência e emergência, o que torna seu gasto/leito mais alto do que seria de se esperar. A distribuição das atividades do hospital entre internação, ambulatório e outras também afeta o resultado. Os mesmos fatores levam a um padrão semelhante no gasto por internação e por paciente-dia. Como a amostra não é suficientemente grande para permitir comparações entre hospitais de mesmas características, não se pode isolar o efeito nos razões de gasto da eficiência na gestão e utilização de recursos.

QUADRO 17: INDICADORES DE EFICIÊNCIA E GASTO NOS HOSPITAIS

INDICADORES	MEDIA GERAL	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIP	FILANTR
Gasto total / funcionário	26.242	46.596	20.627	25.662	23.091
Gasto total por leito	149.282	269.163	136.353	186.235	81.903
Gasto por internação	3.587	7.045	3.098	4.846	1.029
Gasto por Paciente-dia	533	963	401	794	226

Valores em reais.

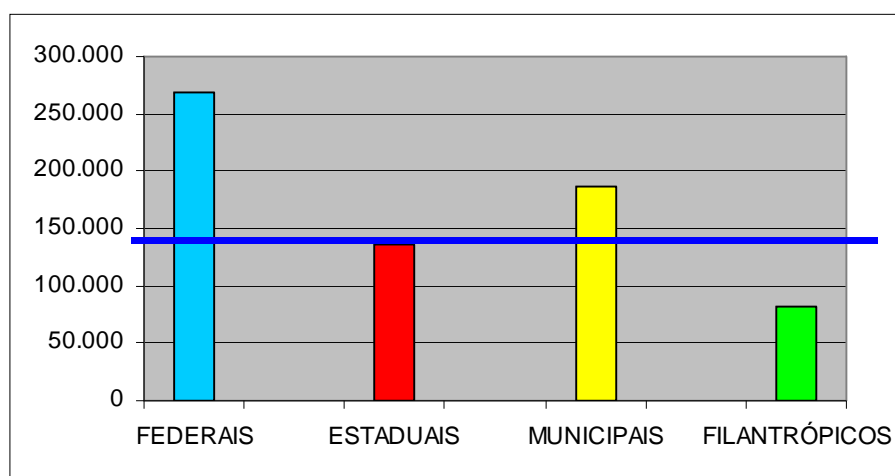


FIGURA 28: GASTO MÉDIO POR LEITO NOS HOSPITAIS (EM R\$)

Uma parte substancial da ineficiência observada nas unidades de saúde se deve à organização e gestão dos serviços médicos e técnicos. Em muitos casos, estão mal distribuídos e utilizados, combinando sobrecarga de alguns serviços com ociosidade em outros. É o caso por exemplo dos centros cirúrgicos (vide acima), que geram espera ou adiamentos de cirurgias em determinados dias e horários, enquanto ficam ociosos em outros momentos. Observou-se também nos hospitais a atribuição de leitos e salas de consultório às equipes de especialidades não de acordo com a demanda ou algum critério de eficiência, mas em função do prestígio da equipe. Isso resulta em taxas de utilização diversas entre salas, que no entanto não foi possível quantificar com precisão.

4.6.2 Qualidade

Foram levantados três indicadores normalmente associados à qualidade da assistência. São apresentados no Quadro 18. Dado o pequeno número de unidades em cada grupo que informaram esses dados, eles são facilmente influenciados por uma ou outra unidade com características especiais, e não podem ser extrapolados com precisão para os hospitais do SUS em geral. Entretanto, oferecem um panorama realista da situação, ainda que impreciso.

A taxa de mortalidade só pode ser considerada um indicador de qualidade quando comparada entre hospitais com o mesmo perfil de demanda (ou *case mix*). Não foi possível no estudo levantar dados consistentes sobre o perfil de pacientes atendidos. No entanto, a maioria dos hospitais da amostra, exceto os federais, ostentam taxas médias, com média geral de 2,74%, semelhante à média dos hospitais do SUS (2,86%) mas um pouco superior à dos hospitais participantes do CQH (2,04%); a pior performance está nos hospitais municipais, mas isso se explica pela presença dos dois maiores hospitais de emergência do Rio de Janeiro que distorcem a média.

Quanto à taxa de infecção hospitalar, os hospitais da amostra ostentam taxas relativamente altas, com média de 5,6%, bem acima da média dos hospitais participantes do CQH, que é de 2,56%. Os hospitais filantrópicos registram uma taxa particularmente alta, enquanto que os municipais têm a taxa mais baixa.

QUADRO 18: INDICADORES TÉCNICOS E DE QUALIDADE NOS HOSPITAIS

Indicadores	Medial Geral	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico
Mortalidade hospitalar (%)	2,74	1,33	1,85	5,66	2,12
Infecção Hospitalar (%)	5.61	6.12	6.12	2.04	8.16
Revisão Regular de Prontuário (%)	11.73	6.12	18.36	10.20	12.24

A revisão de prontuários é um instrumento poderoso para garantir a qualidade do atendimento; entretanto, a proporção de hospitais na amostra que realizam regularmente essa revisão, seja sistematicamente ou – na maioria dos casos – por amostragem, é relativamente baixa: somente 12%, com os hospitais estaduais ostentando o melhor índice (18%) e os federais o menor.

A aplicação do questionário incluiu uma pesquisa de opinião sobre os principais problemas que afetam o atendimento prestado e sua qualidade. Os resultados, apresentados nas Figuras 29 e 30, mostram o grau de importância (numa escala de 4 a 1) dado a cada problema nos hospitais e unidades ambulatoriais. Evidenciam, primeiro, que embora os pesos médios dados aos diversos problemas sejam semelhantes, a importância de cada problema – ou seu impacto percebido sobre a qualidade – varia bastante entre grupos de unidades por esfera/natureza, e também geograficamente, entre estados e municípios (não mostrado no gráfico). As unidades estaduais e municipais são as mais problemáticas, e as federais e privadas as menos afetadas. Segundo, que as unidades ambulatoriais têm problemas mais sérios que os hospitais. Terceiro, que os problemas principais dizem respeito a: (i) falta de medicamentos; (ii) falta de pessoal; (iii) a limitação da capacidade instalada para atender a demanda nas unidades ambulatoriais; (iv) falta de materiais médicos; os hospitais também sofrem com a qualificação do pessoal e a qualidade da limpeza, enquanto que as unidades ambulatoriais se ressentem da falta ou indisponibilidade de equipamentos de diagnóstico e terapia.

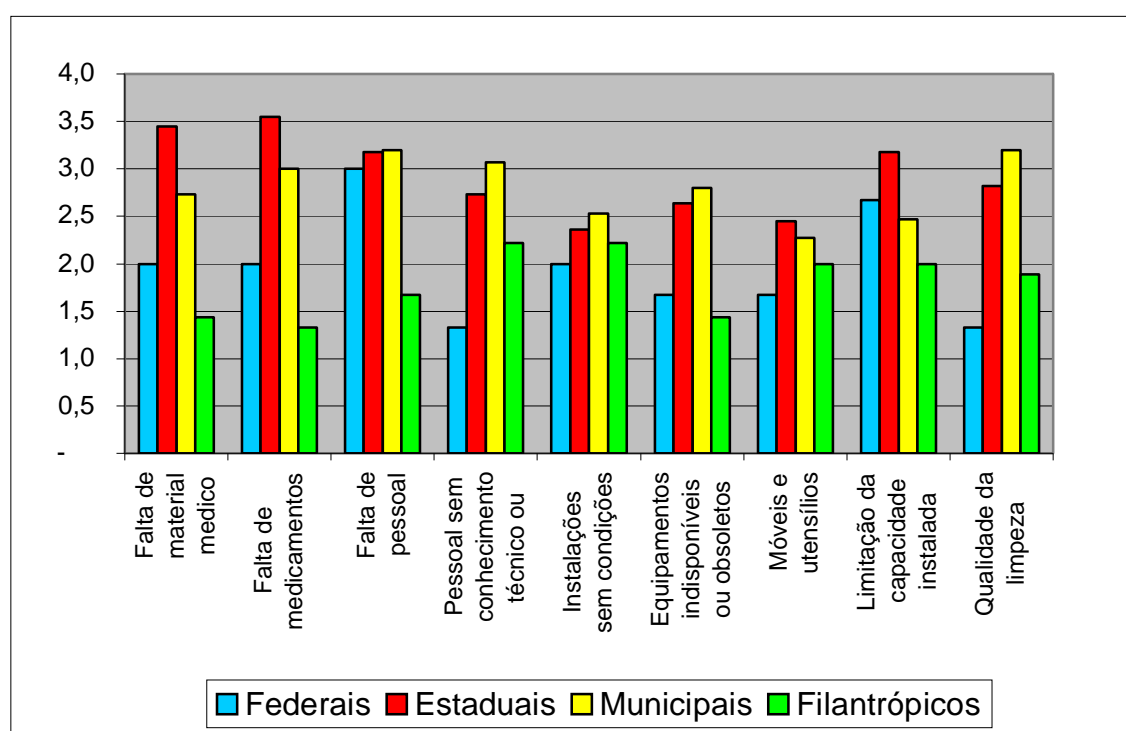


FIGURA 29: PRINCIPAIS PROBLEMAS AFETANDO A QUALIDADE NOS HOSPITAIS

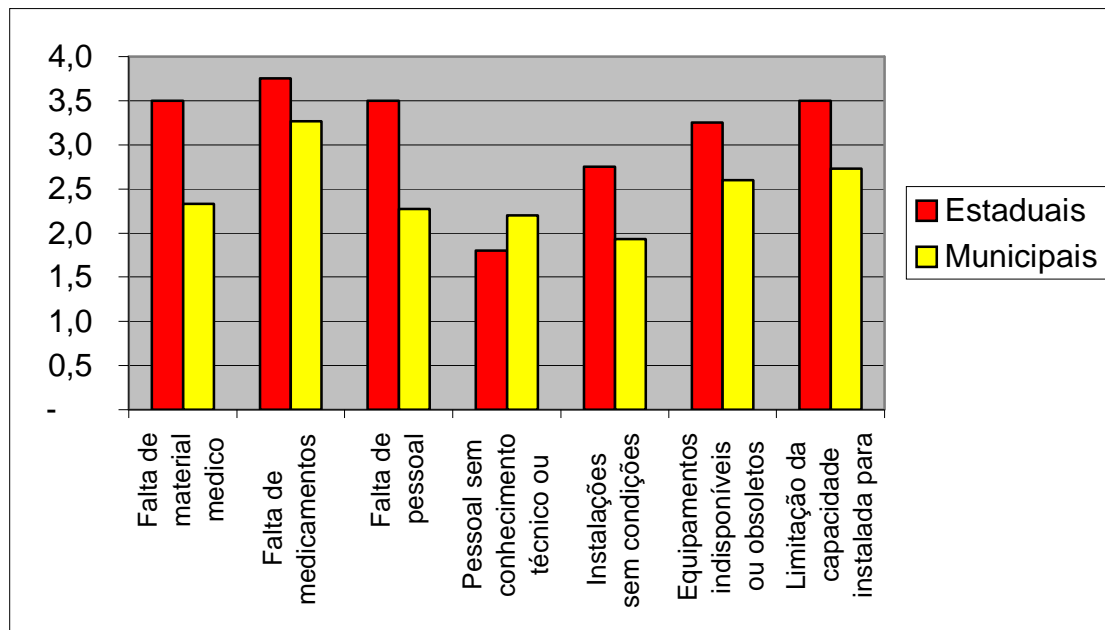


FIGURA 30: PRINCIPAIS PROBLEMAS AFETANDO A QUALIDADE NAS UNIDADES AMBULATORIAIS

A observação in loco realizada pela equipe da pesquisa revela que os dirigentes de unidades tendem a subestimar ou se acomodar com os problemas relacionados com a qualidade assistencial. Isso é confirmado por uma vistoria realizada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo/CREMESP em 1012 hospitais (384 públicos e 628 privados) do estado de São Paulo na mesma época²³. Os problemas foram identificados com relação à inobservância das normas do Ministério da Saúde e/ou do Conselho Federal de Medicina, e incluem desde preenchimento inadequado dos prontuários até a inadequação ou insuficiência de equipamentos e instalações. A Figura 31 resume esses dados. Além dos dados retratados no gráfico, vale a pena salientar que a taxa de cesáreas é superior a 45% na maioria dos hospitais vistoriados e em 20% dos hospitais era de 80%. Uma baixa proporção dos hospitais trabalha com parto humanizado. Um terço dos serviços hospitalares não controla a esterilização de materiais e mais da metade dos prontos-socorros não segue regras de biossegurança – como o descarte de agulhas e outros materiais perfurocortantes em caixas especiais.

²³ Fonte: Jornal do CREMESP, No 190, Junho 2003.

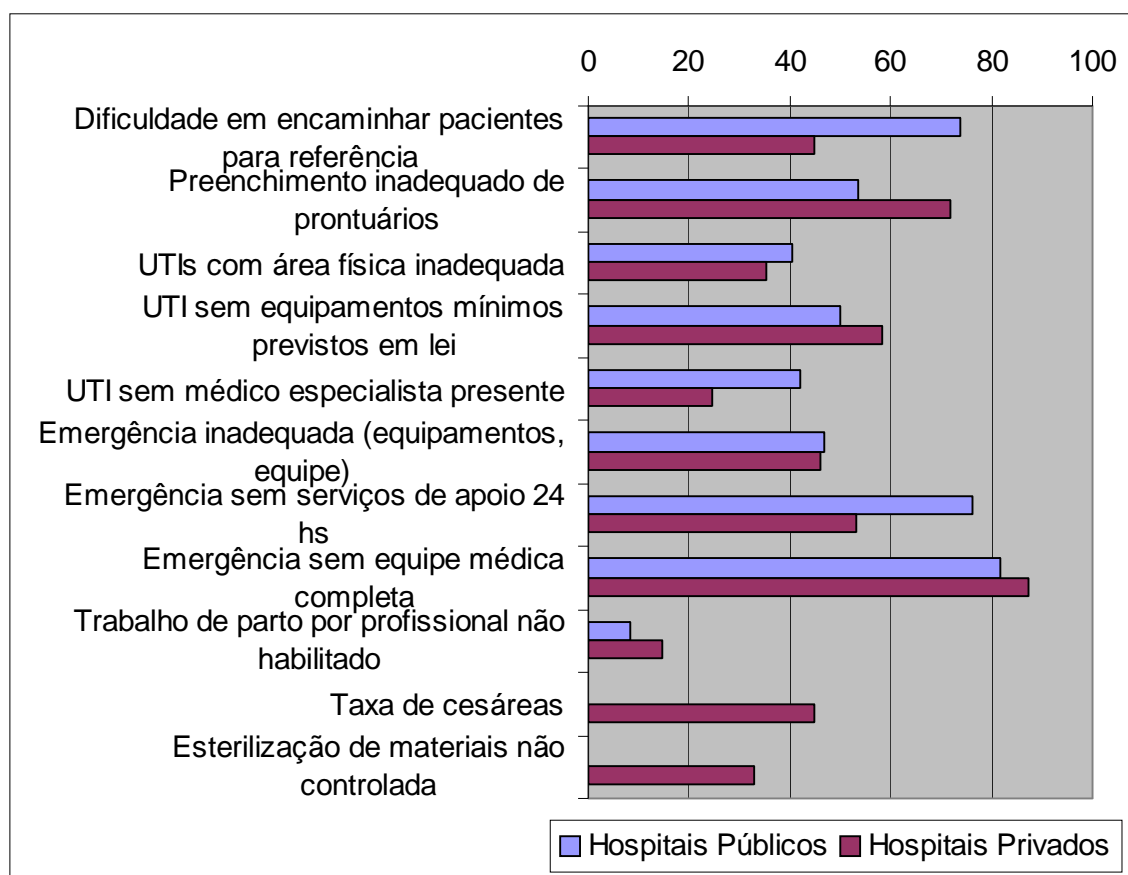


FIGURA 31: FREQUÊNCIA DE PROBLEMAS DE QUALIDADE NOS HOSPITAIS PAULISTAS²⁴

4.6.3 Conclusões

Em conclusão, os indicadores disponíveis na pesquisa evidenciam nos hospitais da amostra um desempenho insatisfatório quanto à eficiência e qualidade dos serviços, e com variações importantes de um hospital a outro e entre grupos de hospitais classificados por natureza. Esse desempenho reflete os problemas levantados pela pesquisa e discutidos nos capítulos anteriores, como a gestão inadequada de recursos físicos e humanos, a inadequação do processo de planejamento e a falta de mecanismos e práticas de avaliação de resultados. Esses problemas estruturais e processuais também dificultam a implantação dos programas de Atenção Básica priorizados nas políticas nacionais de saúde, como ilustrado na Caixa 12.

²⁴ Fonte: CREMESP.

CAIXA 12: DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar da expansão dos programas de Atenção Primária nos últimos anos, estimulados pelos incentivos pagos pelo Ministério da Saúde, os resultados permanecem desiguais em função de dificuldades na implantação desses programas, explicitadas explicitado em documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)¹:

- Dificuldades em muitos municípios para elaboração de projetos dentro das regras e princípios estabelecidos;
- Descumprimento dos critérios com conseqüente desqualificação dos municípios;
- A fragmentação entre níveis de assistência à saúde e entre programas, acompanhada de duplicidade de ações;
- A dissociação entre a equipe de planejamento e as equipes da atenção à saúde;
- A falta da estruturação da rede de serviços para atender a demanda gerada pelas equipes de Saúde da Família;
- A demanda da população por serviços de urgência e emergência;
- A dificuldade na compreensão do conceito de Atenção Primária à Saúde e a não incorporação do mesmo na prática profissional;
- Dificuldade para as Secretarias Estaduais de Saúde e as regionais na assessoria aos municípios;
- A falta de coordenação técnica e supervisão adequada nos municípios;
- A baixa cobertura das equipes de Atenção Primária em muitos municípios;
- Dificuldade para expansão em grandes centros urbanos, aliada à falta de política efetiva para interiorização dos profissionais de saúde, em regiões de difícil acesso geográfico;
- A escassez de profissionais com o perfil adequado para os programas de Atenção Básica;
- A existência de uma política de recursos humanos ineficiente;
- Limites legais para municípios efetivarem contratações para as equipes;
- Diferenças salariais entre os municípios o que determina alta rotatividade dos profissionais
- O não cumprimento da carga horária pelos profissionais de nível superior;
- A ocorrência de processos de capacitação de forma desarticulada;
- Insuficiente mobilização política de alguns gestores municipais;
- Financiamento insuficiente;
- A priorização da Alta Complexidade em detrimento da Atenção Primária;
- Alta rotatividade de gestores estaduais e municipais.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo tinha como objetivo analisar a qualidade do gasto público em saúde, através de levantamento em uma amostra de secretarias e unidades de saúde, rastreamento dos fluxos de recursos entre os diferentes níveis de governo e até as unidades de saúde, e análise da utilização desses recursos ao nível local. A análise dos dados quantitativos e qualitativos levantados mostrou a existência de vários problemas de natureza estrutural e processual que repercutem negativamente na qualidade e efetividade dos serviços de saúde prestados pelo SUS, bem como no custo desses serviços. Este capítulo retoma as principais conclusões do estudo e propõe medidas que podem minorar os problemas encontrados e contribuir para a melhoria da eficiência e qualidade do SUS.

5.1. DISCUSSÃO DAS CONCLUSÕES

As principais conclusões do estudo estão resumidas no Quadro 19 a seguir, que apresenta os principais problemas encontrados, os relaciona com suas causas estruturais, e identifica suas principais conseqüências a nível do gerenciamento e prestação dos serviços de saúde. A ênfase é dada ao funcionamento dos serviços ao nível de unidades de saúde e a sua gestão. Seis questões básicas são importantes, que são discutidas a seguir.

5.1.1 Fragmentação do processo de planejamento e orçamento

A principal conclusão ao nível do planejamento e orçamento é que o sistema é bastante estruturado e complexo do ponto de vista formal – etapas, prazos, documentos, relatórios – mas tem limitada utilidade prática como instrumento efetivo de gestão. O sistema tem sido aprimorado ao longo dos anos, porém mantém limitações importantes. A primeira delas reside na sua dupla característica de mecanismo de alocação e repasse dos recursos do nível central decisório para os níveis executivos e locais, e de instrumento de controle financeiro pelo nível central. Em função disso, os planos são elaborados com regularidade, mas em cumprimento de exigência legal, e não como instrumento de gestão; uma vez aprovados, são freqüentemente esquecidos. Naturalmente o sistema orçamentário é exigência legal para todo o setor público, e os órgãos de saúde se devem de segui-lo. Porém, o processo de planejamento do SUS, que corre em paralelo ao processo principal e não é necessariamente submetido às mesmas regras, acaba sofrendo das mesmas limitações.

A utilidade gerencial do planejamento também é limitada pela fragmentação e dissociação entre as diferentes fases do processo de planejamento-orçamento-execução-avaliação. Os vários instrumentos do planejamento, que deveriam constituir etapas no processo, em grande parte acabam se tornando produtos isolados e dissociados dos demais. Esta se dá apesar do processo ser em princípio integrado e articulado, conforme explicitado por regulamentação específica (Portaria GM/MS Nº 548, de 12 de Abril de 2001), e se deve a vários fatores. Primeiro, cada etapa é realizada por um tipo de profissional específico, de formação muito distinta, freqüentemente em locais diversos, entre os quais o diálogo é muitas vezes difícil. O planejamento e a programação estão normalmente a cargo de profissionais técnicos (médicos diretores de unidades, assessores técnicos em planejamento), enquanto que o processo orçamentário propriamente dito é realizado por profissionais da área administrativa e financeira (contadores e administradores) com pouca

familiaridade com os aspectos técnicos e programáticos. Isso contribui de modo importante para a dissociação entre plano, orçamento e ação.

Mais ainda, parece haver inversões sucessivas no fator determinante das ações entre uma etapa e outra: no planejamento, predomina o elemento técnico e diretrizes definidas em função de programas e prioridades sanitárias, com pouca consideração das possibilidades e critérios econômicos. Na fase de elaboração do orçamento, acaba predominando o elemento econômico financeiro, na medida em que o recurso disponível previsto determina as ações possíveis. Durante a execução orçamentária, é o fluxo de caixa que determina o ritmo e a direção das ações, implicando muitas vezes em mudanças nas atividades previstas mas sem tempo ou oportunidade para revisar os planos de ação. Pela sua rigidez e legalismo, o orçamento passa a ser mandatário e definidor das diretrizes e ações possíveis, e funciona como inibidor ou bloqueador para qualquer tentativa de direcionamento estratégico em função de problemas, necessidades ou oportunidades locais. A disponibilidade de recurso substitui o plano como fator definidor da realidade.

A principal consequência disso é que o plano é pouco relevante para a atuação do gestor local – e principalmente do diretor de unidade de saúde – que vive “apagando os incêndios” da realidade na medida em que aparecem, com poucas possibilidades de se preocupar com o atingimento dos objetivos propostos.

5.1.2 Rigidez e complexidade na execução do orçamento

O gerente local do SUS ou de unidade pública de saúde quase sempre “executa um orçamento” ao invés de “gerenciar recursos”. Isso se dá pela própria rigidez e formalismo do sistema, já que as múltiplas autorizações e controles a priori lhe tiram flexibilidade na utilização e gerenciamento dos recursos e assim restringem sua autonomia e responsabilidade. Embora o sistema permita o remanejamento de recursos, este normalmente requer autorização das instâncias superiores, costuma ser muito moroso (pode levar vários meses) e depender da disponibilidade de recursos financeiros. O acompanhamento e controle orçamentários se concentram na avaliação do cumprimento dos preceitos, normas e prazos legais, com pouca preocupação com o resultado atingido; neste sentido, está desvinculado do planejamento que deveria embasar o orçamento.

A execução do orçamento é balizada por um conjunto de leis e normas que governa o processo de compras e contratação, a administração de recursos humanos e a prestação de contas do recurso gasto. A rigidez dessa legislação, se de um lado reduz a possibilidade do mau uso dos recursos públicos, também limita bastante a autonomia e responsabilidade do gerente local e portanto sua capacidade de gerenciar efetivamente os recursos de que dispõe. Por outro lado, apesar de rígida a legislação oferece alguma flexibilidade, mas o gerente local, por desconhecimento, por receio de infringir alguma norma, ou por comodismo, muitas vezes faz uma leitura conservadora da lei e não faz uso das possibilidades que ela oferece. É típico por exemplo o caso da licitação pelo menor preço: embora a legislação preveja a consideração da qualidade além do preço como critério de escolha da proposta, o administrador muitas vezes acaba optando pelo menor preço como critério único. Ou do chefe que, em vista das exigências requeridas para punir um subalterno faltoso ou incompetente, opta por deixar de chefia-lo.

Essa prática de administração legalista tem consequências importantes em termos de atrasos nos processos de compras, gerando faltas de materiais e medicamentos, custos mais altos na aquisição desses materiais, e na qualidade da assistência.

5.1.3 Ausência de autonomia gerencial ao nível local

Como se viu, a maioria das unidades públicas de saúde tem baixa ou nenhuma autonomia gerencial e financeira. Não controla sua folha de pagamento, realiza apenas uma parte – variável de acordo com o tipo de unidade e a localização geográfica – de suas compras, não pode contratar ou demitir pessoal, e muitas vezes tem pouca informação sobre suas finanças. A própria alocação de recursos é definida no orçamento, no qual a unidade em geral tem pouca influência. Pode-se dizer que esse gerente na verdade gerencia muito pouco, uma proporção pequena dos recursos da unidade. Em compensação, o gerente ou diretor de uma unidade de saúde é pouco responsabilizado pelos acertos e erros de sua gestão.

O baixo grau de autonomia e poder decisório ao nível das unidades de saúde torna o processo de planejamento e orçamento pouco relevante para a unidade e seu gerente. Além disso, gera falta de compromisso e responsabilidade por parte do gerente, ausência de informações relevantes ao nível da unidade, baixo nível de gestão efetiva, e de maneira geral dissocia a realidade das unidades de saúde da imagem planejada pelos órgãos centrais. É visando corrigir essa situação que vários estados e municípios vêm criando ou transformando unidades de saúde – em geral hospitais – em instituições autônomas, tais como fundações, autarquias e organizações sociais.

A falta de autonomia administrativa e financeira observada entre as unidades de saúde municipais – como vimos as que menor grau de autonomia desfrutam – indica uma limitação importante no processo de municipalização: a descentralização na maioria dos casos se deu até a prefeitura ou a Secretaria Municipal de Saúde, mas não atingiu as unidades de saúde, que continuam enfrentando problemas sérios decorrentes da falta de autonomia, incentivos e responsabilidade.

5.1.4 Informação inadequada para a gestão

Outra conclusão importante do estudo é que a gestão de programas e de unidades de saúde se dá na ausência de informação adequada que permita o planejamento, monitoramento e avaliação. Isso ocorre apesar da quantidade respeitável de sistemas de informações existentes e da quantidade de dados coletados rotineiramente, tanto de natureza técnica quanto financeira. Duas razões básicas contribuem para essa inadequação.

Primeiro, as informações coletadas pelos diversos sistemas de informação obedecem à lógica geral do sistema público de planejamento e orçamento, qual seja, a do controle administrativo-financeiro por parte do órgão superior, e não a da gestão e avaliação. Existem sistemas de informação sofisticados, mas todos voltados para o controle financeiro e a verificação do cumprimento de normas e requisitos. O próprio SIOPS sofre dessa limitação, embora se reconheça a necessidade de evoluir para um instrumento gerencial. Essa lógica resulta em que, apesar da grande quantidade de dados coletada, raramente se dispõe de informações básicas para gestão e avaliação – tais como a alocação de recursos por finalidade, por tipo de atenção ou por grupo de população atendida – o que dificulta grandemente análises de alocação de recursos, eficiência, ou equidade.

Os sistemas de informação existentes não permitem a consolidação automática ou simples do gasto em saúde, seja horizontal (entre unidades do mesmo nível ou programas similares) ou vertical (entre níveis de governo), principalmente ao nível mais detalhado de programas. A variedade de estrutura classificatória dificulta a consolidação e a comparação. As estratégias de consolidação do gasto público em saúde sempre foram limitadas e pontuais, sendo a mais recente e consistente o Sistema de Orçamentos Públicos

em Saúde (SIOPS). O SIOPS representa um grande avanço, mas sua cobertura ainda é incompleta (nem todos os estados e municípios prestam informação).

Outra grande limitação desses sistemas é a falta de desagregação para algumas categorias essenciais à análise e avaliação. Na maioria dos casos, não é registrado o gasto por unidade de saúde, nem é possível saber a partir dos sistemas existentes o gasto por tipo de unidade de saúde (hospitais por exemplo).

Além disso, a qualidade da maioria das informações disponíveis deixa a desejar. A ausência ou não seguimento de padronização conceitual e diferenças metodológicas fazem com que duas fontes para o mesmo dado muitas vezes não coincidam. Os dados financeiros ou de produção obtidos junto às unidades de saúde evidenciam lacunas, erros e discordância conceitual, que dificultam a comparação.

Entretanto, ainda que as informações disponíveis sejam incompletas e imprecisas, elas permitem análises preliminares interessantes que poderiam informar a tomada de decisão e orientar a gestão das unidades. Mas como a maior parte das informações produzidas é voltada para finalidades processuais – viabilizar os repasses financeiros e seu controle – elas acabam sendo pouco utilizadas para a gestão e a avaliação de resultados, como a avaliação do impacto ou do custo-efetividade de um programa de saúde. Isto por sua vez leva a que a forma de apresentação e a qualidade das informações não seja aperfeiçoadas para esse fim. Um esforço no sentido de melhorar os sistemas de informação existentes e principalmente incorporar essas análises na rotina da gestão dos serviços poderia certamente contribuir para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços.

5.1.5 Baixa capacidade gerencial ao nível local

A clareza sobre a importância do planejamento e alocação eficiente dos recursos disponíveis ou solicitados faz falta na maioria dos técnicos e gerentes das instituições de saúde, o que chega a prejudicar o planejamento e a execução das ações. Poucos gerentes de serviços e unidades de saúde têm a qualificação específica para exercer sua função e enfrentar os desafios que se colocam. Muitos entrevistados identificaram esse como um problema importante no planejamento e na gestão dos serviços. Em consequência, métodos de gestão mais modernos e técnicas de análise mais científicos são raros. Por outro lado, a política de recursos humanos vigente dificulta bastante atrair e manter profissionais qualificados, por falta de competitividade no mercado.

As atividades ligadas ao planejamento e controle financeiro, por constituírem o centro do sistema orçamentário, normalmente são priorizadas e recebem profissionais qualificados. Mas atividades de análise econômica e avaliação, por exemplo, estão particularmente vulneráveis. O gerenciamento eficiente dos serviços médicos e técnicos constitui uma área particularmente crítica, tanto pelo potencial de ganhos em eficiência que enseja, quanto pela insuficiência de formação e capacitação, e pela dificuldade de lidar com os interesses corporativos estabelecidos.

Entretanto, foram identificados ao longo do estudo falhas e portanto oportunidades importantes de melhorias na gestão de medicamentos, de estoques, instalações e recursos humanos. As evidências indicam que economias substanciais são factíveis com a adoção de métodos mais rigorosos e atuais de gerenciamento de recursos.

5.1.6 Estrutura de incentivos inadequada

O funcionamento do SUS incorpora uma série de incentivos explícitos e implícitos. Os explícitos são os definidos na legislação e regulamentação do sistema, principalmente quanto aos mecanismos de pagamento. Os implícitos estão relacionados ao próprio funcionamento do setor público brasileiro em geral, e do SUS em particular.

A implantação do SUS ao longo dos anos 90 foi acompanhada da discussão acalorada sobre os incentivos apropriados a serem incorporados aos mecanismos de transferência de recursos federais e mecanismos de pagamento a prestadores em geral. Pode-se identificar 3 fases nessa discussão: a primeira, que vai até meados dos anos 80, se caracteriza pelo pagamento a prestadores privados por ato médico, ou seja de acordo com a quantidade de serviços produzidos (*fee-for-service*); este sistema foi corrigido no início dos anos 80 no que diz respeito aos serviços hospitalares com a introdução do pagamento por procedimento (através do sistema da AIH) e não mais por atos médicos isolados. A partir de meados dos anos 80 foi estendido aos prestadores públicos, e com a reforma sanitária e a municipalização do sistema foi instituída a transferência de recursos federais a estados e municípios através de convênios. No fim da década de 80 e com a implantação do SUS a partir de 1990, ganhou corpo a visão de que essa modalidade de transferência gerava distorções ao premiar a multiplicação da produção de serviços e reforçar as desigualdades na distribuição de recursos (pois se dava de acordo com a produção histórica e a rede existente), e foram propostos novos critérios baseados na necessidade, esta definida pelo tamanho da população e pelos índices de saúde. Mas essa visão não chegou a se concretizar nos mecanismos de repasses. Somente a partir de meados dos anos 90, foram adotados ou expandidos vários programas de atenção primária (como o PSF e PACS) que passaram não somente a receber volumes importantes de recursos como também a ser financiados com base em critérios demográficos (PAB fixo); alguns desses programas passaram a incorporar critérios de nível de necessidade, medida por exemplo pelo Índice de Desenvolvimento Humano municipal. Mas a multiplicação de modalidades e critérios de transferência e pagamento produziu um conjunto de incentivos variados e por vezes contraditórios.

O funcionamento do SUS traz também, embutidos, múltiplos incentivos implícitos, que em muitos casos têm efeito perverso e oposto aos incentivos explícitos, contribuindo para gerar ineficiências ou má qualidade da assistência.

- (i) O sistema de planejamento e orçamento enfatiza autorizações e limites prévios, e controles estritamente financeiros, com duas conseqüências: prioriza os controles administrativos e financeiros, ou seja, as atividades meio, em detrimento da qualidade e efetividade das atividades fim; por outro lado, o excesso de controles a priori retira autonomia e responsabilidade dos gestores locais.
- (ii) A rigidez e centralização prevalente na gestão dos recursos humanos, retira autonomia e responsabilidade dos gestores locais, resultando até certo ponto numa “não gestão” desses recursos.
- (iii) O funcionamento do SUS reforça essa distorção, com a própria complexidade do sistema, a multiplicidade dos mecanismos de pagamento, a já comentada ênfase em requisitos administrativos para a qualificação de estados e municípios, e a falta de avaliação de resultados.

No conjunto, essas características constituem um forte incentivo para os gestores e prestadores públicos se preocuparem com a gestão interna do sistema e não com a qualidade e efetividade da assistência prestada. Assim, enquanto os incentivos explícitos

tendem, ainda que de maneira ainda incipiente, a contemplar a busca de maior eficiência alocativa e produtiva e a redução de desigualdades, os incentivos implícitos de maneira importante contradizem esse objetivo.

QUADRO 19: RESUMO DOS PROBLEMAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS

CAUSAS ESTRUTURAIS	PROBLEMAS OBSERVADOS NO PROCESSO	CONSEQUÊNCIAS
FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO Ênfase formalista e legalista do sistema de planejamento público e do SUS Planejamento e orçamento voltados para justificar o repasse de recursos Processo truncado e desarticulado; os diferentes instrumentos não se integram e não se complementam Falta de integração/ articulação entre o órgão de planejamento e o de orçamento	Planos feitos por exigência legal, com frequência esquecidos depois de aprovados Planos sem estratégias de ação, pouco realistas Planos sem previsão de recursos Importantes flutuações na dotação e execução orçamentária das unidades e na sua distribuição Ausência de monitoramento e avaliação de resultados Dissociação entre plano e realidade Alocação de recursos não reflete necessidades reais	Atividades desenvolvidas sem planejamento ou programação real Predomínio do “apagar incêndio” Recursos efetivamente disponíveis são inadequados para a execução dos planos Atividades não realizadas por falta de recursos Execução e resultados têm pouca relação com plano Baixa efetividade das ações
FORMALISMO E RIGIDEZ NA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS Rigidez das normas e prazos para execução orçamentária Rigidez da legislação de pessoal e interpretação conservadora da mesma Rigidez da regulamentação de licitações, e interpretação conservadora Sistema voltado para controle financeiro e não para a gestão e avaliação	A legislação e estrutura do orçamento dificultam/ engessam sua execução Orçamentos definidos a nível agregado, com abertura programática insuficiente e pouco útil Tempos longos nos processos administrativos e financeiros Muitas compras pequenas e/ou de emergência usando verba de pronto pagamento Ausência de gestão efetiva de recursos humanos Múltiplas contabilidades e prestações de contas, voltadas para transferências específicas	Atrasos frequentes na liberação de recursos, efetivação das compras e nos pagamentos Muito tempo e alto custo da atividade planejadora e orçamentária pelo formalismo do processo Gerentes locais multiplicam as exceções e burlam regras para conseguir maior agilidade Ineficiências, desperdícios, faltas de materiais Custos maiores com compras em regime de emergência (a diferença alcança facilmente 30%) Distribuição inadequada e ineficiente do pessoal, com faltas localizadas e ociosidade Coexistência de vários regimes/origens de pessoal

<p>AUSÊNCIA DE AUTONOMIA GERENCIAL LOCAL</p> <p>Falta de autonomia gerencial e financeira nas unidades de saúde</p> <p>Sistema centralizado voltado para controle central, e não para as necessidades locais</p> <p>Centralização da maioria das funções de RH em unidade central, ou outra secretaria</p> <p>Centralização do gasto em muitos municípios</p> <p>Ausência de poder decisório e responsabilidade ao nível de unidades de saúde</p>	<p>Caráter indutivo do planejamento central (exigência legal + incentivo financeiro)</p> <p>Pouco uso da informação orçamentária para análise e avaliação local</p> <p>Baixa participação do nível executivo e dos conselhos de saúde no planejamento</p> <p>Ausência de informações gerenciais ao nível de unidade de saúde</p> <p>As unidades de saúde gerenciam pouco seus RH (30% dos hospitais fazem pagamento de pessoal, 25% contratam, 54% remanejam)</p>	<p>Planejamento pouco utilizado para gerenciamento local</p> <p>Unidades de saúde gerenciam uma pequena parte de seus recursos</p> <p>Pouca informação disponível ao nível de unidades</p> <p>Descompromisso dos gerentes locais</p> <p>Decisões muitas vezes têm pouca relação com a realidade e necessidades locais</p> <p>Baixa qualidade da informação gerada</p> <p>Baixo nível de gerenciamento efetivo ao nível local</p>
<p>AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO ADEQUADA PARA A GESTÃO</p> <p>Sistemas de informação voltados para controle central e não utilização local</p> <p>Múltiplos sistemas de informação paralelos e não integrados, cada um voltado para uma finalidade ou destinatário</p> <p>Estrutura orçamentária e mecanismos de controle inadequados ao monitoramento e avaliação de programas</p> <p>Ênfase na produção de serviços e não na sua efetividade ou em resultados</p>	<p>Muita informação gerada (financeira, de produção, etc) mas pouca utilizada</p> <p>A maioria das unidades de saúde tem pouca ou nenhuma informação financeira</p> <p>Orçamento não desagrega ou discrimina o gasto de maneira útil para gestão</p> <p>Ausência de informação de custos</p> <p>Informações parciais e inconsistentes sobre cobertura, produção e gasto dos programas nacionais</p> <p>Inconsistência das informações entre níveis de governo</p>	<p>Ausência de informação sobre gasto local ou de unidades</p> <p>Ausência/insuficiência de monitoramento e avaliação</p> <p>Falta de informação para a maioria dos programas prioritários ou objeto de repasses</p> <p>Ausência de informação para análise de eficiência, qualidade</p> <p>Planejamento e orçamento sem base real</p> <p>Ausência de informação financeira que não seja orçamentária</p> <p>Inconsistência nas informações sobre receita e gasto relativos aos programas nacionais</p>

<p>BAIXA CAPACIDADE GERENCIAL AO NÍVEL LOCAL</p> <p>Inadequada qualificação profissional a nível local para planejamento, gestão e avaliação</p> <p>Baixa capacidade de atrair e manter profissionais qualificados (baixa remuneração, políticas pouco atrativas)</p> <p>Pouca utilização de métodos e técnicas modernos de gestão</p> <p>Grau limitado de gestão efetiva de recursos físicos e humanos</p> <p>Serviços médicos sem gerenciamento efetivo, e organizados não em função de eficiência</p> <p>Ausência de avaliação sistemática de programas e ações</p>	<p>Baixa capacidade de planejamento ao nível local e principalmente nas unidades de saúde</p> <p>Baixo nível de execução orçamentária em municípios e unidades de saúde</p> <p>Planejamento de necessidades e programação de compras inadequados</p> <p>Baixo nível de controle sobre utilização de recursos, e estoques</p> <p>Sistema de dispensação de medicamentos inadequado (25% adotam dose unitária)</p> <p>Contratos sem supervisão ou avaliação (apenas 5% dos contratos c/ avaliação de qualidade)</p> <p>Falta, inadequação e/ou mau estado de instalações e equipamentos</p> <p>Alocação e utilização ineficiente de recursos</p>	<p>Falta de recursos em determinadas categorias de despesa ou unidades enquanto sobra em outras</p> <p>Não utilização/ociosidade de recursos disponíveis</p> <p>Atrasos freqüentes nos processos de compras (até 82% dos hospitais municipais)</p> <p>Perdas e desperdícios de materiais e medicamentos (20% p/ medicamentos e 13% materiais médicos)</p> <p>Falta de materiais (57% das unidades), medicamentos (61%), manutenção (27%), e combustível</p> <p>Gasto + alto com compras não planejadas</p> <p>Qualidade deficiente da assistência e interrupção de serviços (em 11% dos casos)</p> <p>Pacientes obrigados a suprir medicamentos</p> <p>Baixa resolatividade da atenção básica e congestionamento dos hospitais</p>
<p>ESTRUTURA DE INCENTIVOS INADEQUADA</p> <p>Complexidade e formalismo das modalidades e dos requisitos de inserção no SUS</p> <p>Requisitos e critérios de repasses federais aos municípios premiam os melhor estruturados ou com maior capacidade de gestão</p> <p>Incentivos embutidos nos pagamentos a prestadores induzem a distorções</p> <p>Ausência de políticas e mecanismos de estímulo ao desempenho e responsabilização</p> <p>Falta de incentivos para estímulo à qualidade e eficiência</p>	<p>Dificuldades dos municípios de se inserir nas modalidades de gestão do SUS</p> <p>Ênfase processual e nas atividades meio dos requisitos, com pouca ênfase nos resultados</p> <p>Variações no gasto/capita próprio e transferências</p> <p>Estados e municípios não cumprem EC-29</p> <p>Pagamentos por serviços do SUS respondem por baixa proporção do gasto</p> <p>Contratos em geral sem avaliação de resultados</p> <p>27% dos hospitais têm avaliação de desempenho</p> <p>Falta de isonomia salarial entre regimes distintos</p>	<p>Recursos despendidos nas formalidades do SUS</p> <p>Dificuldade de monitorar e avaliar o gasto nos programas federais, ou sua efetividade</p> <p>Alto grau de inequidade no gasto municipal em saúde e nas transferências federais aos municípios</p> <p>Baixa produtividade dos recursos humanos, ou produtividade às expensas da qualidade</p> <p>Duplicidade de mando, descontentamento</p> <p>Absenteísmo e não cumprimento da jornada de trabalho (para 30% dos hospitais)</p> <p>Baixa qualidade dos serviços contratados</p>

5.2. LIMITAÇÕES E DIFICULDADES

A pesquisa enfrentou várias dificuldades na sua concepção e aplicação, e as principais são discutidas a seguir. Uma decisão que a equipe teve que tomar logo no planejamento do estudo foi quanto ao tamanho e representatividade da amostra. Devido às diferenças entre realidades locais e regionais, optou-se por uma amostra que fosse o mais possível representativa do universo do SUS, e ao mesmo tempo viável em termos de custo, logística e prazos. Isso obrigou a um número relativamente grande de entidades pesquisadas (quase 100 ao todo). Por outro lado, reduziu a possibilidade de análises mais em profundidade de temas específicos.

Outra dificuldade operacional encontrada está relacionada ao acesso às informações. Para facilitar essa questão uma carta do Ministro da Saúde e outra do coordenador do projeto foram encaminhadas a cada dirigente de secretaria e unidade. Além disso, os supervisores de campo foram escolhidos em função de sua familiaridade e facilidade de trânsito junto às secretarias de saúde. Apesar dessas precauções, algumas secretarias e unidades dificultaram o acesso físico e/ou a obtenção de certo tipo de informações, o que resultou em atrasos consideráveis no trabalho de campo e no abandono de algumas unidades por impossibilidade de acesso. Além disso, as equipes de campo não tinham naturalmente poder de auditoria, o que dificultou o acesso a algumas unidades e/ou informações. Como resultado destes fatores nem todos os questionários foram preenchidos por completo, e os dados finalmente disponíveis não correspondem à amostra toda.

Por outro lado, a organização federativa e compartilhada do financiamento e da gestão do SUS torna os fluxos financeiros no interior do sistema bastante complexos, dificultando seu mapeamento e análise. Isso por sua vez levou-nos a definir um equilíbrio entre a obtenção de dados a partir das fontes secundárias (relatórios e bancos de dados existentes), e a coleta in loco de informações por meio de questionário /entrevista e observação direta.

Finalmente, deve-se enfatizar a inadequação dos sistemas de informação existentes e na dificuldade em geral de levantamento de informações detalhadas e confiáveis, quando essas informações não fazem parte da rotina de coleta das unidades ou secretarias. Tanto os sistemas de informação quanto os gestores de unidades, estão voltados para a coleta de dados para orçamento e relatórios de produção. A obtenção de qualquer outra informação destinada à avaliação de alocação de recursos (fora da abertura prevista no sistema orçamentário), eficiência, ou qualidade, revelou-se em geral bastante difícil e de baixa precisão ou confiabilidade. Por exemplo, é de amplo conhecimento na maioria das unidades que há desperdícios consideráveis, mas não há registro ou informação sobre eles. Entretanto, a pesquisa deixou clara a viabilidade de se desenvolver análises focadas mais aprofundadas, desde que se tenha mais tempo para a observação direta do funcionamento dos serviços.

5.3. RECOMENDAÇÕES

Vários dos problemas identificados no estudo estão relacionados com a organização e funcionamento do setor público em geral, e o Ministério da Saúde tem possibilidades limitadas, por si só, de mudar as regras e normas do setor público, influenciar o funcionamento do sistema nos demais níveis de governo, ou garantir maiores recursos financeiros. No entanto, enquanto coordenador do SUS, o Ministério tem várias possibilidades de ação para minimizar esses problemas. Estratégias importantes para que os recursos públicos sejam melhor utilizados são alinhavadas a seguir. Elas não supõem que os recursos públicos atualmente alocados para a saúde sejam suficientes para o funcionamento adequado do SUS, mas partem do princípio de que qualquer que seja o montante de recursos disponíveis, deve ser gerenciado eficientemente de modo a dar os melhores resultados possíveis.

5.3.1 Promover um sistema de autonomia com responsabilidade

O Ministério da Saúde deveria adotar para suas unidades, e estimular a adoção pelas secretarias de saúde e estaduais e municipais, de um sistema que promova autonomia e responsabilidade ao nível das unidades de saúde. O sistema poderia se basear em tres pontos principais: (i) gestão autônoma nas unidades maiores, principalmente os grandes hospitais de referência; (ii) gestão descentralizada nas unidades menores; (iii) um instrumento do tipo compromisso/contrato de gestão como mecanismo básico de planejamento, monitoramento e avaliação em ambos os casos.

(i) Gestão autônoma

Considera-se como gestão autônoma aquele modelo de gestão em que a unidade tem autonomia total sobre o manejo e aplicação de seus recursos físicos e humanos, tendo apenas que seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de objetivos e previamente definidos. Nos últimos anos, vários modelos de gestão autônoma foram adotados em várias partes do país, com resultados positivos em vários casos, como o das Organizações Sociais e outras. Modelo semelhante poderia ser adotado para a maioria das unidades de saúde maiores, principalmente os grandes hospitais de referência. Uma análise comparativa desses modelos e de seus resultados deveria orientar a escolha de um ou mais modelos a serem adotados, e também identificar claramente os elementos do modelo ou de sua implantação que determinam seu sucesso.

Poderia ser explorada e testada a aplicação do mesmo modelo às entidades regionais ou distritos de saúde em vez de unidades de saúde individuais. Isso teria a vantagem de integrar a infraestrutura de saúde de uma região ou microregião sob um mesmo comando e uma mesma unidade gerencial e orçamentária, e constituiria um grande estímulo ao funcionamento mais efetivo dos mecanismos de referência e contra-referência. De certa forma, essa idéia já foi testada antes, com o conceito de módulo de saúde (no Programa Metropolitano de Saúde dos anos 80) e nos distritos sanitários, entre outros, mas em geral essas experiências não se traduziram em entidades com autonomia gerencial e financeira. Mais recentemente, a prefeitura de São Paulo implantou autarquias regionais que reúnem

todas as unidades hospitalares existentes numa região da cidade²⁵; essa modalidade mereceria ser analisada e avaliada para identificar seus méritos e desvantagens em comparação com o modelo de autonomia centrado em hospitais (como as Organizações Sociais).

(ii) Gestão descentralizada

A constituição de um sistema mais descentralizado de gestão não passa unicamente pela adoção de modelos radicais de autonomia de gestão, como a privatização, a terceirização de gestão ou a constituição de fundações, autarquias ou entidades autônomas. Em muitos casos, a centralização de poder decisório e até de execução (de compras e contratação, por exemplo) é dada por uma política local, e não por exigência legal. A legislação vigente permite, em muitos casos, a delegação de poder decisório e a execução descentralizada de muitas atividades, mas essa facilidade não é aproveitada por receio de perda de controle e de mau uso dos recursos, e devido à baixa capacidade gerencial existente na maioria das unidades de saúde. Nesta linha de política, um estudo preparatório poderia identificar concretamente o nível e tipo de decisão que poderia ser delegado às unidades, explorando ao máximo as possibilidades oferecidas pela legislação vigente.

A descentralização deveria transformar unidades de saúde maiores e/ou entidades regionais em Unidades Orçamentárias, dotando-as de orçamento próprio. Unidades menores deveriam ser transformadas em Unidades de Despesa ou Unidades de Gestão, que, não constituindo Unidades Orçamentárias, teriam autoridade e autonomia menor porém suficiente para gerenciar boa parte de seus recursos materiais e toda a informação financeira sobre sua gestão. A identificação precisa das responsabilidades a serem delegadas deverão ser objeto de estudo específico, levando em conta a economia de escala nas compras, a sua viabilidade frente às condições locais concretas, e outros fatores que podem encarecer ou limitar as vantagens da execução descentralizada.

(iii) Compromisso de gestão

A peça chave para o sucesso da gestão autônoma ou descentralizada é um compromisso ou contrato de gestão, que definiria claramente responsabilidades e autoridades da unidade, os objetivos e metas a serem alcançados e as atividades a serem desenvolvidas, a dotação de recursos a ser repassada para financiar essas atividades, critérios claros de avaliação do desempenho da unidade, e penalidades para o não cumprimento dos objetivos. O contrato de gestão tem sido reservado no Brasil a modelos de gestão autônoma (como as Organizações Sociais) ou privatizada. Entretanto, pode ser utilizado também em modelos de gestão descentralizada no âmbito da administração direta, desde que as unidades possuem autonomia gerencial e financeira parcial porém ampliada em relação à situação tradicional.

²⁵ Lei Municipal Nº 13.271, de 4 de janeiro de 2002

5.3.2 Instrumentalizar os gerentes locais

Para que a concessão de maior autonomia às unidades de saúde possa dar os resultados esperados, e os diretores/gerentes de unidades possam efetivamente gerenciar, é indispensável que eles tenham condições técnicas de fazer uso dessa autonomia e gerenciar os recursos à sua disposição de maneira mais eficiente, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Para tanto, é necessário (i) que o sistema de planejamento e orçamento seja realmente descentralizado e de utilizado ao nível local; (ii) que os sistemas de informação forneçam principalmente informação voltada para a gestão; (iii) que o nível local e as unidades de saúde adotem e apliquem sistemas e técnicas modernas de gestão; (iv) que diretores e gerentes estejam capacitados a assumir essas responsabilidades ampliadas e utilizar bem a autonomia oferecida. O conjunto dessas estratégias permitirá que cada diretor/gerente de unidade de saúde gerencie efetivamente os recursos a sua disposição e se responsabilize pelos resultados obtidos.

(i) Planejamento, orçamento e avaliação

O sistema de planejamento e orçamento do SUS deveria ser reformulado e adaptado no sentido de se tornar um instrumento efetivo de gestão local. Ainda que o processo e seus elementos estejam inseridos no contexto maior do planejamento e orçamento público, a legislação deixa muita liberdade quanto à estrutura, formato e conteúdo de cada documento; o SUS, e o Ministério da Saúde enquanto sua instância maior, pode portanto promover adequações no sentido de garantir maior consistência e utilidade ao processo.

Para tanto é necessário em primeiro lugar, mudar seu foco, do controle processual voltado para instâncias superiores, para a gestão, monitoramento e avaliação de resultados a nível local. A primeira e principal função do plano deve ser não a viabilização de repasses financeiros, mas o planejamento e programação das ações de saúde, e a gestão das unidades de saúde onde se desenvolvem essas ações. O Plano de Saúde e sua avaliação deveriam constituir a peça principal do Compromisso de Gestão proposto em 5.3.1.

Em segundo lugar, é preciso promover uma melhor articulação e integração entre os diversos documentos do planejamento – Agenda de Saúde, Plano de Saúde, Plano Plurianual, PPI, Relatório de Gestão – e entre estes e o orçamento. Deve ser enfatizada a complementariedade dos documentos como etapas de um mesmo processo, a necessidade de um servir de base para o outro, e exigida a consistência e correspondência programática entre eles. Talvez seja interessante considerar os vários documentos como etapas e partes sucessivas de um único instrumento de planejamento, ao invés da visão atual de documentos exigidos separadamente para fins distintos. A metodologia, os conceitos e a apresentação de cada um poderiam ser explicitados e padronizados para facilitar a sua elaboração e permitir comparações e consolidação. Em particular, seria altamente desejável que o Plano de Saúde, instrumento principal do planejamento, incluía necessariamente metas claramente definidas e estimativa dos recursos necessários. Esta estimativa serviria então de base mais sólida para a elaboração do orçamento. Um ponto essencial dessa reformulação consiste na definição prévia de critérios e indicadores padronizados de desempenho que seriam necessariamente incorporados ao Relatório de Gestão.

(ii) Sistemas de informação

O processo de planejamento e a gestão a nível local pressupõem sistemas de informação capazes de fornecer informação pertinente em tempo hábil. Esses sistemas deveriam incluir quatro módulos essenciais e articulados: informação orçamentária e de despesa, informação de custos, informação de produção ou técnica, e informação de resultados, em termos de eficiência, efetividade e qualidade. Isso pode ser conseguido seja pela adaptação de sistemas de informação existentes – o orçamento por exemplo – e/ou pelo desenho ou implantação de módulos separados que se alimentem do sistema orçamentário e estejam articulados com ele. Dois princípios devem nortear a adequação dos sistemas de informação. Primeiro, o registro e monitoramento de despesa ou outra informação em determinada unidade ou atividade não deve implicar na vinculação do recurso ou redução da flexibilidade gerencial. Segundo, a configuração dos sistemas de informação deve estar voltada para utilização pelos gerentes locais e de unidades de saúde e suas necessidades de informação. As principais recomendações são apresentadas a seguir.

O sistema contábil-orçamentário é o único que seja pré-definido por legislação específica, e portanto o menos suscetível a modificações no âmbito do SUS e de suas instituições. No entanto, ele poderia sem grandes dificuldades ser adaptado ou complementado em dois aspectos. Primeiro, é necessário reformular a classificação programática (por programas e projetos/atividades) própria da área da saúde, para lhe conferir uma estrutura mais lógica, coerente e estável, e reduzir a multiplicidade de itens da classificação correspondentes a ações pontuais e muito específicas. A estrutura programática no nível mais agregado deveria se pautar na característica básica da ação ou atividade – como o nível e tipo de atenção prestada – e não nos programas verticais específicos.

Outra modificação necessária é a preparação de informação de gasto por unidade de saúde, no momento não disponível. Isso pode ser conseguido seja através de detalhamento maior do próprio orçamento, seja pelo registro dessa informação num módulo complementar interno às instituições de saúde. Várias unidades de saúde que hoje não aparecem no sistema orçamentário constituíam Unidades Orçamentárias e portanto constavam do sistema até alguns anos atrás, o que indica que é possível a sistematização dessa informação. Por outro lado, todo recurso desembolsado pelo nível central por conta de uma unidade de saúde é em geral registrado (e mesmo que não o seja, é relativamente fácil registra-lo, seja a quantidade e o valor da folha de pagamentos, seja dos materiais transferidos ou serviços prestados) mas não no sistema orçamentário, o que faz com que a informação não seja sistematizada ou consolidada e se perca.

A terceira recomendação consiste na implantação em um grupo de unidades públicas e privadas do SUS de um sistema padronizado de mensuração de custos que permita não apenas estimar o custo por departamento ou serviço – como é tradicional – mas também estimar o custo de procedimentos hospitalares e ambulatoriais. Isto requer repensar a abordagem tradicional (de custeio por absorção baseada em centros de custos) e o desenvolvimento de nova metodologia.

Finalmente, outro componente indispensável a ser desenvolvido é um conjunto limitado de indicadores chave padronizados de qualidade, efetividade e eficiência dos serviços, que sejam informação obrigatória. Esses indicadores permitiriam avaliar e

comparar o desempenho das unidades de saúde e de programas, e seriam obrigatoriamente incorporados aos Compromissos de Gestão propostos acima e aos Relatórios de Gestão.

(iii) Técnicas modernas de gestão

A gestão efetiva e eficiente dos serviços e unidades de saúde – e mais ainda nas secretarias de saúde – requer ferramentas gerenciais de planejamento voltado para as necessidades locais, o monitoramento permanente de seus recursos, seus custos e sua performance, e a avaliação de seu desempenho técnico e econômico-financeiro. As características principais necessárias a esses instrumentos de gestão são a utilização para e pelo nível local, a ênfase no gerenciamento por objetivos e a avaliação de resultados. Alguns dos instrumentos mais úteis e que deveriam ser considerados incluem: sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária (a ser implantado num número maior de hospitais); gestão de pessoal naqueles componentes que seriam descentralizados, mas contemplando informação ampla ao nível das unidades de saúde; gestão de compras e estoques que facilitem a estimação de necessidades, a programação de compras e melhor controle sobre estoques; gestão de equipamentos e instalações que permita um monitoramento do estado de equipamentos e sua manutenção permanente; avaliação de desempenho em termos de custos e eficiência; avaliação de resultados em termos de cobertura e indicadores de impacto e qualidade dos serviços.

(iv) Capacitação gerencial

É necessário criar ao nível das secretarias de saúde e das unidades de saúde uma massa crítica de gerentes qualificados, mediante a contratação de novos profissionais e o treinamento dos gerentes locais em técnicas modernas e proativas de gestão e avaliação. A contratação e manutenção de pessoal de gestão qualificado requer políticas de recursos humanos competitivas com o setor privado, em termos de nível de remuneração e políticas de benefícios. De maneira gradual e parcial, isso vem sendo feito ao nível federal e em várias secretarias de saúde estaduais e municipais, mas o movimento precisa ser ampliado e aprofundado. Dois níveis de qualificação ou treinamento são necessários: o nível decisório ou usuário, voltado para o tomador de decisão, ou seja, diretores e gerentes; e o nível técnico, voltado para os profissionais responsáveis pela execução das atividades de planejamento, gestão e avaliação. O primeiro deve ser capaz de analisar e interpretar indicadores de custos, eficiência e qualidade, e deles tirar conclusões e decisões gerenciais. O segundo deve ser capaz de aplicar técnicas de análise e avaliação, organizar dados e calcular indicadores. Assim, um programa de capacitação em larga escala deveria ser elaborado e implantado considerando esses dois níveis.

5.3.3 Simplificar o funcionamento do SUS e o sistema de transferências

O funcionamento do SUS poderia ser simplificado em dois aspectos: quanto às exigências e formalidades para a habilitação de estados e municípios, e quanto ao sistema de transferências e pagamentos do Ministério da Saúde. Essa simplificação segue o princípio geral de reduzir o monitoramento e controle de atividades meio e privilegiar a avaliação de resultados.

Os requisitos e exigências formais para a habilitação de estados e municípios às modalidades de gestão do SUS são hoje basicamente processuais e voltadas para o cumprimento de formalidades e o desenvolvimento de atividades meio. Recomenda-se que sejam grandemente reduzidas ou até eliminadas não somente as exigências para a habilitação inicial, mas também os requisitos necessários à mudança de modalidade. A idéia central é de que o controle sobre a aplicação adequada e eficiente dos recursos repassados se faça com relação aos resultados obtidos e não com base em cumprimento de exigências prévias. Um passo importante foi dado recentemente pelo Ministério ao determinar a habilitação automática na Gestão da Atenção Básica Ampliada, após um prazo, de todos os municípios atualmente habilitados nas modalidades anteriores de Gestão da Atenção Básica. Esse tipo de simplificação e desburocratização deveria ser ampliado e aprofundado.

Também deveriam ser simplificados os mecanismos de transferência de recursos, e seus múltiplos mecanismos de pagamento consolidados em algumas poucas modalidades. Essas modalidades, hoje detalhadas a nível de programas específicos, poderiam se resumir às grandes categorias de atenção com as quais o SUS já trabalha: Serviços de Saúde Pública (incluindo Vigilância Sanitária e Epidemiológica), Atenção Básica, Atenção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, e Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade. Essas categorias deveriam se traduzir na estrutura programática do orçamento (vide acima), para permitir o acompanhamento. A aplicação de recursos dentro dessas categorias não seria vinculada a programas ou atividades específicas. A avaliação dos resultados obtidos através de indicadores de desempenho poderia condicionar a continuidade do repasse.

As simplificações sugeridas no funcionamento do SUS contribuiriam para reduzir o custo administrativo desse funcionamento, deslocar recursos humanos para a avaliação de resultados, e tornar mais claros os incentivos embutidos nos mecanismos de transferência. Dois incentivos deveriam ser explicitados e priorizados: a redução das desigualdades na distribuição e acesso aos serviços, e o estímulo a maior eficiência, efetividade e qualidade da assistência. Nesse sentido, o valor dos pagamentos e repasses federais poderia ser determinado em função de três critérios:

- (i) necessidade, para os Serviços de Saúde Pública e a Atenção Básica; o valor poderia ser baseado, como já é para alguns programas, num valor fixo per capita ajustado por um indicador de necessidade (por exemplo o já utilizado Índice de Desenvolvimento Humano ou a taxa de mortalidade infantil);
- (ii) produção de serviços de média e alta complexidade, baseado no custo médio desses serviços; e
- (iii) um incentivo associado aos resultados alcançados em termos de eficiência, qualidade e resultados, baseado num conjunto definido de indicadores; esse incentivo poderia ser proporcional à melhoria observada nos indicadores selecionados.