

LEI ORGÂNICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
=====

ANTEPROJETO DA UnB  
=====

ANÁLISE CRÍTICA  
=====

*Henri E. Jouval Jr. (\*)*

1. O texto tomado como referência é a versão de 17/02/89 do ante projeto da UnB.
2. O estudo pretende decodificar em cada artigo (ou, às vezes, grupos de artigos) o conceito e a lógica que estão embutidos na proposta do artigo, com a finalidade de servir como balizador para a tomada de decisão quanto à sua manutenção ou exclusão.
3. Para facilitar a tomada de decisão a apresentação será feita sob forma de questões comentadas.

---

(\*) Consultor da Organização Panamericana da Saúde, lotado na Representação da Argentina

1 - O anteprojeto pressupõe que a área de saúde deve encaminhar aos níveis superiores do Executivo uma proposta individualizada, para compatibilização posterior em uma Lei de Seguridade Social. A alternativa seria, desde já, formular intensamente com as demais áreas (Previdência, Educação, Trabalho), um anteprojeto único da Seguridade Social já compatibilizado por uma possível Comissão Interministerial.

---

*Questão 1: A estratégia de encaminhar uma proposta de Lei própria de Saúde deve ser mantida?*

2 - O anteprojeto pressupõe que a interpretação conjunta dos Artigos 197, 198 e 199 da Constituição indica que o Sistema de Saúde a ser criado deverá ser responsável na sua totalidade pela regulamentação, fiscalização, controle e execução das ações e serviços de saúde. Para tal execução há um sub-sistema constituído pelo setor público, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, que pode ser ampliado com a participação complementar do setor privado, sob forma de contrato de direito público. Isto é, o setor privado contratado é elemento constituinte da rede regionalizada e hierarquizada e, portanto, disciplinado pelo poder público quanto a sua atuação e função social. Há um outro sub-sistema que, embora não integrante da rede regionalizada, é elemento objeto da ação normalizadora, controladora e fiscalizadora do poder público. A liberdade relativa à iniciativa privada, referida no

texto constitucional, é entendida como a possibilidade da existência deste último sub-sistema não contratado pelo poder público.

Assim, o sistema de saúde que se cria englobaria como elementos constituintes o setor público e o privado contratado, que complementaria a ação do setor público, e teria como objeto o setor privado liberal ou privado típico.

Deste modo, ~~tal sistema seria efetivamente um sistema único~~ de saúde, de caráter nacional.

Na medida em que na atualidade o setor privado contratado e o setor privado típico já são elementos objeto do Sistema Nacional de Saúde, a inovação pretendida, é incluir o setor privado contratado como elemento constituinte do poder público quanto a sua função social. A questão não é nova e vem sendo progressivamente implantada desde o plano do CONASP, das AIS e dos SUDS, que traduzem uma tendência à maior intervenção do Estado sobre o sistema vigente.

De toda essa lógica decorre o nome do anteprojeto (Sistema Único de Saúde) e o Artigo 19 que se refere à Definição.

---

*Questão 2: A estratégia de ampliar e consolidar legalmente a ação intervencionista do Estado sobre o setor privado contratado deve ser mantida?*

- 3 - No artigo 2 (com seus vários incisos), que trata dos princípios e diretrizes, o anteprojeto propugna pela explicitação de um corpo doutrinário sobre questões clássicas da área de saúde. A intencionalidade, além da explicitação, é sintetizar e fixar uma espécie de lista de mandamentos que devem fi

car como um código mínimo a ser estabelecido para funcionar como eixo de referência superior sobre todas as interpretações, construções e reajustes futuros. Ou seja, através desse código é que se daria o sentido de permanência e de unidade frente a um processo longo, complexo, descentralizado, de implantação do sistema em seus vários níveis, estruturas, ações, normas, etc. Ele traduziria acordos e denominadores básicos comuns a serem sempre considerados e respeitados.

---

Questão 3: *Sem entrar em juízo de valor sobre seu conteúdo, a estratégia de explicitar um corpo doutrinário deve ser mantida?*

4 - Ainda no Art. 29, no que diz respeito aos seus incisos (que refletem o conteúdo do código), seus temas doutrinários são os seguintes:

- I - A saúde transcende o campo do setor saúde e de qualquer organização e ação do setor. Tenta relativizar e proteger o setor saúde que não pode responder por tudo em Saúde. É dependente das relações entre política econômica e políticas sociais dos projetos de governo.
- II - Saúde é direito de cidadania garantida pelo Estado.
- III - Tema da universalidade e da equidade, inclusive da assistência médica que deixa de ser, apenas, direito securitário dos que estão inseridos no mercado de trabalho.
- IV - Termo relativo ao direito à informação sobre riscos. Assunto típico é o planejamento familiar

- V - Tema relativo ao pagamento de taxas e tabelas adicionais na prestação de serviços pelos quais o indivíduo já contribui.
- VI - Tema da integralidade entre ações preventivas e curativas
- VII - Tema da incorporação das ações sobre meio ambiente e saneamento básico como fundamentos para melhoria do nível de saúde.
- VIII - Tema da reversão da lógica de condução do sistema com base na natureza das necessidades da população e não na natureza da oferta (mercado).
- IX - Tema da racionalidade da organização segundo eixos regionais, integradas (pública e privada contratada), por complexidade crescente com base territorial e populacional (economia de escala do sistema).
- X - Tema da descentralização do sistema.
- XI - Tema da direção única em cada esfera de governo para eficiência na condução.
- XII - Tema da participação e controle social.
- XIII - Tema de controle da impunidade
- XIV - Tema do reconhecimento da importância dos recursos humanos como agente fundamental do sistema.
- XV - Tema da ampliação da responsabilidade individual de cada um sobre sua saúde e da coletividade.

Desse conjunto os incisos III, VI, VIII, IX, X, XI, XIV já existiam em todos os convênios das Ações Integradas de Saúde. Os demais são posteriores àqueles convênios.

---

Questão 4: *No caso de ser adotado um corpo doutrinário, que incisos devem ou não ser mantidos ou agregados?*

5 - O artigo 3º busca delimitar a abrangência do setor saúde e propõe a inclusão, no todo ou em parte, de áreas que atualmente não são consideradas como do setor propriamente dito, e, sobre as quais, por isso mesmo, o setor saúde tem pouca ingerência. Nesse caso estão a assistência médica (INAMPS), a saúde dos trabalhadores, o desenvolvimento e a incorporação tecnológica, a produção de insumos (medicamento), equipamentos, formação de mercado de trabalho dos recursos humanos.

Os artigos 4º, 5º, 6º, 7º propõem a modernização da conceitualização sobre áreas que já são habitualmente consideradas do setor saúde, as quais referendam aspirações técnicas dos respectivos especialistas, e que, também, ampliam o campo de atuação do setor sobre a realidade atual.

A questão central que está em análise é saber qual o grau da intervenção do setor saúde (Estado) no enorme complexo médico-industrial que reconhecidamente está subjacente à distribuição de bens e serviços na área de saúde à população. Pode-se pretender incluir o conceito da integralidade das ações, e, portanto, do curativo e da assistência médica no campo de atuação do setor, sem tentar regular (intervenção do Estado) um pouco mais este complexo médico-indus-

trial? A experiência acumulada até o momento pelo INAMPS, especialmente a partir do CONASP quando aumentou significativamente a intervenção do Estado sobre somente a regulação da prestação de serviços assistenciais, tende a demonstrar a necessidade de regular mais as outras áreas subjacentes. Devido a esse tipo de preocupação o anteprojeto enfatiza esses novos campos de atuação, e está desbalanceado nesse sentido, frente aos campos tradicionais manejados pelo setor saúde, que podem ser incluídos deixando claro que um dos campos de atuação é responsabilizar-se pela formulação e aplicação do Código Sanitário Brasileiro, a ser atualizado e indicando seu perfil.

---

*Questão 5: Qual o aspecto e o grau do campo de atuação a ser mantido?*

- 6 - O artigo 8º que trata da Organização do SUS apenas explicita os sub-sistemas que compõem o SUS, segundo a interpretação dada no item 2. Cabem os mesmos comentários e a mesma questão fundamental (Ver questão 2).

---

*Questão 6: Quais os elementos constituintes e quais os elementos objeto do SUS?*

7 - O artigo 99 e 109 pretende definir os princípios gerais de organização da rede de prestação de serviços que devem ser observados como regras gerais para cada caso correto nos diversos níveis estaduais e municipais, descentralizados do sistema. Isto é, a organização das redes regionais e locais devem obedecer aos princípios de regionalização, hierarquização, complexidade crescente, setorização e definição de base territorial e político-administrativa (município), como forma de organização capaz de assumir o conceito de cobertura integral (preventiva e curativa) assistencial, por ter definido área e população. No caso, duas questões estão embutidas: uma é se o setor privado contratado estará integrando esta rede, o que já foi discutido anteriormente. A outra é a estrutura de organização dos serviços, que, atualmente, já é, em geral, adotada, sem muito resultado, pelo setor público.

---

*Questão 7: Os princípios de organização de redes regionalizadas, hierarquizadas, de complexidade crescente, de base municipal e de base populacional devem ser mantidos? Apenas para o setor público?*

8 - O artigo 11 toca no ponto relacionado com a definição da função social, do papel hierarquizado e com a depuração da capacidade instalada da rede, seja pública ou privada. Isto é, tornar-se-ia o instrumento, dado ao poder público (município), para ordenar e racionalizar a constituição de redes e orientar a distribuição da oferta e sistematizar as amplia

ções investimentos futuros em estabelecimentos e profissionais. Também aqui estão interrelacionados os conceitos de cobertura total, estratificação e depuração da capacidade instalada e redistribuição de bens e serviços e de economia da saúde. Desde a época do Plano do CONASP (quando foi adotada a política de integrar e fortalecer, sem expandir, os serviços públicos federais, estaduais e municipais, e, concomitantemente, submeter a autorização de novos credenciamentos do setor privado a um julgamento de insuficiência da capacidade instalada por município) que a medida já vem sendo aplicada pelo INAMPS. Nas AIS tal poder de controle ficou atribuído aos órgãos colegiados das CIS, e no SUDS, ficou definitivamente delegado para a autoridade máxima de saúde no plano estadual e/ou municipal.

---

*Questão 8: A estratégia de não deixar expandir a rede somente pelas regras de mercado deve ser mantida?*

- 9 - O artigo 12 é o que pretende levar à descentralização radical, à autonomia de cada esfera de governo e à definição clara de responsabilidades no que compete ao setor saúde. Deste modo, assim como na esfera federal se estabelece a criação de um único órgão responsável, o Ministério da Saúde, que responde no Executivo por todas as ações e serviços, o mesmo aconteceria na esfera estadual e municipal. A concepção muda de forma importante a situação atual em que há hierarquia de comando das instituições federais sobre as estaduais e des-

tas sobre as municipais, especialmente no que diz respeito ao INAMPS. Na situação atual já se chegou a uma etapa de desconcentração administrativa, mas a estrutura de poder, financiamento e normatização ainda são centrais, desconcentrando a execução para os níveis periféricos do sub-sistema de prestação de serviços, seja no setor público, seja no setor privado. A questão central é definir qual o arcabouço da descentralização pretendida. Enfatiza-se o arcabouço político-administrativo do país ou o arcabouço político institucional do setor. A opção por enfatizar o arcabouço institucional diminui a força de argumentação para a criação de um único órgão federal para tratar da saúde. O texto constitucional defende a direção única em cada esfera de governo.

---

*Questão 9: A estratégia de descentralização, autonomia, e de responsabilidade única em cada esfera do Estado deve ser mantida?*

- 10 - O artigo 13 reconhece a necessidade da descentralização ir mais além do nível estadual ou municipal, no caso das unidades complexas, para que ganhem autonomia, eficiência e agilidade administrativa, consolidando o que habitualmente é conseguido, através da prática alternativa de aderir a essas unidades, o regime de fundações. A proposta de tal grau da descentralização é questionável caso se adote uma configuração político-institucional do setor, pois desse modo há o risco de que tais unidades passem a funcionar fora de qualquer sistema, o que se observa em parte com os hospitais universitários

devido à autonomia universitária.

---

Questão 10: *Qual o grau de descentralização das unidades complexas frente ao arcabouço do setor?*

- 11 - O artigo 15 tenta equacionar a questão da transferência dos Hospitais Universitários (em geral unidades complexas e terciárias) para o nível estadual, a fim de atender ao princípio organizativo da descentralização e de reservar para o nível federal atribuições outras que não a execução da prestação de serviços. A proposta de co-gestão é um mecanismo intermediário para não ferir a autonomia universitária, porém permite integrar a atuação das unidades hospitalares complexas, terciárias e públicas, na rede estadual e no nível de direção única da instância estadual. A questão, embora altamente polêmica, é central e estrutural, pois sendo a rede universitária a de maior quantidade de leitos públicos e terciários, a sua permanência no nível federal, somada ainda à autonomia universitária, faria com que a grande rede pública terciária ficasse ao nível do MEC. Isto praticamente significa definir a organização do sistema de saúde em que o nível federal fica com a atribuição da execução do nível terciário, que estará no MEC. Sob essa ótica, seria praticamente obrigatório que o Ministério da Saúde/INAMPS também mantivesse seus hospitais complexos e terciários no nível federal. Sob tais circunstâncias, o sistema (ainda que só com o sub-sistema público) deveria ordenar-se

segundo eixos de complexidade crescente, assim distribuídos. Caberia ao nível federal o sistema terciário, ao nível estadual o sistema secundário e ao nível municipal o sistema primário. Tal estruturação implica em modificação substancial das pautas e práticas que têm dominado o pensamento do setor quanto à reformulação do sistema vigente. Seria quase automático ter que fortalecer o arcabouço institucional do sistema atual, centralizado a nível federal entre o MS/INAMPS/MEC.

---

*Questão 11: A estratégia de transferir os Hospitais Universitários para o âmbito estadual deve ser mantida?*

12 - Os artigos 16 e 17 tem o triplo sentido de: a) ampliar a base da participação, controle, social e política redistributiva em um sistema descentralizado e autônomo em cada esfera de governo; b) ampliar a base do papel agregador na formulação de políticas de saúde e assistência; c) ampliar o espaço de concertação dos diversos atores e campos de interesse envolvidos para dar maior governabilidade ao sistema. Deste modo os artigos tendem a compensar, por meio da institucionalização de órgãos colegiados deliberativos homólogos nas diversas esferas de governo, o reforço dos respectivos níveis do executivo que será alcançado com a descentralização, a autonomia e o comando único de cada esfera de governo. Os Conselhos propostos são de natureza bem distinta dos atuais e as Comissões atendem aos problemas da articulação intersectorial e da normatização técnica interdisciplinar. Tal tipo de estratégia já vem sendo adotada pela CIPLAN, CIS, CRIS, etc.

Questão 12: *A estratégia de equilibrar o poder da direção única com a gestão colegiada deve ser mantida?*

13 - Os artigos 18, 19 e 20 com seus vários incisos são os que tentam definir as áreas de competência de cada esfera de governo. Em grandes linhas a concepção é que:

- o nível federal não se incumba de execução direta de ações e serviços para a população e se destina à formulação e compatibilização de políticas e planos nacionais, planificação estratégica, articulação inter-setorial governamental, estabelecimento de padrões nacionais, cooperação técnica, desenvolvimento e mobilização do conhecimento, gestão de recursos, análise econômica-financeira, gestão dos recursos federais, monitoramento do nível estadual e regulação e controle da área de insumos, tecnologia e recursos humanos. Este nível tem assim o seu papel diretivo inteiramente redefinido, o que obrigará a uma reestruturação radical em relação ao atual.
- o nível municipal assume a responsabilidade da execução direta das ações e serviços, incluindo o planejamento, coordenação e controle da administração dos modelos assistenciais locais e dos sub-setores ou distritos respectivos, segundo os princípios, diretrizes e padrões estabelecidos pelo nível estadual.
- o nível estadual além de responsabilizar-se por execução direta de ações e serviços suplementares do ní

vel municipal, tem a atribuição de condução coordenada, aplicação de políticas, planejamento integrado, concentração, governabilidade, administração de recursos e monitoramento dos sistemas municipais. O nível estadual estaria realizando aproximadamente o que é hoje feito pelo nível federal, entre MS/INANPS/MEC.

A concepção obriga a profundas redefinições de papel e de reestruturação das Secretarias Estaduais de Saúde, quanto a suas lógicas e práticas organizativas, administrativas e técnicas que deverão ser mais complexas que as atuais, especialmente para atender ao problema do controle do setor privado contratado, esteja ou não integrado ao SUS.

A questão central é o grau de modernização do Estado e da administração pública.

---

*Questão 13: Tal tipo de direcionalidade e de modernização da estrutura de organização e gerência do Estado deve ser mantida?*

- 14 - Entre os artigos 21 e 32, que compõem o capítulo do "Relacionamento entre os setores público e privado", o anteprojeto procura deixar estabelecido na Lei maior as pautas que devem reger os contratos a serem realizados no futuro, entre o Estado (nível estadual e, fundamentalmente, o municipal) e o setor privado integrante da rede regionalizada e hierarquizada. Independente da revisão crítica quanto

ao espectro dessas pautas, há uma questão básica a ser resolvida. Uma vez que a Constituição já estabelece que esse tipo de relacionamento se dará através de contrato de direito público (ou seja, concessão do Estado ao setor privado contratado), Poder-se-ia optar por deixar livre, a critério de cada Município e/ou de cada Unidade da Federação estabelecer o escopo desse tipo de contrato. Os riscos de não garantir na Lei Maior pautas mínimas para esse contrato de direito público, ou seja, padronizá-lo minimamente no nível federal são os seguintes: a) risco da atomização, fragmentação, diversidade e ingovernabilidade em todo o território nacional; b) risco da perda da equidade para a população, lembrando, neste caso, que o Brasil é um dos países de maior índice de migração interna; c) risco de que, em certas Unidades da Federação, onde os prestadores privados estão mais organizados, o sistema de oferta (prestadores) acabe por impor regras sobre o sistema de financiamento (Estado/INAMPS), como é o caso do sistema argentino; d) risco de que, com o passar do tempo, o nível federal veja-se obrigado a intervir para ter que, a posteriori, regular a questão. Além disso, deve-se considerar a experiência do INAMPS (sistema de financiamento centralizado) nos últimos anos que, mesmo dispondo de fortes condições de negociação, nunca conseguiu implantar o contrato-padrão, seja de direito público, seja de direito privado. Evidentemente a opção de colocar pautas mínimas para esse contrato desde a Lei Federal aumenta a intervenção do Estado no sistema, mantém o setor privado contratado tutelado, desestimula a livre concorrência de merca

do entre os prestadores e diminui a flexibilidade de soluções entre as diferentes Unidades da Federação e os Municípios.

---

*Questão 14: A estratégia de estabelecer desde a Lei Federal pautas mínimas para o contrato de direito público entre o Estado e o setor privado contratado deve ser mantida? Neste caso, que contratado deve ser mantido? Neste caso, que pautas devem ser incluídas?*

- 15 - Cabem comentários adicionais quanto a alguns artigos desse capítulo. O Art. 21 § 3 trata da modalidade assistencial tipo seguro-saúde, convênio-empresa, Unimed, etc. Na medida em que esse tipo de modalidade assistencial, na definição e na prática, estão fora do setor privado contratado, não respondem a bases territoriais, e segundo as informações disponíveis, apresenta expansão progressiva nas Unidades da Federação mais capitalizadas, torna-se importante dar aos usuários desse sistema alguma garantia legal no que diz respeito à cobertura assistencial que contratou com a empresa seguradora, para evitar algumas das conhecidas distorções que tendem a ocorrer.

---

*Questão 15: A explicitação de pautas mínimas de cobertura e atendimento para as modalidades assistenciais de pré-pagamento devem ser mantidas?*

16 - Os Artigos 23, 24 e 25, em sua essência, tem a intenção de fixar diretrizes de planejamento da rede de serviços, que a reorientem em função das necessidades epidemiológicas das necessidades de cobertura, através de maior regulação do sistema de oferta. Nesse sentido sugere a definição de parâmetros mínimos de cobertura (fixa as metas de cobertura mínima por população abrangida) e estabelece prioridades de orientação da clientela para as unidades assistenciais existentes. Esgotada a capacidade instalada do setor público local - no caso, dentro deste setor pressupõe-se a inclusão das unidades assistenciais da rede federal, estadual, municipal e universitária existente na área - o Estado (nível estadual ou municipal), se for o caso, complementa a necessidade de contratação de redes complementares adicionais (subsistema privado contratado), através do contrato de direito público (concessão do Estado), incorporando primeiramente as redes filantrópicas (comunitárias e beneficentes, não-lucrativas), antes de passar, se necessário, à contratação das unidades assistenciais da rede privada lucrativa. O setor privado típico não entra na sistemática, porém não recebe direção de clientela e sujeita-se à competição de livre-mercado, na área. Na verdade, esse tipo de lógica foi exaustivamente executado a partir do Plano do CONASP, com as Portarias 3046, a Resolução 026 e Resolução CIPLAN 04/84, havendo, portanto, farta experimentação a respeito, que, apesar das dificuldades, parece ter sido mais positiva que negativa. O problema central é avaliar se essas diretrizes de planejamento devem ou não estar pautadas na lei federal pa

ra unificar a política dos Estados e Municípios na contratação adicional de serviços. Deve-se considerar que o Plano do CONASP (federal e centralizado) foi mais efetivo em implantar essa sistemática do que as AIS e os SUDS (estadual e descentralizador).

---

*Questão 16: A estratégia de explicitar na Lei Federal os princípios de cobertura e planejamento das redes municipais deve ser mantida?*

17 - O artigo 24 tem embutido dois conceitos: um deles, o de parâmetros mínimos de cobertura assistencial, já foi tratado anteriormente. O outro é sobre a questão do sistema de pagamento e tabelas, que no caso, estão previstos como política do Estado Federal. A alternativa de não fixar tal atribuição ao nível nacional, teoricamente poderia permitir que cada Unidade da Federação ou Município estabelecesse seu sistema de pagamento e suas tabelas, conduzindo à provável atomização, fragmentação e conflitos entre o sistema prestador privado e o Estado em geral.

---

*Questão 17: A estratégia de fixar a nível nacional (Estado Federal) o sistema de pagamento e a tabela de remuneração (controle de preços) deve ser mantida?*

18 - Os artigos 28, 29, 30, buscam explicitar que o poder público (estadual e municipal) ficam com a prerrogativa de intervir no setor privado contratado (filantrópicos, empresas hospitalares contratadas) no caso de necessidade pública maior (calamidades, greves, fraudes). Na realidade, pode-se admitir que tal figura jurídica é implícita no conceito de concessão pública e contrato de direito público. Entretanto, a experiência do INAMPS revela que nunca se conseguiu negociar este tipo de prerrogativa com o setor privado, com base em acordos.

---

*Questão 18: A explicitação do poder de intervenção do Estado sobre as unidades assistenciais privadas contratadas deve ser mantida?*

19 - O artigo 32 tem a intenção de obrigar que os serviços de saúde das empresas (criadas por Lei) que dão atendimento aos trabalhadores não se limitem aos aspectos assistenciais e se relacionem com as questões relativas à promoção e prevenção da saúde do trabalhador. Segundo as informações obtidas os seus incisos foram elaborados por pessoal especializado e representativo da área, e estão explicitadas por se tratar de tema da grande magnitude e frequentemente desrespeitado pelas empresas.

---

*Questão 19: A estratégia de destacar e individualizar na Lei Federal a questão dos serviços de saúde das empresas deve ser mantida?*

20 - Entre os artigos 33 até 42 o anteprojeto cuida da parte referente ao financiamento do SUS. Com relação a este capítulo, sugere-se atualizá-lo, desde logo, com as modificações propostas pelo estudo do Dr. André Médici datado de 20/02/89, o qual já comenta artigo por artigo e recomenda redações alternativas válidas do ponto de vista constitucional e técnico. Por essa razão, não serão feitos comentários específicos sobre esses artigos.

Entretanto, no tema financiamento se deve ter em conta que alguns artigos dizem respeito ao problema da composição da receita para saúde dentro do orçamento da seguridade social, e outras referem-se ao problema da administração e fluxo de recursos. Quanto ao aspecto da composição da receita a estratégia adotada no anteprojeto foi tentar, dentro das fontes de receita disponíveis para a Seguridade Social, propor o máximo de receita para a Saúde, procurando definir ampliações e salvaguardas no texto legal, de modo que não se corra o risco das habituais contrações que historicamente se observaram nos últimos anos. Tal tipo de estratégia tanto foi adotada sobre o componente Seguridade Social, quanto sobre o componente União. Se bem que essa estratégia tem como fundamentos a experiência acumulada pelo setor, é preciso equacionar claramente qual o limite de sua adoção, pois, se muito rígida, ela pode levar ao reforço do mesmo modelo e da mesma lógica que vem, há anos, sendo utilizada para a orçamentação das políticas sociais no Brasil, e, deste modo, acabar por bloquear a adoção de lógicas distintas que se procurou obter com o conceito constitucional da Seguridade So

cial. O pólo oposto dessa estratégia é assumir que a composição da receita não faz parte da Lei da Saúde e deixar essa definição para a proposta da Seguridade Social.

---

Questão 20: A estratégia de garantir na composição da receita um quinhão para a saúde no texto legal, deve ser mantida? Nesse caso, dentro de que limites?

21 - Ainda no financiamento, outro componente a examinar está relacionado com a administração/gestão dos recursos. No caso, o anteprojeto propugna para que o órgão central do sistema de saúde - o Ministério da Saúde - venha a ser um Ministério forte, com seu Fundo, e capaz de administrar a execução direta e a transferência de recursos. A idéia básica, que está relacionada também com o problema da composição da receita anteriormente discutida, é explicitar que a questão dos recursos para a saúde deve ter um tratamento diferenciado e protegido, concretizando, de fato, a prioridade que se lhe imputou no texto constitucional. O problema deve ser considerado com ou sem a existência do IAPAS (ou equivalente). Do ponto de vista da racionalidade administrativa e financeira, o mais lógico é manter o órgão central do sistema de saúde dentro do Ministério que se encarregue da arrecadação, da administração financeira e do caixa, para que a autoridade ministerial decisória seja única, presumivelmente simplificando a liberação de recursos.

---

Questão 21: A estratégia de individualizar a gestão dos recursos de saúde no órgão central do sistema de saúde deve ser mantido? Como?

22 - No campo do financiamento, um último aspecto é o da transferência dos recursos do nível central para os demais. Além do anteprojeto propor a eliminação do convênio como figura de governo, criando os Fundos Estaduais e Municipais, ele busca estabelecer critérios objetivos para a definição da massa de recursos a serem transferidos, assumindo, assim, prazos regulares e automáticos de repasses. Independentemente da adequação política e técnica destes critérios, há um problema, não claramente explicitado e não resolvido, relacionado com o fluxo desses recursos para Estados e Municípios. O anteprojeto admite que o fluxo de recursos, a liberação, possa se dar do ponto de vista de administração financeira de modo direto entre o nível federal e o municipal, desde que respeitado a definição do Estado, a quem, afinal, cabe a autorização. Admitir a transferência municipal direta, por sobre o nível estadual tem o risco da fragmentação, atomização e esvaziamento político e técnico deste nível. Por outro lado, orientar a transferência para o nível estadual, traz o risco da centralização estadual e rigidez administrativa do sistema.

---

*Questão 22: A estratégia de transferência de recursos do nível central para o nível municipal, mediante a interveniência e a autorização do nível estadual deve ser mantida?*

23 - Os artigos 43, 44, 45, 46, 47 dizem respeito ao tema da formação de recursos humanos que, pelo anteprojeto, é uma área

que fica parcialmente assumida pela saúde. Especificamente o treinamento do nível técnico e elementar passa a ser da Saúde, enquanto o nível superior mantém-se no MEC, porém com maior integração na rede de serviços de saúde. Também prevê maior ingerência da Saúde sobre a formação de especialistas (residências, Pós-Graduação). Para garantir o suporte a este tipo de obrigações, que lhes são acrescidas, define-se rubrica específica do orçamento do SUS em todos os níveis, para as atividades de treinamento. Essa estratégia, que, sem dúvida, aumenta o poder e a responsabilidade da Saúde sobre o sistema educacional, está posta como necessária em função da importância do recurso humano como insumo crítico do setor saúde, e também, como mecanismo reorientador da política e da prática da formação de pessoal para a saúde. É preciso, entretanto, avaliar se o seu potencial real de impacto justifica sua inclusão na lei federal.

---

*Questão 23: A estratégia de incorporar, ao nível de Lei Federal, o tema de formação de recursos humanos para a saúde deve ser mantido? Em que grau?*

- 24 - O artigo 48 e 51 tem a intenção de colocar a nível de lei federal a obrigatoriedade da criação de planos de carreira para os profissionais de saúde da área pública, em todos os níveis, com os respectivos princípios que devem orientar tais planos. A proposta atende a antigas aspirações e reivindicações dos estudiosos da área, que a situam como um dos pilares estratégicos essenciais para a real transformação do setor público. Entretanto, além da avaliação do seu real potencial de impacto, é necessário também averiguar sua constitucionalidade

frente aos sistemas de administração pública, federal, estadual e municipal.

---

Questão 24: *A estratégia de definir a obrigatoriedade da instituição dos planos de carreira e seus princípios na lei federal deve ser mantida? Nesse caso, em que grau, com que princípios?*

25 - O artigo 49 procura obter, através de um artifício na Lei Orgânica Federal, um avanço sobre o texto constitucional que permitiu, somente para o médico, a existência de dois vínculos públicos. O conceito que está embutido é privilegiar e reforçar a adoção da prática de tempo integral do médico, considerada, em geral, como um dos grandes problemas para o adequado funcionamento das unidades assistenciais. Embora a questão de fundo seja reconhecidamente considerada como essencial, torna-se necessário averiguar seu grau de constitucionalidade, para depois, julgar da conveniência em hierarquizá-la na lei federal. Cabe a pergunta se, ao propor uma nova lei, pode o Ministério da Saúde, mesmo com o risco de perder a proposta, evitar tocar no tema?

---

Questão 25: *A estratégia de restringir a prática do tempo parcial dos médicos a partir da Lei Federal deve ser mantida? De que forma? Em que grau?*

- 26 - No artigo 50 e 53, o anteprojeto entra em outro tema grave relacionado com a prática profissional dos médicos, já sobejamente debatida dentro do setor: a questão da dupla militância. Indiscutível quanto sua relevância, cabe apenas considerar qual a atitude a ser adotada na formulação do texto da Lei Federal, ou seja, cabe a mesma pergunta indicada no tema anterior. Quanto ao artigo 53, a matéria já é regulamentada por Portarias Ministeriais há alguns anos e, embora não fiscalizada sistematicamente, permite a adoção de sua figura legal, quando necessário.

---

*Questão 26: A estratégia de restringir a prática da dupla militância a partir da Lei Federal deve ser mantida?*

- 27 - O artigo 52 pretende criar no Brasil o Serviço Civil obrigatório para profissionais de saúde, motivo de intentos e controvérsias anteriores quanto seu real impacto como instrumento capaz de levar à interiorização dos serviços de saúde e dos médicos.

---

*Questão 27: Deve-se aproveitar a oportunidade da nova Lei para propor a criação do serviço civil obrigatório para os profissionais de saúde?*

- 28 - Quanto ao capítulo das Disposições Gerais e Transitórias cabem comentários sobre alguns artigos-chaves. O artigo 54 extingue o INAMPS, mas, concomitantemente, reconhece a necessidade da existência de manter seu campo de atuação e funções

(tecnologia da assistência médico-hospitalar), devidamente modernizadas e reajustadas nos níveis federal, estadual e municipal do Sistema de Saúde. Em tal tipo de redefinição e reestruturação, entretanto, não se pode perder de vista que o INAMPS, até a atualidade, além de deter a tecnologia de assistência médico-hospitalar no País, funciona também como órgão autárquico na canalização dos recursos do próprio SINPAS e da respectiva redistribuição destes recursos. Essa vertente financeira do INAMPS não poderá ser perdida em ajustes futuros de estrutura dos níveis federais, estaduais e municipais.

---

*Questão 28: A estratégia de extinguir o INAMPS deve ser mantida? Nesse caso, que alternativas organizacionais o substituirão nas novas estruturas federais, estaduais e municipais?*

29 - O anteprojeto, no artigo 60, faz referência aos serviços de saúde das Forças Armadas, em tempo de paz, que na atualidade já buscam manter vínculos com a prestação de serviços à população, sob forma de convênios.

---

*Questão 29: O tema dos serviços de saúde das Forças Armadas em tempo de paz devem ser tratados na Lei Federal? Em que grau?*

30 - O artigo 61 busca impedir que o Estado subsidie os sistemas mutualistas fechados que estão sendo desenvolvidos por órgão da própria administração pública, direta ou indireta, pa

ra a assistência diferenciada de seus funcionários e dependentes. Além da interrogante sobre a adequação da subsidiariedade do Estado para com estes sistemas, há o fato de que tais modalidades acabam por constituírem-se em organismos financeiros públicos intermediários, que escapam frequentemente às lógicas que regulam tanto o setor público quanto o setor privado.

---

*Questão 30: A estratégia de não subsidiar os sistemas e serviços de saúde privativos dos funcionários das administrações públicas deve ser mantida?*

30 - O artigo 62 tenta, na verdade, obrigar, através da Lei Federal, que os Estados e Municípios venham a adotar, nos seus respectivos níveis, o mesmo tipo de lógica organizacional do sistema de saúde que a nível federal pretenda alcançar com a unificação do sistema, incorporando a natureza assistencial e financiadora realizada, atualmente, pela Previdência, através do INAMPS. A questão é importante e está no cerne da lógica de transformação do sistema. Se não for ultrapassada, além de dificultar sobremaneira a argumentação para a unificação do nível federal, poderá vir a acentuar, no plano estadual e municipal, as contradições que se tenta resolver atualmente no nível federal.

---

*Questão 31: A estratégia de colocar, desde o texto da Lei Federal, a obrigatoriedade de fusão dos serviços de saúde dos sistemas estaduais e municipais da previdência deve ser mantida?*

31 - O artigo 62 tenta, na verdade, obrigar, através da Lei Federal, que os Estados e Municípios, venham a adotar nos seus respectivos níveis, o mesmo tipo de lógica organizacional do sistema de saúde que o nível federal pretende alcançar com a unificação do sistema, incorporando a natureza assistencial e financiadora realizada, atualmente, pela Previdência, através do INAMPS. A questão é importante e está no cerne da lógica de transformação do sistema. Se não for ultrapassada, além de dificultar sobremaneira a argumentação para a unificação do nível federal, poderá vir a acentuar, no plano estadual e municipal, as contradições que se tenta resolver atualmente no nível federal.

---

*Questão 31: A estratégia de colocar, desde o texto da Lei Federal, a obrigatoriedade de fusão dos serviços de saúde dos sistemas estaduais e municipais de previdência deve ser mantida?*

32 - Os demais artigos do capítulo referentes às Disposições Gerais e Transitórias são em geral dependentes de decisões sobre artigos anteriores já comentados, mas necessitam, em fase subsequente, de revisões específicas.

33 - Embora durante a revisão do anteprojeto não se tenha tido a preocupação de identificar áreas temáticas estruturais fundamentais que pudessem estar faltando, é possível observar que:

- a) está imprecisa a questão dos serviços de saúde dos portos
- b) as relações entre o SUS e os serviços de saúde dos sistemas de previdência complementar das administrações públicas direta e indireta também não está explicitada (ex. Patronal do INAMPS)
- c) justifica-se que o artigo 66 seja considerado apenas disposição geral ou transitória?
- d) o anteprojeto não prevê a intersectoridade do órgão central com a área econômica do governo
- e) não há referências sobre o tema da adscrição de clientela