Parte II - Complexo produtivo: política e regulação de vacinas e soros no Brasil

4 - Regulação Econômica e Financiamento do Complexo Produtivo da Saúde: O papel do Ministério da Saúde

Edmundo Gallo
Ivan Coelho

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GALLO, E., and COELHO, I. Regulação Econômica e Financiamento do Complexo Produtivo da Saúde: O papel do Ministério da Saúde. In: BUSS, P.M., TEMPORÃO, J.G., and CARVALHEIRO, J.R., orgs. *Vacinas, soros e imunizações no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 91-100. ISBN: 978-85-7541-606-8. Available from: doi: [10.7476/9788575416068.0005](https://doi.org/10.7476/9788575416068.0005). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/wmw76/epub/buss-9788575416068.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Regulação Econômica e Financiamento do Complexo Produtivo da Saúde:

o papel do Ministério da Saúde

Edmundo Gallo
Ivan Coelho

INTRODUÇÃO

Na formulação de políticas de saúde, deve-se ressaltar a importância de modificar o enfoque tradicional sobre os investimentos na área. Estes têm sido vistos como gastos improdutivos, justificados exclusivamente por seu caráter redistributivo, de justiça social.

Tal abordagem é limitada por, pelo menos, dois motivos. Primeiro, focaliza-se estrito senso a dimensão da atenção – especialmente assistencial –, espaço em que se realizam os valores produzidos em cadeias produtivas de insumos, as quais deixam de ser consideradas como objeto da política de investimentos setorial. Segundo, desconsidera-se a capacidade de geração de emprego, renda e produção em um setor extremamente dinâmico do ponto de vista econômico.

Como resultante, as políticas têm-se voltado, majoritariamente, para o investimento na assistência, mediante a construção de unidades, aquisição de equipamentos e expansão da oferta de serviços, sem buscar a articulação destas ações com o fortalecimento das cadeias produtivas de insumos. Em decorrência, as políticas de ciência e tecnologia, industrial, comercial, de formação e regulação da força de trabalho deixam de ser objeto de políticas articuladas, gerando ineficiência na alocação de recursos governamentais e baixa capacidade indutora do Estado (Gadelha, Quental & Fialho, 2003).

Além disso, a caracterização desses recursos como investimentos 'não produtivos', em contexto de restrições orçamentárias, sujeita-os às contingências necessárias ao

ajuste fiscal. Em contrapartida, essa desarticulação das ações ocasiona sérios impactos na gestão da política de saúde, pelo comprometimento da sustentabilidade dos investimentos, da capacidade de operação e manutenção de equipamentos, da insuficiência de tetos financeiros para sua utilização e, não raro, da dissociação das necessidades de saúde locais (Brasil, 2005b).

A consequência prática dessa ótica tem sido, até o presente, a utilização de recursos públicos em níveis substanciais – apenas o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus) investiu cerca de US\$ 650 milhões, nos últimos sete anos. Porém, isso não foi capaz de produzir desenvolvimento local, configurando uma herança organizacional de baixa sustentabilidade.

O Ministério da Saúde (MS) tem como perspectiva qualificar e humanizar a atenção, priorizando ações que consolidem os princípios da universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2002c). Diante da complexidade tanto do quadro contextual de demandas¹ quanto dos grandes desafios assumidos, essa tarefa exige uma capacidade de produção de políticas concertadas, integradas e com elevado grau de eficiência e eficácia (Brasil, 2002b).

Nesse sentido, uma questão central é pensar a saúde não apenas numa dimensão restrita, que considere somente a assistência, a atenção ou as necessidades de saúde. Deve-se, sim, abordá-la em toda sua complexidade, em uma dimensão muito mais ampla, que abrange um conjunto de setores da economia e das políticas institucionais, que têm impactos na produção da saúde.

Desse modo, quando se fala da importância de uma política de regulação econômica, é necessário relevar o papel que desempenham os investimentos e as compras governamentais, uma vez que ambos são fatores fundamentais para as políticas que propiciem a inclusão social e o desenvolvimento humano e de setores econômicos estratégicos. É o que passaremos a tratar a seguir.

INVESTIMENTOS COMO POLÍTICA DE REGULAÇÃO

O sucesso e a sustentabilidade de uma política de qualificação da atenção à saúde só serão plenamente alcançados se estiverem embasados no desenvolvimento integrado do complexo produtivo da saúde, que é composto por cinco grandes componentes: de ciência e tecnologia (C&T), industrial, de força de trabalho, de serviços e comercial. Esses segmentos estabelecem um conjunto de relações entre si, algumas mais ou menos marcantes, mas todas interdependentes, conforme mostra a Figura 1.

O componente de serviços, por meio da assistência, constitui-se no *locus* de realização dos valores de troca produzidos nas outras esferas, que se mostram, portanto, dependentes dos investimentos nele realizados.

Por outro lado, embora algumas ações nos segmentos responsáveis pelos insumos não apresentem grande visibilidade, por se tratarem de ações-meio, elas se constituem efetivamente em elementos indutores de impacto nas ações finalísticas (Gráfico 1). Em outros termos, mudanças no enfoque da política de investimentos, mesmo que eventualmente sem grande visibilidade, poderão impactar diretamente o processo de qualificação do sistema de saúde e de melhoria da qualidade da atenção ao usuário.

¹ Nosso sistema de saúde é extremamente complexo. Dos 5.560 municípios, 73% têm menos de 20 mil habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que varia de 0,467 (Manari-PE) a 0,919 (São Caetano do Sul-SP), refletindo uma diferenciação regional imensa e reforçando a necessidade de priorização da equidade. Grosso modo, podemos afirmar que cerca de 600 municípios encontram-se em Gestão Plena do Sistema e 5 mil, em Gestão Plena da Atenção Básica. Além disso, 22 estados estão habilitados em gestão plena, intensificando a heterogeneidade e a complexidade dos problemas, que precisam ser enfrentados para a construção de uma política de investimentos.

Figura 1 – Fluxo do complexo produtivo da saúde

Fonte: Gadelha (2003).

Gráfico 1 – Comércio exterior de produtos farmacêuticos – 1997-2002

Fonte: Gadelha (2002).

Além disso, o investimento em outros segmentos – seja diretamente, como na modernização de plantas para certificação de vacinas, seja indiretamente, na articulação com outras políticas governamentais, como a de integração regional (desenvolvimento de arranjos produtivos locais e de áreas degradadas e de fronteiras) e a de desenvolvimento da indústria e comércio (implantação de plantas industriais, ampliação de capacidade produtiva) – contribui para a retomada da competitividade do segmento industrial nacional. Amplia-se, assim, a capacidade de inovação e reposiciona-se positivamente o segmento nos mercados interno e externo, com consequências desejáveis, inclusive quanto à redução da dependência tecnológica.

É papel do Estado atuar, também, na redução dos desequilíbrios entre a oferta e a demanda dos insumos e recursos, estimulando a interlocução entre os diversos segmentos do complexo produtivo e aproximando as dimensões da formação, da força de trabalho, da pesquisa e desenvolvimento (Figura 2). Dessa forma, contribui decisivamente para a integração e racionalização dos investimentos no setor, explorando toda sua potencialidade social e econômica para geração de bem-estar e redução do hiato tecnológico que nos separa dos países desenvolvidos.

Figura 2 – Função regulatória do Estado

Fonte: Gadelha (2003).

Ampliando o escopo dessa intervenção, não podemos pensar em investimento exclusivamente na ótica interna do país. É preciso pensá-lo no contexto de integração com o Mercosul, demais nações da América do Sul e de interação com outros atores, como os demais países em desenvolvimento, países centrais e os blocos comerciais (União Européia e Acordo de Livre Comércio da América do Norte – Nafta, principalmente).

Se for possível vislumbrar uma imagem-objetivo, ela se dá na perspectiva de uma integração dos complexos de saúde dos países da região, identificando complementaridades e vantagens comparativas para o enfrentamento da questão da provisão de serviços, assistência e promoção, atuando como mecanismo de estímulo ao desenvolvimento econômico regional. Se por um lado isso implica abrir mão de determinadas dimensões da soberania, por outro se constitui em elemento para a sustentabilidade da política de atenção e de uma inserção mais competitiva no mercado global.

Essas ações ajudarão a definir para onde caminharemos com nossas potencialidades e vocações, complementadas pela identificação de parceiros na região, como os países do Mercosul. Do ponto de vista global, serão traçadas estratégias para a construção de parcerias com países e/ou blocos que têm vocação para determinados segmentos nos quais não há necessidade ou justificativa, a médio e longo prazos, para o investimento nacional (Opas, 2004).

Localismos na alocação dos recursos para investimentos fixos

Outra questão fundamental a ser abordada está na permanência de critérios localistas, fragmentados, de distribuição dos recursos para a realização de investimentos fixos.

As emendas parlamentares representam a grande massa de recursos governamentais investidos na saúde, mecanismo pelo qual, não raro, a barganha política é mais relevante que a racionalidade dos critérios técnicos. A sua desarticulação como política de investimentos para o SUS apresenta um impacto extremamente significativo: em 2003 alcançaram R\$ 900 milhões, enquanto os demais subprojetos totalizaram apenas R\$ 100 milhões.

O Executivo ainda não teve capacidade de discutir com o parlamento a necessária articulação desses investimentos às políticas de saúde. Em 2003, por exemplo, foi apre-

sentada quase uma centena de emendas para a aquisição de unidades móveis, que poderiam, em tese, ser apresentadas pelos mesmos parlamentares, porém focalizadas no plano de reorientação da urgência e emergência pré-hospitalar.

Sendo assim, a expectativa é avançar no sentido de fazer com que as emendas parlamentares estejam alinhadas às necessidades e prioridades dos municípios e estados, consubstanciadas nos planos de desenvolvimento regional (PDRs), planos diretores de investimento (PDIs) e prioridades das políticas nacionais de saúde (Brasil, 2002b; 2002c). Entretanto, isso não deve deixar de atender às expectativas dos parlamentares e dos segmentos populacionais que representam.

É necessário, portanto, desenvolver um conjunto de parâmetros importantes, visando a favorecer a adequação e sustentabilidade desses investimentos, evitando-se a repetição de ocorrências freqüentemente observadas, como a desconsideração da capacidade técnico-financeira dos beneficiários, que resulta em ociosidade da capacidade instalada e/ou incapacidade de custeio por ausência de teto financeiro nos estados e municípios, baixa capacidade de manutenção e operação dos equipamentos (Brasil, 2005a; Viacava & Bahia, 2002).

COMPRAS GOVERNAMENTAIS COMO MECANISMO DE REGULAÇÃO

O debate deste tema no Brasil é, até o presente, bastante deficiente, apesar de sua importância crescente como fator de alavancagem do desenvolvimento local ou regional nos contextos nacional e internacional. É igualmente importante pela necessidade de se definirem, entre as nações, as práticas, normas e procedimentos comuns, essenciais à formação e consolidação dos consensos comerciais.

Tradicionalmente, o principal objetivo das políticas de compras governamentais está voltado à melhoria das condições de aquisição de bens e serviços necessários ao funcionamento dos órgãos dos Estados. Ao longo dos anos, contudo, a utilização do poder de compra destes vem sendo parcialmente redirecionada com a finalidade de servir também de instrumento para o desenvolvimento de setores considerados estratégicos da economia ou de segmentos, em geral com relevância social.

Embora variem significativamente entre os países, pode-se afirmar que os valores envolvidos giram em torno de 12% do Produto Interno Bruto, o que, por si mesmo, já é motivo suficiente para definir sua inclusão na agenda estratégica dos governos, especialmente quando se trata da formação de blocos econômicos.

O governo americano, por exemplo, dispõe de mecanismos legais para utilizar seu poder de compra, como o Buy American Act, o Balance of Payments Program e o Small Business Act, que se coadunam para alcançar amplos objetivos de políticas que envolvem aspectos militares, sociais, de desenvolvimento local, entre outros. Estes mecanismos determinam, essencialmente, que o setor público – órgãos e empresas – dê preferência à produção doméstica em suas compras.

Por sua vez, os países da União Européia, embora utilizem diretivas que, em tese, permitirão maior abertura para a participação internacional nas compras governamen-

tais, na prática, apresentam um nível baixo de demanda atendida por fornecedores estrangeiros. Nesses países, mesmo que os acordos internacionais de comércio patrocinados pela Organização Mundial do Comércio (OMC) apontem, regra geral, no sentido de não se privilegiar a nacionalidade das empresas como fator de diferenciação nos processos de compra,² a utilização desse poder como mecanismo indutor de políticas vem sendo pouco abalada. Acredita-se que esse fato pode estar associado a dispositivos licitatórios, dificuldades de acesso às informações e qualificação para a participação dos concorrentes externos, configurando um quadro de posicionamentos pragmáticos em defesa dos interesses locais.

Ao mesmo tempo, outros organismos internacionais, como o Banco Mundial (Bird) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), reconhecem a legitimidade do uso do poder de compra do Estado para a atribuição de preferência nas compras governamentais à produção doméstica, especialmente quando se refira a parques produtivos recentemente implantados (World Bank, 2001).

O Brasil tem se utilizado muito pouco desse poder. A normatização que regula os processos de compra objetiva apenas atingir as melhores condições para a aquisição de bens e serviços, atendendo aos princípios constitucionais da economicidade, da impessoalidade e da publicidade, porém desconsiderando outras finalidades típicas da ação do Estado.

Como nossa legislação foi concebida em um momento de consolidação da democracia no país, objetivava, principalmente, maior transparência no processo de contratação e o resgate da credibilidade, inclusive junto ao mercado fornecedor. Todavia, freqüentemente sua aplicação tem se constituído, para o gestor público, em entrave à agilidade demandada pela sociedade ao funcionamento do aparelho estatal. A Lei de Licitações não apenas restringe efetivamente a capacidade de gestão, como impede qualquer poder discricionário ao gestor, até mesmo quanto à definição de critérios que restrinjam a competição ou estabeleçam preferências conforme a origem dos bens ou a nacionalidade, sede ou domicílio dos potenciais fornecedores.

A propósito, cabe salientar que a decisão política de utilizar o poder de compra do Estado como parte de uma política de desenvolvimento, estimulando a produção de determinados bens ou serviços, envolve, geralmente, a concordância com o pagamento de algum sobrepreço em favor do desenvolvimento da produção nacional, especialmente quando se trata de mercados nos quais a presença de monopólio ou oligopólios é dominante (Rondinelli, James & Ronald, 1989).

A nossa legislação pressupõe um mercado de concorrência perfeita, em que se obtém, ao final de um certame, a proposta mais vantajosa para a administração. Na realidade, não é isto que se observa. A concorrência perfeita é um parâmetro normativo: as falhas de mercado são elementos concretos que contam na sua constituição. Na saúde, especificamente, essas falhas são de grande magnitude, tendo em vista que o peso representado pelas atividades de pesquisa e inovação cria barreiras de entrada, gerando assimetrias de informação, baixa elasticidade preço-demanda e oligopólios.

² Mesmo no âmbito da OMC, que confere tratamento especial à questão, existe abertura para situações especiais que permitiram uma política de compras governamentais que fomentasse o setor saúde nacional.

Voltar-se exclusivamente às melhores condições de aquisição pode, portanto, significar antagonismo às políticas de desenvolvimento industrial e tecnológico, que seriam fortalecidas com a compra de determinados insumos ou equipamentos, envolvendo inovações tecnológicas ou metodológicas (Sen, 1999).

Na saúde, em particular, o governo depara com uma dificuldade adicional. Se por um lado o Sistema Único de Saúde (SUS), ao constituir-se de forma descentralizada, permitiu enormes avanços, por outro promoveu uma redistribuição dos recursos para a aquisição de insumos, bens e serviços entre os níveis subnacionais, dificultando a implementação de uma política de compras governamentais que influencie a formação de preços em um setor econômico fortemente oligopolizado (Gráfico 2). Apesar disso, o SUS é um sistema que tem uma capacidade de indução gigantesca, ocupando posição 'semi-monopsônica' em alguns nichos, e um poder de introdução de novas tecnologias pela rede assistencial – própria, conveniada e contratada – expressivo.

Gráfico 2 – Participação do SUS em serviços, profissionais e equipamentos – 2000

Fonte: Brasil (2002b).

As compras governamentais de medicamentos, por exemplo, alcançam a cifra de R\$ 6 bilhões de reais/ano, em um mercado protegido por patentes e marcadamente conformado pela presença de oligopólios (Brasil, 2002a). A sinalização de políticas de longo prazo apontaria para cenários mais estáveis, contribuindo para a redução das incertezas desse mercado e incentivando o investimento em parques produtivos que demandam valores elevados e de perspectivas de retorno a longo prazo.

A definição de uma política nacional de compras governamentais que contribua para o fortalecimento do complexo produtivo, desenvolvendo equipamentos e insumos

de qualidade e reduzindo a dependência externa do país, passa pela revisão da Lei de Licitações e pela proteção de indústrias estratégicas nascentes (equipamentos, fármacos, imunobiológicos e hemoderivados) e de pequeno e médio portes.

Torna-se necessária, também, a formação de conglomerados de compradores, integrando os procedimentos de compra entre as três esferas do governo e entidades a elas ligadas, reduzindo os efeitos indesejados da descentralização. Operando de forma agregada, obter-se-ia grande influência nas decisões empresariais de formação de preços, consequência do porte do conglomerado e da redução de incertezas decorrente da estabilidade de compras para alguns segmentos estratégicos (Afonso & Lobo, 1996).

CONCLUSÕES

Independentemente das motivações centrais de realização dos princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade e controle social), para a promoção de uma saúde mais justa dentro do quadro mais geral das políticas sociais (Brasil, 2003), é fundamental que nosso olhar se amplie para outras dimensões. Se incorporarmos à lógica do investimento em saúde o desenvolvimento integrado do complexo produtivo, poderemos produzir, a médio e longo prazo, uma política que efetivamente estimule e induza o desenvolvimento socioeconômico sustentável, contribuindo para o reposicionamento do país no cenário internacional.

Apesar de todos os problemas, o SUS não encontra paralelo no mundo, seja por sua magnitude econômica, seja por sua complexidade e êxito em responder às necessidades de saúde da população e promover inclusão social. Acrescente-se aí o fato de o Brasil ser um país em desenvolvimento, de dimensões continentais, em contexto político de redução do papel do Estado.

O Ministério da Saúde tem se voltado tradicionalmente ao segmento de serviços e à ação dos órgãos públicos. Entretanto, fica cada vez mais clara a possibilidade e necessidade de direcionar a ação governamental para ações regulatórias mais eficientes, que extrapolem a dimensão estrita do SUS, visando ao desenvolvimento de todo o complexo produtivo da saúde. Pretendemos incorporar no escopo das políticas de saúde o investimento no setor produtivo, por meio de parcerias público-privadas, compondo uma carteira global que supere a dimensão segmentada dos investimentos. Nesse sentido, o *portfolio* de investimentos no setor deve refletir os investimentos diretos e a ação integrada das diversas agências de financiamento, em sua relação com os diversos tipos de beneficiários, objetivando potencializar os recursos disponíveis.

Nosso país necessita redefinir marcos político-legais que refletem o papel regulador do Estado, como as compras governamentais e a política de investimentos públicos no setor, de modo a induzir o desenvolvimento da capacidade produtiva do país, contribuindo decisivamente para a sustentabilidade econômica e o bem-estar da população – e tem amplas condições para isso.³

³ Agradecemos a colaboração de Adailton Amaral, assessor da DIPE/SE/MS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, J. R. R. & LOBO, T. Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias. *Planejamento e Políticas Públicas*, 14:3-32, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A Saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990 – 2000*. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Série G. Estatística e Informação para Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde- Noas-SUS 01/02*. Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à Assistência à Saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. (Série G. Estatística e Informação para Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus*. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/amsopcao.htm>, 2002d.
- BRASIL. Presidência da República. Mensagem ao Congresso Nacional. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/publi_04/mens2003.htm, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Critérios para Análise de Investimentos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para Investimentos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- GADELHA, C. A. G. *Estudo de Competitividade por Cadeias Integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio*. Cadeia: complexo da saúde. Nota Técnica Final. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/sdp/proAcao/forCompetitividade/impZonLivComercio/52saudeCompleto.pdf>, 2002.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2):521-535, 2003.
- GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C. & FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1):47-59, 2003.
- OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). *Sistema Integrado de Saúde do Mercosul: SIS-Mercosul: uma agenda para integração*. Brasília: Opas, 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- RONDINELLI, D. A.; JAMES, S. M. & RONALD, W. J. Analysing decentralization policies in developing countries: a political-economy framework. *Development and Change*, 20(1):57-87, 1989.
- SEN, A. *Development as Freedom*. Nova York: Alfred A. Knopf, 1999.

VIACAVA, F. & BAHIA, L. *Oferta de Serviços de Saúde: uma análise da pesquisa Assistência Médico-Sanitária de 1999*. Brasília: Ipea, 2002. (Texto para Discussão, 915, p.1-48).

WORLD BANK. Decentralization and governance: does decentralization improve public service delivery? *PREM Notes*, 55, June, 2001.