

PROPOSTAS PARA MELHORAR A COBERTURA, A EFICIÊNCIA E A QUALIDADE NO SETOR SAÚDE¹

André Medici

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, a incorporação progressiva de direitos sociais, como parte dos atributos de cidadania, tem sido uma constante nas reformas constitucionais da América Latina. De alguma forma tem sido também o pano de fundo para um conjunto de políticas sociais que incorporam direitos de acesso a saúde, proteção financeira e educação para os mais pobres que não estão protegidos pelas políticas bismarckianas voltadas para o mercado formal de trabalho. Muitos países, como o Brasil, têm declarado que o direito a saúde é universal e deve ser garantido pelo Estado. Outros preferem uma via mais progressiva de incorporação de direitos. Independentemente da via utilizada, os avanços no cumprimento desses direitos têm sido muito lentos.²

Parte da eterna discussão sobre universalização da saúde está associada a indefinições quanto a duas questões: O que e como universalizar?

Adicione-se a isso a incorporação permanente de novas tecnologias médicas, refletidas em equipamentos, medicamentos e tratamentos caros, e o envelhecimento da população. No primeiro caso, Kotlikoff e Hagist (2005) assinalam, em estudo recente sobre os países da OCDE, que a incorporação de novos procedimentos de saúde baseados em tecnologia tem sido um dos principais fatores de crescimento dos custos em saúde. É por esse motivo que países como a Inglaterra se baseiam cada vez mais em evidência clínica e em estudos de custo-efetividade para definir se e quando incorporar novas tecnologias médicas que invadem diariamente o mercado de saúde.

O envelhecimento populacional tem sido um outro fator responsável pelo crescimento dos gastos em saúde, e muitos países desenvolvidos começaram a discutir fórmulas para reduzir os gastos em saúde associados ao envelhecimento, como o uso mais frequente de programas de promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de doenças crônicas (aquelas que crescem associadas ao envelhecimento), introdução de iniciativas para a vida saudável e programas de cuidado domiciliar (*homecare*)³ como forma de reduzir os custos futuros associados ao envelhecimento. Programas de prevenção levam ao prolongamento da vida em condições saudáveis, enquanto programas de *homecare* têm sido utilizados até mesmo para assistir pacientes

¹ O autor agradece aos valiosos comentários de Simon Schwartzman, Edmar Bacha, Mônica Viegas e Antonio Coelho Campino a versões anteriores deste texto, bem como à discussão coletiva sobre o tema nos seminários anteriores realizados nos fóruns de discussão na Casa das Garças na cidade do Rio de Janeiro.

² Uma discussão sobre o processo de universalização da saúde na América Latina, passando pela análise dos direitos à saúde nas distintas Constituições, pode ser encontrada em Medici (2006).

³ Sobre os temas associados ao uso crescente do *homecare* no mercado internacional ver Medici (2010c).

idosos terminais, ao lado de parentes e amigos, em condições menos invasivas e sem os gastos explosivos utilizados em hospitais para pacientes terminais.

As discussões sobre o que universalizar em saúde devem tomar em consideração uma premissa básica: a de que as necessidades de saúde são amplas e mudam constantemente, mas os recursos para provê-las são limitados diante da magnitude e do crescimento progressivo dessas necessidades na percepção individual e coletiva. É preciso, portanto, estabelecer prioridades associadas ao que universalizar e uma estratégia para ampliar o conjunto dessas prioridades na medida em que mais recursos se tornam disponíveis. Mas como definir prioridades?

- a) Primeiramente, através de uma análise das condições epidemiológicas da população, hierarquizadas de acordo com a incidência de doenças ou riscos à saúde segundo grupos socioeconômicos, a severidade dessas doenças e riscos e suas consequências na mortalidade ou na qualidade de vida dos sobreviventes. Esse exercício permitiria estabelecer as doenças e riscos que têm mais impacto na saúde das populações em distintos contextos sociais e econômicos.
- b) Em segundo lugar se deveriam buscar os meios para a prevenção, o tratamento e a reabilitação dessas doenças e riscos. Obviamente, doenças e riscos que não têm meios para serem prevenidas, tratadas ou reabilitadas não poderiam ser objeto da intervenção de políticas públicas de saúde, até o momento em que esses meios existam. Por exemplo, doenças como a AIDS até pouco tempo não tinham tratamento medicamentoso e portanto estavam fora de viabilidade terapêutica. Outras, como a doença de Alzheimer, não têm cura, ainda que existam avanços recentes que possam levar à superação dessa condição. Assim, deveriam ser consideradas apenas as doenças e riscos para os quais existam conhecimento, tecnologias e avaliação sistemática dos resultados associados à sua prevenção, tratamento e reabilitação.
- c) De posse do subconjunto de doenças e riscos para os quais existem técnicas e processos de intervenção com avaliação positiva de seus resultados, se passaria para a fase três: o conhecimento dos custos desses processos e técnicas de intervenção. Esses custos, uma vez agregados de acordo com as metas de cobertura, seriam comparados com a disponibilidade de recursos para seu financiamento de forma a estabelecer a linha de corte do que deveria ser financiado com recursos públicos. Com isso se definiria a lista do que universalizar. Esse exercício deveria ser feito periodicamente para acompanhar variação nas três variáveis envolvidas — prioridades epidemiológicas, tecnologia disponível e custos associados — e definir um caminho para expandir o conjunto das prioridades, na medida em que mais recursos e tecnologias se tornem disponíveis.

A discussão sobre como universalizar diz respeito a dois temas: quem deve receber a proteção financeira para a universalização e quais são os arranjos para a gestão setorial. Uma vez que as sociedades apresentam desigualdades sociais, a proteção financeira deveria priorizar os que não podem pagar pelo acesso aos sistemas de saúde. Em sociedades latino-americanas, o número de pessoas nessas circunstâncias ainda é bem grande, embora tenha se reduzido fortemente nos últimos anos.

No que diz respeito aos arranjos para a gestão setorial, a discussão passa pelos processos de separação de três funções básicas: o financiamento, a provisão e a regulação dos serviços. Existe uma convergência em torno de que caberiam ao Estado as funções básicas de regulação e de financiamento para os grupos sem capacidade de pagamento, mas somente em condições especiais, tais como epidemias ou catástrofes naturais, se deveria considerar a provisão dos serviços pelo Estado. Serviços de saúde, mesmo quando financiados por recursos públicos, têm sido em muitos países providos com sucesso por instituições privadas e, muitas vezes, estruturados em mecanismos de seguros públicos ou privados de saúde. O importante é que o Estado garanta uma regulação adequada para a redução das assimetrias de informação, das iniquidades no acesso e das ineficiências nos processos de prestação de serviços.

Embora consensos em relação a esses temas venham sendo produzidos,⁴ sua implementação esbarra constantemente em barreiras técnicas, e a economia política, para chegar a um consenso quanto a soluções sobre esses princípios, não é trivial. Ela esbarra em pressões corporativas que inibem a busca de soluções eficientes, na inexistência de recursos humanos qualificados, especialmente na gestão de saúde, nas desigualdades regionais e em problemas de distribuição dos recursos para o financiamento da saúde que sempre são complexos, especialmente em países federativos como o Brasil.

Atualmente a universalização da saúde é, implícita ou explicitamente, uma meta de todos os modelos de sistemas de saúde. O movimento internacional pelos direitos humanos cada vez mais zela pelo cumprimento da Declaração Universal de Direitos Humanos, que considera o direito à saúde um dos principais direitos sociais. As discussões, no entanto, variam em relação a que modelos adotar. Em sociedades que não adotaram os modelos beveridgianos⁵ de direitos à saúde, como os Estados Unidos, a universalização se daria pela cobertura de grupos de maior fragilidade: os mais pobres, através do Estado (MEDICAID) e os idosos, através de fundos de repartição arrecadados entre aqueles que estão no mercado formal de trabalho (MEDICARE). Mesmo assim, alguns desafios recentes, como o crescimento de jovens que não estão inseridos em mercados que possam garantir um seguro mínimo de saúde, levaram o governo norte-americano, através do Plano Obama, a tornar obrigatória a cobertura de saúde através das empresas e dos indivíduos, havendo sanções tanto para empregados como empregadores que não viabilizem sua inserção em planos de seguro médico.

No caso europeu, as soluções, ainda que beveridgianas, diferenciam-se quanto a temas como gratuidade no acesso, ainda que sejam unânimes quanto à universalização. Na França, por exemplo, somente algumas prestações preventivas de saúde são totalmente gratuitas a todos (isto é, livres de copagamentos). Ao mesmo tempo, somente indigentes teriam acesso gratuito a todos os serviços de saúde.

⁴ Esses consensos têm sido produzidos desde os anos 1990, como evidencia o Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 (World Development Report) cujo tema foi “Investindo em Saúde”, como Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2000 (The World Health Report) cujo tema foi “Melhorando o Desempenho dos Sistemas de Saúde”.

⁵ Sir Willian Henry Beveridge elaborou as bases para o Estado de bem-estar social na Inglaterra do pós-guerra. Sua obra foi pautada na base de que as contribuições sociais deveriam garantir a todos, trabalhadores ou não, direitos de proteção social em saúde e bem-estar que assegurassem um mínimo existencial.

Para cumprir os requisitos de universalização, os países têm organizado os sistemas de saúde de duas formas: (a) os serviços nacionais de saúde (em que o Estado organiza a prestação de serviços) e (b) os seguros nacionais de saúde (em que o Estado regula instituições seguradoras que prestam um conjunto de serviços essenciais de saúde à população). O Brasil, quando comparado com os demais países, tem uma característica peculiar. Ainda que seja um sistema de serviço nacional de saúde (como ocorre com Inglaterra, Espanha, Portugal e Itália), estes serviços são totalmente gratuitos, o que implica que o sistema valoriza a igualdade e não a equidade de acesso, na medida em que, ao oferecer serviços gratuitos para todos, não leva em consideração que alguns teriam capacidade de pagar e que, com esses recursos, se poderia melhorar a qualidade do acesso dos que não têm capacidade de pagar.

O objetivo deste artigo é, à luz desses conceitos, delinear qual é a agenda pendente no setor saúde no Brasil. Para tal, ele se estrutura em quatro capítulos que se seguem a esta introdução. No segundo capítulo, faremos uma breve descrição da trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) entre 1988, ano de sua criação, até 2010, destacando as principais instituições e marcos legais que configuram o funcionamento do sistema. No terceiro, falaremos sobre as tendências do financiamento e gasto da saúde no Brasil, com especial destaque para os problemas do financiamento do SUS. No quarto, descreveremos os principais problemas da agenda pendente em saúde para, no quinto, elucubrar sobre possíveis soluções que poderiam fazer parte do arcabouço de políticas de saúde nos próximos anos, para resolver esses problemas.

2 A TRAJETÓRIA DO SUS

2.1 O SUS COMO PROMESSA (1988-1994)

A Constituição de 1988 definiu um conjunto de direitos à saúde para todos os brasileiros, sem explicitar ou definir claramente quando e como alcançá-los, a que custo e com base em que estratégia. O SUS foi criado na Constituição brasileira de 1988, que consagrou o direito universal e gratuito à saúde para todos os residentes no Brasil.

O SUS se alicerça em três princípios básicos: universalidade, cobertura integral e acesso igualitário às ações e serviços de saúde. A Constituição arremata, em seu artigo 198, que o SUS seria financiado totalmente com recursos públicos.

Os princípios de organização por meio dos quais se implementa o SUS são a descentralização, com gestão unificada em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e a participação social, por meio da representação dos distintos segmentos da população nos Conselhos Nacional (CNS), Estaduais e Municipais de Saúde.⁶ Estes teriam como missão aprovar e fiscalizar as ações de saúde do poder Executivo.

⁶ Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviços públicos e privados, profissionais de saúde e usuários, e esses últimos detêm 50% dos membros dos referidos Conselhos. Os Conselhos têm caráter permanente e deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente. Constituem uma rede ascendente, com Conselhos Municipais de Saúde, um Conselho Estadual de Saúde em cada estado e um Conselho Nacional de Saúde.

Entre a promulgação da Constituição em 1988 e 1990 praticamente nada acontece. O arcabouço jurídico do SUS começa a se definir a partir de 1990, quando são dados os seguintes passos:

- a) Publicação do Decreto nº. 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, extinguindo esse instituto e criando o chamado comando único da saúde na esfera federal de Governo;⁷
- b) Promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080, de setembro de 1990), que aprofunda e operacionaliza alguns dos princípios definidos na Constituição sobre o SUS, estabelecendo que a universalidade no acesso passa a valer em todos os níveis de assistência;
- c) Promulgação da Lei 8.142, de dezembro de 1990, que institui as formas de participação social do SUS, incluindo definições sobre os papéis dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de Governo e das Conferências Nacionais de Saúde e os mecanismos de transferência federal de recursos para o financiamento do SUS nas demais esferas de governo, fazendo apenas referência à obrigatoriedade de contrapartida de recursos financeiros por parte dessas esferas. Tal contrapartida é definida como condição para o recebimento dos recursos federais pelos estados e municípios. Também define que os recursos devem ser repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal.

As discussões sobre a implantação do SUS, no início dos anos 1990, tropeçaram nas formas de definição dos arranjos federativos necessários para montar um sistema que mantivesse papéis diferenciados de gestão nas distintas esferas de governo. Isso se deu através de intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda incompleto do processo de democratização no Brasil, as dificuldades em negociar transferências de recursos e definições orçamentárias no contexto nebuloso da hiperinflação, a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, a autonomia limitada dos estados, o excesso de autonomia dos municípios no federalismo brasileiro e as intensas transformações pelas quais o Estado brasileiro vinha passando nas diversas áreas da política econômica e social. Também foi difícil a negociação da passagem da rede de hospitais do antigo INAMPS aos estados e municípios, processo que continuou inconcluso em muitos casos, como no Rio de Janeiro, que ainda detém um conjunto de hospitais federais até hoje.

As tentativas de ordenação desse processo foram conduzidas, no início da década de 1990, pela emissão de Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Essas Normas buscavam definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir seus respectivos papéis no processo de implantação do SUS. Dadas as características do federalismo brasileiro instituído pela Constituição de 1988, as NOBs definiam incenti-

⁷ A extinção do INAMPS só ocorreu de fato em 27 de julho de 1993.

vos para que estados e municípios voluntariamente se habilitassem a receber repasses de recursos do Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para seus respectivos fundos municipais ou estaduais de saúde. A habilitação para a gestão local, definida nas NOBs, estava condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de que estados e municípios assumiriam um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Entre 1991 e 1993 foram emitidas três NOBs, através de Portarias do Ministério da Saúde. O conteúdo dessas Portarias era o resultado de negociações entre o Ministério e os representantes do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto, foram criadas instâncias de negociação, sendo uma em nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT — com representação do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS) e, em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde — COSEMS.

As Normas Operacionais condicionavam o repasse dos recursos aos estados e municípios à prestação de serviços e igualavam o pagamento dos serviços para prestadores públicos e privados credenciados no SUS. Pouco se avançou em superar a lógica de financiamento baseada no pós-pagamento que vigorava como sistema de financiamento da saúde desde a época do INAMPS. A maior parte dos serviços (especialmente os hospitalares) continuou a ser prestada por instituições privadas e paga de acordo com tabelas de pagamento para procedimentos hospitalares (AIH) e ambulatoriais, que eram ressarcidos ao prestador após verificadas e autorizadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, no caso dos estados e municípios, as NOBs permitiam que estes recebessem diretamente pelos serviços prestados de acordo com programações associadas a quantidades de serviços prestados pelos estabelecimentos públicos próprios dessas esferas de governo.

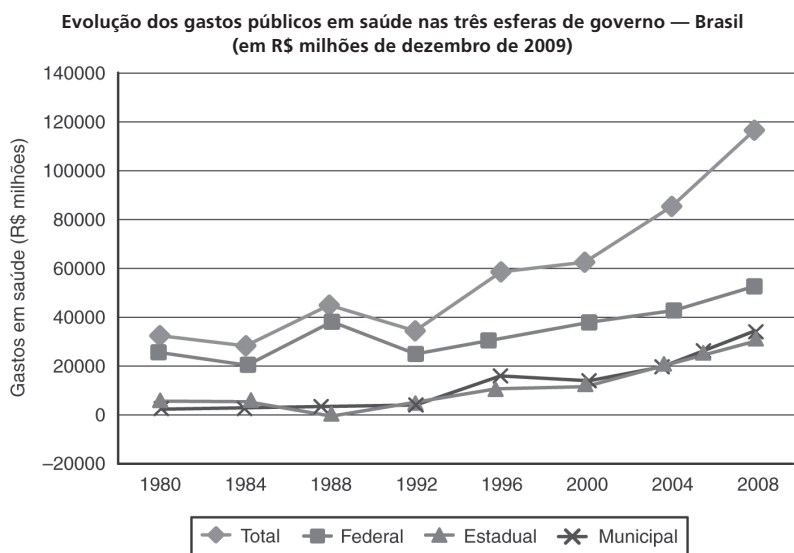
No que se refere ao financiamento, após um aumento dos gastos públicos em saúde no período anterior à vigência do SUS (1984-1988), ocorreu uma forte queda dos recursos para o setor entre 1988 e 1992, especialmente em função do desempenho do gasto federal que sofreu uma forte contração nesse período, sendo compensado pelo aumento dos gastos municipais.

Num contexto hiperinflacionário, ficava praticamente impossível definir processos de transferências *ex ante* de recursos vinculados ao cumprimento de obrigações cujos custos e mecanismos de sustentabilidade eram obscuros. Assim, houve entre 1988 e 1994 uma grande redução dos recursos reais para o financiamento do SUS e especialmente nas transferências de recursos para os estados, como pode ser visto no Gráfico 1.

O projeto do SUS patinou entre 1988 e 1994, em grande medida em função da instabilidade econômica (hiperinflação, crises e desordem nas receitas e gastos públicos), da falta de uma estratégia para a implementação do novo modelo de financiamento e prestação de serviços e da ineficiência do governo em deliberar corretamente sobre os primeiros passos para o funcionamento do sistema. O SUS entrou em um período de des-

financiamento pela falta de recursos para cumprir as funções definidas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde.

GRÁFICO 1



Fonte: Estimativas do autor a partir de séries do IBGE (1980-2004) e SIOPS / Ministério da Saúde (2004-2008).

Os primeiros anos de implantação do SUS demonstraram as dificuldades na definição dos papéis dos diferentes níveis de governo e, de modo especial, na participação dos estados e municípios no financiamento do sistema. Havia conflitos entre gestores estaduais e municipais sobre a quem caberia a gestão dos prestadores de serviços e não havia uma definição das necessidades e uma programação conjunta entre os gastos estaduais e os municipais, os quais muitas vezes não eram nem incluídos na programação dos recursos necessários para o funcionamento do sistema.

A persistência de uma sistemática de financiamento baseada na produção de serviços, particularmente na assistência, levava os governos locais a exacerbar o uso de recursos de custeio para a média e alta complexidade e a minimizar o uso de medidas de atenção primária e de saúde pública, necessárias para a extensão de cobertura e melhoria da qualidade de vida dos mais pobres. Tal processo, além de fracionar as ações de saúde e não assegurar complementaridade entre as ações prestadas pelos níveis de atenção básica, de média e de alta complexidade, reforçava o componente assistencial, particularmente aquele de alta complexidade, em detrimento de ações de atenção básica, promoção e prevenção que certamente poderiam levar a um melhor desempenho do sistema em termos de cobertura e qualidade dos serviços.

Em síntese, entre 1988 e 1994 o SUS começou timidamente sua implementação, mas seus resultados ficaram na promessa. A hiperinflação reinante na época, a debilidade de coordenação entre os serviços de saúde entre distintos níveis de governo e a fragilidade dos

mecanismos de hierarquização da rede, num sistema de cuidados de saúde que dava pouco papel à atenção básica, à promoção e à prevenção, levavam a implementação do SUS ao descrédito entre a população. O Orçamento da Seguridade Social praticamente era consumido pelo crescimento dos gastos com aposentadorias e pensões, e os recursos do SUS se reduziram fortemente no período.

2.2 INOVAÇÕES NO SUS (1994-2002)

Os avanços que viabilizaram a implementação do SUS ocorreram entre 1994 e 2002. No rastro da estabilização econômica, começa a ser mais fácil o ordenamento de políticas para o SUS. Além do mais, a criação da CPME, em outubro de 1996 (Lei 9.311), na qual foi decisiva a participação do ministro da Saúde na época, Adib Jatene, em sua negociação e aprovação no Congresso Nacional, gerou recursos adicionais para implementar mecanismos estratégicos que ordenaram a transferência de recursos federais para os estados e municípios. Mesmo assim, entre 1996 e 2000 essas esferas de governo (particularmente os estados), contando com mais transferências federais condicionadas ao setor, reduziram sua participação no financiamento da saúde, somente voltando a aumentar os recursos para o setor no início da década passada.

Entre os avanços legais e práticos ocorridos entre 1994 e 2002 na implementação do SUS se poderia mencionar:

- a) **A emissão da Norma Operacional Básica de 1996**, através da Portaria 2.203 do Ministério da Saúde. A NOB 1996 amplia o valor das transferências de recursos federais para os estados e municípios, define o pagamento de incentivos e contrapartidas financeiras dos estados e municípios e estabelece a formulação de uma programação pactuada integrada (PPI) dos orçamentos a serem gastos na saúde entre esferas de governo.
- b) **A criação de uma política de atenção básica**, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), constituído por uma transferência *per capita* de recursos para um conjunto de ações e procedimentos de saúde básicos, que deveriam ser implementados por estados e municípios e financiados pelo Governo Federal. O PAB foi definido na NOB-1996 e regulado através da Portaria 2.121 do Ministério da Saúde. Com essa nova legislação, as transferências de recursos do SUS aos estados e municípios passam a ser constituídas de duas partes: recursos para a atenção básica e recursos para a média e alta complexidade.
- c) **Os programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e de saúde da família (PSF)** são fortalecidos, como parte da definição da política de atenção básica, passando também a ser financiados pelo PAB.
- d) **A transferência de hospitais federais e estabelecimentos de saúde do antigo INAMPS para os estados e municípios** efetua a descentralização efetiva da gestão do SUS (em que pesem os problemas com o Rio de Janeiro, onde tal descentralização nunca funcionou).
- e) **A definição de um arcabouço legal para regulamentação da saúde suplementar**, que foi esquecida pela Constituição de 1988 e pela legislação de saúde posterior (com um marco jurídico próprio e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS).

- f) **A definição de modelos de gestão autônoma para os hospitais públicos** (como as Organizações Sociais de Saúde — OS, como pode ser visto no Quadro 1) que começam a funcionar nos estados, tendo sido a experiência pioneira a do estado de São Paulo, com grandes repercussões na melhoria da qualidade desses hospitais.

QUADRO 1

O regime de organizações sociais nos hospitais de São Paulo

As Organizações Sociais (OS) foram implantadas em 1997 em 12 hospitais, com as seguintes características:

- (i) Gestão por uma organização privada não lucrativa qualificada como organização social.
- (ii) Celebração de um “contrato de gestão” entre o governo contratante e a OS estabelecendo objetivos, metas e mecanismos de monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais.
- (iii) Financiamento baseado em orçamento global. Os recursos são transferidos em uma parte fixa e outra variável em função do desempenho das metas associadas aos indicadores previamente definidos.
- (iv) Sistema de informações montado pelo órgão contratante e que permite o monitoramento e avaliação do desempenho dos hospitais através de indicadores negociados.
- (v) Gestão autônoma do hospital nos planos financeiro, de recursos humanos e de licitações.
- (vi) Recursos humanos contratados por CLT, com mais autonomia na gestão desses recursos.
- (vii) Manutenção da propriedade pública de prédios, instalações e equipamentos.
- (viii) Avaliação regular por comissão externa — a Comissão de Avaliação dos Contratos de Gestão.
- (ix) Atendimento exclusivo aos pacientes do SUS.
- (x) Publicação do Balanço e demais prestações de contas das OS no Diário Oficial do Estado e respectivo controle destes pelo Tribunal de Contas do Estado.

Algumas outras características, embora não sendo parte intrínseca do modelo em si, contribuíram para o sucesso da experiência em São Paulo, notadamente o fato de os prédios e instalações serem novos, e os recursos humanos serem contratados na ocasião da abertura dos hospitais, ou seja, sem os hábitos e vícios dos funcionários de carreira da administração direta. Atualmente mais de 30 hospitais e instituições de saúde adotam o modelo de OS no estado. Uma avaliação feita pelo Banco Mundial em 2006 demonstrou que as OS conseguem prestar mais serviços a um custo mais baixo que os hospitais tradicionais de administração direta. Para mesmas patologias, pacientes nos hospitais tradicionais têm uma média de internação de 5 dias comparados a 3 dias no sistema de OS, e o custo por paciente nas OS era de R\$3.300, comparado a R\$3.600 nos hospitais tradicionais.

- g) **A definição de políticas para a regulação de bens, produtos, serviços e tecnologias de saúde** (com a criação da Agência Nacional de Vigilância de Saúde — ANVISA).
- h) **A definição de uma estratégia para a estabilização das fontes de financiamento do setor saúde com a aprovação, em setembro de 2000, da Emenda Constitucional Nº 29**, que estabelece que estados e municípios devem aplicar pelo menos 12% e 15% de suas respectivas receitas próprias no financiamento de ações de saúde, vinculando também o crescimento dos recursos federais para a saúde à variação nominal do Produto Interno Bruto.⁸
- i) **A melhoria dos sistemas de informação do SUS**, com a tentativa de estabelecimento do Cartão SUS e a criação de mecanismos de acompanhamento dos gastos públicos setoriais (SIOPS) e o fortalecimento do DATASUS.
- j) **A Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS, de dezembro de 2001**, estabelece mecanismos de descentralização que fortalecem o papel dos estados e redefinem os incentivos financeiros para assegurar melhor cobertura.
- k) **A implementação dos primeiros programas de transferência condicionada de renda para famílias pobres atrelados ao setor saúde, entre os quais o Bolsa-Alimentação**, que é um programa bem avaliado por sua focalização e pela fácil operacionalização e fiscalização de suas condicionalidades.

Dentro das várias inovações introduzidas e listadas anteriormente, passaremos a descrever aquelas que tiveram maior impacto positivo no funcionamento posterior do SUS.

2.2.1 Inovações no Âmbito do Financiamento do SUS

A primeira que merece destaque é a implementação de uma estratégia de financiamento para a atenção básica. O PAB de cada município, calculado com base em um valor *per capita*, passou a ser transferido de forma automática “fundo a fundo” mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em troca de responsabilidades sanitárias assumidas em cada nível de atenção. O PAB tinha duas partes: uma fixa e outra variável. Os recursos relativos ao PAB fixo são transferidos tendo como base o valor *per capita*, enquanto os valores do PAB variável se transferem como incentivos, associados à adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como o PACS, o PSF e o Programa de Combate às Carências Nutricionais, além de ações estratégicas como a implantação da Farmácia Básica do SUS e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.⁹

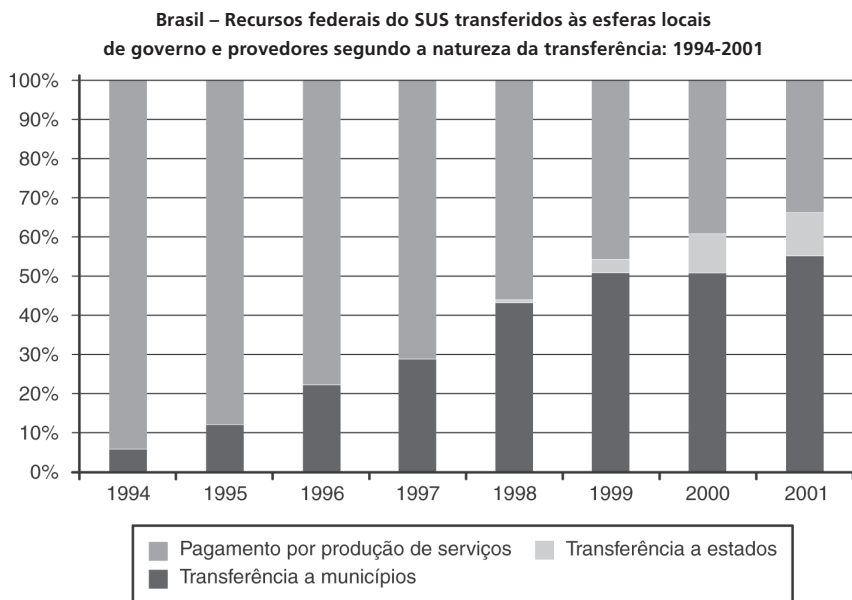
⁸ A regulamentação da Emenda Constitucional N.º 29 pelo Congresso Nacional até o presente momento ainda se encontra pendente, mas os estados e municípios já a estão aplicando, com base em um conceito amplo de gastos com saúde, o qual tem sido aceito pelos Tribunais de Contas, mas rejeitado pelos Conselhos Federal, Estaduais e Municipais de Saúde.

⁹ De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, a Atenção Básica se definiu como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

Outra inovação foi o mecanismo de transferências regionais de recursos federais sob a forma de transferências antecipadas em blocos de recursos (*block grants*), a exemplo do que ocorre em alguns países desenvolvidos, como Inglaterra e Canadá. Na medida em que os estados e municípios avançaram na implementação da programação pactuada e integrada (PPI) dos recursos para a saúde, passou a aumentar a parcela dos recursos transferidos diretamente aos estados em bloco, associados a incentivos e resultados, reduzindo-se progressivamente a parcela de recursos repassados através de pagamento retrospectivo direto por serviços aos prestadores.

O Gráfico 2 mostra a evolução das transferências de recursos aos municípios e estados, segundo o tipo de transferência, entre 1994 e 2001.

GRÁFICO 2



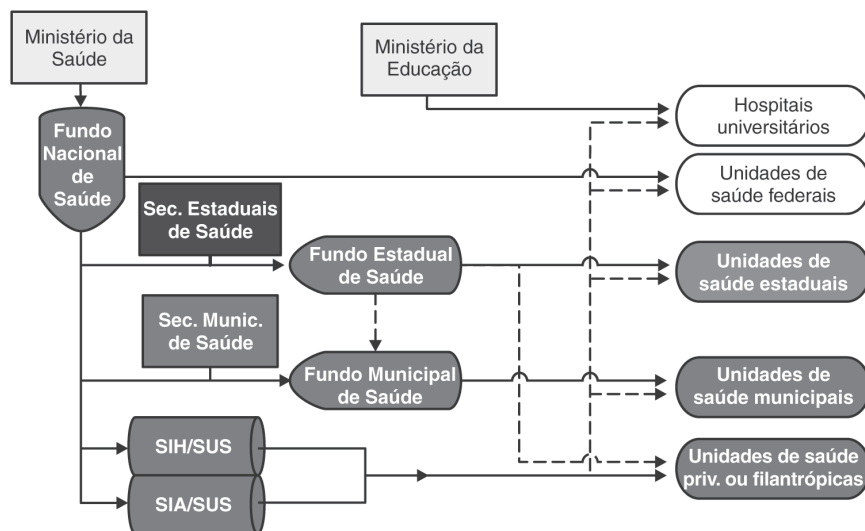
Fonte: MPOG-SIAFI-SOF, Ministério da Saúde.

Entre 1998 e 2002, vários resultados positivos associados a esse processo de transferência de recursos podem ser enunciados:

- a) O número de municípios recebendo recursos transferidos do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde (transferências fundo a fundo) aumentou de 144 para 5.516, e o número de estados, de nenhum para 12.
- b) Com isso, o número de municípios que recebem transferências fundo a fundo aumentou de 17% para a quase totalidade dos municípios brasileiros.
- c) Mas o mais importante — a percentagem dos recursos para assistência médica transferidos sob o critério fundo a fundo — aumentou de 24% para 67%.

FIGURA 1

Fluxo de recursos para o financiamento do SUS



Fonte: Adaptado de La Forgia e Couttolenc, 2008.

As mudanças introduzidas entre 1994 e 2002 foram ainda responsáveis pelo estabelecimento dos fluxos de financiamento ao setor saúde vigentes até os dias de hoje. Esses fluxos estão ilustrados na Figura 1. As transferências “fundo a fundo” desburocratizaram os fluxos de recursos do SUS entre as distintas esferas de governo. Permitiram aos estados agilizar o processo de gestão de recursos para a saúde e favoreceram uma prestação de contas mais ágil junto aos organismos de controle, como os Tribunais de Contas.

Ainda que o Ministério da Saúde, através do FNS, tenha mantido o pagamento direto de alguns serviços aos hospitais da rede filantrópica e privada, o processo de descentralização introduzido entre 1994 e 2002 permitiu uma progressiva desativação das formas de pagamento direto, dado que os estados e municípios começaram a receber e administrar fatias maiores dos recursos federais a eles transferidos, passando a ser gestores de recursos.

Em síntese, as principais inovações do período 1994-2002 no âmbito do financiamento foram:

- (i) implementação do PAB, através de uma lógica de financiamento *per capita* como processo para superação dos mecanismos de pós-pagamento;
- (ii) adoção de incentivos específicos para áreas estratégicas e aumento expressivo de transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Fundos Municipais de Saúde;
- (iii) adoção de critérios para alocação de recursos federais para o custeio das ações e serviços de saúde que contribuíram para a redução das desigualdades regionais; e
- (iv) realização de investimentos na rede de serviços, com prioridade para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dentre os projetos executados nesse

período se destaca o REFORSUS, com financiamento do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

Tais inovações, entre outros benefícios, responderam pela redução da desigualdade regional no uso de fundos públicos de saúde. Regiões como o Nordeste, que com 6,5% da população nacional recebia somente 2,3% dos recursos para a saúde em 1986, passaram, em 2002, a receber 5,5% dos recursos da saúde para uma população de 7,5% do país.

2.2.2 Inovações na Descentralização e Regionalização do SUS

A mudança na lógica do financiamento à saúde foi um importante fator para construir um processo de responsabilização dos níveis locais de governo pela implementação efetiva do SUS, cimentando com isso sua participação no processo de coordenação da assistência à saúde e liberando o Ministério da Saúde de suas funções assistenciais em prol de outras pertinentes, associadas à regulação, ao monitoramento e à avaliação dos resultados.

Ao mesmo tempo, aprofundou a separação entre os princípios do financiamento e regulação, mantidos basicamente no âmbito federal, e gestão da provisão de serviços, a cargo diretamente dos municípios. A NOAS 2001 definiu duas condições de participação do município na gestão do SUS:

- a) **Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada**, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica; e
- b) **Gestão Plena do Sistema Municipal**, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. Para receber o financiamento com base *per capita*, o gestor municipal tinha que continuar alimentando o sistema de informações ambulatoriais, cuja produção serve como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros.

A NOAS trouxe uma definição mais clara das responsabilidades de cada esfera de governo, no contexto da implementação do processo de regionalização, definindo regiões de saúde como espaços intermediários entre os estados e municípios para uma gestão mais efetiva dos sistemas de média e alta complexidade, o que foi fundamental para a consolidação do SUS. A NOAS adotou a regionalização como elemento fundamental para o processo de descentralização, propondo três grupos de estratégias articuladas, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

- **Elaboração do Plano Diretor de Regionalização** e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
- **Fortalecimento das capacidades dos gestores estaduais e municipais** para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.

- **Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios** às condições de gestão do SUS, visando torná-los coerentes com o conjunto de mudanças propostas.

Para elaborar o **Plano Diretor de Regionalização**, cada estado deveria: (a) Dividir o território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; (b) Apresentar o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção; (c) Construir módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que garantissem o primeiro nível da média complexidade, visando ao apoio às ações de Atenção Básica; (d) Definir os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; (e) Organizar redes assistenciais específicas; e (f) Estabelecer um programa de investimentos que procurasse suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção.

Para fortalecer **as capacidades dos gestores estaduais e municipais** e melhorar a resolutividade da atenção básica, se deveriam identificar áreas estratégicas de intervenção em que fosse débil a capacitação assistencial (saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase). Seriam criados módulos assistenciais resolutivos formados por um ou mais municípios, para garantir, no âmbito microrregional, o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a um conjunto de ações de saúde necessárias para atender os problemas mais comuns, que nem sempre podem ser oferecidas em todos os municípios de pequeno porte populacional.

Os novos **processos de habilitação de estados e municípios** passaram a requerer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deveria se dar através da programação pactuada e integrada (PPI). Além disso, era necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva.

Para o êxito da estratégia da regionalização, cada esfera de governo deveria desempenhar suas responsabilidades operacionais e de gestão de forma harmônica e cooperativa. Mas apesar do incremento das habilitações de estados e municípios, e do consequente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde.

Ainda que muitas das iniciativas, especialmente aquelas tomadas em 2001 e 2002, como a implementação do Cartão SUS e da NOAS 2002, não tenham sido completadas, os resultados de muitas das medidas se refletiram na melhora dos indicadores de saúde, tanto na cobertura de atenção básica como na oferta de serviços em todos os níveis de complexidade e nos resultados básicos.

2.2.3 Inovações na Gestão dos Estabelecimentos de Saúde

Com a promulgação da lei que cria as Organizações Sociais de Interesse Público (OSIP) pela União, em 1996, através do Ministério da Administração, o governo federal plantou a semente da autonomia de gestão dos estabelecimentos de saúde. Muitos estados, capitaneados por São Paulo, passaram a criar hospitais autônomos geridos por esses princípios, permitindo uma efetiva separação entre o financiamento e a gestão dos serviços que passa a ser feita com base em contratos de desempenho com transferências de recursos vinculadas aos resultados alcançados. Essas experiências iniciadas em São Paulo em fins dos anos 1990 estão presentes em muitos estados brasileiros e constituem hoje um dos principais elementos para o avanço nos processos de gestão pública em saúde no Brasil.

São Paulo liderou o processo de implementação de Organizações Sociais e a regionalização e construção de redes de saúde que melhoram a eficiência na prestação de serviços aos mais pobres e garantem um novo patamar nesta prestação de serviços. Minas Gerais, através de seus programas de gestão por resultados implantados no governo Aécio Neves, melhora a eficiência das redes hospitalares e dos programas voltados para determinadas linhas de cuidado, como maternidade e infância. Estados como o Paraná inovam na implementação de sistemas mais sofisticados de regulação do setor. Os novos arranjos administrativos, especialmente o modelo de Organizações Sociais (OS), que já tem experiências implantadas em mais de 70 municípios, caracterizam um conjunto de casos bem-sucedidos no Brasil, que vêm progressivamente vencendo os entraves existentes na gestão tradicional do setor público na área de saúde, no que se refere a eficiência, qualidade e gestão de pessoal.

A experiência das OS é uma estratégia consolidada no estado de São Paulo. Estados como Bahia e Pernambuco aumentam ainda mais o leque de experiências das organizações sociais e parcerias público-privadas (PPPs), não só em hospitais, mas também em áreas como atenção primária e gestão de laboratórios e serviços de urgência e emergência.

Estudos do Banco Mundial (La Forgia e Couttolenc, 2008, e Medici e Murray, 2010) revelam que os hospitais administrados sob o modelo de OS têm alcançado melhores resultados que os hospitais públicos diretamente administrados, produzindo mais altas por leito ocupado, utilizando mais intensamente as instalações hospitalares e produzindo serviços a custos médios por paciente inferiores aos dos hospitais diretamente administrados. O estudo de caso com controle realizado em 2006 para hospitais OS e da administração direta, com características de porte, clientela e estrutura similares, revela, por exemplo, que a taxa média de ocupação das OS era de 80,9% comparada com 72,1% dos hospitais da administração direta e que o custo médio diário de um leito de UTI das OS era de R\$978 comparado com R\$1.197 nos hospitais da administração direta.

Ao mesmo tempo, as OS asseguram melhor qualidade aos pacientes através do cumprimento de protocolos de serviços testados por processos que garantem excelência na qualidade assistencial. Os hospitais sob o regime de OS utilizam pessoal mais capacitado, permitindo o uso eficaz das instalações existentes no hospital. Ao mesmo tempo, os hospitais sob o regime de OS têm menores custos nos serviços prestados (La Forgia e Couttolenc, 2008, e Medici e Murray, 2010).

Segundo Medici e Murray (2010):

“Os melhores resultados alcançados nos hospitais sob o regime de OS podem ser atribuídos a várias características desse modelo. Eles têm mais autonomia na seleção e na contratação de seus gerentes, na alocação e distribuição dos recursos orçamentários, na contratação e demissão de pessoal, na definição de processos de remuneração, no pagamento de incentivos associados ao desempenho e na definição dos contratos com fornecedores. Eles recebem recursos através de orçamentos globais e utilizam melhor e de forma mais flexível os processos de licitação e de gestão de contratos. Ao mesmo tempo, o modelo de OS permite melhor monitoramento e avaliação dos resultados pelo governo central, ao enviar, de forma transparente, dados eletrônicos sobre resultados vinculados às metas de saúde acordadas entre as OS e a SES.”

A consolidação da experiência das OS em São Paulo tem permitido ao estado ganhar várias batalhas nos Tribunais de Justiça contra contestações judiciais sobre a validade do modelo de OS na operação dos serviços do SUS. Os resultados encontrados, por sua vez, mostram que as OS têm sido muito mais eficientes do que as instituições da administração direta tradicional.

Ao mesmo tempo, as inovações implementadas pelas OS nos processos de gestão vão sendo progressivamente introduzidas nos estabelecimentos de saúde da administração direta, permitindo que estes, através de um processo de *benchmarking*, também possam avançar na melhoria dos serviços de saúde.

Vale destacar, ainda, a experiência do município de São Paulo, que em 2006 aprovou a Lei 14.132 destinada a implantar um novo modelo de gestão de saúde baseado em PPPs. Esse modelo propõe a descentralização da gestão pública em saúde através de convênios, termos de parceria e contratos de gestão com entidades do terceiro setor (instituições filantrópicas) e organizações sociais.

As parcerias se consolidam através de instrumentos como convênios, termos de parceria e contratos de gestão, para fomentar a execução de atividades nas unidades de saúde municipais. Mediante esses instrumentos legais, o poder público concede o uso dos serviços a entidades privadas ou filantrópicas e repassa recursos para a sua operação. Em contrapartida, acompanha, monitora e avalia, de forma permanente, a execução desses serviços, de acordo com metas pactuadas de cobertura, qualidade e satisfação dos usuários do SUS (ver Quadro 2).

Outros avanços também se fazem destacar em estados como a Bahia, quando em julho de 2010 foi assinada a primeira Parceria Público-Privada em Saúde, destinada à finalização das obras e operação do Hospital do Subúrbio em Salvador. Os investimentos foram financiados por empréstimos que contaram com a participação da Corporação Internacional de Financiamento (IFC) do Banco Mundial. O consórcio formado pelas empresas Promédica (baiana) e Dalkia (francesa) venceu a licitação para administrar o Hospital do Subúrbio. O hospital foi inaugurado em julho de 2010 e conta com 298 leitos e capacidade para 10.500 atendimentos de urgência por mês. Atende a uma clientela exclusiva do SUS

e receberá recursos do Governo do estado superiores a R\$1 bilhão durante os dez anos de vigência do contrato. Os pagamentos são vinculados ao cumprimento de metas de resultados qualitativos e metas quantitativas de atendimento, e a gestão do hospital é submetida a auditorias independentes durante os dez anos de vigência do contrato.

QUADRO 2

Combatendo a falta de autonomia e melhorando a gestão das instituições de saúde no município de São Paulo

Em 2010, o município de São Paulo já apresentava cinco serviços de diagnóstico gerenciados por contratos de gestão com duas OS; seis hospitais gerenciados também sob o regime de OS, 15 pronto-socorros municipais contratualizados com sete OS e aproximadamente 310 unidades básicas de saúde sob o regime de contrato de gestão. Com isso se estima que cerca de metade da população do município de São Paulo já se encontra servida por instituições com esse novo modelo gerencial baseado em contratos de gestão.

Para coroar esse processo, cerca de 10 das 23 microrregiões de saúde do município foram também contratualizadas com sete OS para a gestão da totalidade de suas redes de saúde. O processo de contratualização de redes de saúde estabelece novos horizontes para a gestão dos serviços de saúde que merecem ser avaliados cuidadosamente para que, gerando bons resultados, possam ser expandidos como modelo para outras áreas do próprio município e para outras regiões do país.

A área hospitalar do município de São Paulo pode atualmente ser dividida em duas categorias: 12 autarquias hospitalares municipais (AHM), que correspondem aos hospitais da administração direta, e seis hospitais contratados sob o regime de OS. Mesmo nas AHM, o município tem implementado uma política de terceirizar serviços de apoio logístico hospitalar, como são os de manutenção, limpeza, vigilância, zeladoria e outros. Os serviços clínicos continuam sendo de execução direta do município.

A Secretaria Municipal de Saúde também está expandindo seu parque hospitalar, construindo quatro novos hospitais que se estruturarão sob o regime de parcerias público-privadas (PPPs), desde a construção até a operação. Estes quatro novos hospitais vão gerar 600 leitos adicionais. Outros 600 leitos serão criados através de processos de modernização dos hospitais sob o regime de AHM. As PPPs também se estenderiam à construção de mais quatro centros de diagnóstico por imagem. As PPPs seriam utilizadas tanto para a construção como para a exploração dos serviços de apoio logístico nessas novas unidades, e a gestão clínica dos serviços seria realizada através do modelo de OS.

Os processos de contratualização realizados pelo estado da Bahia também foram enriquecidos com a experiência da Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia (FESF), ao introduzir incentivos financeiros vinculados ao alcance de metas fixadas e o pagamento às equipes de incentivos financeiros associados ao desempenho.

Em que pese esse amplo conjunto de inovações na gestão, boa parte das unidades de saúde no Brasil continua sob administração direta do setor público. Vale destacar, no entanto, que, apesar das limitações do Governo Federal na implementação do SUS nos anos recentes, muitos estados melhoraram seus sistemas de prestação de serviços e avançaram na implementação do SUS.

2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SUS A PARTIR DE 2003

Em que pesem a todos os avanços descritos no âmbito dos processos de descentralização e autonomia de gestão capitaneados pelos estados, o Governo Federal, a partir de 2003, começou a reduzir o ritmo de inovações associadas à busca de soluções para cumprir os preceitos constitucionais de universalização, equidade e qualidade na saúde. Algumas das inovações introduzidas entre 1994 e 2002 foram descontinuadas, como é o caso do processo de regionalização iniciado pela NOAS e a implementação do Cartão SUS.

No primeiro caso, entre 2003 e 2006, o Ministério da Saúde interrompeu a implementação da NOAS e restabeleceu os incentivos para que a gestão das políticas de saúde continuasse sob a hegemonia municipal. Somente a partir de fins de 2006 se restabeleceram os processos de regionalização, baseados em pactos de saúde entre distintas esferas de Governo,¹⁰ mas a implementação desses processos, a qual seria baseada na conformação de redes de saúde, ainda não está totalmente estabelecida.¹¹

No caso do cartão SUS, o Ministério de Saúde desativou a experiência a partir do primeiro semestre de 2003, com a transferência para outros Ministérios de dois coordenadores que exerciam papel-chave no projeto e a decisão de interromper o processo para que fosse utilizado software livre em vez de sistemas proprietários, que, por ironia já haviam sido pagos pelo Governo. Somente ao final de 2006, o então Ministro da Saúde José Saraiva Felipe resolve ressuscitar o projeto, retomando a relação entre estados e municípios, com o apoio do Governo Federal, para a continuidade do projeto do Cartão SUS de forma descentralizada.

Dois fatores têm feito esse processo avançar lentamente: o primeiro é a falta de investimentos em informatização dos serviços de saúde na ponta de linha. O segundo é a inexistência de câmaras de compensação financeira pelos serviços prestados entre as distintas esferas de governo (federal, estadual e municipal), o que desincentiva a implantação do cartão como forma de compensar os serviços municipais ou estaduais de saúde por pacientes que venham de outros municípios, de outros estados ou, caso tenham planos de saúde, do setor privado.

¹⁰ Essas diretrizes são compostas por um conjunto de portarias do MS formuladas a partir de fevereiro de 2006. Entre elas estão a GM-MS 399, que divulga os Pactos pela Saúde; a 699, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; a 3085, que regulamenta o sistema de planejamento do SUS; a 3332, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento, e a 204 de 2007, que regulamenta as transferências de recursos federais para ações de saúde sob a forma de blocos de financiamento.

¹¹ Entre a formulação dos Pactos de Saúde em 2006 e a presente data, novos temas começaram a surgir no contexto do Ministério da Saúde, trazendo de volta a discussão relacionada às Redes de Saúde. Dentre eles cabe destacar: (a) a criação do Departamento de Articulação de Redes Assistenciais (DARA) da Secretaria de Ações de Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS); (b) a aprovação do Projeto QUALISUS-REDE pelo Ministério e seu financiamento pelo Banco Mundial; e (c) a organização de redes de saúde como política prioritária de alguns estados, como Minas Gerais e São Paulo.

Além disso, a partir de 2003, o Ministério da Saúde duplicou o número de Secretarias Institucionais, gerando uma descoordenação em seus processos internos que acabou afetando a gestão dos programas prioritários que vinham avançando rapidamente nos anos anteriores, como é o caso do Programa de Saúde da Família, que será discutido em seguida.

2.4 A TRAJETÓRIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Dado que a atenção básica é a porta de entrada de qualquer sistema de saúde, o PSF deveria ser o principal pilar de expansão da cobertura de saúde básica no Brasil. Conjuntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ele oferece um conjunto de serviços essenciais que pode ser monitorado, através dos indicadores levantados pelo próprio Ministério da Saúde junto aos estados.

Esses indicadores medem, entre outros serviços incluídos, o número de consultas pré-natal, consultas por habitante nas especialidades básicas, taxas de mortalidade infantil, exames preventivos de câncer de colo de útero entre mulheres em idade fértil, proporção de óbitos entre mulheres em idade fértil, internações por AVC, incidência de diabetes, cobertura de primeira consulta odontológica, taxa de mortalidade materna, baixo peso ao nascer, internações por infecções respiratórias agudas e por diarreia aguda, mortalidade neonatal tardia, proporção de partos cesarianos e internação por insuficiência cardíaca congestiva. Os parâmetros do PSF permitem avaliar se efetivamente as equipes estão ou não cobrindo o que se propõe contratualmente a cobrir. Em síntese, as equipes do PSF ampliam ações básicas e medidas de promoção e prevenção, visando à melhoria da saúde.

Entre 1994 e 2002, as coberturas do PACS e do PSF se expandiram a taxas anuais de 25% e 73%, respectivamente. Esses programas aumentaram sua cobertura de 10% para 53% e de quase nada para 34% da população brasileira, respectivamente. Nesse período, a taxa de mortalidade infantil caiu de 34 para 19 por mil nascidos vivos. Havia a esperança de que o país estava a passos firmes no caminho de aumentar a equidade em saúde e que, antes de 2010, com esse ritmo, todos os pobres estariam cobertos pelos programas de atenção básica. Tudo isso ocorria em meio a um crescimento econômico não muito intenso, em função da situação desfavorável da América Latina na economia mundial.

É inegável o efeito positivo que o PSF tem tido entre as populações mais pobres. Estudos e análises econométricos, como os de Reis (2009), mostram o efeito positivo do PSF na saúde dos menores de 1 ano em virtude de um maior número de consultas pré-natal, quando se comparam populações cobertas e não cobertas pelo programa.

Outros estudos como os de Rocha (2008) mostram também impactos importantes do PSF na redução da mortalidade em várias faixas etárias e na redução da fecundidade, quando se comparam populações cobertas e não cobertas. Seguramente o PSF tem tido impacto na cobertura de consultas pré-natal, cujo número aumentou de 9,8 para 18,2 milhões entre 2003 e 2008; na cobertura de consultas de planejamento familiar, que aumentou de 30,2 milhões para 34,5 milhões no mesmo período, e na redução das taxas de mortalidade materna dos filiados

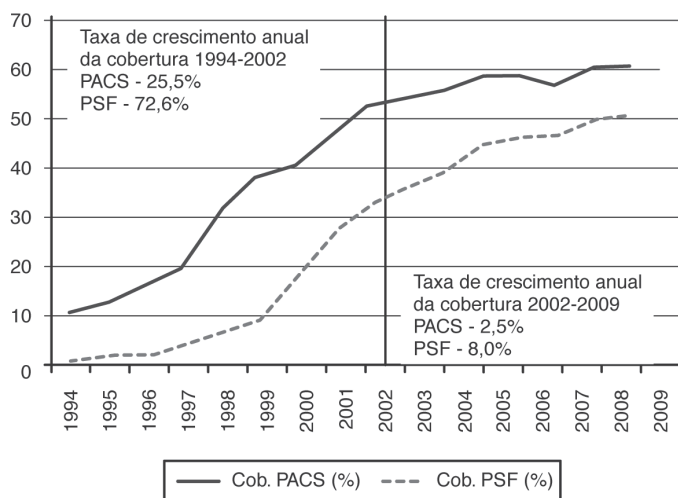
ao programa que, embora elevadas, se reduziram de 52,1 para 50,3 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos entre 2003 e 2007.

Entretanto, a ausência ou deficiência das redes de saúde com sólidos processos de referência e contrarreferência de pacientes nos distintos níveis de hierarquia da rede dificultam a resolutividade final do programa. Tanto o PACS como o PSF não têm crescido muito rapidamente nos últimos anos.

O Gráfico 3, construído com base nos dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS), mostra a cobertura formal (não necessariamente efetiva) da população pelo PACS e pelo PSF entre 2002 e 2009. Pode-se verificar claramente que desde 2005 a cobertura formal do PACS estagnou em torno de 60% e a cobertura do PSF também não tem aumentado muito desde 2006, alcançando pouco mais da metade da população brasileira em 2009. O baixo crescimento da cobertura nos últimos anos tem sido associado, em grande medida, às dificuldades inerentes em atender a populações isoladas, rurais, em áreas remotas, para onde dificilmente existem condições de deslocar médicos e outros profissionais de saúde. No entanto, o Governo poderia estar buscando soluções mais ativas para esses problemas. O repertório dessas soluções passa desde incentivos financeiros para a atração de médicos até a criação de um serviço civil obrigatório que permita aos jovens profissionais de saúde dedicar os primeiros anos de sua vida de trabalho à causa das regiões mais carentes.

GRÁFICO 3

Taxas de cobertura dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS) e de saúde da família (PSF) no Brasil — 1994-2009 (em % da população coberta)



Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde.

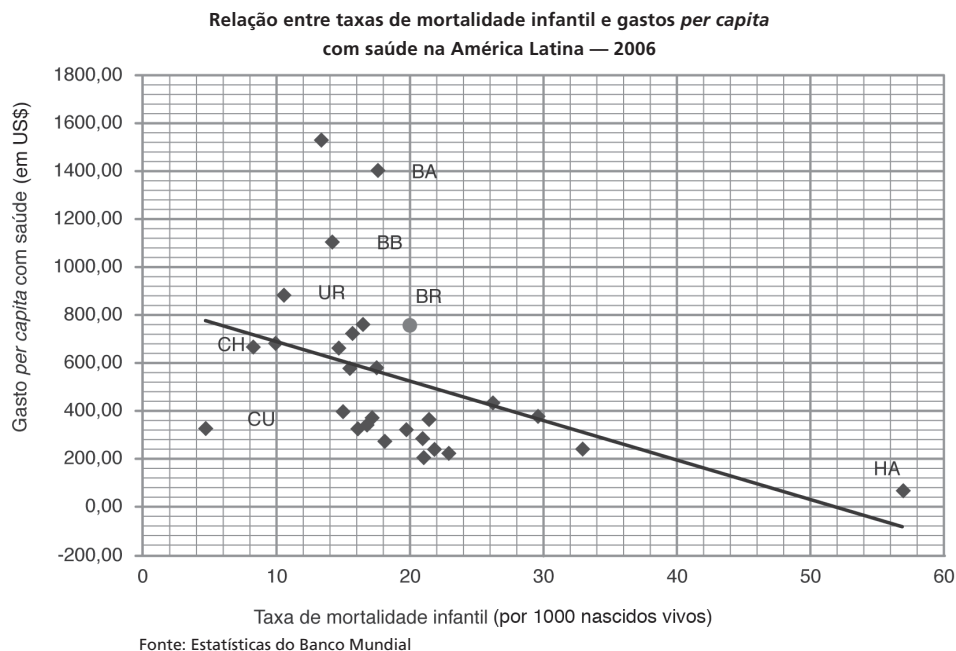
O PACS, que beneficia os municípios mais pobres, os quais em geral não têm disponibilidade de médicos, expandiu sua cobertura mais lentamente a partir de 2002. O PSF, por sua vez, também reduziu o ritmo de expansão de sua cobertura a partir de 2006, dadas as limitações estruturais dos municípios desassistidos em cumprir os requisitos do programa,

tais como a dificuldade de fixar médicos e de cumprir os requisitos mínimos para receber recursos associados a esses programas. A falta de uma política de assistência aos municípios para que estes se qualifiquem para receber os recursos também tem sido um fator impeditivo da expansão dos programas de atenção básica.

A evolução lenta da cobertura do PACS e do PSF pode ter reduzido o ritmo da melhoria dos resultados das políticas de saúde a partir de 2002. Vejamos o que se passou com a mortalidade infantil. Entre 1994 e 2002, as taxas de mortalidade infantil — um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio — baixaram de 34 para 19 por mil nascidos vivos (uma redução de 8% ao ano). Entre 2002 e 2008, elas se reduziram de 19 para 15 por mil nascidos vivos (4% ao ano).

Comparando-se os gastos *per capita* em saúde no Brasil e os resultados em mortalidade infantil, com base nas estatísticas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), verifica-se que em países com gastos *per capita* em saúde similares ao Brasil, como Chile, Costa Rica, México e Cuba, as taxas de mortalidade infantil são substancialmente menores, como demonstra o Gráfico 4.

GRÁFICO 4



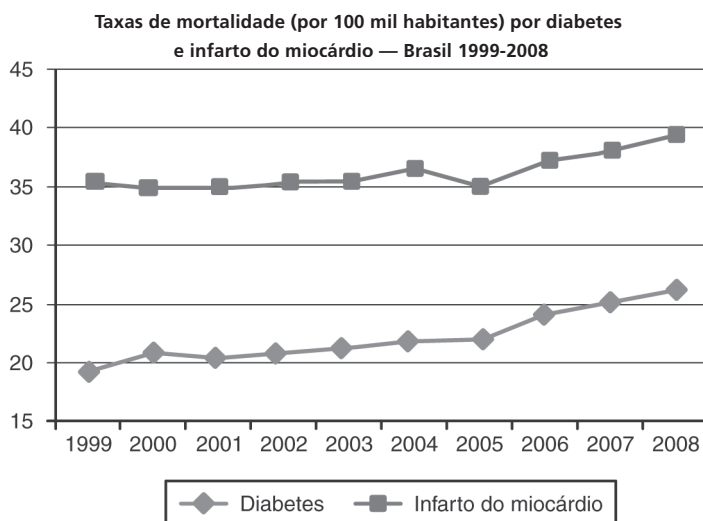
Por outro lado, as taxas de mortalidade materna — outro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio —, de acordo com os dados oficiais do Ministério da Saúde, aumentaram de 75,9 para 77,2 por 100 mil nascidos vivos entre 2002 e 2006, demonstrando que mais esforços deveriam ser feitos nessa área.¹²

¹² Mesmo que os dados possam estar associados a um melhor registro das estatísticas de mortalidade materna pode-se dizer que essa é uma área em que os progressos têm sido muito lentos na média nacional, embora alguns estados, como Minas Gerais, tenham tido melhoria específica no indicador em função de programas de saúde materno-infantil, como a Rede Viva-Vida.

O rápido declínio da fecundidade no Brasil tem gerado um processo progressivo de envelhecimento da população brasileira. Nesse sentido, aumentam também as taxas de mortalidade por doenças crônicas e riscos como o diabetes e a hipertensão, associados ao envelhecimento populacional. Programas como o PSF teriam o importante papel de reduzir ou retardar a mortalidade por fatores de risco associados a doenças crônicas não degenerativas, como diabetes e infarto do miocárdio.

No entanto, os dados do DATASUS mostram que as taxas de mortalidade por enfermidades como o diabetes e o infarto do miocárdio têm aumentado entre 2002 e 2008, a despeito das rotinas de promoção e prevenção dessas doenças pelo PSF, como pode ser visto no Gráfico 5. Pode ainda ser notado que o crescimento das taxas de mortalidade associadas a esses fatores de risco tem aumentado mais intensamente nos últimos dois anos.

GRÁFICO 5



Fonte: DATASUS — Cadernos de Informação de Saúde.

3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

3.1 O BRASIL NO CONTEXTO INTERNACIONAL

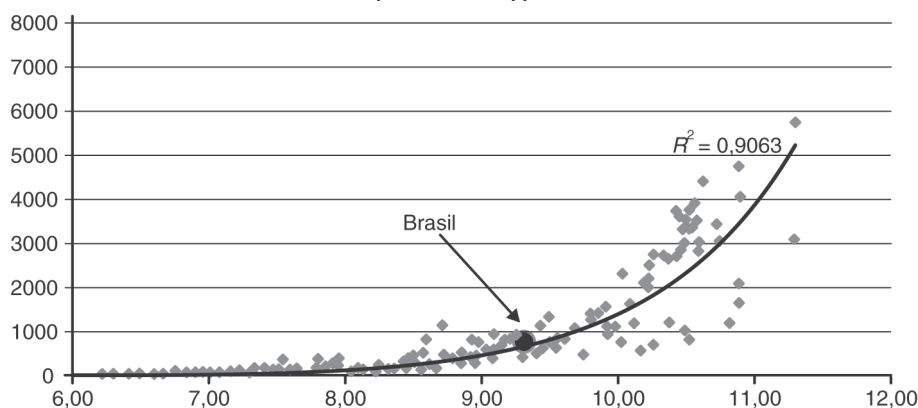
Existe no Brasil um longo debate sobre o tema do financiamento da saúde. O diagnóstico, tanto do Governo como de economistas da saúde ligados a instituições como o IPEA, por exemplo, aponta na direção de que o Brasil, para prometer um sistema universal de saúde, tenha que ampliar em larga medida o gasto público. Assim, dedicando menos de 4% do PIB à saúde, o setor público seria incapaz, na visão de muitos, de cumprir com os requisitos necessários para financiar o sistema de saúde prometido pela Constituição de 1988.

Considerando, no entanto, as evidências estatísticas, pode-se observar que, comparado a países com o mesmo nível de produto *per capita*, o Brasil não gasta nem muito nem pouco

com saúde. Uma análise comparativa dos gastos em saúde (Gráfico 6) mostra que o Brasil gasta o esperado em saúde, de acordo com a magnitude do seu PNB *per capita*, segundo dados do Banco Mundial.

GRÁFICO 6

Correlação entre o Ln do PNB *per capita* e gasto *per capita* com saúde em 193 países (em US\$ppc) — 2007

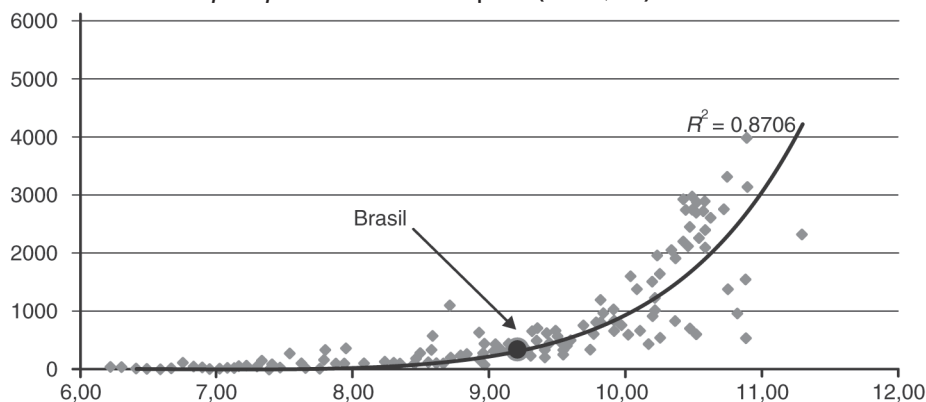


Fonte: Séries estatísticas do Banco Mundial.

Muitos afirmam que o setor público gasta pouco em saúde no Brasil comparado ao seu nível de renda *per capita*, mas, uma vez mais, uma comparação com as estatísticas internacionais demonstra que o Brasil segue a mesma tendência dos países com seu nível de renda, como pode ser visto no Gráfico 7.

GRÁFICO 7

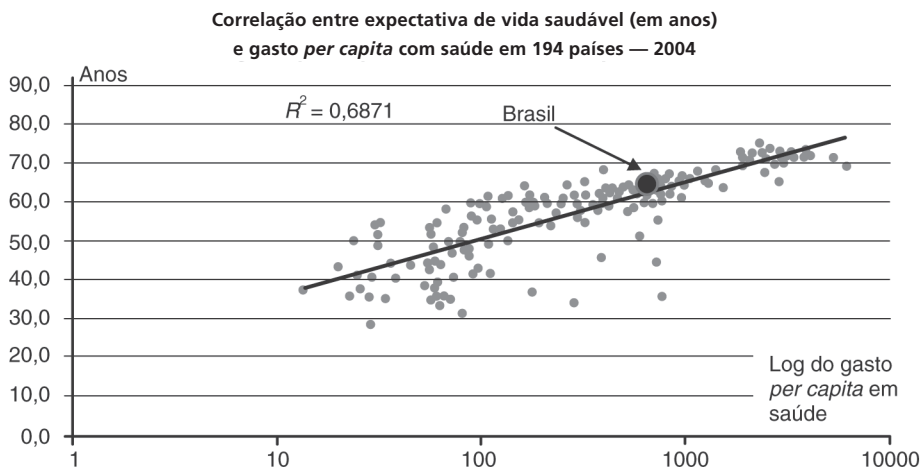
Correlação entre o Ln do PNB *per capita* e gasto público *per capita* com saúde em 193 países (em US\$PPC) — 2007



Fonte: Séries estatísticas do Banco Mundial.

Também se pode dizer que os indicadores de saúde brasileiros não estão muito aquém da tendência de um país com seu nível de gasto em saúde. O Gráfico 8 mostra a correlação entre a Expectativa de Vida Saudável (HALE), que indica o número médio de anos vividos em boas condições de saúde, e o gasto *per capita* com saúde.

GRÁFICO 8



Fonte: Séries estatísticas da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, não existem grandes discrepâncias entre o Brasil e outros países quanto à magnitude do gasto em saúde, inclusive no que se refere ao gasto público, considerando seu nível de renda *per capita*, nem com relação aos resultados alcançados com o presente nível de gasto em saúde.

No entanto, a magnitude do gasto em saúde é uma função do que o Governo promete e do que a sociedade aspira. Assim, existe um amplo sentimento, por parte de segmentos do Governo e da sociedade, de que o Brasil gasta pouco em saúde. Muitos acreditam que aumentar os recursos públicos para a saúde resolveria todos os problemas que o setor apresenta. No entanto, existem muito poucas análises sobre a eficiência do gasto em saúde no Brasil.

Dizer que o Brasil gasta pouco em saúde faria mais sentido se fosse possível garantir que os recursos existentes estão sendo gastos de forma eficiente e que, mesmo assim, as necessidades de saúde da população não estão sendo suficientemente ou adequadamente respondidas.

3.2 FONTES E USOS NO FINANCIAMENTO DO SUS

O SUS é financiado através de fontes fiscais e da seguridade social. A Constituição de 1988 definiu que o financiamento do SUS teria como base o Orçamento da Seguridade Social (OSS), custeado a partir de contribuições sociais sobre a folha de salários, sobre o fatura-

mento e sobre o lucro líquido das empresas. No entanto, a concepção original do financiamento atrelado ao OSS nunca funcionou. Como condição prévia ao programa de estabilização trazido pelo Plano Real, parte das receitas vinculadas ao OSS foi desvinculada através do Fundo Social de Emergência (FSE), posteriormente transformado em Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), atualmente denominado Desvinculação de Recursos da União (DRU).

Quando criado, em 1988, o OSS previa como principais fontes para o seu financiamento a contribuição sobre a folha de salários, a contribuição sobre o lucro líquido das empresas, a contribuição para o financiamento do investimento social e fontes fiscais de natureza complementar. Como o OSS financiava políticas de previdência, saúde e assistência social, uma das propostas que surgiu no início dos anos 90 foi a especialização das fontes de financiamento. Por essa proposta, a contribuição sobre a folha de salários financiaria a previdência social, a contribuição para o investimento social, a assistência, e a contribuição sobre o lucro líquido, a saúde. Na prática, essa especialização das fontes não funcionou. A supremacia do financiamento à previdência fazia com que a saúde ficasse desfinanciada. Somente em 1993, com a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), transformado em 1996 para Contribuição (CPMF), o setor saúde passou a ter uma fonte mais estável de financiamento, mesmo não sendo esta uma fonte exclusiva de receitas para o setor.

O principal resultado desse processo foi o uso exclusivo da principal fonte de financiamento do OSS — a contribuição sobre a folha de salários — para o financiamento dos benefícios previdenciários e consequentemente, o sepultamento da ideia do OSS e da própria seguridade social como conceito constitucional. Assim, na execução orçamentária, os benefícios previdenciários sempre acabaram sendo prioritários diante da necessidade de cumprir os preceitos constitucionais de financiar políticas universais como saúde.¹³

A partir de 1996, como decorrência da estabilização, os gastos federais deixaram de sofrer drásticas flutuações quanto à composição de suas fontes de financiamento, passando a CPMF a ser a principal fonte para a saúde. Em 2002, por exemplo, os gastos federais com saúde tiveram como fontes de recursos a CPMF, com 41%, a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), com 26%, a Contribuição para o Financiamento do Investimento Social (COFINS), com 15%, e outras fontes orçamentárias, com 18%.

A extinção da CPMF em 2007 pelo Congresso Nacional, contrariando a vontade do Governo Federal, levou a um rearranjo das fontes de financiamento para a saúde nos anos mais recentes. Algumas medidas para contrabalançar as perdas financeiras, como o aumento das alíquotas do Imposto sobre Operações Financeiras e da CSLL, associadas ao desempenho econômico favorável do país, fizeram com que em 2008 os recursos para a saúde fossem superiores aos alocados em 2007, mas aparentemente o Ministério da Saúde ainda busca negociar com as autoridades econômicas a criação de uma fonte substitutiva para cobrir eventuais insuficiências estruturais no financiamento da saúde que poderiam surgir pela extinção de uma fonte parcialmente vinculada ao setor como a CPMF.

¹³ Uma crítica mais detalhada ao processo de extinção do conceito de seguridade social pode ser encontrada em Serra e Afonso, 2007.

A Emenda Constitucional 29, aprovada pelo Congresso em 2000, aumentou a responsabilidade de estados e municípios para o financiamento da saúde, através da criação de vinculações de suas receitas para a saúde. Tal emenda se baseia no argumento de que a organização e a prestação dos serviços de saúde passaram a ser descentralizadas (isto é, de competência dos estados e municípios), mas as esferas locais de governo relutavam em destinar receitas locais ao financiamento da saúde, esperando que as transferências federais dessem conta de suas necessidades. A não regulamentação dessa emenda até o presente momento deixa o Governo Federal no limbo, no que se refere a um critério para definir quanto gastar em saúde, da mesma forma que não amarra muito o que se deve considerar como gasto de saúde no nível dos estados. De todos os modos, progressivamente o Ministério da Saúde passa a ser um órgão repassador de recursos, investimentos e incentivos para a execução das políticas de saúde das esferas locais de Governo.

As principais fontes de financiamento próprio da saúde nos estados são o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e as transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE). Em 2002 elas correspondiam a 67% e 18%, respectivamente, das fontes estaduais que financiam o setor saúde. No caso dos municípios, as principais fontes de financiamento são igualmente o ICMS, o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e o Imposto sobre Serviços (ISS), os quais respondiam em 2002 por 41%, 30% e 12% do financiamento dos gastos municipais com saúde, respectivamente.

Como os recursos são limitados, o principal problema enfrentado pelo sistema tem sido: quem financiar e o que financiar? No início do SUS, o sistema atendia a quem chegava primeiro, mas progressivamente ficou claro que as necessidades eram maiores do que a capacidade de atendimento. A fila passou a ser a forma de controle do acesso aos serviços. Mas havia aqueles que furavam as filas por terem contatos privilegiados com a classe médica no interior do sistema.¹⁴

Com o passar do tempo, investimentos vultosos se realizaram, especialmente em atenção básica, e as filas foram se reduzindo, ao menos para a atenção básica. Programas como o PACS e o PSE, como já foi visto anteriormente, aumentaram a oferta, a cobertura e a qualidade da saúde e passaram a atender a uma população que anteriormente, quando muito, só tinha acesso aos leitos hospitalares em casos agudos e muitas vezes quando já era demasiado tarde.

O SUS também não tinha, ao seu início, uma definição clara do que financiar (a Constituição promulgou o acesso integral aos serviços). Mas o sistema foi progressivamente definindo ações e programas prioritários de saúde a partir de normativas internas do Ministério da Saúde, com base em necessidades epidemiológicas da população. Nesse sentido, foi delimitado um conjunto de serviços essenciais com vistas a tornar amplo seu acesso a vários segmentos da população. Assim, os recursos públicos passaram a financiar um conjunto de

¹⁴ Estima-se que para as classes médias, por exemplo, era melhor contar com um médico amigo no setor público para fazer um exame mais caro e pagar um plano de saúde mais barato e com exclusões. Embora não existam estatísticas que comprovem esse fato, casos como esse foram bastante frequentes em Brasília nos anos 1990, como foi declarado ao autor pelo ex-Secretário de Saúde do Distrito Federal, Carlos Santana, em depoimento pessoal, ao buscar uma solução para esse problema no sistema público de saúde do Distrito Federal.

serviços de saúde, de forma coletivamente pactuada entre os governos federal, estadual e municipal e entre a população.

3.3 ESTIMATIVAS DA MAGNITUDE DO GASTO EM SAÚDE NO BRASIL

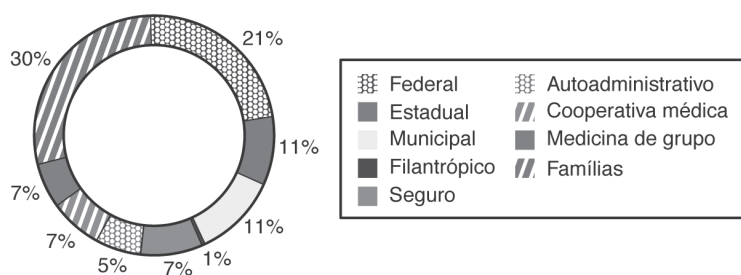
Estima-se que, em 2006, o gasto total com saúde no Brasil representava 8,8% do PIB,¹⁵ valor superior ao gasto médio dos países latino-americanos, situado em 7,3%. Em termos *per capita*, isso corresponde a um gasto de US\$731,00 por pessoa em dólares de 2006 segundo o critério de paridade do poder de compra.

Analisando-se a composição do gasto em saúde no Brasil, chega-se a interessantes conclusões. Primeiramente, a maior parcela dos gastos (cerca de 57%) é de gastos privados e 43% são gastos públicos. Pela ótica das contas nacionais, a distribuição do gasto entre os três principais agentes econômicos se apresenta da seguinte forma: o governo responde por 43% dos gastos com saúde, as famílias, por 30% e as empresas (incluindo as entidades filantrópicas) respondem por 27%.

O Gráfico 9 mostra que, no setor público, o Governo Federal responde pela maior parcela do gasto total (21%), seguindo-se em proporções iguais os estados e municípios (ambos com 11%). Entre as empresas e entidades filantrópicas, as empresas de medicina de grupo, as cooperativas médicas e as instituições de seguro saúde respondem cada uma por 7%. Os planos autoadministrados pelas empresas respondem por 5%, e as instituições filantrópicas por apenas 1% do gasto.

GRÁFICO 9

Distribuição dos gastos em Saúde no Brasil por unidade de gasto — 2004



Fonte: Estimativa do autor a partir do SIOPS, ANS e IBGE — POF 2003.

O sistema de saúde brasileiro, mesmo após a criação do SUS, continua sendo um sistema fragmentado, e a maioria do gasto em saúde é privada.¹⁶ Mas, apesar de sua fragmentação, o

¹⁵ Ver World Health Statistics 2008. <http://www.who.int/statistics>.

¹⁶ Há que considerar que parte do gasto privado das famílias e instituições filantrópicas se beneficia de mecanismos institucionais de renúncia fiscal. As famílias podem descontar seus gastos em saúde (inclusive de planos de saúde suplementar) do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF). As empresas no Brasil não podem descontar seus planos de saúde do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ). No entanto, as instituições filantrópicas são isentas de recolher tanto o IRPJ como o CSLL. Como entre as instituições filantrópicas se encontram aquelas que prestam serviços de saúde, se estima que estas, ao não pagar IRPJ, são indiretamente subsidiadas pelo gasto público. Portanto, a partir desse critério, Quadros (2000) estima que em 1997 (ano-base 1996) a renúncia fiscal em saúde foi de R\$2 bilhões (R\$ 0,8 bilhão no IRPJ e R\$1,2 bilhão no IRPF), sem contar o que deixou de ser pago na CSLL.

país tem procurado uma maior coordenação e integração entre as ações de saúde financiadas pelo setor público, mediante um amplo e contínuo processo de descentralização, pactuação e de redefinição dos papéis das diferentes esferas do governo.

Ainda assim, persistem problemas associados à busca de uma maior integração entre os setores público e privado, os quais têm encontrado soluções que se iniciam com a regulamentação do Setor de Saúde Suplementar (Lei 9.656 de 1998) e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Lei 9.961 de 2000). Esse é um processo ainda em curso, e demorará provavelmente muitos anos até que se promova uma real integração entre o setor público e os planos privados de saúde.

3.4 GASTOS COM PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL

Entre dezembro de 2000 e junho de 2010, o número de beneficiários dos planos de saúde suplementar no Brasil aumentou de 30,7 para 44,0 milhões de pessoas.¹⁷ Em outras palavras, cerca de 24% da população brasileira tinha algum tipo de plano privado de saúde em 2010, e a maioria (73,2%) tinha planos coletivos, isto é, financiados ou organizados para populações fechadas de empresas. A cobertura em 2008 era bastante desigual no nível regional, podendo variar de menos de 5%, no caso dos estados de Roraima, Maranhão, Tocantins e Piauí, até mais de 30% da população nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Algumas capitais, como Vitória, no estado do Espírito Santo, chegam a ter mais de 65% da população coberta por planos privados de saúde.

Em 2008, a maioria dos beneficiários de planos de saúde¹⁸ inseria-se nas modalidades de medicina de grupo (16,4 milhões) e cooperativas médicas (13,8 milhões). Juntas, essas duas modalidades respondiam por quase 60% dos beneficiários de planos de saúde no Brasil. Desde 1999, quando foi regulado o setor, o mercado vem passando por uma forte concentração. O número de empresas que operam planos de saúde se reduziu de 2.639 para 1.632 entre 1999 e 2010, e a tendência é que o mercado continue se concentrando em função das exigências e garantias necessárias para assegurar uma saúde de qualidade para os clientes. Esse processo, no entanto, limita a existência de empresas operadoras em regiões e estados com populações mais dispersas, em que os requisitos de *risk-pooling* para a operação ao setor não estão dados. Estados como o Piauí tinham, em 2008, menos de 250 empresas operando no mercado de planos de saúde, enquanto São Paulo detém mais de 1.000. Mas, ao mesmo tempo, São Paulo concentrava 40% dos 44 milhões de beneficiários de planos de saúde em junho de 2010, comparados com os 0,4% que se situavam no Piauí.

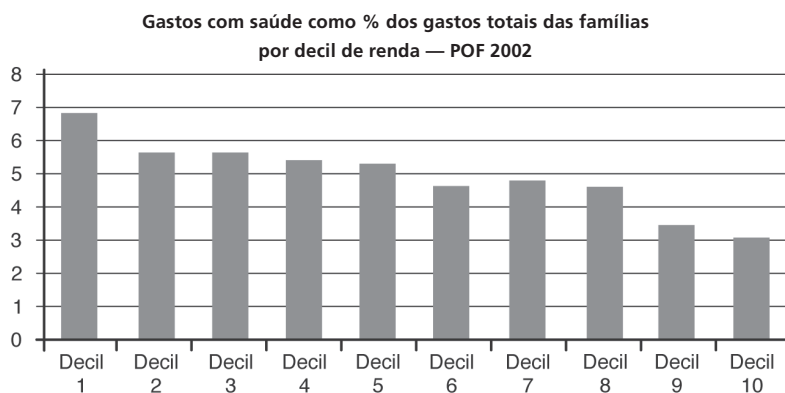
Entre 2001 e 2009, a receita gerada pelas operadoras de planos de saúde aumentou de R\$22,1 para R\$65,5 bilhões, representando um crescimento anual de 14,5%. Isso mostra o potencial de crescimento do mercado e a magnitude dos recursos que a sociedade brasileira começa a dedicar a esse mercado.

¹⁷ Esse dado exclui o conjunto de indivíduos com planos de saúde de cobertura exclusivamente odontológica, que aumentou de 2,8 para 13,6 milhões de pessoas no mesmo período.

¹⁸ Incluindo os planos exclusivamente odontológicos.

Com isso, pode dizer-se que parte crescente da renda das famílias tem se dedicado progressivamente a planos de saúde. Segundo dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE os gastos com planos de saúde passaram de 28,2% para 28,8% dos gastos com saúde das famílias entre 2002 e 2009, quando a mesma pesquisa em 1988 mostrava uma participação de apenas 11,8%. Depois de medicamentos, os gastos com planos de saúde eram o maior gasto com saúde das famílias brasileiras em 2009. A penetração dos planos de saúde ocorria até mesmo em famílias de baixa renda, dado que os gastos com esses planos representavam em média 5% dos gastos em saúde nos orçamentos das famílias com menos de R\$830 de renda mensal, comparados com 43% nas famílias com renda superior a R\$10.375 mensais em 2009.

GRÁFICO 10



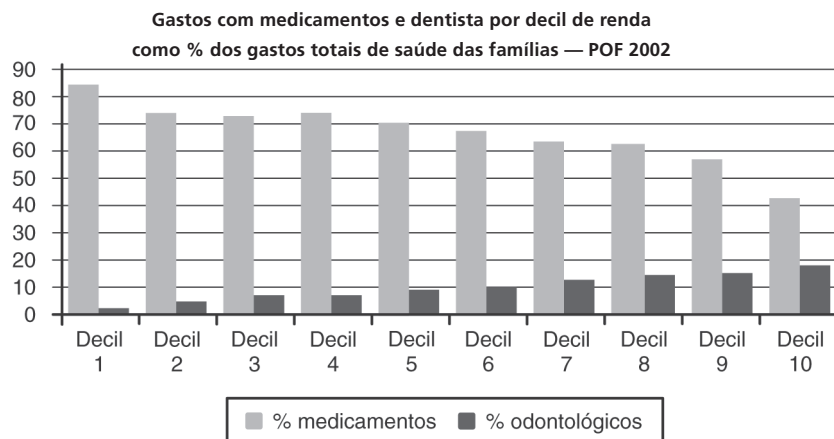
Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002.

Mesmo com um sistema gratuito e universal como o SUS, as famílias brasileiras pobres gastam mais com saúde, em termos relativos, do que as famílias mais ricas. Os dados da POF de 2002, expressos no Gráfico 10, revelam essa desigualdade. Os 10% mais pobres gastavam quase 7% de sua renda com saúde, enquanto os 10% mais ricos mal gastavam 3%. Essa situação reflete uma desigualdade no gasto com saúde em prejuízo dos mais pobres que progressivamente vem sendo resolvida, na medida em que aumenta o acesso gratuito dos mais pobres a programas como o PSF, o que poderia levar a redução dos gastos dos mais pobres com saúde.

Essa mesma insuficiência se reflete na natureza dos gastos dos mais pobres, os quais se concentram na compra de medicamentos, na medida em que a política de medicamentos do SUS ainda tem um longo caminho pela frente para gerar maior acesso gratuito a esses bens. Cerca de 80% dos gastos com saúde dos 10% mais pobres foram consumidos com medicamentos, enquanto entre os 10% mais ricos esse percentual foi de 40%. Os mais ricos concentram seus gastos em itens como planos de saúde, cobertura odontológica e outros, aos quais os pobres têm pouco acesso, dado o seu elevado custo, e, portanto, não estão ainda dentro de suas prioridades orçamentárias. Os gastos com dentista entre os mais pobres

não são significativos mas chegam a quase 20% dos gastos em saúde dos 10% mais ricos (ver Gráfico 11).

GRÁFICO 11



Fonte: IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), 2002.

4 PROBLEMAS DE AGENDA PENDENTE EM SAÚDE

A redução no ritmo da expansão do SUS nos anos mais recentes fez com que alguns problemas que poderiam ter sido minorados no período 2002-2009 continuem sem solução ou encaminhamento. Esses problemas podem ser organizados em três blocos:

- a) Problemas de cobertura e qualidade dos serviços;
- b) Problemas de organização e eficiência dos serviços; e
- c) Problemas legais, de governança e de regulação do sistema.

4.1 PROBLEMAS DE COBERTURA, QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS

4.1.1 Cobertura

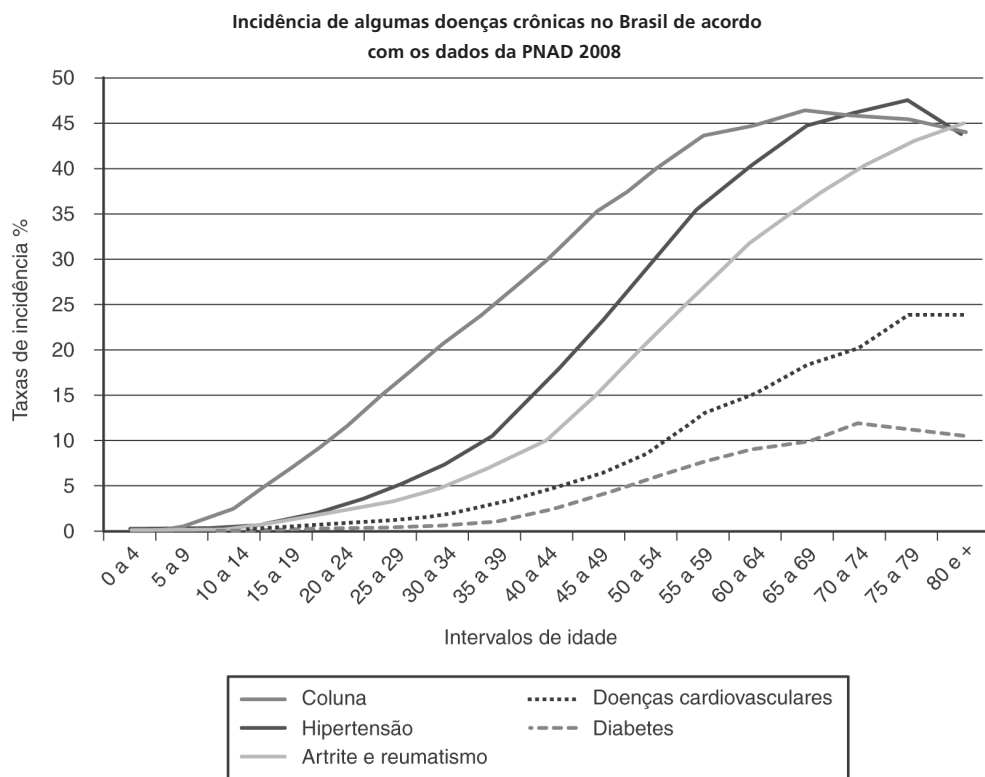
Os problemas de cobertura de saúde no Brasil se expressam em distintas situações já mencionadas, tais como a insuficiência dos programas de promoção e prevenção de saúde, coberturas desiguais e incompletas, deficiências no acesso a políticas de promoção, prevenção e serviços, tais como consultas, internações, exames e medicamentos; problemas de equidade que se colocam no acesso aos serviços; e problemas associados à qualidade e à resolutividade dos serviços (isto é, saber se o problema de saúde apresentado pelo indivíduo foi resolvido ao ser atendido pelo sistema de saúde) e insegurança dos pacientes.

Deve-se agregar o rápido processo de transição demográfica no Brasil que levará a um acelerado envelhecimento da população. Alguns demógrafos apontam que no Brasil o pro-

cesso de transição demográfica avançou em 20 anos o que a Europa levou 150 anos. Os impactos do envelhecimento no aumento das condições crônicas levarão o país a aumentar consideravelmente os gastos com saúde nas próximas décadas. O Gráfico 12, baseado na PNAD 1998, mostra como o peso das doenças crônicas — as que mais demandam recursos do sistema de saúde — aumenta com a idade.

Para ilustrar as deficiências nos temas de acesso e equidade, alguns dados recentes são bem esclarecedores e indicam que a melhoria do acesso e equidade ainda são um tópico relevante na agenda pendente de saúde. De acordo com normas internacionais,¹⁹ espera-se que toda pessoa realize, pelo menos, uma consulta médica anual para efeitos preventivos, sem contar as consultas médicas necessárias para efeitos terapêuticos, quando é o caso. Mas, de acordo com os dados da PNAD 2008, quase 1/3 da população brasileira (32%) não realizou nenhuma consulta nos últimos 12 meses.

GRÁFICO 12



Fonte: Kilsztajn et al. (2003).

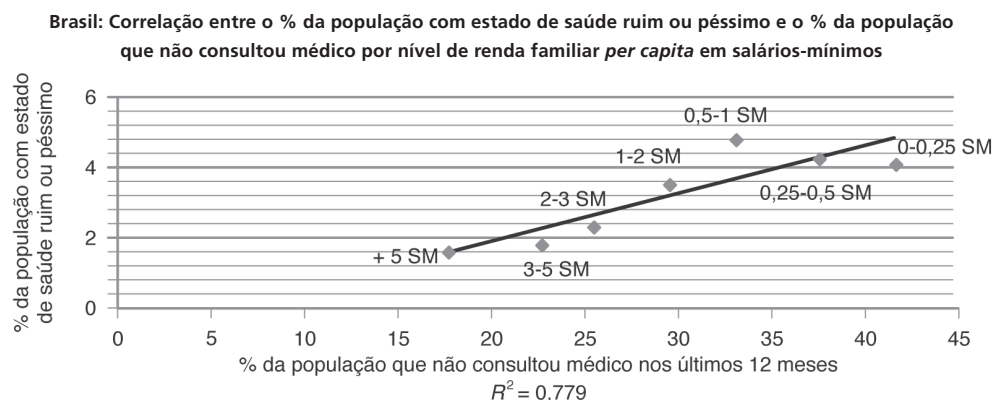
Entre os grupos de menor renda (sem rendimentos e menos de um salário-mínimo domiciliar *per capita*), esse percentual atinge 42%, enquanto entre os grupos de renda mais

¹⁹ Inter-Agency Standing Committee, *Global Health Cluster Suggested Set of Core Indicators and Benchmarks by Category*, December 2009.

elevada (mais de 5 salários-mínimos de renda domiciliar *per capita*) ele é de somente 18%. Considerando que, pela PNAD 2008, as pessoas com menor renda são aquelas que se autoavaliam com mais frequência em estado de saúde ruim ou péssimo, existe uma correlação direta entre mau estado de saúde e a não realização de consultas médicas, ordenada de acordo com o nível de renda, como pode ser observado no Gráfico 13.

Os dados da PNAD 2008 também revelam que nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa 33,9 milhões de pessoas manifestaram problemas ou necessidades de uso dos serviços de saúde. Dessas, 81% procuraram os serviços de saúde e foram atendidas; 2% procuraram os serviços de saúde e não foram atendidas, e 17% não procuraram os serviços de saúde por fatores restritivos tais como falta de dinheiro, local distante para o atendimento, transporte difícil, horário incompatível ou atendimento muito demorado. A proporção de pessoas que não foram atendidas ao procurar os serviços de saúde variou entre 1% no Rio Grande do Sul e 5% no Ceará, para uma média nacional de 2,5%.

GRÁFICO 13



Fonte: IBGE, PNAD 2008.

Em outras palavras, supondo que cada pessoa nessas duas semanas somente procurou os serviços uma vez, pode-se dizer que em 2008 quase um quinto dos brasileiros não estava coberto horizontalmente de fato pelos serviços de saúde. Isso revela problemas de logística e deficiências na qualidade do atendimento e na gestão. Problemas como esses poderiam ser resolvidos, possibilitando o acesso dos que não foram atendidos ou dos que desistiram de procurar os serviços por demoras no atendimento. Entre as medidas estaria organizar ou prover recursos para o transporte de pacientes e aumentar o horário de funcionamento das unidades de saúde.

A cobertura em saúde não é um fato abstrato. Ela deve estar referida ao acesso concreto a um determinado conjunto de serviços que devem ser realizados, monitorados e avaliados. Nesse sentido, a definição utilizada de cobertura, com base em pesquisas domiciliares, avaliando o tempo necessário para chegar do domicílio aos serviços de saúde, e que considera pessoas cobertas como aquelas que residem a pelo menos uma hora desses serviços, faz pouco sentido.

Em geral não se sabe que serviços estão cobertos por essas unidades; se elas dispõem de medicamentos; de pessoal qualificado e equipamento para atender pelo menos as especialidades básicas ambulatoriais; se funcionam continuamente (24 horas por dia) e se chegando lá as pessoas serão atendidas. Considerar que o tempo ou distância necessária para alcançar uma unidade de saúde é sinônimo de cobertura, sem conhecer a disponibilidade de atendimento e a capacidade resolutiva dessa unidade, não diz muito sobre a realidade.

4.1.2 Qualidade

No que se refere aos temas de qualidade, poder-se-ia dizer que boa parte dos serviços de saúde no Brasil não tem níveis de acreditação aceitáveis²⁰ e a maioria dos estabelecimentos de saúde no Brasil não se encontra associada a programas de acreditação voluntária de estabelecimentos de saúde.

Os primeiros esforços de acreditação hospitalar no Brasil se originaram no setor público, dado ser este o principal financiador de hospitais no país. Nos anos 1970, com o objetivo de classificar os hospitais quanto à qualidade para efeitos de pagamento diferenciado, o então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) estabeleceu Regras de Classificação Hospitalar (RECLAR). Essa primeira ideia de avaliação e classificação hospitalar se mostrou instável e foi abandonada, sendo retomada somente no final dos anos 1990, quando o Ministério da Saúde criou o “Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde”. Desse fato se desdobram: a criação do “Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde — PACQS”, da Organização Nacional de Acreditação — ONA, e do Consórcio Brasileiro de Acreditação — CBA, este último filiado à Joint Commission International (JCI), a maior instituição norte-americana de acreditação de estabelecimentos de saúde.

As duas instituições nacionais — ONA e CBA — competem pelo mercado nacional de aferição da qualidade hospitalar. A ONA foi criada por um incentivo do Ministério da Saúde, o qual se consubstanciou na emissão da Portaria n.º 538, de 17 de abril de 2001. Por essa Portaria, a ONA foi considerada “instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar no Brasil”.

Esse processo foi cristalizado quando no mesmo ano o Ministério publicou o *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar - 3ª Edição*. (Portaria n.º 1.970, de 25 de outubro de 2001), o qual foi elaborado pela ONA. O processo de acreditação de hospitais através dos critérios da ONA se define em três níveis.

No primeiro nível (estrutura) se busca garantir: (a) a segurança do estabelecimento, através de instalações físicas, sanitárias e equipamentos que não envolvam riscos a pacientes e profissionais de saúde; (b) a qualificação mínima adequada dos recursos humanos; e (c) a infraestrutura física necessária para assegurar que os serviços executados sejam prestados de forma condizente com a missão institucional.

²⁰ Acreditação é o processo pelo qual uma instituição (no caso de saúde) é avaliada por um organismo acreditador que lhe dá um selo de garantia de qualidade relacionado à qualidade de sua infraestrutura, de seus recursos humanos e de seu processo gerencial, garantindo com isso padrões adequados que permitem a essa instituição prover serviços de qualidade.

No segundo nível (processos) se procura aferir: (a) normas, rotinas e procedimentos documentados, disponíveis e atualizados; (b) estratégias para a melhoria dos processos e protocolos de atenção; e (c) evidência de um modelo organizacional voltado à satisfação do usuário.

No terceiro nível (resultados), se procura avaliar a qualidade da gestão através: (a) da evidência de ciclos de melhoria dos processos, com resultados positivos na estrutura de toda a organização; (b) da existência de sistemas de informação institucional consistentes, baseados em indicadores operacionais, econômico-financeiros contábeis e de qualidade dos processos e produtos que levem o hospital a avaliar o resultado de suas estratégias; e (c) de sistemas de verificação da satisfação do usuário e evidências formais baseadas em *benchmarking* e na avaliação externa de que a estratégia implantada tem impacto na melhoria da qualidade e produtividade.

O processo de acreditação do CBA segue os protocolos, guias e padrões estabelecidos pela JCI, os quais inicialmente eram mais rígidos e não se dividiam em estágios. Atualmente, a JCI tem flexibilizado suas regras buscando processos em que os padrões possam ser alcançados progressivamente através de níveis intermediários de acreditação.

No início da presente década, o Ministério da Saúde e a ANVISA tiveram uma relação bastante estreita com a ONA, realizando convênios para o repasse de recursos financeiros para que essa instituição desencadeasse o mercado de acreditação hospitalar no Brasil e orientasse outras instituições para serem acreditadoras utilizando a metodologia desenvolvida pela própria ONA.

As próprias normas de licenciamento hospitalar estabelecidas pela ANVISA nada mais são do que uma reinterpretação no primeiro nível de acreditação da ONA, que trata basicamente de condições de infraestrutura e equipamento das unidades de saúde. Recentemente o Ministério da Saúde revogou a Portaria 538, que assegurava à ONA o caráter de instituição única de acreditação aceita pelo Ministério da Saúde, fazendo com que a ONA e o CBA possam competir no mercado brasileiro de acreditação, inclusive nos estabelecimentos públicos, em igualdade de condições.

Desde sua criação até a primeira metade de 2010, a ONA já acreditou 232 entidades no Brasil, incluindo hospitais, laboratórios, bancos de sangue, clínicas, ambulatorios e centros cirúrgicos. Sua forte relação com o processo de acreditação de estabelecimentos públicos e privados de saúde em São Paulo estabeleceu para ela uma vantagem comparativa no estado onde o número de hospitais é maior. Já o CBA acreditou um número menor de organizações de saúde com maior concentração no estado do Rio de Janeiro. No entanto, o número de estabelecimentos de saúde até hoje acreditados não chega sequer a 5% do total de hospitais e instituições de saúde no país. Há portanto, um grande e promissor mercado pela frente para que se possa aumentar a qualidade institucional das organizações de saúde no país.

4.1.3 Resolutividade

Com relação ao tema da resolutividade dos serviços de saúde, destaca-se que existem muito poucos dados no Brasil que permitam apontar se a utilização dos serviços (consultas ou

internação) resolveu ou não o problema de saúde do indivíduo. Dentre essas pesquisas destaca-se a PCV (Pesquisa de Condições de Vida), realizada pela Fundação SEADE no estado de São Paulo. Ela já foi realizada em 1990, 1994, 1998 e 2006.²¹ Essa pesquisa perguntava ao indivíduo atendido em um serviço de saúde sobre a qualidade desse atendimento e se o seu problema de saúde havia sido resolvido.

Os resultados da pesquisa de 1998 indicavam que 80% dos indivíduos consideraram que o tratamento recebido contribuiu, de alguma forma, para a melhoria de sua saúde, ainda que parcialmente. Os indivíduos pertencentes aos quintis de renda mais elevados consideravam que o tratamento recebido foi mais decisivo na melhora do seu quadro clínico, o que pode estar refletindo o maior nível educacional dessas pessoas.²² Além desse fator, duas variáveis importantes para avaliar a qualidade do atendimento são: (a) o tempo para marcação de consulta, variável que poderia ser usada como uma “*proxy*” para a qualidade de atendimento; e (b) o tempo de espera para o atendimento na fila de espera de um consultório. No estado de São Paulo, segundo os dados da PCV — 2006, 76,8% das pessoas tiveram consultas marcadas para serem realizadas em menos de um mês. No caso do tempo de espera, os 20% mais ricos demoraram 31 minutos para serem atendidos, enquanto os 20% mais pobres demoraram 77 minutos, considerada uma média de 56 minutos para todas as pessoas que procuraram serviços de saúde. Dados dessa natureza, no entanto, não estão disponíveis para a totalidade do país.

4.2 PROBLEMAS DE ORGANIZAÇÃO E EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os principais problemas que levam à ineficiência da rede de serviços de saúde no Brasil repousam na desarticulação entre os distintos níveis de complexidade da rede de serviços (atenção primária, secundária e terciária), na ausência de uma política de recursos humanos consistente (desqualificação de pessoal de nível médio, desbalanceamento na composição interna das equipes de saúde e distribuição inadequada de profissionais), na falta de uma gestão adequada de custos dos insumos, materiais e medicamentos e na falta de autonomia dos gestores dos serviços de saúde para resolver esses problemas enumerados.

Recente estudo do Banco Mundial (La Forgia e Coutollenc, 2008) apresenta uma série de evidências relacionadas aos problemas de eficiência no setor saúde no Brasil, cabendo destacar:

- a) **Problemas de escala:** mais da metade dos hospitais brasileiros tem porte muito pequeno (menos de 50 leitos) para funcionar de forma eficiente. Esses hospitais em geral têm taxas de ocupação muito baixas, grande ociosidade e não têm financiamento adequado, estando seu faturamento próximo aos custos fixos. Embora exista uma tendência ao fechamento dos pequenos hospitais privados por questões de mercado, o setor público tem adotado desde os anos 1990 uma política de investimentos em pequenos hospitais para cumprir promessas eleitorais, sem uma forte preocupação com sua eficiência e viabilidade financeira.

²¹ O autor agradece a informação recente sobre a PCV e a contribuição sobre o tema da resolutividade trazida por Antonio Carlos Coelho Campino em seminário na Casa das Garças, em junho de 2010.

²² Cf. Dias e Campino, 2000.

- b) **Falta de padronização das práticas médicas:** A gestão clínica pouco uso tem feito de protocolos de tratamento, o que contribui para grandes variações nos procedimentos utilizados para diagnósticos iguais, dificultando o controle dos custos e levando à baixa qualidade no atendimento.
- c) **Hospitalocentrismo:** Ainda que tenha havido um crescimento das políticas de atenção primária nos últimos anos, o sistema de saúde no Brasil é bem mais dependente da atenção hospitalar. Cerca de 30% das internações hospitalares poderiam ser evitadas com seu tratamento em ambulatório. As emergências são frequentemente utilizadas como porta de entrada para tratamentos simples pela falta de unidades de atenção primária disponíveis durante todo o dia.

A maioria dos municípios no Brasil não tem utilizado os serviços de atenção básica como porta de entrada da rede de serviços. Não existem sistemas adequados de regulação da rede com mecanismos de referência e contrarreferência para o encaminhamento dos pacientes aos serviços de maior complexidade. Não se dispõe de registros médicos eletrônicos para os pacientes que permitam avaliar sua história clínica como base para tratamentos mais adequados. Tudo isso dificulta os tratamentos, as prescrições e a solução dos problemas de saúde.

Os problemas na área de organização e eficiência dos serviços passam ainda por questões tais como a falta de autonomia para uma gestão adequada das instituições de saúde, a corrupção e a falta de transparência no setor e o crescimento da judicialização da saúde em decorrência da indefinição prática do conceito de integralidade em saúde.

Esses temas têm criado nos últimos anos problemas legais e falta de governabilidade nas três esferas públicas, gerando a necessidade de aprimorar a regulação da provisão dos serviços, que está debilitada pela falta de complexos reguladores da prestação de serviços, pela deficiência na articulação de redes de serviços entre os entes federados e pela ineficiência das instituições na gestão do sistema público de saúde.

4.2.1 A Falta de Autonomia das Instituições de Saúde

A Constituição de 1988 trouxe um retrocesso nos temas de organização administrativa do Estado. A partir dela, a contratação de pessoal para os serviços públicos de saúde passou da CLT ao Regime Jurídico Único. Os gestores de saúde tiveram que se submeter à utilização de demorados processos de compras públicas. A rigidez nas relações contratuais dificultou a relação com outros prestadores de serviços de saúde que poderia ser terceirizada em áreas como as de apoio logístico e apoio diagnóstico e terapêutico.

No entanto, como discutido na seção 2 deste artigo, ocorreram grandes inovações nos processos de gestão em saúde no período 1994-2002. Entre elas destacam-se a instituição das OSIP, OS e a possibilidade de parcerias público-privadas (PPP), como mecanismos legais para recuperar e restabelecer a autonomia de gestão dos estabelecimentos de saúde perdidas com a Constituição de 1988. Esses processos, como discutido, têm avançado recentemente nos estados e municípios. No entanto, tanto o Legislativo como o Judiciário têm bloqueado,

no campo jurídico, a continuidade dessas inovações e, em alguns casos, têm questionado até mesmo a constitucionalidade das instituições autônomas como as OS.

A Constituição brasileira, no parágrafo único de seu artigo 199, definiu que “*as instituições privadas poderão participar de forma complementar no sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*” Muitos juristas interpretam esse artigo como uma autorização à existência de PPPs na gestão de serviços de saúde de responsabilidade do Estado. Sob essa perspectiva, as OS estariam na legalidade. Portanto, boa parte das ações judiciais contra as OS, apresentadas por Sindicatos de Profissionais de Saúde e até mesmo por Conselhos de Saúde, não teria fundamentação jurídica.

Mesmo assim, propostas inovadoras para a gestão de estabelecimentos públicos de saúde, como o projeto das *Fundações Estatais de Direito Privado*, em que pesem os esforços do Ministério da Saúde para sua aprovação, têm sido questionadas e foram suspensas, paralisando um grande número de inovações na gestão de estabelecimentos de saúde. Hospitais federais, como os especializados do Ministério da Saúde (INCA, INTO etc.), e os Hospitais Universitários são claros exemplos de instituições que seriam mais eficientes se tivessem maior autonomia de gestão.

Portanto, em que pesem os progressos alcançados nos níveis estaduais e municipais na implementação de formas autônomas de gestão hospitalar (como as OS), a maioria dos estabelecimentos públicos de saúde no Brasil não consegue avançar na melhoria dos processos de gestão. Não têm autonomia para gerir adequadamente seu orçamento. Não podem comprar bens e serviços de uma forma eficiente e expedita, nem contratar e demitir pessoal de acordo com suas necessidades institucionais, as quais estão em constante mutação para responder a uma demanda cada vez mais dinâmica e diferenciada.

4.2.2 Corrupção e Falta de Transparência

Nos últimos anos, o SUS tem tido inúmeros casos de corrupção e falta de transparência no uso dos recursos públicos, sempre presentes nas manchetes dos jornais. Exemplo do mau uso dos recursos públicos são as transferências do SUS para os municípios. Desde 2003, a Advocacia Geral da União (AGU) realiza, por amostragem, auditorias detalhadas do uso dos recursos dos fundos municipais de saúde. Um estudo realizado com base nestas auditorias²³ para o período 2003-2005, baseado numa amostra de 500 municípios brasileiros com menos de 500 mil habitantes, demonstrou que 69% apresentaram alguma forma de corrupção, entendida como obtenção de privilégios pessoais, associada ao uso dos recursos federais de saúde transferidos aos municípios.

De acordo com esse estudo, maiores taxas de corrupção no uso dos recursos estavam associadas a ausência ou baixa representação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde. Por outro lado, a existência de corrupção não estava diretamente relacionada com a

²³ Cf. Avelino e Biderman (2006).

renda do município, com a existência de orçamentos participativos ou com o tamanho da transferência de recursos federais para os municípios. No entanto, dado o emaranhado de leis, decretos, normas, portarias, emitidos continuamente sobre transferências de recursos, muitas vezes o que a AGU considera corrupção pode ser simplesmente inobservância de normas administrativas (por desconhecimento) ou descumprimento de legislação local não compatível com a legislação federal existente ou emitida. Nesse sentido, caberia separar os atos de descumprimento da legislação vigente daqueles de enriquecimento ilícito através do uso de recursos públicos, que é o que, em termos clássicos, tem sido considerado corrupção.

4.2.3 Judicialização da Saúde

No que tange ao tema da judicialização da saúde, nos últimos anos as cortes judiciais no Brasil têm interpretado o tema da integralidade do acesso à saúde de forma distinta do conceito utilizado pelo Ministério da Saúde. Para o Ministério, a integralidade deveria ser garantida por um conjunto de bens e serviços de saúde de eficácia comprovada no tratamento dos principais problemas epidemiológicos da população brasileira. Mas em grande parte das demandas judiciais o que acaba ocorrendo é a exigência de se tratar certa doença com o uso de determinado produto farmacêutico, procedimento ou terapia não incorporado pela evidência médica disponível, mesmo que o tratamento dessa doença já esteja contemplado no SUS através de alternativas terapêuticas comprovadamente mais eficazes pelos parâmetros disponíveis.

O crescimento das demandas judiciais em saúde, com base no artigo 196 da Constituição de 1988, que garante a integralidade das ações de saúde, é fenômeno conhecido como judicialização da saúde no jargão do Direito Sanitário. Ele tem sido um dos principais fatores recentes que potencializa a iniquidade financeira entre ricos e pobres no acesso ao SUS. Os fatos geradores dessa iniquidade são o caráter difuso do conceito de integralidade e a ruptura do financiamento público às prioridades epidemiológicas de saúde. A assimetria na informação e acesso aos meios jurídicos para impetrar ações contra o Estado para a cobertura ou ressarcimento de ações de saúde negadas pelos gestores públicos do SUS favorece aqueles que podem pagar advogados ou que conhecem os meandros jurídicos para levar adiante ações contra o Estado. O crescimento do processo de judicialização da saúde se baseia no artigo 196 da Constituição Federal, que considera a integralidade da saúde, independentemente de ser turbinada ou partida, para usar as palavras de Gilson Carvalho (2010), um direito da população e um dever do Estado.²⁴ A justiça brasileira

²⁴ Gilson Carvalho (2010) define como universalização turbinada o processo pelo qual recursos públicos financiam ações de saúde questionáveis pelos preceitos técnicos e éticos, invertendo prioridades sociais. Por exemplo, ao financiar necessidades menos urgentes de grupos de maior renda com recursos que poderiam financiar necessidades mais urgentes dos mais pobres, o governo claramente inverte prioridades sociais. Também define como universalização partida o direcionamento dos recursos públicos em benefício daqueles que têm poder de pressão e se articulam em redes sociais. Os recursos para financiar as ações judiciais desses grupos acabam saindo de cortes nas ações de saúde prioritárias para a epidemiologia dos mais pobres, como as de promoção e prevenção de saúde, com impactos negativos no produto do setor e no aumento da iniquidade e diminuição da qualidade de vida dos que detêm menos recursos.

tem acatado de forma maciça esse argumento. Em grande parte do país, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde têm lutado contra essa realidade, dadas as limitações impostas a seus orçamentos, que levam à distorção das prioridades epidemiológicas financiadas pelo orçamento público. As inúmeras ações que tramitam no Judiciário restringem a liberdade do Governo Federal, dos estados e dos municípios de alocar recursos públicos em saúde segundo prioridades pactuadas, devido aos bloqueios judiciais realizados no orçamento. Seguem alguns exemplos.

Segundo a Agência Brasil, as compras de remédios por ordem da Justiça consumiram R\$526 milhões nas esferas federal, estaduais e municipais em 2007. Somente no Ministério da Saúde os gastos com ações judiciais para a compra de medicamentos aumentaram vinte vezes entre 2005 e 2008, passando de R\$2,5 milhões para R\$52 milhões, valor suficiente para realizar 5,2 milhões de consultas pré-natais e 130 mil partos normais num país que ainda sofre com elevadas taxas de mortalidade materna. Nos estados a situação não é diferente:

- Em Minas Gerais foram processadas 1.744 ações judiciais em 2005, comprometendo R\$40 milhões somente com o pagamento de medicamentos reivindicados por meio dessas ações.
- O Rio de Janeiro tem fechado acordos com a Defensoria Pública — que são parte em cerca de 90% dessas ações judiciais — para que, em casos que pleiteiam medicamentos que estão na lista do SUS, o órgão oficie à Secretaria antes de tentar a via judicial. Ainda assim, os gastos com ações judiciais continuam a aumentar. Em 2005, o órgão usou R\$5 milhões para esse fim, enquanto em 2008 a previsão foi de R\$30 milhões. Com esses recursos poderiam ser abertas 25 unidades de pronto-atendimento 24 horas, destinadas a casos mais graves.
- A Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul adota uma estratégia similar à do Rio de Janeiro para reduzir a judicialização na saúde. O estado gasta uma média de R\$ 6,5 milhões por mês com o cumprimento de decisões judiciais. Em 2007, o estado enfrentou 7,9 mil ações judiciais, e entre janeiro e junho de 2008 estas já chegavam a 4,5 mil.
- Ao que se sabe São Paulo é o estado que mais gasta com o fornecimento de remédios pela via judicial. Desde 2002 foram ajuizadas mais de 25 mil ações para os mais diversos pedidos. Entre 2002 e 2008, por exemplo, foram gastos cerca de R\$ 500 milhões com ações judiciais, ainda que entre 2007 e 2008 o número de ações se tenha reduzido 22% — de 3.996 para 3.098. Há centenas de processos pedindo o fornecimento de fraldas, que, além de não serem itens de gasto em saúde e sim de higiene pessoal, não estão nas listas do SUS. Se essas ações prosseguissem, o SUS deveria começar a pagar sabonetes, detergentes e outros produtos de limpeza.
- Em 2007, uma decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu liminar que determinava ao estado de Alagoas a aquisição de medicamentos não fornecidos pelos SUS em seus programas para pacientes transplantados renais e renais crônicos. Algumas associações de pacientes alegaram que essa decisão feria o princípio da integralidade, mas o STF instruiu que o SUS oferecia alternativas ao medicamento demandado e que não

havia testes nacionais que comprovassem a eficácia do medicamento solicitado. Em casos similares, juízes do Supremo Tribunal desfizeram decisões tomadas nos estados do Amazonas e do Rio Grande do Norte.

Assim, enquanto os estados alegam que há uma judicialização excessiva, algumas associações de pacientes reclamam que não há medicamentos disponíveis e que por meio de ações junto às secretarias estaduais tem sido possível regularizar o fornecimento de medicamentos e forçar a criação de leis estaduais com essa finalidade. Vale destacar, no entanto, o formato regressivo das ações judiciais contra o SUS. Uma pesquisa realizada por Ana Luiza Chieffi e Rita Barradas Barata (2009), com base no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) da Fundação SEADE, mostra que em 2006 somente 13% das ações judiciais contra o SUS para a aquisição de medicamentos no município de São Paulo foram solicitadas por pessoas que vivem em áreas de vulnerabilidade social alta e muito alta. Por outro lado, 16% das ações judiciais contempladas para a aquisição de medicamentos foram impetradas por pessoas que vivem em áreas onde não há nenhuma vulnerabilidade social e 31% por pessoas que vivem em áreas de vulnerabilidade social muito baixa. Portanto, as ações judiciais reforçam a lógica dos pedidos de medicamentos excepcionais que atendem às patologias dos grupos sociais de mais alta renda.

4.3 PROBLEMAS DE EQUIDADE

Podemos identificar três aspectos relacionados ao financiamento e gasto que têm impacto na equidade em saúde no Brasil. O primeiro refere-se ao diferencial de utilização dos serviços entre os grupos mais ricos e mais pobres, especialmente no que se refere à atenção básica e medicamentos.²⁵ O segundo está na forma como os diferentes impostos incidem sobre a renda das famílias, acarretando uma forma de financiamento que acaba sendo regressiva. O terceiro se relaciona ao fato de que os gastos em saúde, inclusive os do SUS, acabam sendo mais elevados nas áreas onde a renda *per capita* é mais alta, gerando iniquidades e mostrando que o caráter compensatório do SUS em relação ao nível de renda regional não existe. Esses três aspectos se somam a outros de ordem mais subjetiva, como as dificuldades de acesso dos mais pobres, em decorrência de assimetrias de informação entre distintos grupos sociais acerca de como aceder e utilizar o SUS, e localização estratégica das unidades de saúde, em geral nem sempre acessíveis aos mais pobres.

4.3.1 Iniquidades na Utilização do SUS entre Ricos e Pobres

Por determinação constitucional, a sociedade brasileira é beneficiária dos serviços individu-

²⁵ Mônica Viegas Andrade e Kenya Noronha, em texto neste livro, demonstram que a grande desigualdade de acesso aos serviços por níveis de renda está na área ambulatorial e nos processos de atenção básica. Isso reforça a proposta de que a melhoria do acesso à atenção básica (através de programas como o PSF) é um dos grandes desafios a serem enfrentados para aumentar a equidade do sistema. Antonio Campino, também em texto neste livro, analisa o tema da equidade no que se refere à cobertura de gastos catastróficos em saúde.

ais e dos bens públicos de saúde que o SUS oferece, tais como campanhas de vacinação, fumigação de ambientes para evitar a presença de vetores de doenças transmissíveis, vigilância dos portos, aeroportos e fronteiras etc. Toda a sociedade brasileira é tributária dos avanços que o SUS representou nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica, vigilância ambiental, redes de urgência e emergência e do quadro geral de melhoria da saúde nos últimos vinte anos, que tem assegurado maior produtividade e bem-estar social. Assim, ao se falar em iniquidades do SUS, estaremos nos referindo basicamente aos temas de assistência médica, e não aos bens públicos de saúde que o SUS entrega à sociedade brasileira.

A iniquidade do SUS não está no grau de sua utilização por pessoas mais e menos abastadas. Os grupos de renda mais elevada utilizam menos o SUS do que os grupos mais pobres, demonstrando a importância do sistema público para o atendimento das necessidades de saúde dos que têm menor renda. A maioria dos pobres utiliza exclusivamente o SUS, mas alguns deles também são usuários de planos privados de saúde.²⁶ Os pobres que não utilizam o SUS não o fazem por falta absoluta de condições.²⁷ Vivem em geral em comunidades isoladas, regiões de difícil acesso e áreas rurais. Muitas vezes os pobres nas áreas metropolitanas têm acesso ao SUS, mas os serviços são de qualidade questionável e não atendem ao complexo quadro de determinantes sociais e epidemiológicos que condicionam a saúde dessas áreas.

A iniquidade no uso do SUS repousa na natureza dos procedimentos que presta em relação às características epidemiológicas do país. Esses procedimentos podem ser questionados quanto à sua prioridade social e até mesmo quanto à sua essencialidade diante dos recursos públicos disponíveis para a saúde. Ainda que poucos dos que pertencem aos grupos de maior renda recorram exclusivamente ao SUS e a maioria sequer utilize o sistema, os que o utilizam de forma frequente ou eventual o fazem para complementar, ou os serviços que recebem dos planos privados de saúde ou a compra direta de serviços dos prestadores privados.

Dado que o *multiemprego médico* é uma característica marcante do sistema de saúde brasileiro, os médicos que trabalham no setor público em geral são os mesmos que trabalham nos estabelecimentos privados contratados pelos planos de saúde. Assim, quando um médico solicita um exame ou procedimento mais caro a um afiliado de um plano de saúde, ele pode sugerir que o mesmo seja feito pelo SUS no estabelecimento em que ele trabalha. Muitas vezes tais procedimentos, exames ou medicamentos de alto custo ou são cobertos apenas parcialmente ou têm sua oferta racionada pelos planos de saúde. Para ter acesso a esses serviços, os usuários frequentemente têm que gastar em copagamentos ou taxas, levando-os a aumentar sua preferência em utilizar o SUS para aceder ao exame, medicamento ou procedimento. Tal fato aumenta a demanda do SUS por esses bens e serviços, levando o sistema a gastar mais em exames sofisticados, procedimentos de alto custo e medicamentos excepcionais. Com maiores gastos em bens e serviços onde existe forte demanda da classe média, o SUS passa a ter que limitar os gastos com procedimentos que poderiam ser des-

²⁶ De acordo com a POF 2008-2009, cerca de 0,3% da renda total das famílias com renda mensal de até R\$830 é destinada ao pagamento de planos de saúde. Além do mais, muitas empresas oferecem planos de saúde aos seus funcionários que têm renda equivalente a um salário-mínimo.

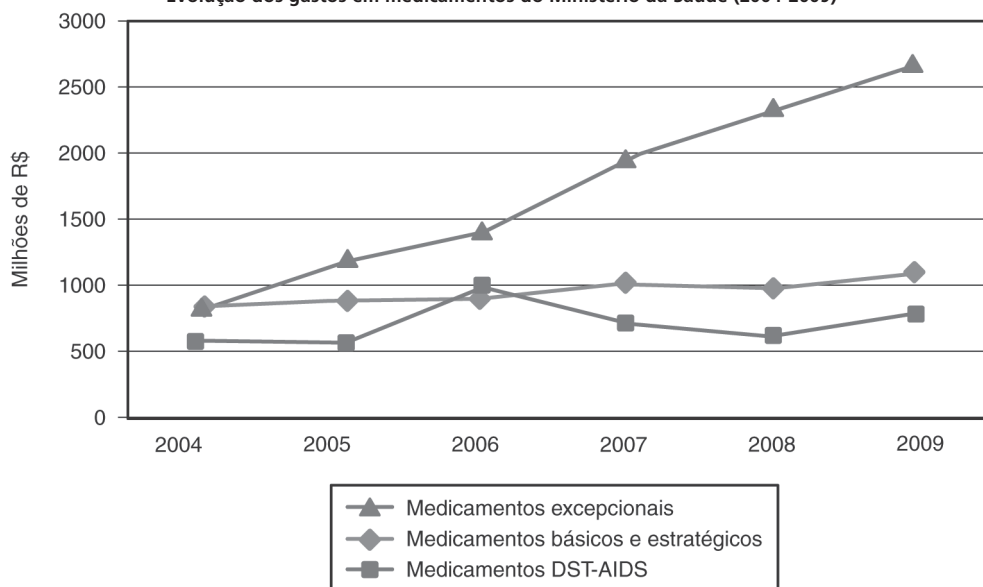
²⁷ Como será visto no Gráfico 16, de acordo com a PNAD 2008, mais de 30% dos domicílios com renda domiciliar *per capita* inferior a um quarto de salário-mínimo não tinham acesso, sequer, ao PSE.

tinados à redução da morbimortalidade dos mais pobres,²⁸ cuja demanda normalmente é reprimida em função de vários fatores, como falta de acesso físico, custo de transporte e assimetrias de informação.

Vale a pena destacar o caso dos chamados medicamentos excepcionais, ou seja, aqueles utilizados para o tratamento de doenças mais complexas e que incidem em populações mais longevas, em comparação aos gastos com medicamentos básicos e estratégicos, voltados para a cobertura das patologias da maioria da população de baixa renda (ver Gráfico 14). Em 2004, a soma dos gastos com medicamentos básicos e estratégicos (excluídos os gastos com medicamentos para DST-AIDS) era praticamente similar à dos gastos com medicamentos excepcionais (em torno de R\$0,83 bilhão). Em 2009, o gasto com medicamentos excepcionais (R\$2,6 bilhões) passou a ser cerca de 2,5 vezes superior à soma dos gastos com medicamentos básicos e estratégicos (R\$1,1 bilhão), num contexto em que a população de baixa renda ainda está longe de ter acesso integral a esse conjunto básico e estratégico de medicamentos. A continuar nesse ritmo, é de se esperar que os gastos com medicamentos excepcionais passem a absorver parcelas crescentes do orçamento do Ministério da Saúde, num contexto em que as necessidades de medicamentos básicos e estratégicos continuam insatisfeitas e os direitos essenciais à saúde dos mais pobres não estão sendo cumpridos.

GRÁFICO 14

Evolução dos gastos em medicamentos do Ministério da Saúde (2004-2009)



Fonte: Ministério da Saúde — SIOPS.

²⁸ Ocorre o oposto com os gastos com procedimentos de média complexidade, em que a oferta é em geral insuficiente para a atenção da população de renda mais baixa.

A política de saúde no Brasil, ao privilegiar gastos com a cobertura de medicamentos excepcionais, exames e procedimentos de média e alta complexidade, em detrimento do acesso universal à atenção básica e aos medicamentos essenciais, acaba contribuindo para subsidiar indiretamente os preços dos prêmios de seguro das operadoras de planos de saúde. Ao receberem gratuitamente do SUS serviços e medicamentos mais caros, os usuários dos planos de saúde pagam pelos prêmios de seguro um valor abaixo do esperado. O valor dos prêmios poderia ser mais alto se tais planos incorressem nas despesas com os serviços de alta e média complexidade que o SUS propicia a seus beneficiados.

Algumas discussões realizadas entre técnicos e gestores em saúde, ao final dos anos 1990, fizeram com que o Ministério da Saúde, com base em estudos preliminares, criasse uma tabela de ressarcimento para que os planos de saúde pagassem pelos serviços que seus assegurados utilizam dos hospitais públicos e privados, através do SUS. O ressarcimento poderia ser uma das fontes de recursos do SUS, mas o valor ressarcido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é muito inferior ao potencial de arrecadação dessa fonte de recursos, fazendo com que, muitas vezes, a própria cobrança seja deficitária, dados os custos processuais envolvidos.

Alguns fatos merecem ser mencionados a esse respeito: a tabela utilizada para o ressarcimento (chamada TUNEP) tem valores superiores aos pagos pelo SUS para os hospitais públicos e privados de sua rede, através da AIH,²⁹ e muitas operadoras de planos de saúde entram na justiça e não fazem o ressarcimento, com base no argumento de que um sistema de saúde universal e gratuito não pode cobrar pelos serviços prestados aos cidadãos.

É verdade que programas desenvolvidos pelo SUS, como os de saúde da família e os procedimentos custeados pelo Piso de Atenção Básica (PAB), têm revertido progressivamente a tendência ao crescimento dos gastos com procedimentos de alta e média complexidade. Entre 1995 e 2004, os gastos do Ministério da Saúde com procedimentos de média e alta complexidade aumentaram 27%, enquanto os relativos à atenção básica aumentaram 123%.

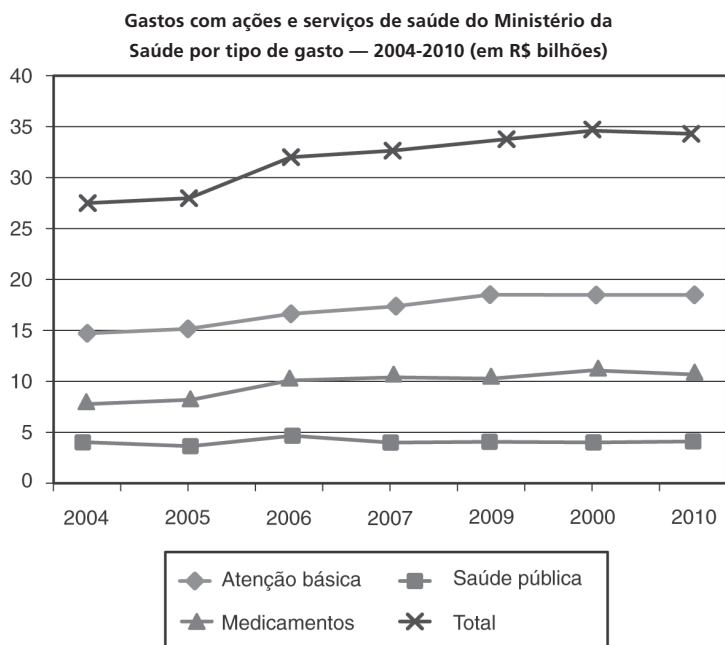
Mesmo assim, em 2004 o Ministério gastava com alta e média complexidade quase três vezes mais do que com atenção básica (ver Gráfico 15).³⁰

O crescimento das enfermidades crônicas não transmissíveis entre os grupos mais pobres, associado ao aumento de sua esperança de vida, também aumenta as pressões de demanda para procedimentos de média complexidade. Esse foi um dos principais argumentos que levaram o Ministério da Saúde a contratar, com o Banco Mundial, um empréstimo para realizar investimentos em redes de saúde que venham a organizar os processos de gestão regional do SUS tendo como eixo orientador a atenção primária, organizando o acesso aos procedimentos de média complexidade e melhorando os processos de referência e contrarreferência na rede pública de saúde sob a égide do SUS.

²⁹ Isso aconteceu porque de fato a tabela da AIH sub-remunera algumas prestações de saúde, especialmente aquelas associadas à epidemiologia dos mais pobres, como ginecologia, obstetrícia e pediatria, por exemplo. Assim, se o ressarcimento fosse feito pela AIH para os procedimentos de baixa complexidade, haveria um grande incentivo para que os planos utilizassem mais os hospitais públicos ou o SUS para a compra desses procedimentos, dado que pagariam menos que os custos incorridos com sua rede própria ou contratada.

³⁰ Em 2004, os gastos do Ministério da Saúde com atenção básica alcançaram R\$6,4 bilhões, enquanto os com procedimentos de alta e média complexidade chegaram a R\$16,9 bilhões.

GRÁFICO 15



Fonte: Ministério da Saúde – SIOPS.

Por fim, vale destacar que o tema já mencionado na seção anterior da judicialização da saúde é outro fator que induz a uma maior iniquidade entre ricos e pobres na utilização dos serviços de saúde, como demonstrou o estudo de Chieffi e Barradas (2009).

4.3.2 A Regressividade das Fontes de Financiamento

Estudo recente de Uga e Soares Santos (2007) chega a algumas conclusões interessantes a respeito das fontes que financiam a saúde no Brasil. A Tabela 1, reproduzida deste estudo, com base nos dados da POF 2002-2003, evidencia que:

- a) A maior fonte de financiamento dos gastos com saúde é diretamente o orçamento das famílias (48%), seguindo-se o SUS (42%) e as empresas, através dos planos de saúde (menos de 10%).
- b) As famílias situadas nos três decis de renda mais pobres recebem proporcionalmente menos recursos do SUS do que as famílias nos decis de renda superiores.
- c) As famílias nos decis de renda mais elevada financiam suas necessidades de saúde com os planos de saúde pagos pelas empresas, em proporção mais elevada que as famílias mais pobres.
- d) Como as transferências do SUS e das empresas (planos de saúde) para as famílias mais pobres não são suficientes para cobrir os seus gastos, estas têm que dedicar maiores parcelas de seus orçamentos familiares para financiar suas necessidades de saúde do que as famílias situadas nos decis mais ricos.

TABELA 1 Distribuição percentual dos recursos destinados ao financiamento da saúde das famílias por fontes de financiamento (SUS, planos de saúde e orçamentos familiares)Segundo decis de renda familiar *per capita* Brasil 2003

Decil de renda familiar <i>per capita</i>	Fontes de financiamento			
	SUS (%)	Planos de saúde (%)	Gastos familiares (%)	Total (%)
1 (mais pobre)	3,4	0,4	6,7	10,5
2	3,2	0,2	5,5	8,9
3	4,0	0,4	5,5	9,9
4	5,3	0,5	5,5	11,3
5	4,0	0,9	5,2	10,1
6	4,7	0,8	4,6	10,1
7	4,6	1,0	4,7	10,3
8	4,5	1,6	4,4	10,5
9	4,4	1,8	3,3	9,5
10 (mais rico)	4,1	1,8	3,0	8,9
TOTAL	42,2	9,4	48,4	100

Fonte: Uga e Soares, 2007 — Estimativas com base nos dados da POF 2002-2003.

Como consequência desse comportamento — tanto do SUS como dos planos de saúde —, os gastos das famílias são aqueles que acabam compensando a diferença. Eles são mais elevados nos decis de renda mais baixa e menores nos decis de renda mais alta.

A melhor forma de compensar essa iniquidade seria fazer com que o SUS concentrasse seus gastos nos decis de renda mais baixa, deixando que as necessidades dos decis de renda mais alta fossem substancialmente financiadas pelo gasto direto das famílias e dos planos de saúde.³¹ Dessa forma, as famílias de baixa renda receberiam mais subsídios públicos e poderiam dedicar os recursos que gastam hoje com saúde a outras necessidades básicas.

Com o perfil de concentração de renda da sociedade brasileira, o SUS só teria um papel realmente equitativo se pudesse concentrar seus gastos entre aqueles que não têm capacidade de pagar um plano ou seguro de saúde (ou eventualmente cofinanciar os serviços ofertados pelo SUS). Mas, dado que os gastos de saúde podem ser explosivos em determinados episódios agudos, representando um custo catastrófico, mesmo para as famílias de classe

³¹ Isso exigiria um esforço para repensar a capacidade dos planos de saúde em ofertar serviços ou do SUS receber cofinanciamento ou ressarcimento dos serviços que prestam às famílias de renda mais elevada. No entanto, se poderia pensar que gastos catastróficos das famílias de alta renda poderiam ser subsidiados pelo SUS. O artigo de Antônio Campino neste volume oferece uma visão de como trabalhar com o tema de gastos catastróficos em saúde.

média mais abastada, o SUS poderia deixar um componente para o financiamento de gastos catastróficos concentrado em procedimentos de alto custo e alta tecnologia em situações não cobertas pelos planos de saúde.

4.3.3 Iniquidades no Gasto Público em Saúde em Nível Regional

Considerando que a renda regional disponível para o financiamento do SUS não é distribuída simetricamente e que os estados mais pobres dispõem para tal fim de menos recursos orçamentários que os mais ricos, é necessário que o gasto federal com saúde tenha um papel compensatório, transferindo mais recursos às regiões mais pobres. No entanto, não é isso que acontece, como pode ser visto na Tabela 2.

TABELA 2 Gasto regional <i>per capita</i> do SUS — Brasil 2003				
Regiões	Gasto <i>per capita</i> do SUS por nível de governo (em reais)			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
Norte	112,98	82,88	34,48	230,34
Nordeste	104,57	33,16	30,68	168,41
Sudeste	122,37	54,37	73,82	250,56
Sul	112,94	34,56	54,80	202,30
Centro-Oeste	123,31	58,38	48,21	224,90

Fonte: Ministério da Saúde — SIOPS.

Verifica-se que as maiores transferências *per capita* de recursos federais se destinam às Regiões Sudeste e Centro-Oeste, que estão entre as mais ricas do país. Analogamente, as regiões mais pobres como o Nordeste são as que recebem menores recursos *per capita* do Governo Federal para a saúde. No que se refere ao compromisso dos estados, pode-se observar que a Região Norte e em seguida as Regiões Sudeste e Centro-Oeste são as que comprometem mais recursos estaduais. Por fim, no que se refere aos recursos municipais, o maior comprometimento vem dos municípios do Sudeste, e o menor cabe aos municípios nordestinos.

Em síntese, as regiões pobres como o Nordeste são as que recebem menos recursos públicos para a saúde em todas as esferas de Governo, não havendo política compensatória suficiente que amenize essa desigualdade. Tanto as transferências de recursos federais como os gastos estaduais e municipais em saúde se baseiam numa lógica de remuneração de recursos por atos ou procedimentos. A capacidade de gerar atos ou procedimentos médicos depende da capacidade instalada e não das necessidades de saúde. Assim funcionam a AIH e o financiamento das ações ambulatoriais. Somente os recursos para atenção básica têm buscado romper essa lógica de repasse financeiro, passando os recursos a serem transferidos de acordo com um processo de programação e necessidades pactuadas.³²

³² Ver sobre esse ponto Melamed e Costa, 2003.

Essa lógica de financiamento que permeia a atenção básica parece ser, no entanto, uma promessa para orientar as ações futuras para todos os recursos de saúde à disposição dos estados e municípios, a partir de metas e resultados pactuados. Somente dessa forma seria possível ter um maior impacto na equidade com o uso dos recursos públicos para a saúde.

Vale destacar ainda que falta uma melhor coordenação entre as coberturas públicas e privadas (saúde suplementar), já que o acesso universal e gratuito ao sistema faz com que as pessoas com capacidade de pagamento tenham dupla cobertura (ver Gráfico 16), utilizando vultosos recursos do setor público para os serviços de alto custo e alta tecnologia do SUS que deveriam ser cobertos pelos planos privados de saúde aos quais elas se associam.

5 PROPOSTAS PARA AGENDA PENDENTE EM SAÚDE

5.1 VIABILIZANDO OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SUS

Observando os princípios que conformam o SUS definidos no artigo 196 da Constituição — universalização, acesso igualitário e gratuito e integralidade — pode-se inferir que existe uma contradição na operacionalização simultânea desses princípios. O que vem primeiro: o acesso universal, o acesso igualitário ou o acesso integral? Seria viável institucionalmente e sustentável economicamente garantir esses três princípios?

5.1.1 Acesso Universal

Considerando a cobertura dos direitos sociais inerentes ao conceito de cidadania,³³ o acesso ou cobertura universal deveria ser a prioridade, através da garantia de um conjunto de serviços essenciais de saúde. No entanto, existem várias formas de se alcançar a cobertura universal de saúde em um determinado país. A maioria dos países tem buscado o acesso universal combinando os serviços ofertados por distintas estruturas, como foi discutido na introdução deste capítulo. Esse processo corresponderia à estruturação de uma oferta plural de serviços, evitando tanto a falta de pessoas sem cobertura como a duplicação de coberturas.

Para exemplificar, o acesso dos indigentes aos serviços de saúde em países como França e Alemanha tem uma porta de entrada pública e gratuita, enquanto o da maioria das pessoas de classe média ou classe alta é feito através de instituições de previdência social ou de planos privados de saúde.

No Brasil, a Constituição de 1988, em seu artigo 198, define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Ainda que o artigo 199 diga que a Assistência à Saúde é livre à iniciativa privada, ela apenas define as condições nas quais os estabelecimentos privados poderão participar de

³³ Marshall (1950) atribui a conquista da cidadania à universalização progressiva de três tipos de direito: os direitos civis (todos são cidadãos livres), os direitos políticos (todos devem eleger quem os representa no governo e parlamento) e os direitos sociais (acesso a um conjunto básico de políticas sociais, nas quais se inclui o acesso à saúde).

contratos de direito público ou convênio com o sistema único de saúde (SUS). Como será discutido na seção 5.3 deste artigo, cerca de um quarto da população brasileira é atendido por um sistema de saúde suplementar (SSS) que duplica funções exercidas pelo SUS, fazendo com que aqueles que podem pagar possam ter uma dupla porta de entrada aos serviços, ou seja, do SUS e do SSS.

Como foi visto na seção 4.1.1, estima-se que pelo menos um quarto dos brasileiros não tem de fato acesso aos serviços de saúde, enquanto muitos outros têm acesso duplicado pelo fato de que o sistema público é universal e não direciona os recursos gastos com aqueles que já têm cobertura dos planos de saúde para os mais pobres que, de fato, não têm cobertura do SUS.

Caberia, portanto, retomar a pergunta: como garantir o acesso universal? *Obviamente que seria mais justo utilizar os escassos recursos públicos para atender os grupos mais pobres ainda não cobertos pelo PSF e pelos serviços de média e alta complexidade do que continuar a não cobrir esses grupos e ao mesmo tempo garantir a utilização gratuita do SUS para aqueles que já pagam por planos de saúde e utilizam o SUS para procedimentos de alto custo e alta tecnologia. Evitar duplicações e harmonizar a cobertura dos planos de saúde privados com os serviços ofertados pelo SUS é uma tarefa de coordenação que necessita ser realizada, como será visto mais adiante.*

5.1.2 Acesso Igualitário X Equitativo

A Constituição de 1988, em seu artigo 196, institui o acesso igualitário às ações e serviços de saúde. O termo equidade só aparece em toda a Constituição de 1988 uma vez, no artigo 195, quando se refere à origem dos recursos da seguridade social, mas nenhuma menção se faz à equidade na prestação de serviços do SUS. Ao mesmo tempo, o artigo 194 da Constituição faz referência à seletividade dos benefícios e serviços da seguridade social, em prol dos mais pobres. Como a saúde faz parte da seguridade social, poder-se-ia interpretar que a seletividade se aplicaria a todos os setores que a Constituição considera sob o conceito de seguridade social (saúde, previdência e assistência). Mas a aplicação prática da seletividade parece estar no acesso aos benefícios assistenciais, em que efetivamente existem condições de mérito específicas (como a ausência de renda, a invalidez ou a idade) para receber o benefício. Na saúde, vale o que é definido no artigo 196, ou seja, o acesso igualitário às ações e serviços de saúde.³⁴

O que é mais importante em saúde: acesso igualitário ou acesso equitativo? Amartya Kumar Sen, Prêmio Nobel de economia em 1998, tem uma notável contribuição aos temas associados a luta pela equidade, geração de capital humano, capital social, escolhas públicas e liberdade econômica. Uma das contribuições de Sen foi a diferenciação que ele faz entre

³⁴ Mesmo não havendo uma menção explícita ao acesso equitativo aos serviços na Constituição de 1988, o SUS avançou, nos anos 1990 na implantação de medidas que melhoraram o acesso equitativo, ao promover alguns programas específicos, como o PACS, o PSF e a NOB-1996, que cria o Piso de Atenção Básica e define um conjunto de ações básicas de saúde. Todas essas ações, ainda que buscassem a igualdade, ao serem de acesso público gratuito e universal, atenderam prioritariamente as necessidades dos mais pobres.

os conceitos de igualdade e de equidade (Sen, 1979). Para ele, igualdade é um valor moral, enquanto equidade é uma questão de justiça. A igualdade enquanto ideia abstrata não tem força, mas a equidade é uma expressão de justiça social, a qual se destina a corrigir desigualdades que podem ser evitadas na distribuição das capacidades básicas dos indivíduos, que são de responsabilidade social ou coletiva.

Ao propor um acesso igualitário de saúde a todos os brasileiros, o sistema de saúde tende a não estar em sintonia com os preceitos de equidade e justiça social propostos por Amartya Sen. Existem vários fatores que fazem com que a igualdade seja um conceito abstrato.

Para começar, existem diferenças genéticas entre os indivíduos que fazem com que eles tenham estados de saúde diferentes e necessidades diferenciadas de acesso aos serviços. Por outro lado, a história de vida individual, o comportamento de cada um e os fatores sociais, culturais e ambientais expõem os indivíduos a distintos naipes de risco que influenciam no seu estado de saúde e portanto em suas necessidades de saúde. Por mais esforço que se faça, a chance de que se tenha igual saúde, e portanto, que seja necessário acesso igualitário de saúde é quase nula.

A saúde, para os indivíduos, é um estoque — a soma seu patrimônio genético e de sua história de vida —, gerando diferentes necessidades de saúde. Mas, sob a ótica dos serviços, a saúde é um fluxo. Indivíduos com o mesmo perfil socioeconômico deveriam ser atendidos igualmente, como define o conceito de equidade horizontal, mas indivíduos com diferentes perfis socioeconômicos devem ter acesso diferencial dado que os mais pobres, como define o conceito de equidade vertical, necessitariam de mais. Assim, o financiamento público à saúde seria distribuído a cada um segundo suas necessidades e de cada um segundo suas capacidades. Essa frase, embora proferida por Karl Marx (1873),³⁵ é aceita por todas as formulações teóricas relacionadas ao atendimento de necessidades essenciais.

É esse também o conceito sob o qual economistas liberais como Milton Friedman (1980)³⁶ formularam a hipótese do imposto de renda negativo, que é a base dos programas de transferência de renda como o Bolsa Família, ainda que este considere a transferência de renda condicional ao uso de serviços básicos de saúde e educação pelos beneficiários.

Como o mérito de receber uma transferência monetária do governo deve estar associado à carência familiar em ter acesso a um mínimo existencial, também em saúde o mérito de ter acesso universal e gratuito à saúde deve estar associado à não cobertura da família por outros programas de saúde, como aqueles ofertados pela saúde suplementar.

O Estado só promove a equidade quando trata igualmente os iguais e desigualmente os desiguais. Mas, ao dar acesso igualitário aos serviços de saúde, o Estado acaba privilegiando os chamados “mais iguais”,³⁷ ou seja, aqueles que conhecem os médicos, têm acesso aos planos de saúde e sabem o “caminho das pedras” para ter acesso aos serviços públicos de saúde de melhor

³⁵ Ainda que essa frase tenha sido utilizada por Marx, segundo Pontes (2001) ela é atribuída a Louis Blanc, historiador e filósofo socialista francês do século XIX e um dos articuladores da Revolução Francesa de 1848, que tomou parte na junta do primeiro governo provisório daquele país após a referida Revolução.

³⁶ A ideia do imposto de renda negativo (*net income tax*) foi inicialmente proposta por Juliet Rhys Williams, que pertencia ao Parlamento inglês, nos anos 1940, e apenas posteriormente por Milton Friedman, associada às propostas de uma taxa única para todos (*flat-tax*). Em todos os casos, a proposta nunca foi aplicada.

³⁷ Termo utilizado pelo escritor George Orwell em seu livro *The Animal Farm*, [*A Revolução dos Bichos (O Triunfo dos Porcos)*], escrito em 1948.

qualidade. Enquanto isso, aqueles que moram em regiões rurais, favelas urbanas das grandes metrópoles e áreas pobres e isoladas não estão cobertos por programas de atenção primária nem têm acesso à lista de medicamentos essenciais, por exemplo (ver Gráfico 16).

Para Amartya Sen, a justiça distributiva é o princípio que se utiliza para separar as desigualdades das iniquidades. As iniquidades em saúde são as diferenças que não somente são desnecessárias e evitáveis, tais como aquelas entre os pobres que têm e os que não têm acesso ao PSF, mas também as que se consideram injustas, tais como aquelas que permitem que uma pessoa que dispõe de um plano de saúde possa ter também o acesso gratuito ao PSF, enquanto outras que precisam e mereceriam estar cobertas pelo PSF não estão.

A equidade em saúde supõe, idealmente, que todos tenham uma oportunidade justa para alcançar seu potencial de saúde e que ninguém esteja impossibilitado de alcançar este potencial. Nos últimos anos a expansão dos programas de atenção básica, baseada nos princípios de igualdade, não foi suficiente para alcançar todos os pobres. Nos próximos anos, *é necessário que os recursos disponíveis pelo SUS, que ainda são poucos, não sejam utilizados para duplicar coberturas ou prover níveis de atenção que não correspondam às necessidades. Só assim é possível alcançar maior equidade na cobertura destes programas. Para que esta ideia se torne mais explícita, se poderia interpretar acesso igualitário como acesso equitativo à saúde em legislação complementar de saúde ou simplesmente substituir, no artigo 196 da Constituição, o termo acesso igualitário por acesso equitativo à saúde.*

5.1.3 Acesso Integral

A maior dificuldade em viabilizar os princípios constitucionais se encontra no conceito de integralidade, que dá margem a múltiplas interpretações. No limite da subjetividade, poder-se-ia dizer que as necessidades humanas em matéria de saúde são ilimitadas. Quando informados, todos querem ter acesso à última tecnologia, aos tratamentos e exames mais sofisticados e aos medicamentos de última geração, mesmo quando tais tecnologias, tratamentos e exames não foram testados e provados eficientes. Assim, se o acesso à saúde, além de universal e equitativo, pudesse ser integral, o custo para torná-lo viável chegaria a múltiplos do PIB mundial. No mundo real, como a informação é distribuída assimetricamente, o acesso às últimas tecnologias em saúde acaba sendo um privilégio de poucos.

Se o Estado se propõe a financiar tratamentos, medicamentos e exames sofisticados para todos, acaba privilegiando aqueles que têm informação. Ao assim fazer, faltariam recursos para oferecer os serviços essenciais para aqueles que não têm informação, contribuindo para o não cumprimento dos princípios da equidade e da universalização. Portanto, o maior inimigo do alcance da universalização e da equidade é uma interpretação equivocada do princípio da integralidade.

Assim, a viabilidade do SUS está condicionada a uma definição explícita do conceito de integralidade, o que implica definir: (a) quais os bens e serviços de saúde que devem estar cobertos sob esse conceito, em função de necessidades epidemiológicas, evidências clínicas e recursos disponíveis; (b) quais os mecanismos que permitiriam atualizar o con-

junto desses bens e serviços ao longo do tempo, em função de prioridades epidemiológicas e mais recursos disponíveis; e (c) que mecanismos legais poderiam impedir que, através de processos judiciais ou outros, algumas pessoas tirem vantagem do sistema tendo acesso a bens e serviços que não estão contidos no conceito de cobertura definido anteriormente.

É por esse motivo que a maioria dos países desenvolvidos optou por legislações realistas, que, em vez de irresponsavelmente colocar na letra da lei o termo “acesso integral”, procuraram definir, de acordo com as prioridades epidemiológicas, com as evidências científicas e com os recursos disponíveis, o conjunto de tratamentos, medicamentos, exames e procedimentos de promoção e prevenção que deveria estar coberto — nesse caso realmente para todos — pelos serviços de saúde.

Para proceder dessa forma, propõe-se que o tema da integralidade do acesso seja definido por um conjunto de procedimentos que sejam os mais custo-efetivos para os problemas epidemiológicos de saúde da população brasileira. Nesse sentido, propõem-se os seguintes passos:

- a) em primeiro lugar, realizar estudos sobre as prioridades em saúde, a fim de definir quais as condições que realmente afetam a realidade epidemiológica. O governo deveria realizar sistematicamente pesquisas sobre carga de doença (*burden of diseases*) que balizassem os principais problemas que afetam a saúde da população brasileira, sob as óticas da morbidade e da mortalidade;³⁸
- b) em segundo lugar, criar instâncias que permitam testar, validar e buscar evidências científicas sobre os tratamentos existentes e os que ingressam a cada ano no mercado para garantir a qualidade dos serviços de saúde disponíveis e evitar que o charlatanismo seja financiado com recursos públicos;³⁹
- c) em terceiro lugar, elaborar protocolos de tratamento, validados pelos profissionais de saúde, para as principais prioridades epidemiológicas, garantindo a validação científica desses protocolos por organismos acreditados;
- d) em quarto lugar, definir, de acordo com as prioridades epidemiológicas, os protocolos de tratamento e os recursos disponíveis para a saúde, um conjunto de serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que, dadas a sua prioridade e baixa relação custo-efetividade, seriam financiados com recursos do orçamento público.
- e) em quinto lugar, estabelecer os processos, instituições e mecanismos para desenvolver os estudos de carga de doença e revisão sistemática dos protocolos para que esse processo seja contínuo;⁴⁰
- f) em sexto lugar, criar mecanismos legais para que o SUS somente financie ações definidas

³⁸ A última pesquisa de carga de doença realizada no Brasil ocorreu em 1998 e não foi utilizada plenamente como balizamento para definir as prioridades epidemiológicas do país.

³⁹ No caso de haver mais de um protocolo ou opção de tratamento, o processo de escolha se daria pela investigação daquele tratamento que possibilitasse o melhor resultado pelo menor custo. No Reino Unido, instituições como o Centro Cochrane conduz estudos de evidência clínica, e o National Health Institute for Clinical Excellence (NICE) na Inglaterra conduz pesquisas de custo-efetividade que permitem definir a eficácia dos tratamentos. Essas instituições independentes da sociedade civil são contratadas pelo Governo para apoiar a definição de prioridades de saúde.

⁴⁰ No contexto do tema de integralidade, o texto de Mônica Viegas e Kenia Noronha, neste livro, aprofunda a discussão sobre a necessidade de se criar uma agência independente de avaliação do uso de tecnologias de saúde no Brasil, para apoiar, de forma sustentável, o processo de incorporação de novos tratamentos, medicamentos e exames médicos na lista de procedimentos financiados pelo SUS.

dentro desse conjunto de prioridades, invalidando os processos judiciais para a cobertura de procedimentos e medicamentos que não façam parte das listas de prioridades.

Com esse processo se garantiriam uma integralidade sustentável, maior equidade no acesso aos serviços e maior eficiência e garantia de recursos ao SUS, evitando que processos como a judicialização da saúde consumam, em favor dos mais ricos, uma parcela importante dos recursos que deveriam estar sendo destinados para reduzir a mortalidade e a morbidade dos mais pobres.

5.2 APERFEIÇOANDO A REGULAÇÃO E A GOVERNABILIDADE DO SETOR SAÚDE

Ainda que o Brasil tenha avançado em soluções custo-efetivas para a cobertura dos sistemas de saúde, como é o caso do Programa de Saúde da Família (PSF), dos hospitais e estabelecimentos de saúde administrados pelo sistema de organizações sociais (OS) e parcerias público-privadas (PPP), essas experiências ainda são muito limitadas. Mais grave ainda é o fato de o sistema de saúde brasileiro não ter um projeto sistemático para integrar os cuidados de promoção e prevenção, atenção básica e atenção de média e alta complexidade em um entorno integrado e coerente que permita aumentar a resolutividade dos serviços, reduzindo os custos gerenciais e possibilitando um cuidado sequencial em todas as etapas do atendimento.

Aperfeiçoar a regulação e a governança em saúde passa por racionalizar o acesso aos serviços através da implantação de redes de saúde e pela definição de uma nova estrutura administrativa do SUS que garanta autonomia e eficiência de gestão dessas redes e unidades de saúde.

5.2.1 Implantando Redes de Saúde

A fórmula de eficiência utilizada para aumentar a resolutividade dos serviços de saúde, em nível mundial, tem se baseado na criação de redes integradas de saúde.⁴¹ No Brasil, a discussão sobre redes de saúde se iniciou no final dos anos 1990 e início da presente década, quando foi proposta, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a definição de processos mais integrados de provisão de serviços a partir de regiões de saúde. Nos últimos oito anos, a discussão técnica pouco avançou no Governo Federal. O Ministério da Saúde chegou até mesmo a criar um Departamento de Redes de Saúde e contratar um empréstimo com o Banco Mundial (QUALISUS-REDE) para tentar avançar na implementação de redes.

Alguns estados, como Minas Gerais, São Paulo e Bahia, avançaram em processos de implementação de redes de saúde especializadas em determinadas modalidades assistenciais, e isso os levou a ter melhores resultados em seus sistemas de saúde. No entanto, a discussão nacional sobre modelos e conceitos de redes de saúde regionalizadas e integradas é ainda

⁴¹ Sobre o conceito de Redes de Saúde, ver Medici, 2010.

incipiente, assim como a proposta de processos sistemáticos de monitoramento e avaliação de sua execução.

Nesse sentido, como proposta para solucionar os temas de regulação, propõe-se acelerar a implementação do projeto QUALISUS-REDE, colocando-o como eixo prioritário de integração das distintas estratégias assistenciais de saúde, hoje atomizadas. Gerar-se-iam, assim, incentivos para que as duplicações de cobertura ou vazios institucionais gerados pela debilidade da coordenação e regulação do setor sejam resolvidos com as redes integradas.

QUADRO 3

Redes de saúde — As experiências dos estados de São Paulo e Minas Gerais

Nos últimos anos, estados como São Paulo e Minas Gerais avançaram na implantação de redes de saúde para temas como procedimentos de alta complexidade e ações de urgência e emergência. Em geral, a implantação dessas redes de alta complexidade, hospitalar e ambulatorial, contaram com a participação das comissões gestoras bipartites que integram, em nível regional, o estado e os municípios.

Este processo contribuiu para a avaliação da real capacidade instalada dos serviços, uma vez que as diversas assistências competem entre si em uma mesma necessidade de infraestrutura (centro cirúrgico e leitos de UTI, e outros). Entre as redes de média e alta complexidades implantadas no estado de São Paulo se destacam a Rede de Terapia Renal Substitutiva (TRS), a Rede de Saúde Auditiva, a Rede de Cardiologia, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a Rede de Centros de Reabilitação para as Pessoas Portadoras de Deficiência, a Rede de Atenção à Pessoa Idosa, a Rede de Atenção na Área de Oftalmologia, a Rede Estadual de Assistência a Queimados, e as Redes de Oncologia, Traumatologia, Neurologia e Terapia Nutricional.

Processo similar se implantou no estado de Minas Gerais, onde se conformaram a rede de maternidades Viva-Vida, a rede de Urgência e Emergência, e a rede de hospitais públicos de excelência, através do Projeto PRO-HOSP.

O Ministério da Saúde, em colaboração com os estados, deveria definir projetos pilotos para a implementação de redes de saúde nos estados, os quais seriam avaliados, corrigidos e sistematizados para sua posterior ampla implementação. Em um país com 186 milhões de habitantes, conforme os resultados do Censo Demográfico de 2010, há espaço para milhares de redes de saúde, que não apenas iriam harmonizar os esforços de ter uma oferta de serviços racionalizada e apropriada ao perfil da demanda local, como também permitiriam aumentar a resolutividade, valorizando cada real gasto no sistema público de saúde.

Dado que redes de saúde necessitam de economias de escala para serem eficientes, em função da densidade tecnológica das intervenções que envolvem desde processos de promoção até o uso de exames e terapias de alta tecnologia, cada rede deveria circunscrever po-

pulações entre 200 e 500 mil habitantes. Portanto, os municípios maiores (metropolitanos) poderão ter mais de uma rede de saúde, enquanto municípios menores deverão se consorciar para estabelecer suas redes de saúde. Para montar redes que integrem distintos municípios, seria necessário avançar no processo de implementação de consórcios de saúde, o qual, ainda que tenha tido um grande avanço entre a segunda metade dos anos 1990 e início da presente década, sofreu uma relativa paralisação nos anos mais recentes.⁴²

Consórcios intermunicipais de saúde poderiam ser a base política e jurídica para a conformação de redes regionais de saúde, mas não necessariamente ser a base administrativa. O melhor nesse caso seria o estabelecimento de instituições independentes, como organizações sociais ou fundações estatais de direito privado, que permitissem a gestão das redes dentro da conformação jurídico-política dos consórcios.

A implementação de redes de saúde é a base para uma gestão integrada e eficiente do SUS. Sem a existência de redes de saúde, os pacientes continuarão a não ter um processo coordenado de atenção médica que permita o cuidado permanente baseado em sistemas de tecnologia da informação que garantam o pleno conhecimento de seu estado de saúde, de sua história clínica integrada, e que facilite maior eficiência nos processos de agendamento de consultas, exames e internação.

Associada ao processo de implantação de redes de saúde, uma série de atributos novos começaria a ser implementada, tais como:

- a) Sistemas de informação, através da implantação universal do cartão SUS, com todas as informações demográficas, epidemiológicas, sociais, de utilização de serviços, administrativas e financeiras, vinculadas ao uso tanto do SUS como do sistema de saúde suplementar.
- b) Sistemas de gestão clínica integrada baseados em tecnologia de informação.
- c) Sistemas de regulação da atenção médica ambulatorial e hospitalar, agendamento eletrônico e eliminação das filas no atendimento, inclusive para o caso de cirurgias eletivas quando necessário.
- d) Utilização racional dos sistemas de apoio logístico pela rede de serviços (cozinha, lavanderia, limpeza, transporte e disposição de resíduos contaminantes dos estabelecimentos de saúde, compras, manutenção de máquinas e equipamentos etc.).
- e) Utilização racional dos sistemas de apoio de diagnóstico e terapia (exames, equipamentos de alta tecnologia, diálise renal).
- f) Sistemas de regulação central da rede, baseados em processos integrados de referência e contrarreferência.
- g) Sistemas de monitoramento e avaliação dos resultados em nível de cada paciente, integrando as fichas clínicas com as estatísticas de produção de serviços e as bases de dados epidemiológicas que permitem avaliar os progressos na evolução da morbilidade e mortalidade dos habitantes circunscritos na rede.

⁴² Entre 1997-2001 o número de municípios com consórcios intermunicipais de saúde cresceu rapidamente, mas estagnou e até regrediu entre 2001-2005. Em alguns estados, como Mato Grosso e Minas Gerais, quase ¼ dos municípios têm consórcios de saúde, enquanto nos demais a percentagem é inferior à metade dos municípios. Constatou-se que, com exceção da Região Centro-Oeste, o número de consórcios intermunicipais se reduziu em todas as regiões do país entre 2001 e 2005, indicando que os ganhos obtidos nos final dos anos 1990 quanto ao aumento da coordenação da gestão e regulação entre municípios, oriundo dos consórcios, poderiam estar se revertendo nos anos mais recentes.

- h) Sistemas de gestão financeira e de custos que permitam montar uma base de avaliação das relações entre gastos, custos, necessidades de financiamento, investimento e a resolutividade do sistema.

5.2.2 Instituições de Saúde Autônomas e Governáveis para o SUS

Para que o setor saúde possa consolidar instituições que tenham autonomia e governabilidade para serem eficientes e cumprirem seus compromissos em prol da defesa da universalização e da equidade no acesso sustentável à saúde, seria necessário aprovar o mais rápido possível o projeto engavetado de Nova Organização Administrativa do Estado Brasileiro, preparado por uma Comissão interdisciplinar de especialistas.⁴³

Com isso, dar-se-ia continuidade ao processo de modernização do Estado brasileiro iniciado na segunda metade dos anos 1990, mas paralisado por pressões corporativas de segmentos que estão mais interessados em seus benefícios particulares do que na melhoria das condições sociais da população. Destruar a reforma da organização administrativa do Estado significaria legitimar arranjos institucionais, como OSIP, OS, parcerias público-privadas e outras formas de organização que permitiriam avançar na eficiência das instituições que governam o SUS no Brasil.

Como já foi visto em seções anteriores, esses arranjos têm se provado mais eficientes na gestão dos recursos e mais resolutivos na prestação de serviços de saúde do que os baseados na administração direta. Mais importantes que as formas jurídicas de propriedade são as formas reais de apropriação do produto social. Um Estado mais eficiente e mais justo não se mede pela quantidade de propriedade pública que ele detém, mas sim pela quantidade de produto social que ele consegue comandar, regular e atender aos setores mais desfavorecidos da população.

5.3 MELHORANDO A ARTICULAÇÃO ENTRE O SUS E O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Uma melhor articulação entre o SUS e o sistema de saúde suplementar é uma condição *sine qua non* para aumentar a oferta a fim de evitar duplicações e direcionar os recursos do SUS para quem mais precisa. No entanto, a história do SUS e dos planos de saúde suplementar tem sido caracterizada por problemas que dificultam essa sinergia. Portanto, caberia estabelecer formas que incentivassem a não utilização do SUS por aqueles que têm planos de saúde suplementar.

⁴³ Esse anteprojeto intitulado “Lei Orgânica da Administração Pública Federal”, foi elaborado em 2009 por uma Comissão instituída pelo Ministério do Planejamento e revê a estrutura administrativa do Estado proposta pela Constituição de 1988, estabelecendo normas gerais sobre a administração pública direta e indireta, as entidades paraestatais e as de colaboração. Para uma visão detalhada do projeto, ver Modesto (2010).

5.3.1 Uma Breve História dos Planos de Saúde no Brasil

O acesso à saúde no Brasil é universal, mas as pessoas que podem pagar ou que trabalham em empresas que podem oferecer serviços de saúde aos seus empregados têm acesso a um sistema de saúde supletivo, de adesão voluntária, chamado de Sistema de Saúde Suplementar. Esse sistema teve início na segunda metade dos anos 1950, quando o processo de industrialização, com a participação de empresas internacionais, gerou o nascimento de instituições de medicina de grupo que ofereciam planos de saúde para proteger os trabalhadores dessas indústrias e suas famílias. Dessa estrutura nasceram, primeiro, a medicina de grupo, depois os serviços de saúde próprios das grandes empresas e as cooperativas médicas, capitaneadas pelo modelo UNIMED (anos 1960) e posteriormente as estruturas de seguros bancários de saúde (anos 1970 e 1980).

Ao final dos anos 1980, o número de beneficiários dessas estruturas paralelas era inferior a dois milhões, o que se justificava pelo fato de que toda a estrutura pública de saúde se voltava para a proteção dos trabalhadores formais e suas famílias, através do complexo previdenciário (via INAMPS). Com a Constituição de 1988 e o surgimento do SUS, o INAMPS foi extinto e os recursos que financiavam a saúde dos trabalhadores formais e suas famílias (algo ao redor de 60 milhões de vidas) passaram a ter que ser repartidos, teoricamente, por toda a população brasileira. As empresas, com isso, passaram a aderir em massa aos planos de saúde do sistema suplementar para a cobertura de seus ex-segurados do INAMPS, seja contratando empresas de medicina de grupo, seguros de saúde ou cooperativas médicas, seja criando ou administrando serviços próprios de saúde. Dessa forma, entre 1988 e 1998, o número de beneficiários de planos de saúde suplementar multiplicou-se por mais de quatro vezes, alcançando a casa dos 30 milhões em 1998.

O período que vai de 1998 até 2002 foi marcante na história da saúde suplementar no Brasil. Primeiramente, pela aprovação da lei que regulamentou a saúde suplementar (Lei nº 9.656 de 1998). Como a Constituição de 1988 não deu muita importância ao tema, este setor havia crescido com muito pouca regulação pública nos dez anos seguintes à promulgação da Constituição. Apenas a Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Previdência Social (SUSEP) se encarregava de regular alguns poucos temas de estrutura financeira das empresas que ofereciam planos de saúde a fim de que sua eventual quebra não levasse à desproteção dos assegurados.

Em segundo lugar, para implementar a Lei de Regulamentação da Saúde Suplementar, supervisionar o setor e aprimorar a regulação setorial, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS (Lei nº 9.961 de 2000), a qual tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais — inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores — e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País. A ANS incorporou as estruturas regulatórias do setor anteriormente existentes na SUSEP e estabeleceu sua sede na cidade do Rio de Janeiro (RJ).

Entre 2003 e 2010, o número de beneficiários de planos de saúde cresceu de 31,8 para 44,0 milhões, dos quais 13,6 milhões são pessoas afiliadas a planos exclusivamente odon-

tológicos, dado que esse subsetor não é coberto adequadamente pelo SUS. As porcentagens de população cobertas por planos de saúde variam muito, segundo o estado, cidade, nível de renda e idade. Em 2010, apenas o Maranhão tinha uma cobertura populacional inferior a 5%, enquanto Rio de Janeiro e São Paulo eram os únicos estados com população coberta superior a 30%. As taxas de cobertura, que eram mais baixas para jovens entre 15 e 19 anos (16,5%), eram mais elevadas para adultos maiores de 80 anos de idade (29,9%).

5.3.2 A Articulação Financeira entre o SUS e a Saúde Suplementar: a Tabela TUNEP

Em 2001 o Governo estabeleceu, com base no artigo 32 da Lei nº 9.656 de 1998, um mecanismo de ressarcimento ao SUS a ser pago pelos planos de saúde, associado aos indivíduos que, sendo afiliados a planos de saúde, utilizem o SUS em modalidades cobertas por esses planos. Esse ressarcimento se daria através da Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), em que cada serviço tinha um preço a ser ressarcido próximo ao valor estabelecido pela tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Para viabilizar o ressarcimento, todos os hospitais públicos ou privados contratados pelo SUS passaram a receber a lista de pessoas que têm planos de saúde, o que possibilitava a cobrança desse ressarcimento para essas pessoas. O funcionamento desse mecanismo, no entanto, tem gerado grande controvérsia.

Para muitas operadoras de planos de saúde, os recursos associados à TUNEP não devem ser pagos, dado que o SUS garante direito universal de acesso inclusive aos beneficiários dos planos de saúde. Além do mais, a tabela TUNEP cobra valores superiores aos pagos pelo SUS aos seus contratados públicos e privados, o que mostra claramente uma intenção de receber acima do que deveria. Segundo advogados associados às operadoras, a ilegalidade da TUNEP não resistiria a uma prova pericial, dada a discrepância de valores com a tabela do SUS e os valores operados no mercado. Enquanto a ANS não torna lícita a tabela de ressarcimento, as operadoras de planos de saúde podem pleitear em juízo a redução dos valores a serem ressarcidos ao SUS, desde que se aborde o tema no tribunal de origem. Aos cidadãos, caberia questionar o direcionamento dado pelo Estado à verba arrecadada pela ANS e o fato de que o sistema de saúde continua oferecendo serviços a quem do necessário.

No entanto, muitos advogados do poder público defendem a posição de ressarcimento ao SUS. Segundo eles, os planos de saúde dão calote no SUS, deixando de ser cobrados dois terços do devido, ao não computar no ressarcimento todo o uso dos serviços de alto custo, inclusive ambulatorial (quimioterapia, diálise, ressonância etc.), como determina a Lei nº 9.656/98. Tais dados são confirmados no Acórdão 1.146/2006 do Tribunal de Contas da União, em que se assinalou que o valor registrado no Sistema de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), relativo ao ressarcimento por operadoras de seguros privados de assistência à saúde ao Fundo Nacional de Saúde, foi restrito aos casos de urgência e emergência, quando, na realidade, deveria ocorrer o ressarcimento em razão da prestação de qualquer serviço. Com isso houve uma vultosa redução nos ressarcimentos

aos cofres do SUS, uma vez que o valor destes, no período compreendido entre janeiro de 2000 e julho de 2004, deveria montar a R\$1 bilhão, em vez de R\$51,8 milhões efetivamente ressarcidos.

Dados os problemas e o grande passivo a ressarcir, a ANS resolveu estabelecer desde 2006 uma nova sistemática de ressarcimento que se baseia nas seguintes premissas: (i) adoção, para os anos de 2006 e 2007, da tabela TUNEP vigente na ocasião, (ii) a partir de 2008, redefinição de uma nova sistemática de cálculo simplificado para a tabela TUNEP, que seja um múltiplo único da Tabela SUS, e (iii) renegociar as dívidas e encurtar os prazos de execução. De todo modo, em 2010 a questão continuava sem solução aparente.

5.3.3 Cobertura dos Planos de Saúde vs. Cobertura do PSF

De acordo com os dados da PNAD 2008, cerca de 48% da população brasileira estava cadastrada no PSF. Considerando que 26% da população estava coberta por planos privados de saúde, que supostamente prestam serviços de atenção básica, pode-se dizer que 74% da população (somando-se os que têm planos com aqueles cobertos pelo PSF) tinha acesso a uma atenção à saúde estruturada e que os 26% restantes necessitavam de cobertura. Portanto, o limite para alcançar a cobertura nacional do PSF seria de 74%, dado que 26% estariam cobertos pela atenção básica dos planos de saúde.

A cobertura de atenção básica do PSF é teoricamente mais bem estruturada que a dos planos de saúde, oferecendo uma maior gama de serviços de promoção e prevenção. Mas, na prática, o fato de ser registrado no PSF não significa que a pessoa esteja de fato coberta e muitas coberturas são apenas nominais. Portanto, muitos avanços para estruturar melhor a atenção básica deveriam ser feitos no PSF, buscando garantir a qualidade e a verificação de um conjunto mínimo de serviços, e também nos planos de saúde, buscando aumentar a oferta de serviços de promoção e prevenção, além do agendamento sistemático de exames para populações em risco.

A proporção de cobertura do PSF varia de acordo com características regionais e de renda. Era maior em regiões onde havia um maior número de pobres. No Nordeste, 65% dos domicílios estavam cadastrados pelo Programa, enquanto no Sudeste a proporção era de 36%.

O PSF é a melhor forma de cobertura de atenção básica à saúde que a população brasileira desprovida de recursos dispõe. Sua cobertura tem buscado dar um maior acesso às regiões onde vivem as famílias mais pobres e contribuindo, portanto, para aumentar a equidade do SUS. No entanto, nem todos os pobres têm cobertura do PSF. Os dados da PNAD 2008 revelam que nos domicílios sem rendimento ou com renda inferior a um quarto de salário-mínimo mensal *per capita*, a cobertura do PSF era de 64%, ou seja, mas de um terço dos brasileiros mais pobres ainda não tinha acesso ao PSF em 2008.

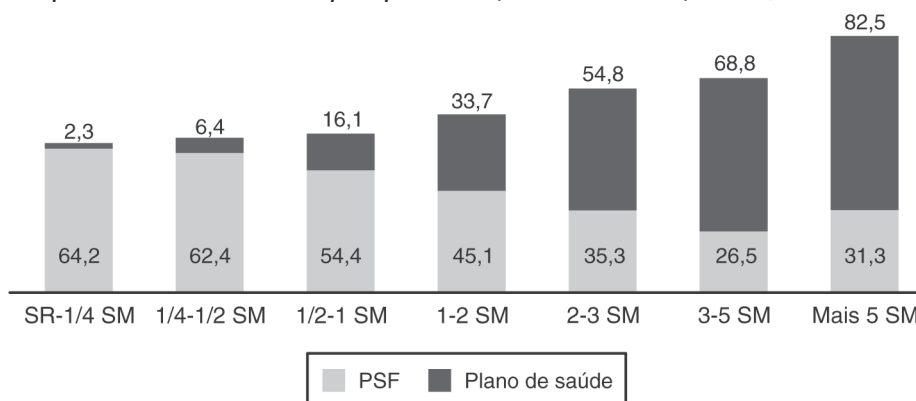
As ações de saúde básica, para aqueles que podem pagar, são oferecidas pelo sistema de saúde suplementar, de forma voluntária, através de planos privados de saúde. Da

mesma forma como ocorre com o PSF, a cobertura de planos de saúde se diferencia regionalmente e por nível de renda. A maior cobertura se verifica no Sudeste, onde 36% da população estava coberta por planos de saúde, e a mais baixa no Nordeste, onde o percentual de cobertura era de 13%.

O mesmo acontece por nível de renda, com a proporção variando entre 2% nos grupos com renda domiciliar *per capita* inferior a um quarto de salário-mínimo e 83% nos grupos com renda domiciliar *per capita* superior a cinco salários-mínimos. No entanto, nos estratos de renda mais alta, a cobertura do PSF se complementa com a cobertura de Planos Privados de Saúde (ver Gráfico 16).

GRÁFICO 16

Taxas de cobertura do PSF e de planos de saúde privados nos domicílios brasileiros em percentual por classes de renda domiciliar *per capita* mensal (em salários-mínimos) — Brasil, PNAD 2008



Fonte: IBGE, PNAD 2008.

Para exemplificar, 83% dos domicílios com renda *per capita* mensal superior a 5 salários-mínimos estavam cobertos por planos de saúde e 31% estavam cobertos pelo PSF. Os domicílios registrados nos dois programas chegavam a 114%, indicando que todos nesse grupo tinham algum tipo de atenção básica e que pelo menos 14% estavam registrados simultaneamente em planos de saúde e no PSF. No entanto, nos domicílios sem rendimento e com renda inferior a um quarto de salário-mínimo *per capita* mensal, a cobertura de planos de saúde somada à do PSF foi de apenas 66,5%, indicando que pelo menos um terço dos residentes nos domicílios mais pobres não tinha nenhuma forma de cadastramento para a cobertura de saúde básica.

O Gráfico 16 mostra ainda que, em que pese a progressividade do PSF em relação à renda, ele não conseguiu até 2008 reverter a regressividade total do acesso aos serviços de saúde básica ou, em outras palavras, compensar a distribuição regressiva dos planos privados de saúde, os quais se associam, em maior grau, ao acesso ao mercado formal de trabalho ou à capacidade de pagar por planos individuais para aqueles que não têm cobertura de planos de saúde empresariais.

5.3.4 Incentivos para Redirecionar o SUS para a Atenção Básica e Balancear os Níveis de Complexidade Oferecidos pela Saúde Suplementar

Por todos esses motivos, haveria que, além de manter a filosofia do ressarcimento por parte dos planos de saúde, criar outros tipos de incentivos para que os usuários dos planos de saúde não utilizassem o SUS. O incentivo mais claro, nesse sentido, é retirar a opção de restituição do imposto de renda da pessoa física (IRPF) associada ao pagamento de planos de saúde para aqueles que optarem por utilizar simultaneamente o SUS e os planos de saúde e manter a restituição para aqueles que queiram somente utilizar os planos de saúde, abdicando de utilizar o SUS, através de mecanismos jurídicos a serem acertados entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde.⁴⁴

Os hospitais que prestam serviços ao SUS passariam a receber a lista de optantes de planos de saúde que não utilizariam o SUS para efeitos de fiscalização e comunicação ao Ministério da Fazenda, caso haja indícios de fraudes ou irregularidades. A ANS, por sua vez, passaria a fiscalizar os planos para ver se eles estavam oferecendo um conjunto de procedimentos compatíveis com os assegurados pelo SUS.

No caso de procedimentos cujos custos são considerados catastróficos, caberiam algumas reservas, tais como definir se os planos de saúde poderiam financiar total ou parcialmente esses procedimentos em seus mecanismos de seguro, a fim de que se possa calcular como ficariam os sistemas de ressarcimento junto ao imposto de renda.

A implantação desses incentivos e mecanismos não é trivial. Exige estudos de atuária médica, de microeconomia ou microgestão de saúde e de equidade fiscal, a fim de que não se cometam injustiças. Ao mesmo tempo, os recursos do SUS eventualmente liberados por esses processos permitiriam avançar na cobertura daqueles que ainda não estão beneficiados pelos programas de atenção básica ou nas novas estratégias propostas de redes de saúde.

Antes de implantar qualquer mecanismo que venha a retirar o desconto dos pagamentos aos planos de saúde do imposto de renda, haveriam que ser tomadas algumas precauções. Primeiramente, esse mecanismo somente funcionaria se o cartão SUS estivesse implantado no nível nacional e funcionando como um sistema de informação capaz de registrar, tanto para usuários do SUS como para usuários dos planos de saúde, todas as informações demográficas, epidemiológicas, administrativas, financeiras e de utilização de serviços associadas a cada indivíduo. Em segundo lugar, seria necessário realizar estudos de demanda para verificar o efeito que tais mecanismos iriam ter na redução eventual da demanda por planos de saúde em prol da utilização plena do SUS pelos atuais usuários de planos que utilizam parcialmente o SUS.

Quanto a esse segundo ponto, vale destacar que se pode esperar que não haveria um efeito substancial na redução da demanda por planos, dado que:

- a) A maioria dos planos de saúde (74%) é de planos coletivos subsidiados pelas empresas. Os empregados pagam apenas uma pequena parte (entre um quarto e um terço do valor total do plano). O que deduzem no IRPF não é o principal incentivo para que mantenham o plano, mas sim o subsídio da empresa.

⁴⁴ Uma complementação a essa discussão é apresentada no texto de Mônica Viegas Andrade e Kenya Noronha neste livro.

b) Dos que têm planos individuais, a maioria é de pessoas idosas que têm planos antigos. Dado que os reajustes dos planos individuais não acompanha o aumento do custo associado ao risco do envelhecimento, esses planos também acabam sendo subsidiados diante do seu risco atuarial. Os mais idosos, especialmente aqueles que têm alguma condição crônica (ver Gráfico 12), temem perder seus planos de saúde, já que são a única garantia que têm para os cuidados do dia a dia, uma vez que terão que enfrentar as filas do SUS para os procedimentos corriqueiros que lhes são garantidos nos planos de saúde.

Vale a pena esclarecer, no entanto, que a não dedução do IRPF para planos de saúde daqueles que utilizam o SUS irá aumentar a demanda da população afiliada para que os planos de saúde ofereçam serviços de alto custo e alta complexidade, o que poderá a longo prazo aumentar o custo dos planos de saúde e ter algum tipo de efeito na demanda global por eles.

5.4 MELHORANDO O ACESSO E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Melhorar o acesso e a qualidade dos serviços significa dar prioridade à cobertura às áreas mais desprovidas, canalizando recursos extraordinários do SUS, orientando e dando assistência técnica aos estados e municípios para a melhoria da qualidade das instituições, dos recursos humanos e dos processos de gestão em saúde nessas áreas.

O Ministério da Saúde deveria dedicar-se mais a prover assistência técnica aos organismos locais executores de serviços nas áreas mais carentes. Não caberia ao Ministério da Saúde apoiar áreas que já estão dando certo. Ao contrário, deveriam mobilizar-se esforços para transferir experiências e tecnologias exitosas das áreas mais avançadas para as menos desenvolvidas. Para tal, incentivos financeiros associados ao desempenho deveriam ser mobilizados de modo a premiar os governos (e também as equipes de saúde) comprometidos com a aplicação dessas experiências exitosas e com melhores resultados em saúde.

Existem três temas envolvidos na melhoria do acesso e qualidade em saúde. O primeiro é acelerar a cobertura dos programas de atenção básica para os grupos de menor renda. O segundo é aumentar a qualidade das instituições através de acreditação. O terceiro é avançar na política de recursos humanos, incentivando sua distribuição adequada em nível nacional, com incentivos claros e remuneração associada ao desempenho.

Como foi visto, em que pese ao fato de a cobertura do PSF ser progressiva em relação ao nível de renda, ela ainda é insuficiente. De acordo com a PNAD 2008, somente 64% das pessoas com renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário-mínimo estão cobertas pelo PSF, e a meta de levar o programa aos 36% não cobertos envolveria maiores esforços, dado que estes se localizam em regiões de difícil acesso ou em áreas metropolitanas marcadas pela violência.⁴⁵

⁴⁵ A baixa cobertura do PSF em municípios como o Rio de Janeiro (inferior a 10%) se justifica pela dificuldade em implantar o programa em favelas ou áreas tomadas pelo narcotráfico ou pelas milícias. A atual administração da Prefeitura do Rio adota uma estratégia de criar Clínicas da Família, que são complexos que envolvem acesso a exames de média complexidade e medicamentos para cerca de 60 unidades de saúde da família concentradas num mesmo edifício. Essa experiência inovadora está sendo implantada no bairro de Campo Grande, na cidade do Rio de Janeiro, como estratégia para ampliar o acesso ao PSF.

Além do mais, a cobertura do PSF em termos de qualidade ainda deixa muito a desejar.

Os dados administrativos do PSF mostravam que o Programa, em 2007, realizava somente 1,1 visita domiciliar em média por ano a seus beneficiários. Os parâmetros da Portaria 1.101 de 2002 definem que o número de visitas (se estas estão associadas a consultas médicas) deveria estar entre duas e três por ano, principalmente quando se considera que em áreas remotas não há outra possibilidade de acesso aos serviços de saúde que não sejam tais visitas.

Ainda que a cobertura completa do ciclo de vacinação entre esses beneficiários tenha sido adequada (95,3%), quase 10% das mães afiliadas ao PSF não tinham cobertura pré-natal naquele ano. A prevalência de desnutrição entre menores de 2 anos cobertos pelo PSF se situava em 2,8%, e a mortalidade por diarreia estava em torno de 4,2 por 1.000 nascidos vivos entre os menores de 1 ano. Uma análise mais detalhada do PSF deve ser feita, considerando os aspectos de qualidade que muitas vezes se perdem entre as prioridades associadas às avaliações realizadas pelo Ministério da Saúde, as quais consideram mais o aspecto de cobertura.

O Ministério da Saúde, desde 2005, implantou uma estratégia de autoavaliação da qualidade do PSF e desenvolveu um Aplicativo para a Melhoria de Qualidade (AMQ) que procura testar como as equipes do PSF se autoavaliam de acordo com determinados parâmetros esperados de conduta e qualidade. Essa estratégia busca, através de um instrumento de autoavaliação e de autoaprendizagem, qualificar as equipes do PSF, dado que, ao conhecer os parâmetros de qualidade, se supõe que essas equipes passariam a buscar alcançar esses parâmetros.

Os resultados esperados são: (i) a medição e registro dos avanços de qualidade na gestão do PSF e o fortalecimento da capacidade de avaliação do Programa pelas secretarias estaduais e municipais de saúde; (ii) a identificação de processos implantados nas unidades do PSF que deveriam ser melhorados; (iii) o estímulo à capacitação das equipes para a gestão eficiente das Unidades de Saúde da Família (USF); e (iv) a institucionalização de processos que favoreçam a solução das falhas encontradas e a garantia de sustentabilidade futura na aplicação desses processos.

Com base nesses padrões, foram definidos instrumentos de medida que se aplicaram, através de um pré-teste realizado em 2004, em 24 municípios distribuídos entre as cinco regiões brasileiras. Os resultados foram revisados e avaliados, e os padrões foram ajustados e validados por especialistas internacionais em temas de qualidade em saúde. Esses resultados permitiram definir mais de 160 padrões de qualidade e excelência distribuídos em cinco estágios para a classificação das equipes de saúde de família, de acordo com os padrões encontrados: Estágio E — Qualidade Elementar (somente alcançam elementos fundamentais da estrutura e realizam as ações mais básicas da estratégia de saúde da família); Estágio D — Qualidade em Desenvolvimento (introduzem ao estágio anterior alguns elementos organizacionais iniciais e aperfeiçoamento de processos de trabalho em

algumas atividades e ações básicas); Estágio C — Qualidade Consolidada (consolidam alguns processos organizacionais e realizam algumas avaliações iniciais de cobertura e resultado das ações); Estágio B — Qualidade Boa (gerenciam ações de maior complexidade com processos organizacionais definidos e alcançam resultados duradouros com constante monitoramento e avaliação de casos); e Estágio A — Qualidade Avançada (as equipes passam a ser referência em temas de estrutura, gestão e resultados alcançados).

Três padrões são utilizados pela estratégia de AMQ para a autoavaliação do PSF: (a) os padrões de estrutura (capacidade estrutural das USF para prover cuidados de saúde em seus aspectos físico e organizacional); (b) os padrões de processo (que medem a eficácia de como se realiza cada atividade do ponto de vista da racionalidade e eficiência do fluxo de trabalho); e (c) padrões de resultado (que medem a eficácia e os progressos alcançados na melhoria da qualidade da saúde dos indivíduos de acordo com parâmetros de cobertura estabelecidos). Esses padrões se aplicam a dois eixos que compõem a estratégia de saúde da família: o componente de gestão (isto é, o papel dos gestores municipais no processo) e o componente das equipes de saúde da família (que se responsabilizam pelas estratégias de promoção, prevenção, acesso e qualidade dos serviços).

O sistema de AMQ carece de incentivos para ser utilizado. No que se refere às secretarias estaduais, os resultados desse processo não se integram facilmente com as atividades desenvolvidas nos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. No plano das secretarias municipais, embora seja autoavaliativo e de livre adesão, os gestores municipais devem sensibilizar e mobilizar os coordenadores das equipes do PSF a participar. No entanto, o sistema não oferece incentivos (premiações) e sanções (punições) financeiras ou outras relacionadas aos resultados. Além do mais, poucas unidades do PSF contam com equipamentos de informática para utilizar o aplicativo digital (*software*) de autoavaliação e para a alimentação do banco de dados — elementos necessários para emitir relatórios por internet, associados ao registro e à avaliação dos processos de AMQ.

Por todos esses motivos, o processo tem avançado lentamente. Entre 2005 e 2010, de acordo com informações do DAB-MS, somente 1.086 (20,7% dos municípios brasileiros) estavam cadastrados para o processo de AMQ. Destes, apenas 246 (4,7% dos municípios brasileiros) finalizaram a primeira autoavaliação. Assim, em seis anos de vigência da iniciativa, muito poucas equipes do PSF foram avaliadas para saber se melhoraram a qualidade de seu trabalho.

Desse modo, as prioridades do governo devem se orientar: (a) a montar uma estrutura intensiva de aumento da cobertura do PSF, com forte apoio e assistência técnica do Governo Federal, propiciando profissionais que se disponham a ir para as regiões mais remotas onde esses programas não existem e os indicadores de saúde são mais precários; e (b) aumentando os processos de avaliação de qualidade e estruturação de processos de capacitação permanente para os profissionais associados a esses programas.

Os esforços de implantação do PSF devem ser feitos através de processos que permitam a inclusão das equipes de saúde de família em redes hierarquizadas e regionalizadas de saúde, de forma a dar continuidade aos seus trabalhos assistenciais, quando sejam necessárias intervenções de maior complexidade. Nesse aspecto, é necessário aumentar o trabalho de acreditação de instituições de saúde e de certificação e qualificação de profissionais de saúde.

Como foi visto, o progresso nos processos de acreditação em saúde no Brasil tem sido muito lento. Nos últimos dez anos, somente 5% dos estabelecimentos de saúde no Brasil (entre hospitais, laboratórios e unidades ambulatoriais especializadas) foram acreditados por processos certificados de qualidade, como os do ONA ou da CBA. É necessário que o Ministério da Saúde, em colaboração com órgãos como a Confederação Nacional de Saúde (CNS) e o sistema de saúde suplementar, estabeleça uma clara política de incentivos para a acreditação de estabelecimentos públicos e privados de saúde que prestam serviços ao SUS.

5.5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS EM SAÚDE

O Ministério da Saúde contempla um sistema de informações de grandes proporções. Os dados produzidos pelo DATASUS têm todos os atributos para estabelecer sistemas de indicadores que permitam atacar os principais problemas de saúde do país. Então, por que os resultados em saúde no Brasil avançam tão lentamente?

Nos últimos anos, aumentou o número de medidas que têm vinculado resultados a contratos de saúde ligados à transferência de recursos públicos para estados e municípios. Por outro lado, onde foi possível avançar, estabeleceu-se uma cultura de avaliação também entre os gestores estaduais e municipais e os estabelecimentos de saúde, através de contratos com organizações sociais, ou em parcerias público-privadas.

Para coroar esse processo, os contratos que envolvem metas de resultados deveriam ser públicos e transparentes. Estar nas redes *webs* e ser acompanhados não somente pelo Governo mas também pela sociedade civil faz parte das estratégias de participação social do SUS.

Como desafio para avançar nesse processo, seria importante que os resultados do sistema de saúde sejam medidos e avaliados através de instituições avaliadoras externas independentes, que pertençam à sociedade civil e que não tenham uma relação direta com os processos de financiamento setorial pelas instituições de saúde.

5.6 MELHORANDO A EFICIÊNCIA DO FINANCIAMENTO SETORIAL

A regulamentação da Emenda 29 poderá trazer mais recursos ao sistema, o que é desejável. No entanto, antes de ter mais recursos, é necessário garantir que os recursos utilizados vão gerar os melhores resultados para a população. É necessário, antes de tudo, criar modelos

de avaliação do gasto em saúde para incentivar o melhor uso dos recursos disponíveis. Somente assim se poderá sair da discussão infundável sobre a insuficiência dos recursos para a implantação do SUS.

O Ministério da Saúde deverá incentivar um modelo de prestação de serviços que garanta mais saúde para cada real gasto pelo Governo, e isso será impossível de ser alcançado sem mudanças profundas no modelo gerencial, especialmente no setor público. É necessário controlar e reduzir o enorme volume de recursos que o Ministério da Saúde perde em seus orçamentos a cada ano em nome de emendas parlamentares que trazem poucos benefícios,⁴⁶ problema que não somente afeta o orçamento do Governo Federal, mas também dos estados e municípios.

É necessário controlar a corrupção e o desperdício dos recursos do SUS, que atingem altas proporções. É necessário implantar sistemas de remuneração baseados em incentivos, em resultados e na maior autonomia dos processos de gestão.

Por outro lado, como já foi mencionado, deveriam aumentar-se as sinergias entre o SUS e a Saúde Suplementar, com vistas a evitar duplicação de esforços e valorizar o uso dos recursos do SUS. Frequentemente, os beneficiários de planos de saúde utilizam os serviços do SUS que poderiam ser oferecidos pelos planos sem custos ao sistema público. Isso permitiria aumentar os recursos do SUS para os mais pobres, favorecendo aqueles 20% que, mesmo apresentando problemas de saúde, não têm cobertura.

Por fim, deveria aumentar-se a possibilidade de que as transferências de recursos entre esferas de governo ocorram de forma vinculada a incentivos e ao cumprimento de metas de resultados. Para tal seria necessário estabelecer uma instância externa de avaliação de saúde que possa estimar se as metas e resultados pactuados estão sendo cumpridos e alcançados.

5.7 SÍNTESE DA AGENDA PENDENTE EM SAÚDE

O Apêndice 1 elabora uma síntese dos problemas de saúde do Brasil e as propostas para solucionar os temas da agenda pendente em saúde. Esse apêndice poderia funcionar como um roteiro para a elaboração de um programa de saúde de um governo comprometido com a implementação do SUS numa perspectiva de factibilidade e justiça social.

⁴⁶ Do total de R\$49,7 bilhões aprovados pelo Congresso para o Orçamento da Saúde de 2007, R\$1,9 bilhão (5%) foi dedicado ao financiamento de cerca de 2.700 emendas parlamentares. Esse valor equivale a quase um terço dos recursos gastos em atenção básica e estão em boa parte dedicados a favores políticos, tais como construção de pequenos hospitais (com menos de 50 leitos) em cidades do interior, compras de ambulâncias para municípios e outros tipos de gastos não previstos na programação original dos recursos do Ministério da Saúde. Esses gastos também são difíceis de monitorar, dada sua dispersão, favorecendo o descontrole e a corrupção. No entanto, um artigo de 2007 patrocinado pela Câmara dos Deputados, defende as emendas parlamentares individuais de saúde (Carvalho, 2007), dizendo que elas reduzem as desigualdades regionais e foram responsáveis por 30% a 40% dos investimentos do Ministério da Saúde entre 2003 e 2006. No entanto, nada se analisou sobre a qualidade desses investimentos e sobre como eles se inserem num planejamento mais global para efetivamente corrigir os problemas de saúde aqui apontados.

GLOSSÁRIO

AGU	Advocacia Geral da União
AHM	Autoridades Hospitalares Municipais — Classificação dada aos hospitais da administração direta pela administração pública da Secretaria Municipal de São Paulo.
AIH	Autorização de Internação Hospitalar — Formulário utilizado para ressarcimento dos gastos com assistência médica incorridos por um hospital contratado pelo SUS.
AMB	Associação Médica Brasileira
AMQ	Aplicativo para a Melhoria de Qualidade — Processo utilizado pelo Ministério da Saúde para que as equipes do PSF façam voluntariamente uma autoavaliação na qualidade de implantação do Programa.
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar — Agência reguladora encarregada de definir as regras e fiscalizar a atuação do setor de saúde suplementar no Brasil.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária — Agência reguladora encarregada de definir as regras e fiscalizar as normas sanitárias, os padrões de infraestrutura e equipamentos (hospitais, centros, postos de saúde e laboratórios) e o uso de tecnologias de saúde (entre outras atividades) no Brasil.
AVC	Acidente vascular cerebral — Doença conhecida popularmente como derrame cerebral.
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite — Comissão formada por autoridades de saúde de um governo estadual com autoridades de saúde dos municípios daquele estado para deliberar sobre ações conjuntas associadas ao planejamento e à programação de saúde daquele estado.
CIT	Comissão Intergestores Tripartite — Comissão formada por autoridades de saúde do Governo Federal, por representantes das autoridades de saúde dos governos estaduais e por representantes das autoridades de saúde dos municípios para deliberar sobre ações conjuntas associadas ao planejamento e à programação de saúde em nível nacional.
CNS	Conselho Nacional de Saúde — Instância consultiva máxima do setor saúde no Brasil, composto por membros de diversos organismos públicos, privados e da comunidade.
CNS	Confederação Nacional de Saúde — Órgão da estrutura representativa do setor privado que congrega a totalidade dos estabelecimentos privados de saúde, especialmente dos hospitais.
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COFINS	Contribuição para o Financiamento ao Investimento Social (substitui o antigo Fundo para o Financiamento do Investimento Social (FINSOCIAL) criado nos anos 1980 para financiar os investimentos sociais do BNDES. Com a Constituição de 1988, passou a ser vinculado ao OSS.
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas. Foi criada com a Constituição de 1988 como uma das fontes para o financiamento do OSS.
DAB	Departamento de Atenção Básica da SAIS do Ministério da Saúde
DARA	Departamento de Articulação de Redes Assistenciais (DARA) da SAS, Ministério da Saúde, Brasil
DRU	Desvinculação de Recursos da União — Nome que sucedeu ao FEF a partir do ano 2000.
DATASUS	Instituição destinada ao Gerenciamento de dados, estatísticas e informações no Brasil.
EBAPE	Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da FGV

FEF	Fundo de Estabilização Fiscal — Denominação dada em 1995 ao antigo Fundo Social de Emergência.
FESB	Fundação Estatal de Saúde da Família — Fundação pública de direito privado que administra o programa de saúde da família no estado da Bahia.
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP
FNS	Fundo Nacional de Saúde — Entidade financeira para o qual ingressam todos os recursos para o financiamento federal do SUS e se fazem as transferências para os fundos estaduais e municipais de saúde, denominadas “transferências fundo a fundo”.
FPE	Fundo de Participação dos Estados — Corresponde à parcela das receitas tributárias federais que é transferida aos estados em proporção direta à sua população e inversa à sua renda <i>per capita</i> .
FPM	Fundo de Participação dos Municípios — Corresponde à parcela das receitas tributárias federais que é transferida aos municípios em proporção direta à sua população e inversa à sua renda <i>per capita</i> .
FSE	Fundo Social de Emergência — mecanismo instituído em 1994 para desvincular recursos orçamentários de forma a garantir liberdade alocativa de recursos ao Governo Federal.
HALE	Healthy Life Expectancy — Expectativa de Vida Saudável — Consiste no conceito de expectativa de vida em uma determinada idade deduzido do número de anos potencialmente perdidos por doença ou incapacidade esperadas para essa idade.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços — É atualmente a principal fonte de financiamento do gasto dos estados.
IFC	International Finance Corporation — Corporação Internacional de Financiamento — Organismo do Banco Mundial destinado ao financiamento de atividades do setor privado.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Era o órgão que prestava ou contratava assistência médica para os trabalhadores formais no Brasil. Com a criação do SUS, foi extinto em 1990 e sua estrutura absorvida pelo Ministério da Saúde.
INCA	Instituto Nacional do Câncer (hospital especializado do Ministério da Saúde)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatismo-Ortopedia (hospital especializado do Ministério da Saúde)
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, calculado pela Fundação SEADE
IRPF	Imposto de Renda da Pessoa Física
IRPJ	Imposto de Renda da Pessoa Jurídica
ISS	Imposto sobre Serviços — É a principal fonte de financiamento próprio dos gastos municipais.
JCI	Joint Commission International — Organismo privado sem fins lucrativos norte-americano de acreditação internacional de hospitais e instituições de saúde
MEDICAID	Programa de assistência médica para pessoas e famílias abaixo da linha de pobreza, financiado pelo governo norte-americano (incluindo idosos sem acesso ao MEDICARE) nos níveis federal (50%) e estadual (50%).
MEDICARE	Programa de assistência médica para todos os idosos que contribuíram durante sua vida laboral, com exceção das forças armadas e dos veteranos, que têm seus programas próprios. O programa é financiado pelo governo norte-americano (federal) com base em contribuições sobre a folha de salários.
MS	Ministério da Saúde

NICE	National Institute for Clinical Excellence — Organização independente que faz a avaliação de custo-efetividade para a incorporação de novas tecnologias, medicamentos e tratamentos no conjunto de serviços de saúde oferecidos à população no sistema universal de saúde inglês.
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde. Somente uma NOAS foi emitida pelo Ministério da Saúde, no ano de 2001 (NOAS 01).
NOB	Normas Operacionais Básicas. São instrumentos legais utilizados para regulamentar políticas instituídas pelo Ministério da Saúde no Brasil utilizadas nos anos 1990.
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organismo Nacional de Acreditação
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais — Instituições contratadas pelo Estado para o gerenciamento de funções públicas no setor social em áreas como saúde, educação, cultura etc.
OSIP	Organizações Sociais de Interesse Público, criadas por Lei Federal em 1996, com base em legislação estabelecida pelo Ministério da Administração e Gestão. A legislação que cria as OSIP estabeleceu as bases para a legislação estadual que criou as OS em São Paulo e, posteriormente, em outros estados.
OSS	Orçamento da Seguridade Social, Instituído com a Constituição de 1988 para financiar os gastos públicos federais com políticas de previdência social, saúde e assistência social.
PAB	Piso de Atenção Básica — Corresponde a uma transferência <i>per capita</i> do FNS aos estados (quando estes são gestores) e aos municípios (na maioria dos casos) para o financiamento dos programas de atenção básica de saúde.
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PCV	Pesquisa sobre Condições de Vida, realizada pela Fundação SEADE em São Paulo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE
PNB	Produto Nacional Bruto
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE
PPI	Programação e Pactuação Integrada — Mecanismo pelo quais os estados e municípios pactuam entre si e com o Governo Federal o uso dos recursos do SUS de acordo com a rede de serviços disponível e os distintos programas de gasto existentes. A cada ano se pactua uma PPI entre as distintas esferas de governo.
PPC	Paridade do Poder de Compra
PPP	Parcerias Público-Privadas
PSF	Programa de Saúde da Família do SUS
RECLAR	Conjunto de Regras de Classificação Hospitalar estabelecidas pelo antigo INAMPS na década de 1970.
REFORSUS	Programa de Reforço do Sistema Único de Saúde — Projeto do Ministério da Saúde financiado pelo BID e pelo Banco Mundial
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único — Sistema legal que ampara o sistema de contratação e o contrato de trabalho dos servidores públicos da União no Brasil. Estados e municípios têm sistemas similares.
SAS	Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde, Brasil
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatísticas — Órgão oficial de estatística do estado de São Paulo
SIAFI	Sistema de Informações sobre Administração Financeira da Administração Pública Federal

SIOPS	Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos de Saúde — É uma base de dados criada em 2000 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de coletar anualmente os dados sobre fontes e usos detalhados dos gastos em saúde de todas as esferas do governo, mas principalmente dos estados e municípios. Para essas duas últimas esferas de governo, o preenchimento do formulário é obrigatório, sob a penalidade de o estado ou município não receber as transferências de recursos para a operação do SUS nessas esferas de governo.
SSS	Sistema de Saúde Suplementar — É o sistema de saúde no Brasil que garante o acesso voluntário a planos de saúde individuais, financiados por famílias ou coletivos, financiados por empresas e trabalhadores.
STF	Supremo Tribunal Federal — Órgão superior do sistema judiciário brasileiro
SUS	Sistema Único de Saúde do Brasil
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Previdência Social
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TUNEP	Tabela Única Nacional de Eventos e Procedimentos de Saúde para ressarcimento de procedimentos do SUS prestados aos beneficiários do sistema de saúde suplementar.
UNIMED	Sigla que congrega a União das Cooperativas Médicas de todo o Brasil, que são empresas que prestam serviços e vendem planos de saúde. Existem mais de 1.500 cooperativas médicas em todo o Brasil.
USF	Unidades de Saúde da Família — Local físico onde se localiza cada uma das equipes do PSF
USP	Universidade do Estado de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva — Setor que mantém paciente com risco de vida sob cuidados no interior de um hospital.

APÊNDICE 1 Síntese dos problemas e soluções associados à agenda pendente em saúde

Problemas	Propostas para a Agenda Pendente	Implementação
I. A Constituição não tem um compromisso claro com a equidade em saúde e sim com o acesso igualitário aos serviços.	Reinterpretar o artigo 196 da Constituição, considerando que o acesso igualitário significa acesso equitativo à saúde, ou simplesmente substituir, no artigo 196 da Constituição, o termo acesso igualitário por acesso equitativo e definir uma legislação complementar para definir como se operacionaliza o acesso equitativo.	A base para a implementação desse princípio é definir que os recursos públicos devem dar prioridade a atender as demandas de saúde dos mais pobres.
II. O princípio da integralidade da saúde entra em choque com o alcance dos princípios da universalização e do acesso igualitário.	- Definir explicitamente o que se entende por integralidade da saúde na legislação complementar. Propor um conjunto de bens e serviços de saúde que permitam cobrir esse conceito de integralidade; - Criar uma metodologia sistemática para a inclusão de novos bens e serviços no conceito de integralidade sempre que se cumprirem três condições: viabilidade orçamentária, evidência científica do protocolo associada ao uso desse bem e serviço e garantia de que a fórmula utilizada é a mais custo-efetiva entre as opções existentes. - Garantir que é ilegal que o SUS venha a cobrir outros bens e serviços não contidos nesse conceito de integralidade, criando as punições necessárias e a nulidade dos processos judiciais que solicitem bens e serviços não garantidos nesse conceito.	A base técnica do processo deveria ser garantida por instituições públicas e consultada junto à sociedade civil. Criar uma base de apoio ao SUS para a implantação e teste de mecanismos de avaliação em saúde baseados em evidência e revisões sistemáticas. Atualmente o Instituto Cockrane do Brasil cumpre, de forma limitada, essa função. Criar uma instituição na sociedade civil que possa cumprir papel em avaliação econômica de procedimentos de saúde, a exemplo do que realiza o NICE na Inglaterra, que possa cooperar com o Governo (especialmente com a ANVISA) na inclusão de procedimentos a serem financiados pelo SUS. Haveria a necessidade de desenvolver um projeto por instituições como a ANVISA e consultar organismos especializados internacionais para sua formulação. Com base no projeto se elaboraria um Projeto de Lei sobre a operacionalização do princípio da integralidade.
III. O setor enfrenta sérios problemas em sua governança pela falta de acesso coordenado e articulado aos serviços por parte da população, e pela falta de um novo modelo organizacional que garanta autonomia de gestão como base para a eficiência dos serviços.	- Implantação sistemática de um processo de criação de redes regionais de saúde, integradas e hierarquizadas, com gestão unificada e com mecanismos de regulação eficiente de toda a rede regional de provedores associada ao SUS. - Essas redes deverão coordenar o acesso aos serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Serão responsáveis pelo encaminhamento de soluções integradas ao nível do paciente, que contará com um cartão de saúde único - Aprovação do Anteprojeto de Lei sobre nova organização administrativa do Estado brasileiro (ver Modesto, 2010), que permite que o setor saúde utilize modelos de gestão como os de organizações sociais e parcerias público-privadas na administração pública brasileira.	Articular com o Judiciário os meios de implantação do Projeto de Lei nas instâncias judiciais. Ativar o projeto QUALISUS-REDE, aprovado em 2009 com recursos do Banco Mundial, e implementar os pilotos de rede de saúde previstos neste projeto. Com base no teste dos pilotos de rede de saúde, gerar mecanismos e incentivos financeiros para a implantação das redes. O modelo de redes deverá exigir uma base de financiamento do SUS diferente da atualmente existente, na medida em que demandaria o uso de sistemas de pagamento de provedores associados ao desempenho, capitação ou outros modelos. Desenvolver e aplicar uma base técnica e gerencial para assessorar a implementação dos projetos de rede nos estados e nos municípios interessados. Estabelecer processos de conversão da gestão dos estabelecimentos públicos de saúde da administração direta para as novas modalidades permitidas pelo projeto de lei. Conversão do regime de pessoal vigente nos estabelecimentos públicos de saúde (RJU) em regimes tipo CLT, que permitam adicionalmente o uso de incentivos como o pagamento por desempenho, a partir da aprovação da nova organização administrativa do estado brasileiro.
IV. A inexistência de uma articulação técnica e financeira entre o SUS e o Sistema de	Implementar o Cartão SUS universal como forma de registrar toda a informação demográfica, epidemiológica, médica, administrativa e financeira dos eventos de saúde que os indivíduos utilizam, seja no SUS,	A implantação desses mecanismos exigirá um grande conjunto de estudos técnicos e consultorias que permitam harmonizar os valores e incentivos associados a esses mecanismos, evitando inequidades no processo e garan-



criando duplicação de esforços e *free-riding* entre os detentores de planos ao utilizar o SUS na entrega de bens e serviços que deveriam ser cobertos pelos planos de saúde.

- Regularizar o artigo 32 da Lei 9.656 de 1998, instituindo a validade do processo de ressarcimento do SUS para os usuários de planos de saúde. Essa lei deverá definir situações e procedimentos nos quais o ressarcimento não seria aplicável.
- Refinar pela ANS as normas que definem o conteúdo dos planos de saúde, assegurando quais os serviços oferecidos pelo SUS deveriam ser oferecidos pelos planos de saúde em iguais condições.
- Aprimorar os mecanismos de cobrança da tabela TUNEP, a fim de recuperar os custos de todos os serviços prestados pelo SUS aos planos de saúde que hoje em dia não são cobertos.
- Estabelecer rotinas para manter a dedução dos gastos em planos de saúde do imposto de renda somente para pessoas que optarem pelo não uso do SUS ao terem planos de saúde.

TUNEP, seja através da não dedução do imposto de renda, possam gerar um maior equilíbrio financeiro e evitar duplicação de coberturas e esforços entre os dois setores.

V. A cobertura dos serviços de saúde através de propostas estruturadas de atenção é precária, especialmente para os grupos mais pobres da população. Analogamente, a qualidade dos serviços assistenciais, tanto em saúde da família, como em hospitais e estabelecimentos de saúde de maior complexidade, também é precária pela falta de mecanismos de acreditação das instituições de saúde.

- Completar a cobertura do PSF e de outros programas integrados de atenção básica, dando prioridade aos grupos de menor renda, onde não há alternativas de serviços disponíveis.
- Melhorar os parâmetros de cobertura do PSF para, minimamente, alcançar os níveis de cobertura previstos pelo Ministério de Saúde.
- Melhorar a qualidade das equipes de atenção do PSF para que ele possa prestar serviços de qualidade à população beneficiária. Isso poderia ser feito através de uma redefinição das estratégias e mecanismos da AMQ proposta (mas insuficientemente implementada) pelo Ministério da Saúde.
- Estabelecer uma política nacional de acreditação de hospitais e estabelecimentos de saúde que passe pela criação de incentivos financeiros para os estabelecimentos que se submeterem aos processos de acreditação.

No caso da cobertura do PSF, a implementação passaria por definir grupos de apoio e visitantes que permitam localizar as regiões mais distantes não cobertas pelo PSF e criar redes de saúde com a assistência federal que garantam os recursos necessários para o seu financiamento.

No caso da acreditação de estabelecimentos de saúde, haverá a necessidade de estudar a experiência internacional, capacitar pessoal e instituições para a acreditação e gerar fundos e mecanismos de financiamento para o incentivo a essa proposta.

Estabelecer mecanismos de premiação para quem se acredita e desincentivos para os estabelecimentos que voluntariamente não se acreditarem.

VI. Melhorar a capacidade de tomada de decisão governamental através de processos de monitoramento e avaliação sistemática dos programas de saúde.

- Reformular o DATASUS para que ele apresente uma melhoria da qualidade e da rapidez de divulgação das estatísticas dos distintos sistemas de informação de saúde.
- Integrar os sistemas de informação do Ministério da Saúde (DATASUS) com os sistemas de informação orçamentária e financeira (SIAFI) e com os sistemas de informação de saúde suplementar, a cargo da ANS.
- Realizar convênios com instituições acadêmicas da sociedade civil e universidades para estabelecer processos permanentes de avaliação dos programas de saúde do Governo.
- Apoiar instituições voltadas para a análise econômica (custo-efetividade e custo-eficiência) dos programas de saúde, a exemplo do Instituto Cochrane e do NICE na Inglaterra.

Elaborar um Plano Diretor de Estatísticas da Saúde que permita, a partir das informações existentes, cobrir temas para avaliação dos distintos programas de saúde do Ministério.

Realizar convênios com instituições que produzem estatísticas de saúde como o IBGE e as Instituições do Sistema Estatístico Nacional e a ANS para estabelecer uma divisão do trabalho na produção de dados e um plano comum de disseminação de informações para o planejamento do SUS e da saúde suplementar.

VII. Aumentar a eficiência no processo de financiamento à saúde do SUS.

- Realizar análises econômicas detalhadas que permitam detectar se o gasto em saúde no Brasil se realiza ou não de forma eficiente.
- Estabelecer metodologias para a avaliação contínua da eficiência do gasto em saúde que possam ser utilizadas para o governo estruturar suas ações e aumentar a eficiência ou buscar novas fontes de financiamento quando necessário.
- Regularizar a EC-29, não necessariamente para aumentar os recursos do SUS, mas para estabilizar as fontes de financiamento do sistema.
- Estabelecer processos contínuos para avaliar, investigar, detectar e punir, seja a corrupção, seja o uso inapropriado dos recursos que financiam o SUS.

Criar um portal web com informações transparentes sobre os temas de eficiência do gasto público em saúde.

Articular com o sistema judiciário os mecanismos necessários para investigar permanentemente, detectar e punir os atos de mau uso dos recursos públicos destinados à saúde.