

II Seminário CONASS Debate  
Brasília, 25 de Setembro de 2013

# Caminhos da Saúde no Brasil: É Possível uma Nova Via?

ANDRÉ MEDICI



# Principais Temas a Abordar

- A Singularidade de Cada Modelo de Saúde
- A Realidade de Não ser Único
- Resultados Positivos e Problemas que Atravancam o Progresso do SUS
- A Resposta Internacional a Alguns dos Problemas Enfrentados pelo SUS
- Poderiam Soluções Importadas Resolver os Problemas da Saúde no Brasil?
- Os Principais Desafios para Implementar Possíveis Soluções

- O SUS precisa de uma nova via? Tenho minhas dúvidas
- Tem alcançado resultados positivos
- No entanto, parece haver consenso de que precisa de ajustes
- Mas não ha concenso em relação a que ajustes fazer
- Não creio que se deve adotar modelos exógenos. Cada modelo de sistema de saúde é singular
- Mas algumas soluções técnicas adotadas em outros países eventualmente poderiam ser adaptadas ao contexto brasileiro

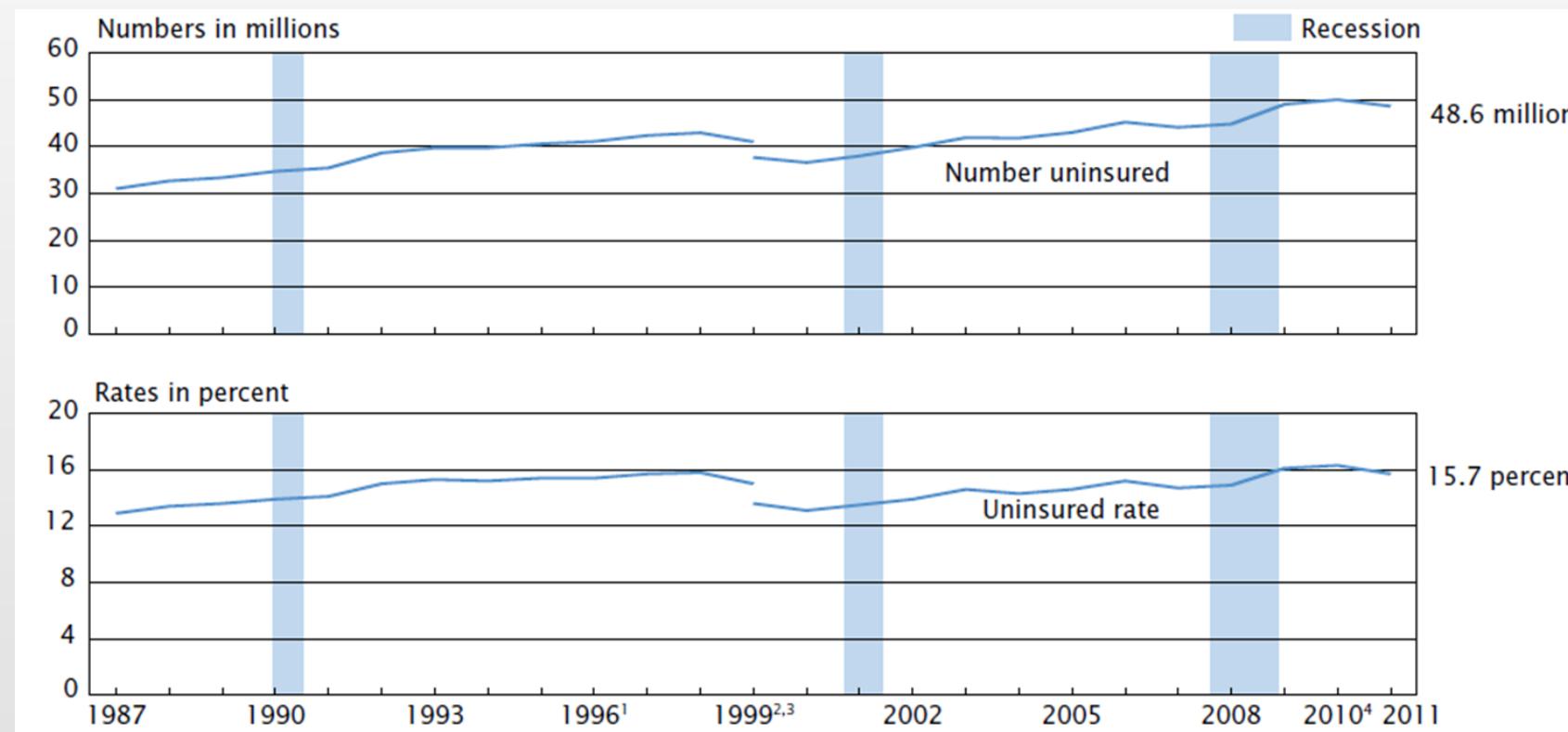
## A Singularidade de Cada Modelo de Saúde

# Fragmentação em saúde é a regra...e sem exceção

- Não existem sistemas únicos ou totalmente públicos de saúde. Mesmo em estados totalitários, onde a sociedade civil não tem liberdade de expressão, não poderão ser encontrados sistemas de saúde totalmente públicos.
- Em Cuba, por exemplo, os gastos privados representavam 4,5% dos gastos totais em saúde em 2007, de acordo com as Contas Nacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Direitos sociais são a última etapa de incorporação de direitos humanos e os sistemas de saúde universais passam a estar na base dos direitos sociais do mundo contemporâneo.
- Sistemas fragmentados, os quais podem prover atenção universal, existem em todos os países e sempre vão existir. Assim atenção universal e sistemas únicos de saúde não são a mesma coisa.
- Cabe, portanto, ao Estado avançar na regulação da saúde para que os sistemas fragmentados se integrem – conformem aquilo que Julio Frenk e Juan Luiz Londono definiram como pluralismo estruturado em saúde. E os princípios que devem orientar o pluralismo são os da universalização, equidade e suficiência do sistema às necessidades de cada um.

# O que acontece com sistemas pluralistas desestruturados?

## Evolução do número e % de pessoas sem cobertura de saúde nos EUA: 1987-2011



Países como os Estados Unidos nunca conseguiram estruturar seu pluralismo em saúde e, como resultado, existem iniquidades e falta de cobertura.

O Plano Obama é uma tentativa de fazer com que as iniquidades diminuam... e que se construa um sistema universal de saúde baseado no pluralismo estruturado.

# É um mito dizer que os sistemas de saúde de corte beveridgeano cresceram sem a participação de planos privados de saúde complementares

- Canadá – 75% dos canadenses tem planos de saúde complementares ao sistema público, a maioria financiado por empresas para seus empregados.
- Estes planos cobrem serviços complementares de odontologia, optometria, medicamentos e absorvem 28% dos gastos totais com saúde no Canadá, sem passar pelo Estado
- Inglaterra - planos privados oferecem tratamentos complementares através de seguros médicos financiados por empresas, em médicos especialistas, exames e tratamentos não cobertos pelo NHS.
- A organização do acesso aos tratamentos complementares é supervisionada pelos médicos de familia (GPs) para evitar duplações, disperdícios e garantir a continuidade do cuidado.

# A cobertura de saúde nos países beveridgianos estruturaram sua oferta universal pública com a complementariedade de planos privados

- A diferença com o Brasil, é que os sistemas públicos dos países beveridgianos são capazes de oferecer a todos um conjunto de prestações de boa qualidade e de coordenar essa oferta com aquela oferecida pelos planos privados
- Os serviços oferecidos pelos planos são complementares e não concorrentes com aqueles que oferece o setor público, para que complementem e não para que dupliquem coberturas.
- Muitos sistemas beveridgianos tem co-pagamentos. Assim garantem no que é essencial a equidade no sistema para que sobrem recursos para financiar aqueles que não tem capacidade de pagamento.
- Mas para isso, o que oferece o setor público tem que ser realmente essencial e de boa qualidade.
- Não importa que haja pluralismo. O que é importante é garantir que a pluralidade de sistemas de saúde se estruture de forma complementar e regulada e que não haja fragmentação do acesso, cobertura e financiamento.

# **...e o Estado é que deve liderar a estruturação do pluralismo**

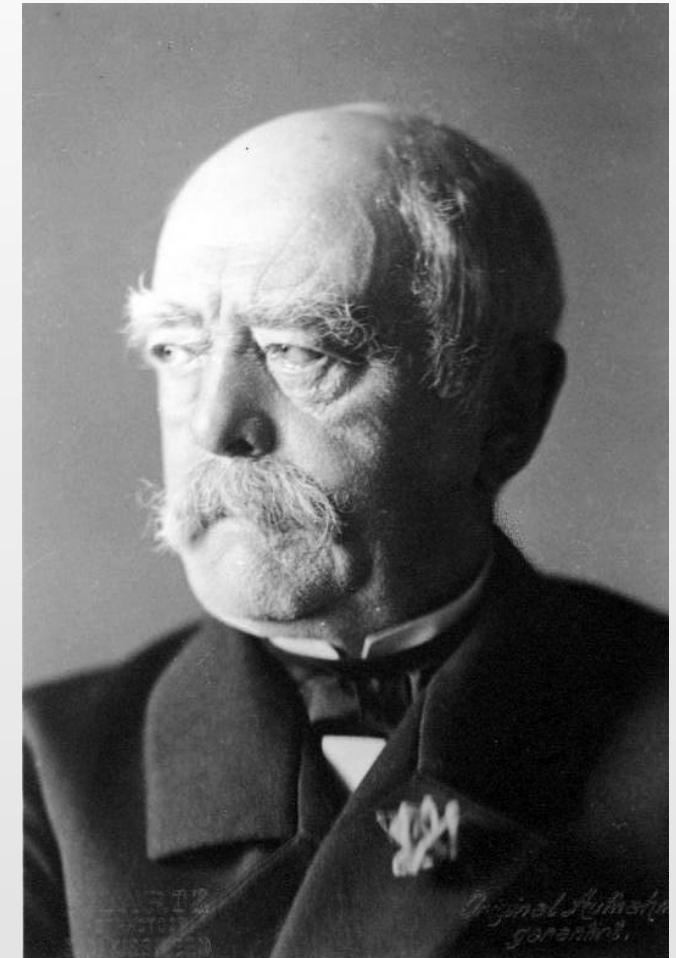
- Assimetrias de informação em saúde impedem que as soluções puras de mercado contribuam para a eficiência e a equidade em saúde, e não levam a universalização de cobertura...
- A fragmentação institucional das formas de organização do setor saúde traz consequências negativas, tais como
  - a duplicação de coberturas para alguns, ao lado de ausência de coberturas para outros;
  - a seleção adversa de pacientes por parte dos provedores e a seleção adversa de procedimentos por parte dos asssegurados;
  - a falta de coordenação entre as funções de saúde pública e sua continuidade nos serviços de saúde;
  - a baixa integração entre os mecanismos de promoção, prevenção, atenção médica e reabilitação,
  - Custos elevados para todos e iniquidades nos padrões de saúde entre distintos segmentos da população.

- De Bismarck a Beveridge, mas com um pouquinho de Tio Sam.
- Fragmentação e Iniquidades no Sistema de Saúde
- Deficiencias no processo de regulação conjunta do SUS e da Saúde Suplementar

A Realidade de  
Não ser Único

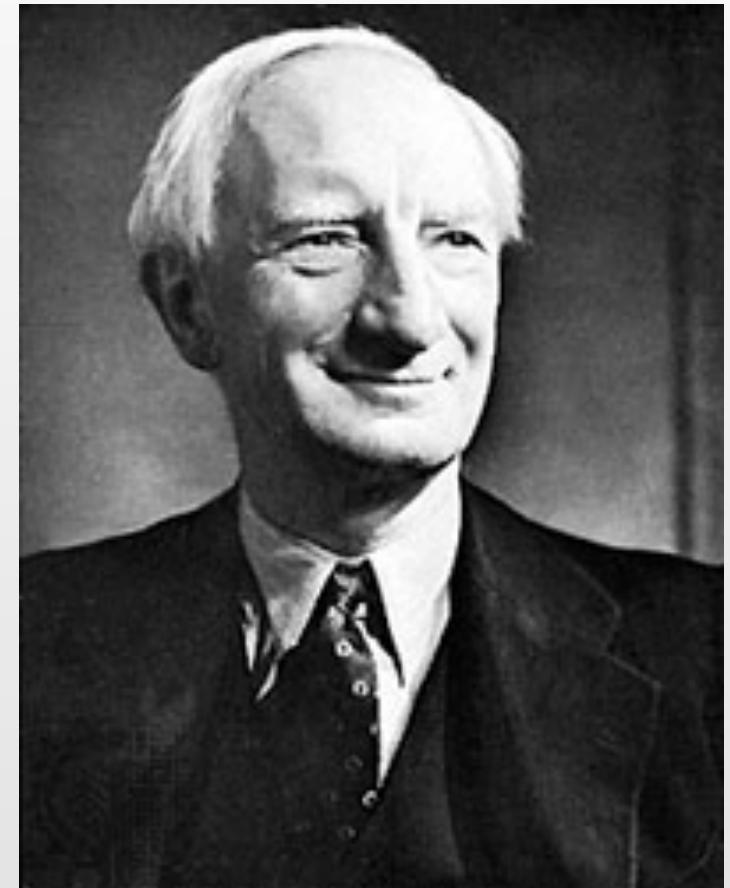
# Das Origens Bismarckianas....

- O Estado no Brasil organizou, desde os anos vinte, um sistema de saúde para atender ao mercado de trabalho formal e suas famílias.
- Estruturou-se, como um sistema bismarckiano, através das CAPS e depois IAPS, passando por um progressivo processo de unificação com o INPS (anos 1960) e NAMPS (anos 1970).
- Esse sistema, com todas as suas falhas, buscava garantir níveis de saúde que complementavam o salário dos trabalhadores e mantinha a regularidade do trabalho nas empresas.
- Hospitais públicos existiam, mas de forma insuficiente para atender a todos, complementados por uma rede de estabelecimentos filantrópicos que atendia gratuitamente indigentes e cobrava daqueles com capacidade de pagamento.



# Ao Modelo Beveredigiano....

- A criação do SUS (1988) e a extinção do INAMPS, levou o país a criar mecanismos institucionais e financeiros para garantir uma cobertura universal e montar a rede básica para atender a imensa maioria da população desprovida de acesso aos serviços de saúde.
- Concentrar-se nestes aspectos nos primeiros anos de funcionamento do SUS foi estrategicamente muito importante para o sucesso do sistema.
- Desde a criação do SUS em 1988, muitas melhorias tem sido observadas nos indicadores epidemiológicos, de acesso e cobertura de saúde da população brasileira.
- A esperança de vida ao nascer passou de 67 para 73 anos entre 1991 e 2010, as taxas de mortalidade infantil se reduziram de 47 para 18 por 1000 nascidos vivos. Doenças infecciosas e parasitárias diminuiram seu peso na mortalidade proporcional. Em 2010, os indicadores de saúde básica eram muito melhores do que os existentes na época da criação do SUS.



# Mas algo se perdeu no processo...

- Com a criação do SUS e a extinção do INAMPS, não houve de imediato uma resposta que pudesse garantir o mesmo nível de atenção médica que o mercado formal de trabalho requeria, mas houve avanços substanciais para aqueles que estavam fora do mercado formal de trabalho.
- A desarticulação do INAMPS criou um vácuo institucional de cobertura para o mercado formal de trabalho que levou a uma expansão brutal dos planos de saúde privados, no modelo das HMO norte-americanas, alcançando as classes média e média baixa.
- Em finais dos anos 1980, este setor cobria somente 5% da popula o. Hoje cobre quase um quarto da popula o brasileira.
- Até 1998, este setor que tinha uma regula o apenas de carater financeiro atraves da SUSEP. A partir de então, foi criada uma regula o pública mais específica e, dois anos depois, se estabeleceu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a observância dessa regula o.



# E com isso se manteve a fragmentação

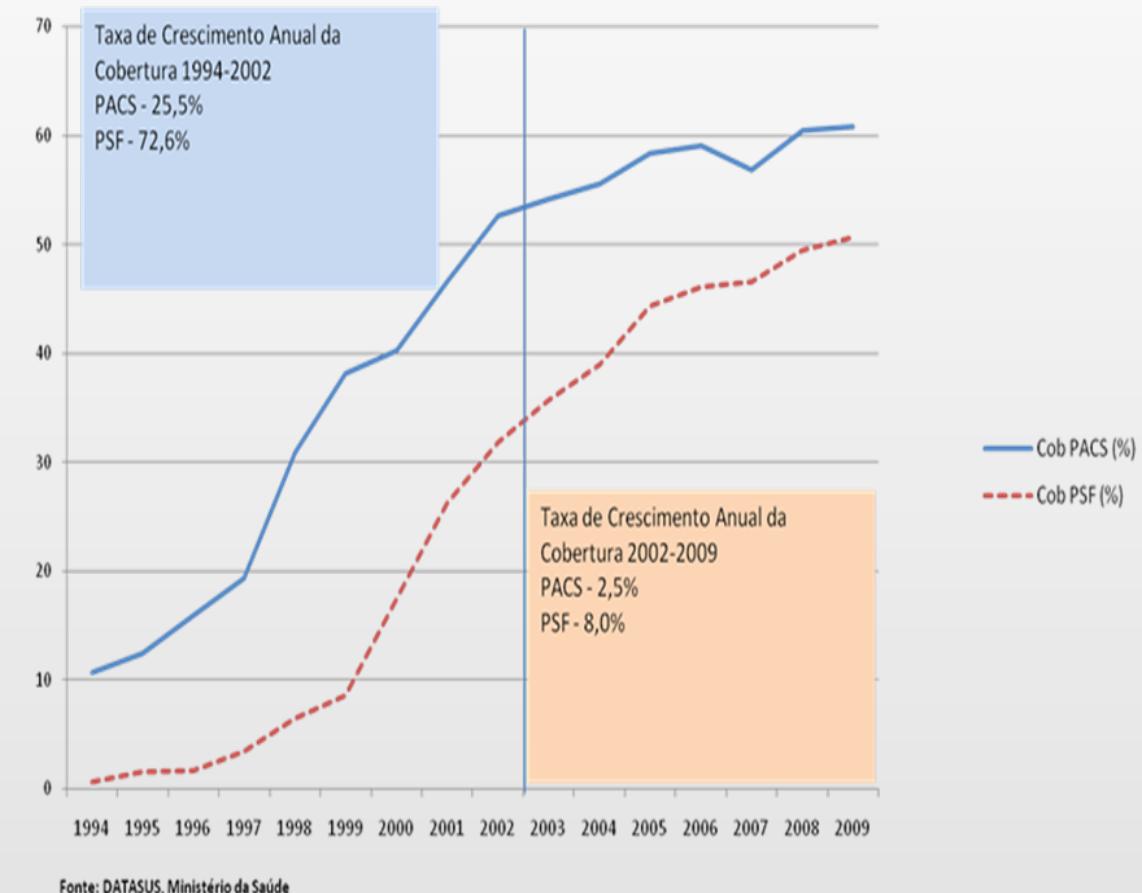
- Nos sistemas beveridgeanos clássicos, planos de saúde são complementares aos serviços oferecidos a todos pelo Estado (Ver os exemplos anteriores do Canadá e Inglaterra).
- No Brasil, os planos de saúde competem entre eles e entregam serviços que são concorrentes com aqueles que o SUS entrega. Com isso existem duplicações, desperdícios e falta de integração entre o SUS e o sistema suplementar.
- Com as novas regras de regulação do sistema de saúde que se estabelecem a partir de 1998, a parcela da população brasileira que possuía plano de saúde vem crescendo progressivamente.
- Ainda que apesar de que os 20% mais pobres apresentam taxas de cobertura de planos de saúde muito baixas, quando comparadas com os mais ricos, eles vem crescendo entre os beneficiários dos planos na esteira do processo de formalização do trabalho. Desta forma, há um aumento da participação dos planos de saúde empresariais (coletivos) no total de planos e uma redução relativa dos planos individuais.

# Fragmentação e Iniquidade no Sistema de Saúde Brasileiro

- O SUS teve o mérito de extender a cobertura aos mais pobres, mas a fragmentação na qualidade do acesso que existia antes do SUS, entre INAMPS e não INAMPS, antes da Constituição de 1988, continuou a existir sob a forma de uma fragmentação entre SUS e saúde suplementar no novo milênio.
- Dado que o SUS não tem sido capaz de melhorar substancialmente a organização do acesso e a provisão de serviços, tanto na cobertura como na qualidade, na maioria dos Estados e Municípios brasileiros, o sistema suplementar tem atuado como um cala-boca para uma classe média que, caso só existisse o SUS, estaria engrossando as passeatas e movimentos sociais por melhores serviços públicos.
- Planos de saúde tem muitas deficiências e recebem muitas queixas quanto a cobertura e ao atendimento. Mas as pesquisas de opinião sistematicamente mostram que o setor privado tem uma melhor avaliação do que o setor público.
- Pessoas com um plano de saúde apresentaram melhores indicadores de utilização, consultas médica, e realização de exames preventivos, para todas as faixas de renda e de idade.

# O PSF tem sido uma solução para qualificar a atenção básica, mas sua expansão é lenta e desigual

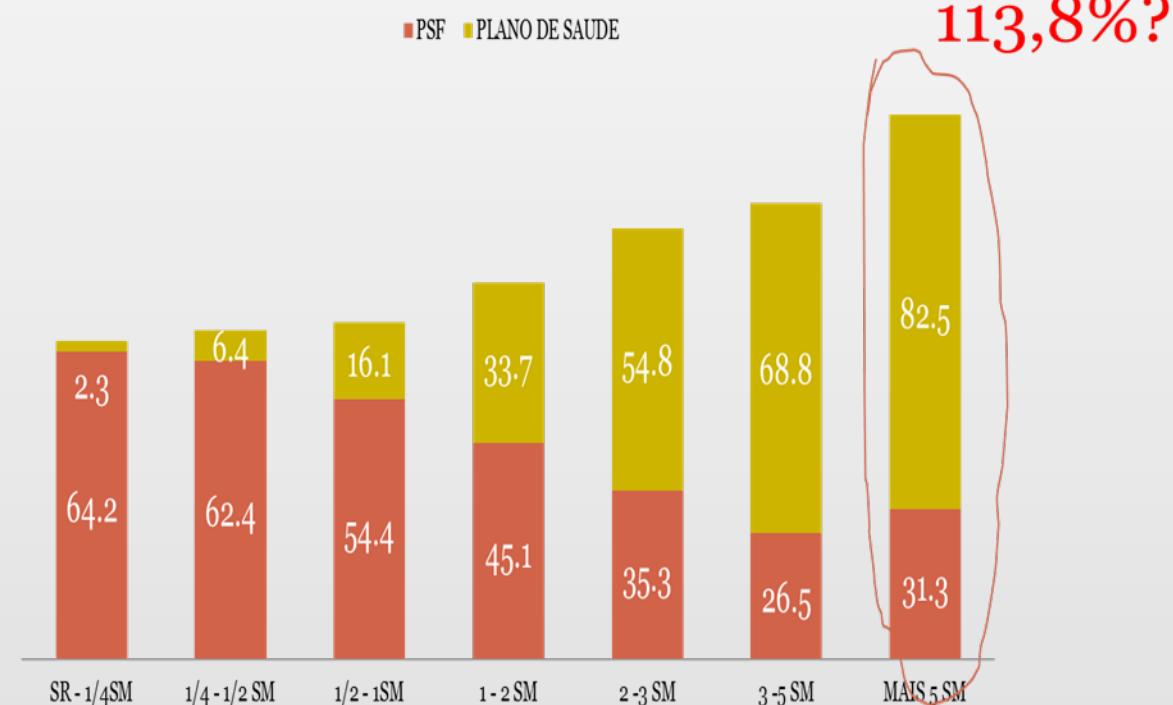
- A cobertura do PSF parece ter afetado de forma positiva os indicadores da saúde no Brasil.
- Os dados mostram que a cobertura de consultas médicas, a procura por atendimento de saúde e a realização de exames preventivos para a população beneficiária do PSF são maiores do que os relativos à população sem nenhum tipo de cobertura, para todas as faixas de renda e idade.
- Portanto, para aqueles que não tem acesso aos planos de saúde, o PSF realmente faz diferença.
- O problema é que ele cobre somente 50% da população e a cobertura não tem aumentado muito nos últimos anos.



# O PSF procura reduzir o hiato mas ainda não alcança a todos os mais pobres...

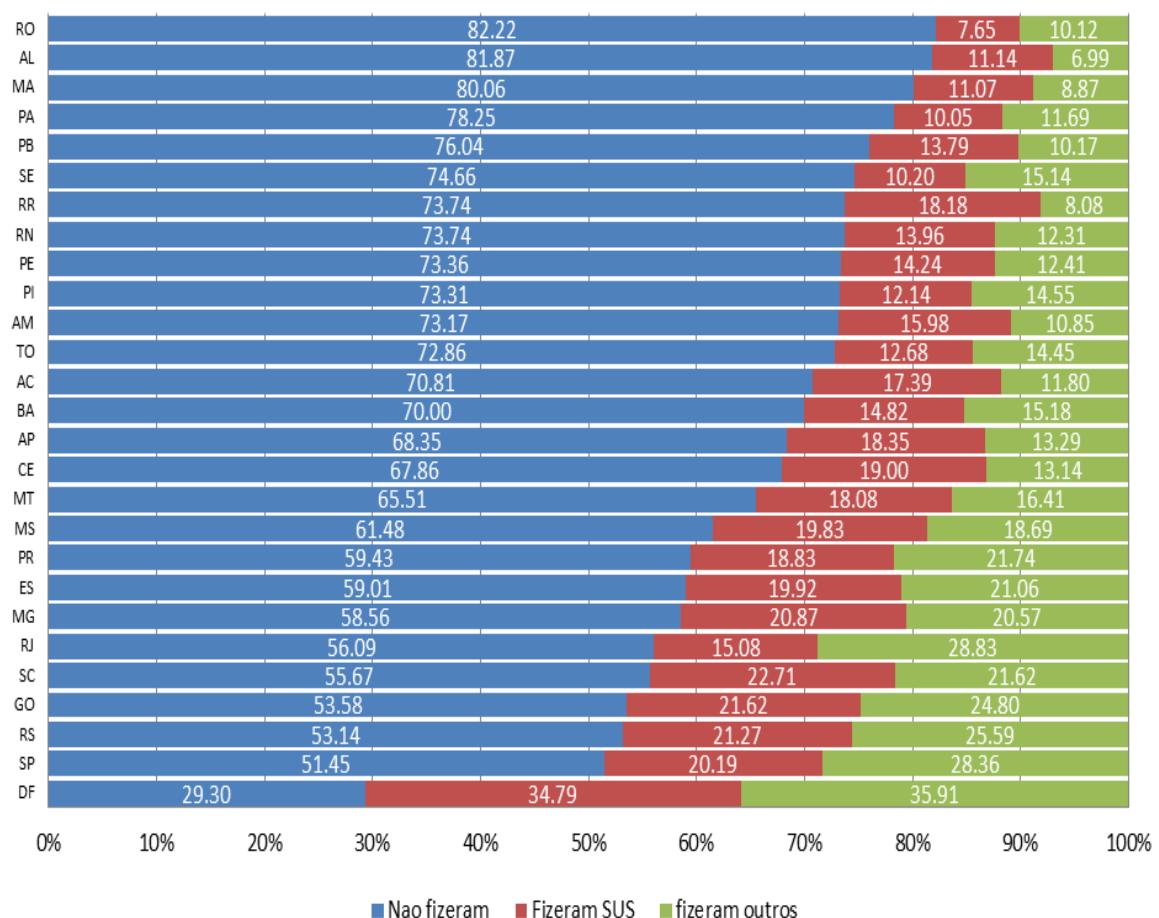
- Parte das pessoas com menor poder aquisitivo apresentaram maiores taxas de participação no PSF, compensando dessa forma as iniquidades existentes entre os que tinham e não tinham planos de saúde.
- Tal fato tem reflexos regionais, dado que as regiões Norte e Nordeste, onde é maior a participação de populações mais pobres, apresentaram maiores taxas de participação no PSF que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.
- Por outro lado, os beneficiários do PSF também são afetados pela desigualdade de renda. Dados da PNAD 2008 mostram que, entre os registrados no PSF, os 20% mais ricos apresentam maiores parcelas de pessoas que buscaram atendimento de saúde comparados aos 20% mais pobres.
- Provavelmente, porque as condições de oferta do PSF onde vivem os 20% mais ricos são melhores do que aquelas onde vivem os 20% mais pobres.

Taxas de cobertura do PSF e de Planos de Saúde Privados nos domicílios brasileiros por classes de renda domiciliar per-capital mensal (em salários mínimos) - BRASIL, PNAD 2008

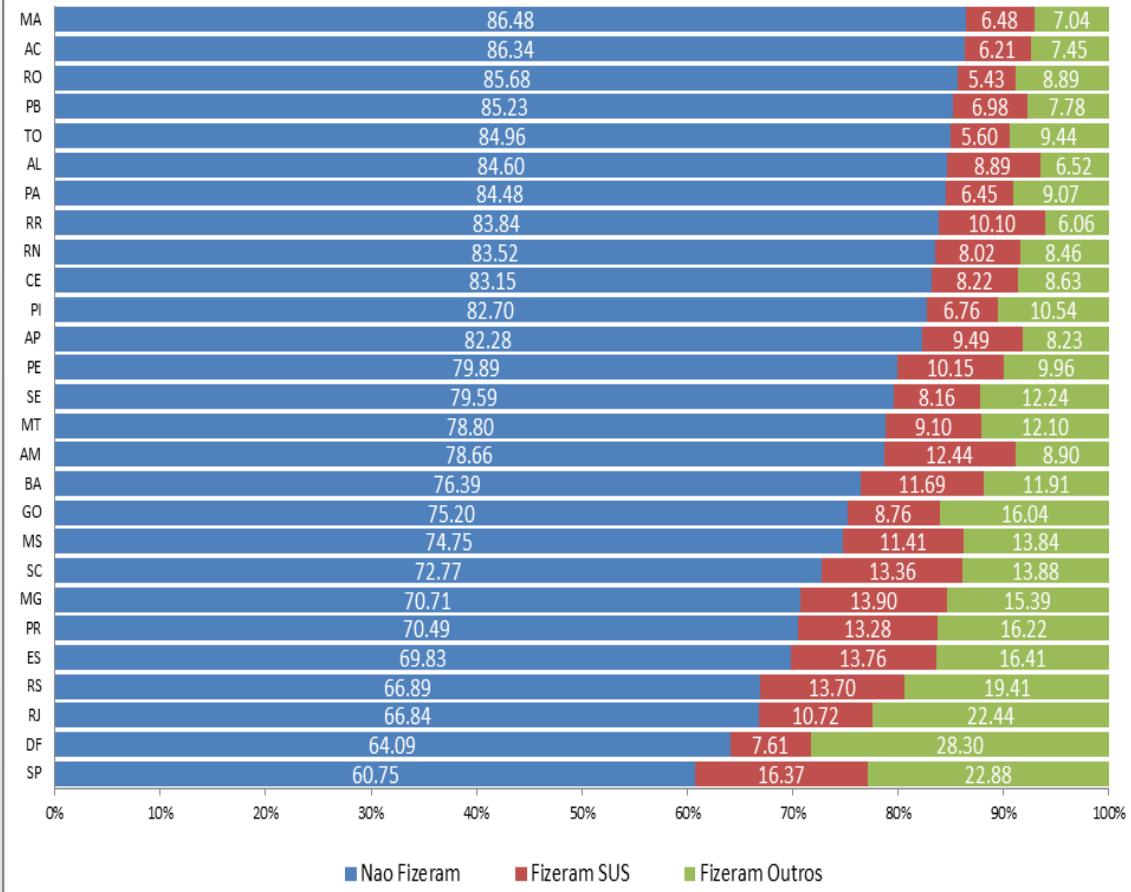


# E isto se reflete nas taxas de cobertura...

**Gráfico 15: Distribuição percentual das mulheres de 25 anos e mais, por condição de realização de exame clínico de mama nos últimos 12 meses: Brasil PNAD 2008**



**Grafico 3: Distribuição Percentual das Mulheres de 25 anos e mais por condição de realização de exame de mamografia nos últimos 12 meses: Brasil - PNAD 2008**



# Algumas conclusões sobre a realidade de não ser único....

- Dificuldades de avançar num sistema de saúde que no fundo não é único e que mantém uma grande fragmentação no acesso à saúde, em geral consubstanciada entre aqueles que tem e que não tem acesso a planos de saúde, mas também na utilização do SUS entre os mais pobres e os mais ricos.
- De uma certa forma, o SUS atende aos mais pobres, mas não propositalmente. Ele tenta atender a todos, mas em função de um processo de auto-focalização, os que tem maiores rendimentos acabam usando os planos de saúde para o dia-a-dia da assistência, reservando o SUS somente para os procedimentos de alto custo e alta tecnologia não cobertos pelos planos.
- Mas entre os beneficiários do SUS existe uma outra fragmentação: aqueles que tem maior renda tem melhor acesso ao SUS do que os mais pobres.
- A iniquidade em saúde persists, não apenas entre os beneficiários de planos de saúde e os do SUS, mas também entre os beneficiários do próprio SUS.
- O Brasil não tem um sistema único de saúde e os resultados das políticas de saúde – tanto as diretamente oferecidas pelo SUS como aquelas reguladas pelo Estado na oferta de planos privados de saúde - tem resultados assimétricos no acesso e nos indicadores de saúde da população.

- Poderíamos gastar mais
- Poderíamos fazer mas com o que gastamos
- Financiamento, o eterno bode espiatório

## A Questão do Financiamento

# Quanto um país deve gastar com saúde?

- O que a população precisa para ter uma boa saúde?
- Estas necessidades podem ser satisfeitas com os recursos financeiros disponíveis ou se pretende alocar mais?
- A população responde a diferentes tipos de serviços públicos sejajam de saúde ou têm outras prioridades com os recursos em outras áreas?
- O valor a ser alocado em saúde pode ser menor do que o gasto em outros setores sociais ou econômicos, ou pode ser maior, atendendo de necessidades mais urgentes que as necessidades de saúde?
- A forma como se pretende gastar os recursos de saúde representa a combinação do uso dos recursos que melhor atende às necessidades de todos, de forma equitativa?

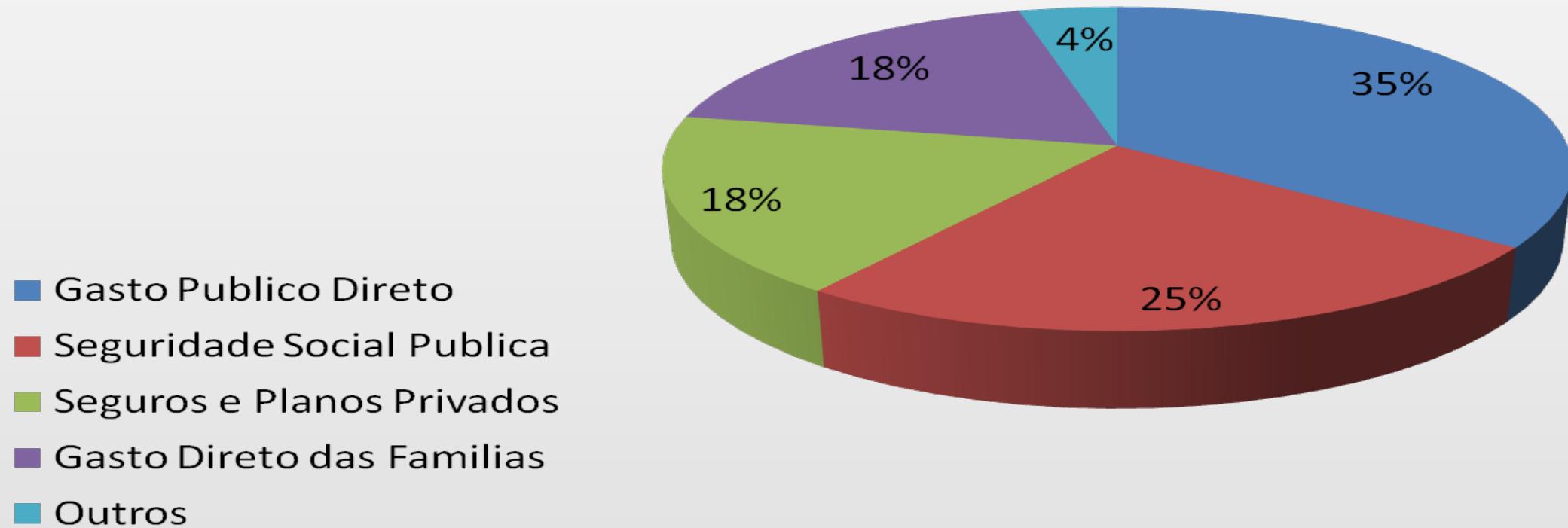
Será que pensamos nisso quando falamos em necessidades financeiras para a saúde?

Equidade

Alocativa

# O gasto mundial em saúde e suas fontes de financiamento

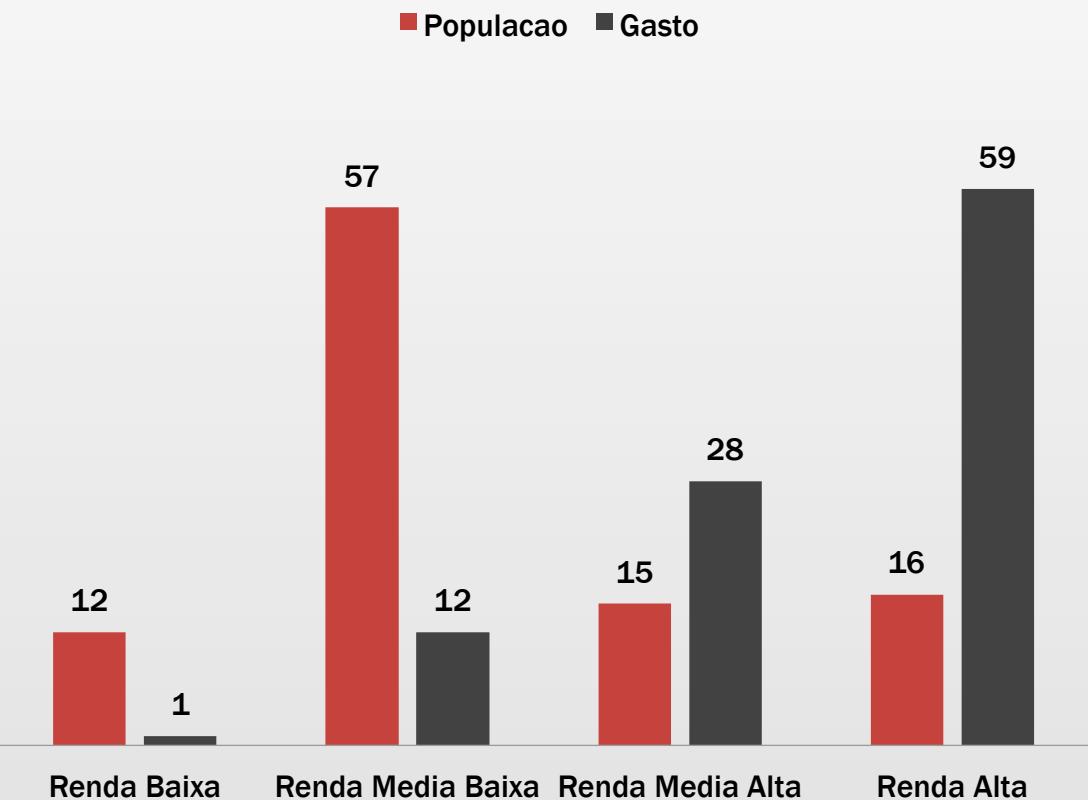
**Distribuição Percentual do Gasto Mundial em Saúde em 2008  
(Estimado pela WHO em US\$ 6,1 trilhões)**



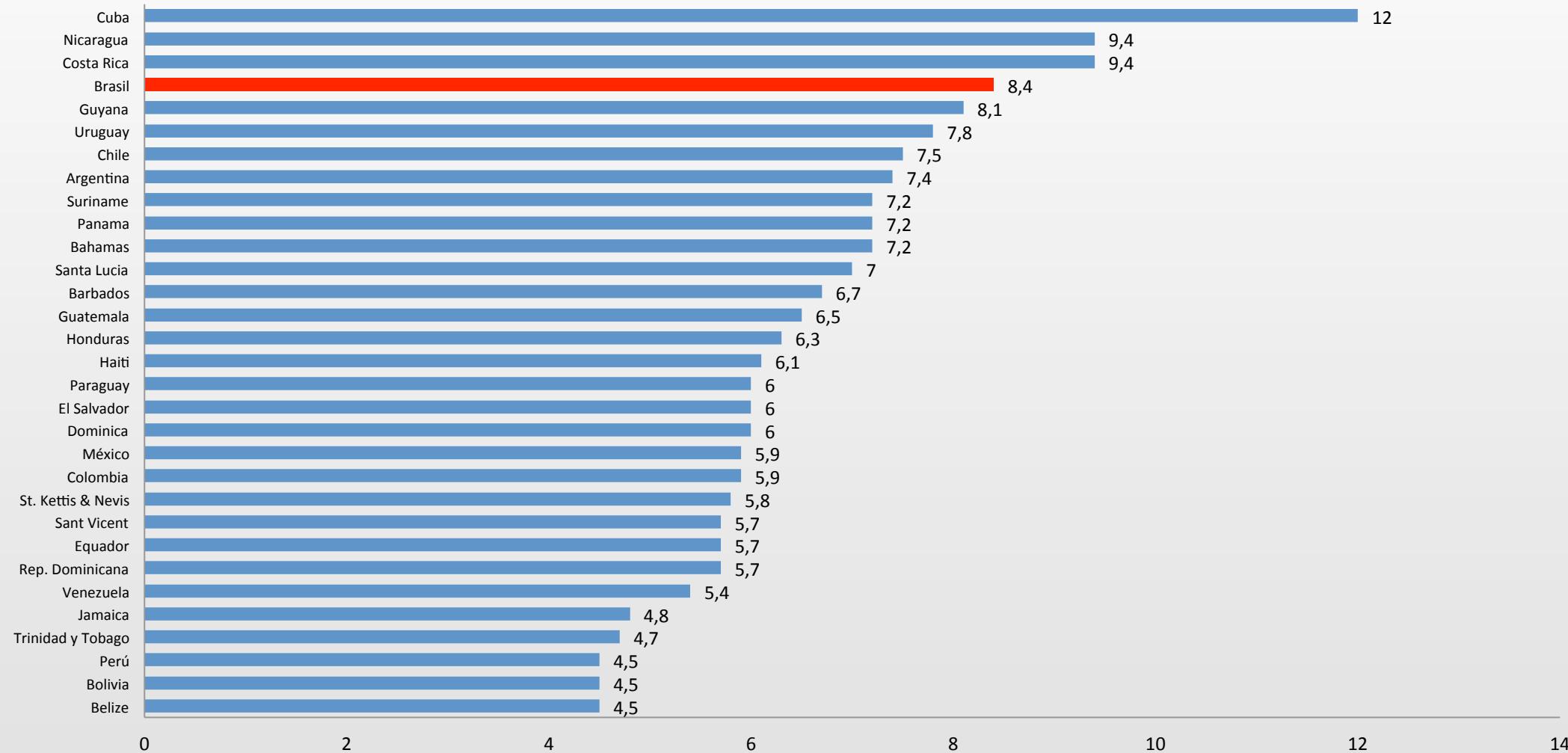
# Como se distribuía o gasto mundial em saúde em 2008?

- Os Estados Unidos, com 5% da população mundial respondia por 37% do gasto global em saúde;
- A América Latina e Caribe, com 8% da população mundial detinha 8% do gasto mundial em saúde
- O Brasil, com 2,9% da população mundial detinha 3,5% do gasto em saúde mundial

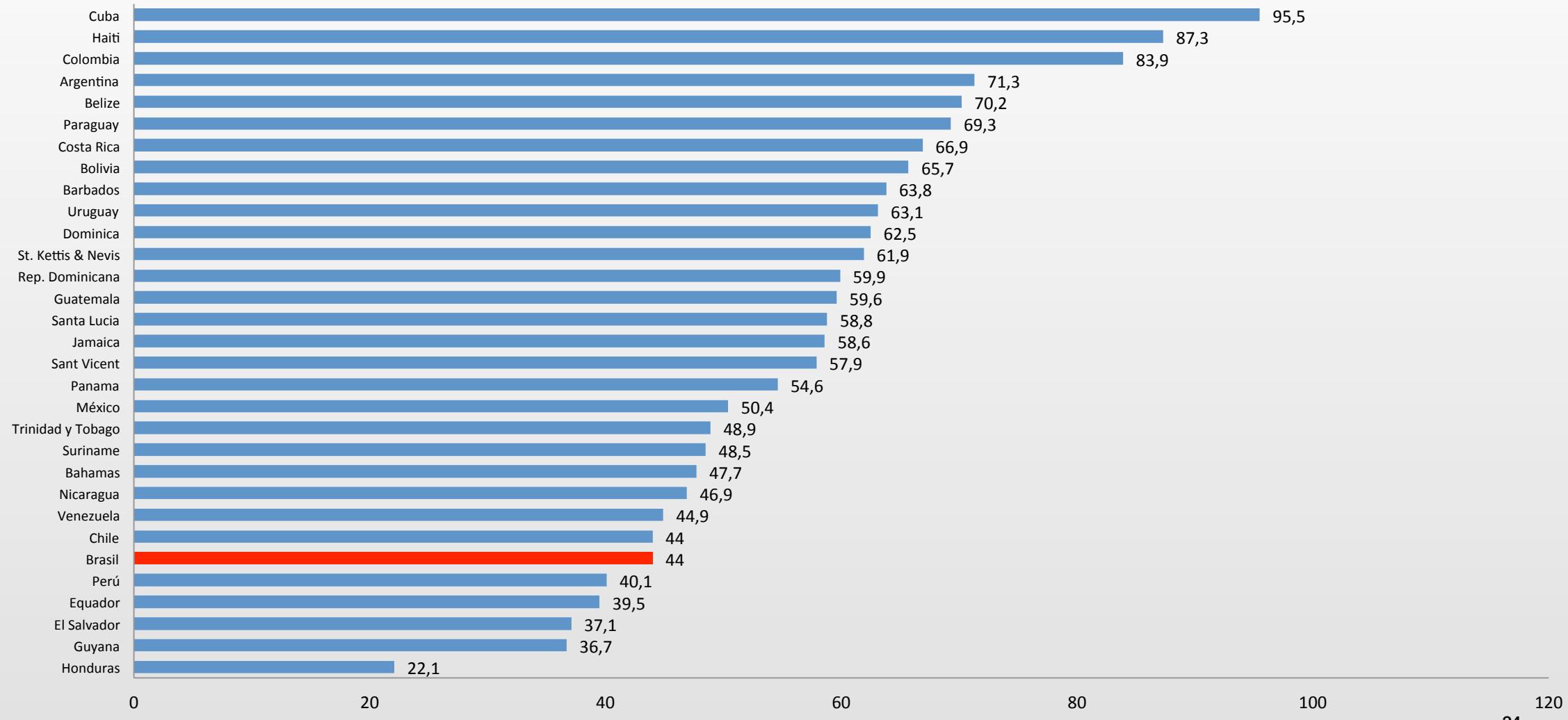
Distribuição % da População e Gasto em Saúde por Grupos de Países segundo o Nível de Renda 2008



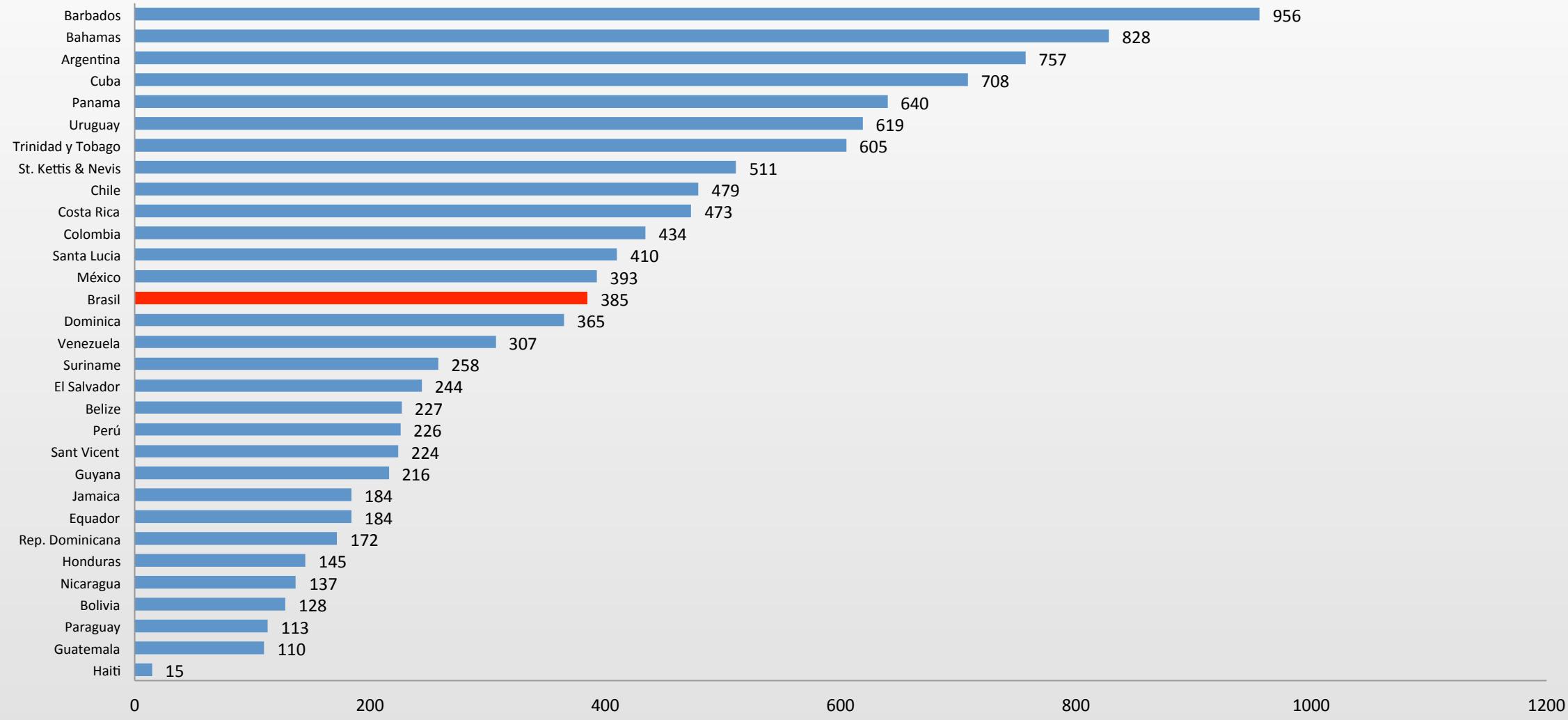
# O gasto em saúde como % do PIB nos países Latino Americanos - 2008



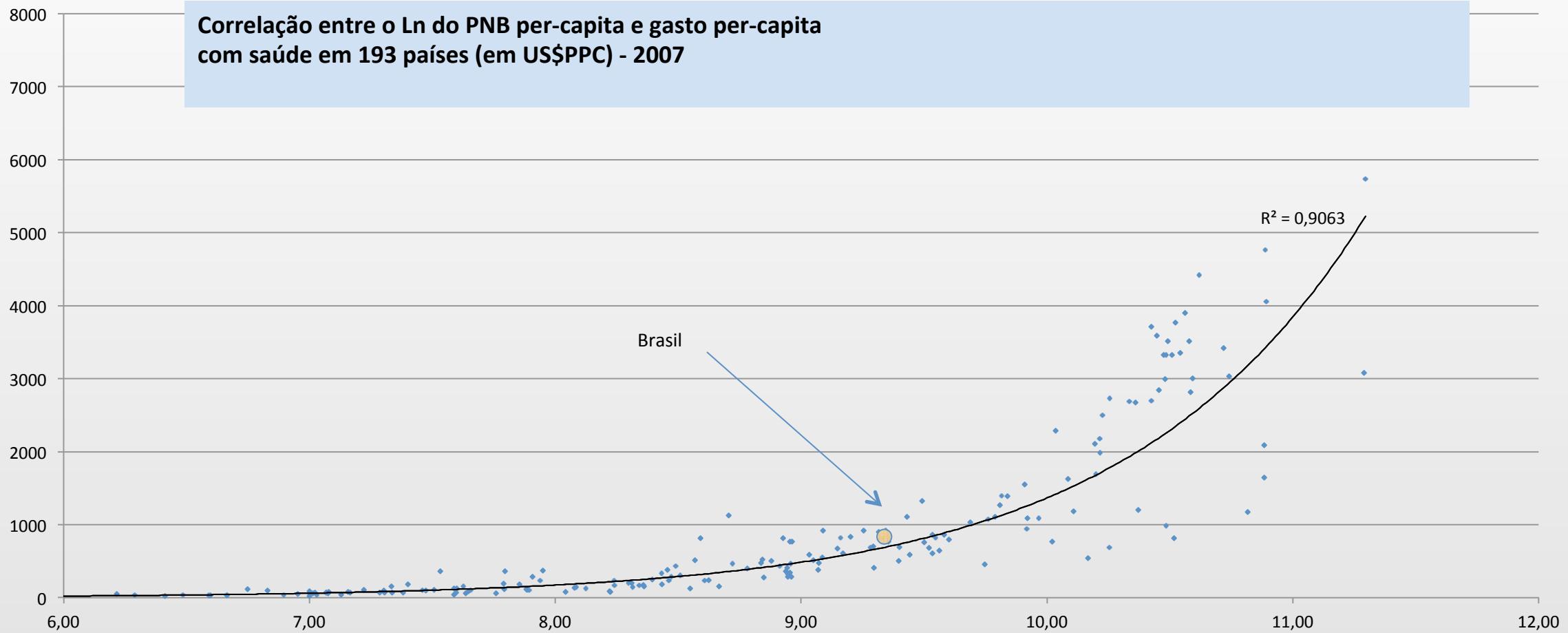
# O gasto público em saúde como % do gasto total em saúde nos países latino- americanos - 2008



# O gasto público percapita em saúde nos países latino-americanos em 2008



# O Gasto em saúde no Brasil está acima ou abaixo da média mundial em relação a sua renda?



# Opções para financiar

- Criação de impostos específicos
- Aumentar a participação da saúde no gasto público realocando a distribuição dos gastos no orçamento público
- Focalizar os gastos em saúde naqueles que não tem capacidade de gasto
- Eliminar subsídios associados ao gasto privado em saúde nos impostos
- Recuperar gastos do SUS com planos privados de saúde com soluções melhores que a do ressarcimento
- A Carga tributária Brasileira corresponde a 36% do PIB e já é uma das mais elevadas do mundo;
- Reduzir gastos desnecessários em outros setores
- Reconsiderar o conceito de universalização e aumentando a complementariedade entre o gasto público e os planos de saúde
- Dados recentes mostram que o que se poderia ganhar com isso não é suficiente
- O ressarcimento não funciona por conta de seu aspecto judicial. Mas a cobrança direta de serviços aos planos poderia funcionar

# Opções para aumentar a eficiência

- Melhoria da gestão através da autonomia das unidades de saúde
- Implantação de redes de saúde que permitam uma melhor organização do cuidado, com maior integração do setor privado na rede;
- Implantação de processos de parceria público-privada na gestão dos serviços;
- Aumento da participação dos serviços de atenção básica, como o PSF, e das perspectivas de promoção e prevenção
- Todas as soluções deveriam ser customizadas e, embora possam trazer resultados positivos na redução da ineficiência e redução nos gastos de custeio do sistema exigem
  - Melhor planejamento
  - Maiores investimentos
  - Pessoal qualificado
  - Gerentes preparados
  - Melhoria dos sistemas de informação e do uso de Tecnologia da Informação

# A busca de soluções

# Os modelos de cobertura universal

- **O Modelo Beveridgeniano de Complementaridade Público-Privado**
- Cobertura Universal Pública (independe do mix público-privado dos provedores)
- Cobertura Complementar através de planos de saúde
- **O Modelo Pluralista de Competição Estruturada**
- Existencia de Asseguradores Públicos e- ou Privados Operando em modelos Competitivos
- O Estado garante a regulação para manter a equidade e a eficiencia do sistema
- Estado complementa com saúde pública (Colombia e Holanda)

# Integrando com o sus

- O Contexto de Redes de Saúde
  - Identificação dos Usuários e Não Usuários do SUS
  - Identificação da Oferta de Serviços (Redes Verticais das Operadoras)
  - Mapeando a oferta, os beneficiários e estabelecendo os níveis de financiamento entre os seguros públicos e os seguros privados das redes de saúde
  - Integrando a rede e estabelecendo os mecanismos de regulação e acreditação de redes de saúde
  - Integrando as instâncias de defesa do consumidor e instrumentos de queixas e reclamações
  - Estabelecendo critérios comuns para o acompanhamento de resultados, incentivos e sistemas de pagamento e remuneração;

# Não Integrando com o SUS

- Estabelecer mecanismos compensatórios e incentivos ao ressarcimento dos planos (incentivos ao imposto de renda, por exemplo);
- Estabelecimento de mecanismos para regulação das regras de concorrência e transparência entre os planos que tem e os que não tem processos de integração vertical;
- Estabelecimento de linhas claras entre os procedimentos ressarcíveis e não ressarcíveis;
- Estabelecer processo de acreditação de planos de saúde;
- Estabelecer mecanismos mais claros para proteção e defesa do consumidor que evitem os custos da judicialização.

# Rumo aos 60 anos de saúde suplementar no brasil

- **Anos 50 – Surgimento com o Processo de Industrialização**
- **Anos 60 – Necessidade de harmonizar a atenção médica unificada com a melhoria de qualidade: os convênios empresa**
- **Anos 70 – surgimento das instituições de saúde suplementar de segunda geração: aprofundamento dos processos de integração vertical**
- **Anos 80 – Fim dos convênios empresa, criação do SUS e necessidade de redefinição do espaço da saúde suplementar**
- **Anos 90 – Da auto-regulação à regulação pública**
- **Anos 00 – A criação da ANS e o aprofundamento dos instrumentos de regulação e qualificação das operadoras**
- **Anos 10 – Transparência, competitividade , defesa do consumidor e integração com o SUS.**

# O que poderia se explorar num cenário alternativo de integração

- Parcerias público-privadas entre o SUS e a Saúde Suplementar;
  - Contratualização entre SUS e saúde suplementar
  - Uso do SUS por usuários de planos de saúde
  - Grau de subsídio público por nível de renda
- Aperfeiçoamento dos sistemas de informação e transparência pública das operadoras e relação com os usuários;
  - Atuária médica e perfis de risco
  - Judicialização e defesa do consumidor
  - Satisfação do usuário e ouvidorias públicas
  - Informação como base para a promoção e prevenção

# Muito obrigado

[HTTP://WWW.MONITORDESAUDE.BLOGSPOT.COM](http://WWW.MONITORDESAUDE.BLOGSPOT.COM)