



CONASS DEBATE

PROGRAMAÇÃO

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

SEMINÁRIO – CAMINHOS DA SAÚDE
NO BRASIL

PROGRAMAÇÃO

09h00 – MESA DE ABERTURA

- Wilson Alecrim – presidente do CONASS
- Alexandre Padilha – ministro da Saúde
- Antônio Carlos Nardi – presidente do Conasems
- Joaquim Molina – representante da Opas no Brasil

10h00 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Eugênio Vilaça Mendes – coordenador técnico do projeto CONASS Debate

10h30 – MESA DE EXPOSITORES SOBRE O TEMA

- Coordenação
 - Wilson Alecrim – presidente do CONASS
- Enfoque: Para onde vai o SUS?
 - José Gomes Temporão – ex-ministro da Saúde, diretor executivo do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
- Enfoque: Para onde vai o sistema suplementar?
 - Antônio Jorge Kropf – diretor de Assuntos Institucionais da Amil
- Enfoque: Uma nova via é possível?
 - Andre Cezar Medici - economista de saúde aposentado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e editor do blog Monitor da Saúde (www.monitordasaude.blogspot.com)

13h00 – INTERVALO PARA ALMOÇO E COLETIVA DE IMPRENSA

14h00 – MESA DE DEBATEDORES

- Moderador
 - Renilson Rehem – gerente do projeto CONASS Debate
- Debatedor
 - Renato Tasca – Advisor, Public Health Policies and Planning - Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Washington/EUA
- Debatedor
 - Gonzalo Vecina Neto – superintendente corporativo do Hospital Sírio Libanês
- Debatedor
 - Wim Van Lerberghe – Instituto de Medicina Tropical de Lisboa

15h30 – DEBATES

17h00 – ENCERRAMENTO

25 de setembro de 2013, de 9h às 17h
Hotel Mercure Brasília Eixo Monumental
Setor Hoteleiro Norte – Quadra 5 – Bloco G
Brasília/DF
Telefone: (61) 3424-2000



APRESENTAÇÃO DO PROJETO

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), reconhecendo a importância do momento pelo qual passa a saúde pública no Brasil, iniciou uma nova frente de atuação, promovendo a discussão de temas importantes do setor saúde.

Ouvindo opiniões a respeito da sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), de atores, principalmente, de fora do setor saúde, o CONASS busca a expressão de pensamentos e de opiniões, mesmo daquelas divergentes, assim como a explicitação de consensos e de dissensos, no intuito de contribuir para a abertura de caminhos seguros para o futuro do SUS.

Para isso, criou a linha de trabalho chamada **CONASS Debate**, cujo objetivo é tratar, com visão de futuro, das questões estratégicas para o SUS, e não dos seus problemas pontuais ou operacionais.

Inicialmente, o CONASS promoveu dois seminários temáticos em 2013. Mesmo sendo restrito a convidados com identidade com o respectivo tema, os eventos são transmitidos ao vivo via internet, permitindo a participação do público em geral.

Cada seminário tem como produto uma publicação oficial para divulgação de seus resultados.

Para os eventos de 2013, foram definidos os seguintes temas:

Seminário 1: Saúde: para onde vai a nova classe média.

Realizado no dia 24 de abril de 2013, em Brasília. A escolha deste tema foi calcada na importância de se conhecer o movimento da nova classe média brasileira (classe C) e suas repercussões no SUS e no sistema privado de saúde suplementar.

Seminário 2: Caminhos para a Saúde no Brasil.

Realizado no dia 25 de setembro de 2013, em Brasília. Abordará a segmentação do setor saúde; o sistema público universal; o *mix* público e privado; a competição gerenciada, entre outros aspectos.

O Projeto **CONASS Debate** é desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e com o Ministério da Saúde, mediante Termo de Cooperação firmado com vigência até 2015, que prevê a realização de dois seminários anuais.

Partindo do pressuposto de que o SUS não é um problema sem solução, mas uma solução com problemas, a meta é buscar caminhos sustentáveis para o sistema de saúde de maneira a atender os interesses da população brasileira.



SEMINÁRIO – CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

25 de setembro de 2013

CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

Este documento foi produzido exclusivamente para dar suporte ao planejamento do seminário e não representa o posicionamento oficial do CONASS a respeito do tema.

I. OS SISTEMAS DE SAÚDE: CONCEITO E OBJETIVOS

Os sistemas de saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto das atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Nesse sentido, estruturam-se como respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

Suas conformações na prática social variam extensivamente em diferentes países por conta de razões históricas, culturais, econômicas e sociais. Por isso, não há um padrão ótimo de sistema de saúde que possa ser aplicado em todos os países.

Os sistemas sociais, diferentemente dos sistemas biológicos, não buscam harmonizar suas funções em busca da sobrevivência; ao contrário, movem-se dialeticamente, marcados por conflitos internos e externos, num ambiente de entrechoques de interesses e valores.

Os sistemas sociais complexos apresentam uma teleologia, ou seja, sempre buscam a consecução de um ou mais objetivos, o que lhes imprime uma direcionalidade intencionada. Assim, como sistemas complexos, os sistemas de saúde apresentam uma teleologia deliberada, expressa no conjunto de objetivos que perseguem atingir. Independentemente da forma como organizam seus sistemas de saúde, prevalecem, nos países em geral, duas crenças fundamentais: a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento.

Daí que diferentes sociedades apresentam objetivos semelhantes para seus sistemas de saúde que são: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento dos cidadãos; a efetividade dos serviços de saúde; e a eficiência do sistema (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Na prática social, esses objetivos nem sempre apresentam complementaridades, o que dificulta realizá-los todos, de forma adequada, ao mesmo tempo; ao contrário, os diferentes objetivos dos sistemas de saúde tendem a manifestar, entre si, *trade-offs* (HSIAO, 2000).

II. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

De uma forma ou de outra, os sistemas de saúde existem desde que os homens deliberadamente começaram a proteger sua saúde e a tratar suas doenças. Para tal, surgiram as práticas da medicina tradicional que misturavam tratamentos fitoterápicos com práticas de

curandeirismo e de aconselhamento espiritual.

Na idade medieval, os sistemas de saúde existiram sob duas formas principais: a prática religiosa ou monástica, característica do campo, e a prática leiga ou técnico-profissional, que surgiu no século XII, uma prática inerentemente urbana (NOGUEIRA, 1977).

Na Europa, a partir do século XV, como resposta às exigências do mercantilismo que propugnava o aumento da população e sua utilização eficaz, os sistemas de saúde emergiram através de diferentes modelos de polícia médica. A polícia médica é entendida como conceito referente às políticas e práticas originadas da base política e social do estado absoluto e mercantilista, para agir na esfera da saúde e do bem-estar e para assegurar, ao monarca e ao Estado, poder e riquezas crescentes (ROSEN, 1980). O modelo da polícia médica tomou formas diferentes na formação da medicina social: a medicina de Estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e o sanitarismo, no Reino Unido.

Os sistemas de saúde contemporâneos formataram-se a partir da revolução industrial que se deu no final do século XIX e que colocou, no centro da agenda econômico-social, a necessidade da reprodução da força de trabalho. O corpo humano, para ser produtivo, precisava estar em condições de saúde, o que implicava evitar e tratar as doenças e reabilitar os doentes.

A necessidade, a um tempo, de proteger a saúde dos trabalhadores e de se opor aos fortes apelos socialistas da época, fez com que Bismarck, primeiro ministro alemão, propusesse e aprovasse, em 1883, a primeira legislação de seguridade social para os trabalhadores na Europa, com a criação de seguros de saúde pagos pelos empregadores. Isso foi parte dos esforços de unificar a Alemanha naquela época (TAYLOR, 1995).

Em 1910, surgiu o Relatório Flexner, que instituiu e codificou a medicina científica, a partir da ordenação da educação médica por meio de: definição de padrões de entrada e ampliação da duração dos cursos de medicina; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico nos hospitais; ênfase na pesquisa biológica; estímulo à especialização médica; e controle do exercício profissional pela profissão organizada (FLEXNER, 1910). Este relatório teve o suporte de grandes corporações industriais e da Associação Médica Americana e, dele, resultou o paradigma flexneriano da medicina científica, até hoje hegemônico, caracterizado pelos seguintes elementos ideológicos: o mecanicismo; o biologismo; o individualismo; a especialização; a exclusão de práticas alternativas; a tecnificação do ato médico; e a ênfase na medicina curativa e reabilitadora (MENDES, 1985).

Na Rússia, após a revolução de 1917, instituiu-se um sistema de saúde universal e gratuito, com financiamento e provisão estatais, conhecido como modelo Semachko ou modelo de monopólio estatal.

Esse modelo russo influenciou o Relatório Dawson, elaborado no Reino Unido em 1920, que lançou a ideia dos sistemas regionalizados de saúde, orientados por uma base populacional

(LORD DAWSON OF PENN, 1920). A proposta de Dawson não determinou efeitos imediatos devido à oposição da Associação Médica Britânica, que temia o desenvolvimento de uma medicina socializada naquele país.

No pós-guerra, o Relatório Beveridge, publicado em 1942, definiu as bases do Estado de bem-estar social no Reino Unido e identificou o sistema de saúde como um dos três requisitos básicos para uma política de seguridade social (BEVERIDGE, 1942).

Como consequência do Relatório Beveridge e sob influência indireta das idéias dawsonianas, criou-se, em 1948, no Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde, um sistema público universal, financiado por recursos do Estado provindo de impostos gerais e instituído a partir da doutrina do universalismo clássico. A experiência de sistema público universal beveridgeano do Reino Unido espalhou-se por diferentes países europeus e Canadá. A raiz bismarckiana da Alemanha levou a uma forma diferente de sistema público universal, estruturado com base num seguro obrigatório para empregados, que se adotou neste país e em outros países da Europa.

Nos Estados Unidos, por força dos valores sociais ali predominantes e com forte influência da ideologia flexneriana, foi se consolidando um sistema articulado por valores liberais e assentado na iniciativa privada no financiamento e na prestação de serviços. Posteriormente, criaram-se subsistemas com financiamento público, mas prestação privada, destinados aos pobres (*Medicaid*) e aos idosos (*Medicare*). Esse modelo acabou por instituir uma nova matriz, bem diferente das matrizes europeias (monopólio estatal, sistemas públicos bismarckianos e sistemas públicos beveridgeanos) e que foi se estruturando por segmentos separados: financiamento público para os subsistemas dos pobres e dos idosos e financiamento privado para os demais cidadãos. Esse modelo passou a ser conhecido como um modelo segmentado porque não tinha como objetivo a universalidade, o que é atestado pela existência, naquele país, ainda hoje, de vários milhões de pessoas sem seguro saúde. O modelo americano, por força de sua influência econômica e cultural, foi se difundindo por vários países, apesar das críticas aos problemas de iniquidade e de eficiência que gera.

Nos anos 90, a partir do Consenso de Washington, definiu-se um conjunto de princípios que deveriam ser adotados por todos os países para suas reformas econômicas: controle das contas públicas, controle da inflação, privatizações, desregulamentação das economias e abertura aos mercados internacionais. Esses princípios manifestaram-se no campo dos sistemas de saúde através de um movimento denominado de reforma do setor saúde, cujos eixos principais foram: a introdução dos mecanismos de mercado; a separação das funções de financiamento e regulação das funções de prestação de serviços; a descentralização dos sistemas públicos; a adoção de medidas de contenção de custos, especialmente pelo lado da oferta; e a instituição da liberdade de escolha dos prestadores de serviços pelos cidadãos.

A difusão dessas reformas do setor saúde foram criando, nos sistemas públicos universais, um certo hibridismo entre as propostas bismarckianas e beveridgeanas por meio de uma utilização plural de incentivos típicos de mercado, com a manutenção da propriedade pelo setor público

(SILVA, 2012).

Os problemas apresentados em países que adotaram o sistema segmentado levaram, no início dos anos 80, à proposição de uma forma singular de dessegmentação com ampliação da cobertura desses sistemas, mas por meio de mecanismos de mercado. Dai surgiu a proposta de sistemas organizados pela competição gerenciada formulada pelo economista americano Enthoven (1988) e que tem sido aplicada em alguns países desenvolvidos e em desenvolvimento.

III. OS MODELOS INSTITUCIONAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Uma análise da experiência internacional permite identificar alguns modelos institucionais de sistemas de saúde, definidos, fundamentalmente, pelos modos como se combinam as três macrofunções e quem as executa: financiamento, regulação e prestação de serviços. Os principais modelos institucionais são o modelo do monopólio estatal, o modelo beveridgeano, o modelo bismarckiano, o modelo da competição gerenciada e o modelo do livre mercado (REID, 2009).

Esses modelos institucionais correspondem a tipos ideais weberianos e, como tais, quase nunca se apresentam em estado puro na realidade, mas, certamente, expressam as diferentes possibilidades de estruturação dos sistemas de saúde. Em certas circunstâncias apresentam-se, num mesmo país, modelos mistos que combinam uma ou mais formas de organização dos sistemas de saúde.

Os cinco modelos conformam quase um contínuo, têm fortalezas e debilidades, e apresentam-se com dois pólos extremos que têm sido denominados de modelos verticais: o do monopólio estatal e o do livre mercado. Esses são, também, os modelos que, historicamente, se constituíram primeiro.

No modelo do monopólio estatal, o Estado é, ao mesmo tempo, regulador, financiador e prestador de serviços. O instrumento fundamental desse modelo é o orçamento público; a forma de controle é tecnocrática e corporativa; e seu financiamento faz-se pelo subsídio à oferta. O modelo de monopólio estatal, de inspiração socialista, surgiu na Rússia pós-revolucionária com Semachko e espalhou-se para o leste europeu e para países socialistas como Cuba e Coreia do Norte. Com o fim do socialismo na Europa, esses sistemas deixaram de existir na região do leste da Europa.

No outro extremo está o modelo de mercado que se caracteriza pela pluralidade de reguladores/financiadores e prestadores de serviços, em situação de mercado e sem regulação ou financiamento estatais. Esse modelo deriva da medicina liberal e consolidou-se, nos Estados Unidos, através do seguro privado de saúde. Seu instrumento básico é a troca no mercado; há um controle estatal sob forma de agência reguladora, mas o mecanismo de regulação mais significativo é a competição entre operadoras e prestadores privados; e seu

financiamento é privado, sendo constituído, fundamentalmente, por pagamentos de pessoas ou famílias e empregadores. Esse modelo é o que organiza o segmento de seguro privado americano. No Brasil, ele está presente no sistema de saúde suplementar, mas sob regulação da Agência Nacional de Saúde. Mas o modelo de mercado tem uma variante que é o sistema de desembolso direto em que as pessoas e famílias vão acessar serviços de saúde e pagar diretamente os prestadores de serviços nos pontos de atenção à saúde.

O modelo beveridgeano tem esse nome por sua origem no Relatório Beveridge (BEVERIDGE, 1942) e se caracteriza por financiamento público por meio de impostos gerais, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por *mix* público/privado, com especificação de obrigações e direitos dos cidadãos e dos órgãos prestadores de serviços (CAMPOS, 2008). O modelo beveridgeano tem como fundamento a saúde como direito humano e como direito constitucional e tem como objetivo a universalização da atenção à saúde e o aumento da coesão social. Esse modelo originário do Reino Unido implantou-se em diferentes países como Dinamarca, Espanha, Finlândia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido e Suécia. O Brasil, na Constituição de 1998, optou por organizar o SUS como um sistema público beveridgeano.

O modelo bismarckiano ou modelo de Seguridade Social expressa-se num sistema de saúde financiado por cotas obrigatórias, pagas por empresários e trabalhadores que aportam recursos para um fundo público de seguridade que faz a gestão do sistema. A contratação dos prestadores, públicos e privados, é feita pelo fundo de previdência, por meio de diferentes formas de pagamento, sendo as relações fixadas, em geral, por meio de negociações coletivas bilaterais que são regidas por contratos ou quase-contratos entre usuários e seguradoras. Os fundos, às vezes denominados “fundos de doença” podem ser únicos (França, Hungria), múltiplos em competição entre si (Alemanha, Holanda, República Checa) ou múltiplos sem competição (Japão); na Alemanha há mais de 200 fundos de doenças que cobrem e na Argentina há mais de 300 obras sociais. O modelo bismarckiano tem como fundamento um direito associado ao trabalho e como parte dos esforços de aumento da produtividade da mão de obra empregada. Esse modelo não tem como objetivo fundamental a cobertura universal. O modelo bismarckiano esteve presente no Brasil com o Inamps tendo sido descontinuado pelo governo Itamar Franco.

TABELA 1: PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE OS MODELOS BEVERIDGEANOS E BISMARCKIANOS

VARIÁVEL	SISTEMA BEVERIDGEANO	SISTEMA BISMARCKIANO
BASE DE DIREITO	CIDADANIA	CONTRIBUIÇÃO
BASE DE FINANCIAMENTO	RECURSOS FISCAIS DO ESTADO	RECURSOS DE EMPREGADORES E EMPREGADOS
SEGURADOR	ESTADO	FUNDOS
PACOTE DE BENEFÍCIOS	IMPLÍCITO	EXPLÍCITO
GESTÃO	GOVERNAMENTAL	NÃO GOVERNAMENTAL
PRESTADORES	CONTRATADOS PELO GOVERNO	CONTRATADOS PRIVADAMENTE

Fonte: Kutzin (2011)

O modelo da competição gerenciada é mais recente, tendo sido proposto pelo economista Alain Enthoven em documento preparado para uma reunião da Federal Trade Commission, realizada em 1978 (ENTHOVEN, 1978). Depois, esse documento foi reformulado para servir de referencial a uma reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos com o objetivo de aumentar a cobertura dos serviços.

A proposta da competição gerenciada traz alguns elementos fundamentais: seu instrumento básico é a relação de agência; seu sistema de controle está constituído por um *mix* de controle tecnocrático, controle público direto e indireto e elementos de mercado; e seu financiamento é através do subsídio à demanda. A proposta procura distinguir um mercado livre para financiamento e distribuição de serviços que não permitiria operar com eficiência e qualidade, e um mercado de competição gerenciada que poderia fazê-lo. Para isso, haveria que se utilizar a competição entre as forças de mercado para orientar o sistema para os objetivos de eficiência e qualidade. Na perspectiva da competição gerenciada o mercado não é bilateral, oferta e demanda, mas trilateral, articulado entre consumidores, operadoras de planos de saúde e patrocinadores (*sponsors*). Os patrocinadores são utilizados para superar os problemas causados pelas estratégias de lucro das operadoras de seguros privados. Eles se constituem em terceiros pagadores, agentes coletivos ativos do lado da demanda que contratam operadoras que competem entre si e ajustam os preços de mercado privado para antepor-se às tendências naturais para a iniquidade e a ineficiência. Um sistema de competição gerenciada, com esse formato, possibilitaria agregar a demanda, organizar a oferta concentrando o mercado em situações monopsônicas, superar a assimetria de informações e desenvolver a consciência de custos nos usuários e prestadores de serviços. Assim, ao gerenciar a competição, modela-se o sistema privado de forma a motivar prestadores a trabalharem com eficiência alocativa e os consumidores a fazerem escolhas conscientes quanto a custos (ENTHOVEN E SINGER, 1995). O modelo de competição gerenciada implica a existência de uma série de condições para que funcione adequadamente: tradição competitiva entre os prestadores; recursos públicos livres para viabilizar o subsídio à demanda; capacidade de pagamento atrativa para induzir a competição entre os prestadores e os patrocinadores; capacidade gerencial na regulação estatal, na administração e na prestação de serviços; e existência de sistemas de informação confiáveis. O sistema desenvolvido para os Estados Unidos foi, em realidade, adotado na Holanda. Uma versão latino-americana da competição gerenciada foi desenvolvida teoricamente e aplicada, como laboratório, na Colômbia, com o nome de pluralismo estruturado (LONDOÑO E FRENK, 1997).

Há uma crescente consciência de que nos modelos polares, o do monopólio estatal e o do livre mercado, as debilidades superam, em muito, as fortalezas. Num, burocratismo, ineficiência e centralismo; noutro, a impossibilidade de controlar as falhas de mercado e a iniquidade e a ineficiência que lhe são inerentes. Por essas razões, manifesta-se, universalmente, uma tendência no sentido de abandonar esses dois polos em busca de modelos menos verticais e, sobretudo que garantam a cobertura universal em saúde.

IV. O DILEMA COBERTURA UNIVERSAL OU SEGMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Uma discussão central é o caminho que, institucionalmente, tomam os sistemas de saúde: se optam por sistemas segmentados sem cobertura universal ou se buscam sistemas de cobertura universal.

Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde na prática social são definidas a partir dos valores vigentes numa sociedade, dos posicionamentos político-ideológicos frente aos serviços de saúde e do papel do Estado em relação a esses serviços. Na experiência internacional, essa diferença é muito clara. Países com tradição social democrática (Alemanha, Canadá, Dinamarca, Holanda, Reino Unido, Suécia e outros) definiram-se por sistemas de cobertura universal, ainda que com modelos institucionais diferentes (modelo beveridgeano, modelo bismarckiano ou modelo da competição gerenciada), mas com hegemonia plena de uma forma de organização; ao contrário, países de forte tradição liberal, como os Estados Unidos, construíram sistemas segmentados em que diferentes modelos institucionais são utilizados para distintas subpopulações (modelo beveridgeano para os Veteranos de Guerra, modelo de livre competição para os que têm plano privados de saúde) e apresentam quase nenhuma sinergia entre eles, discriminando clientelas e gerando grande número de pessoas que não têm nenhum seguro de saúde, público ou privado, e devem recorrer ao pagamento por desembolso direto, o que é fonte de iniquidade.

Os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical em cada segmento e uma segregação horizontal entre eles, onde cada segmento, público ou privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação de serviços para sua clientela particular. Exemplo emblemático de sistema segmentado é os Estados Unidos que organiza o sistema público *Medicaid* para os pobres; o sistema público *Medicare* para os idosos; o sistema público específico para os Veteranos de Guerra e o sistema de mercado dos seguros privados para os que podem pagar, seja diretamente, seja pelas empresas. A segmentação do sistema de saúde dos Estados Unidos fez Reid (2009) dizer que para os Veteranos de Guerra o sistema é cubano, para os idosos é canadense, para os trabalhadores que têm emprego formal é alemão e para os que não têm seguro de saúde é cambojano.

Os sistemas segmentados de saúde, não raro, são justificados por um suposto, aparentemente magnânimo: o de que ao se instituírem sistemas específicos para quem pode pagar, sobriariam mais recursos públicos para dar uma melhor atenção aos pobres. As evidências indicam que este suposto é falso porque ao criar-se um sistema singular para os pobres, dada a desorganização social desses grupos excluídos e sua baixa vocalização política, este sistema tende a ser subfinanciado e, portanto, a ofertar serviços de menor qualidade (LONDOÑO E FRENK, 1997). Disso resulta a principal crítica aos sistemas segmentados que é sua intrínseca iniquidade (EMANUEL, 2000).

Os sistemas segmentados marcam-se, em geral, pela presença concomitante de diferentes

matrizes institucionais para diferentes subpopulações e pela concomitância de subsistemas público e privados que não cooperam entre si.

Do ponto de vista do financiamento, os sistemas segmentados caracterizam-se por um alto percentual de gasto privado em relação ao gasto total em saúde. Por exemplo, os Estados Unidos despendem 51,8% de gastos privados em relação ao gasto total em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Diferentemente da segmentação, os sistemas de cobertura universal são aqueles que oferecem a todos, independente de sexo, idade, renda ou risco, uma cobertura universal para os serviços sanitariamente necessários.

A Organização Mundial da Saúde faz uma distinção entre o universalismo clássico e o novo universalismo. O universalismo clássico surgiu das ideias generosas do socialismo e, depois, pelo movimento desencadeado na Europa Ocidental pelo Relatório Beveridge que, no pós-guerra, conduziu à universalização da seguridade social e, por consequência, à instituição dos sistemas públicos universais de saúde. Assim, num ambiente de reconciliação, reconstrução e solidariedade social, emergiram as ideias de cidadania e de crença num Estado eficaz e benevolente que, através do universalismo clássico, seria capaz de garantir o livre acesso de todos, a todos os serviços sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Nas duas últimas décadas, fruto das profundas mudanças políticas e econômicas no mundo, foi se impondo uma nova visão de universalismo, a do novo universalismo. Esta interpretação do princípio universalista rejeita a possibilidade da oferta de todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como a outra face do universalismo clássico, representada pela política da seletividade, constituída pela oferta de uma cesta básica de serviços de saúde aos pobres (BANCO MUNDIAL, 1993). O que o novo universalismo propõe é a oferta ampla de serviços essenciais do ponto de vista sanitário, providos com qualidade para todos os cidadãos, em tempo oportuno e definidos pelos critérios aceitabilidade social, efetividade e custos. Isso implica a escolha explícita de prioridades entre intervenções, respeitando o princípio ético de que pode ser necessário e eficiente racionar serviços, mas que é inadmissível excluir grupos inteiros da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Um exemplo deste novo universalismo é o sistema canadense que oferta a seus cidadãos uma ampla carteira de serviços “medicamente necessários”, mas exclui muitos outros serviços de saúde (MARCHILDON, 2013).

O que a Organização Mundial da Saúde parece fazer, ao propor um novo universalismo, é reconhecer a evidência internacional de que não é possível ofertar a todas as pessoas, a totalidade das intervenções de saúde e que sempre haverá algum tipo de racionamento e, este, pode ser planejado e concertado num novo universalismo, com base em critérios transparentes, ou pode se manifestar, no universalismo clássico, quase sempre gravando, penosamente, grupos de maior vulnerabilidade social.

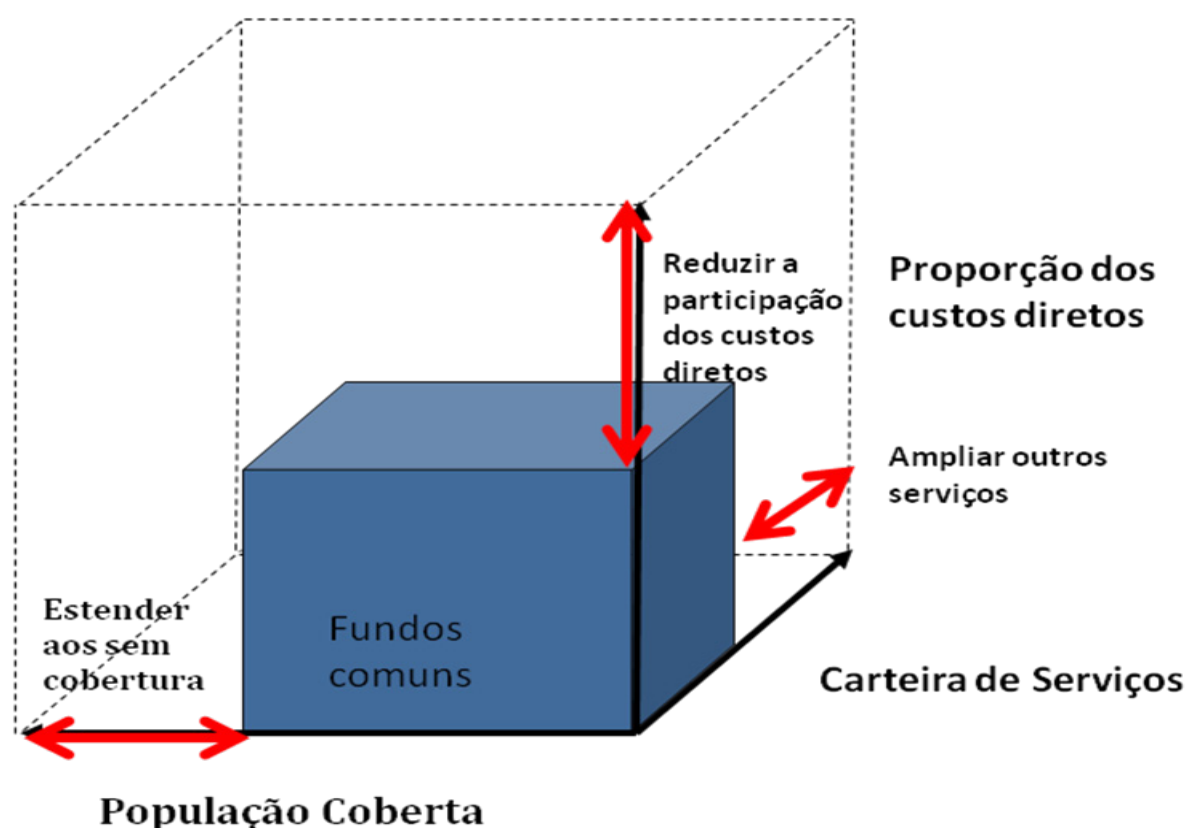
A cobertura universal não é contrária ao estabelecimento de critérios de seletividade ou

focalização desde quando a seletividade ou a focalização estejam subordinadas a uma política geral de universalização. A seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas não deve se converter na política social porque, neste caso, estaria rompido o princípio da universalização (CEPAL, 2000).

A cobertura universal em saúde é definida como a situação em que as pessoas são capazes de utilizar os serviços de saúde de qualidade de que necessitam sem sofrer danos ao pagar por eles (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A expressão traz em si dois conceitos interrelacionados. Num deles, as pessoas são capazes de utilizar um amplo espectro de serviços de saúde de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição; num outro, numa vertente mais econômica, o uso da expressão significa a proteção das pessoas em relação a gastos de desembolso direto em serviços de saúde (WAGSTAFF, 2009).

Recentemente, o conceito de cobertura universal em saúde foi revisto pela Organização Mundial da Saúde para abrigar três dimensões: a população coberta, a carteira de serviços e a proporção de custos diretos, conforme se vê na Figura 1.

FIGURA 1: AS TRÊS DIMENSÕES DA COBERTURA UNIVERSAL EM SAÚDE



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2010

A primeira dimensão da cobertura universal está constituída pela cobertura populacional que se expressa no percentual da população que está coberta por serviços de saúde. A segunda dimensão refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade

sanitariamente necessários. A terceira dimensão diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos ou dos bolsos nos pontos de atenção à saúde fora, portanto, dos fundos comuns existentes.

Na prática social, mesmo dos países ricos que mencionam ter cobertura universal, provavelmente, nenhum deles cobre 100% da população, para 100% dos serviços disponíveis em tempo oportuno e 100% dos custos sem necessidade de recorrer a pagamentos diretos.

Trazendo esse conceito tridimensional para analisar o sistema de saúde brasileiro, verifica-se que não há uma cobertura universal em saúde no país. Na dimensão da cobertura populacional, pode-se afirmar que há uma quase cobertura total da população pelo SUS e pelo sistema de saúde suplementar; entretanto, restam nichos de população não coberta em certas regiões do país. Com relação à dimensão da carteira de serviços há, tanto no SUS quanto no sistema de saúde suplementar, uma oferta formal ampla de serviços; contudo, no aspecto da utilização oportuna de serviços de qualidade, há muito por fazer no SUS e no sistema privado. Na dimensão da proporção dos custos diretos, a situação do sistema de saúde brasileiro é crítica porque os gastos diretos das pessoas e das famílias atingem 30,6% do gasto total em saúde no país, o que aponta para um sistema de grande iniquidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O conceito de cobertura universal não é estático; ao contrário, constitui um processo de realização progressiva nos campos da disponibilidade de serviços, da proporção dos custos dos serviços cobertos e na proporção da população coberta. Assim, a busca da cobertura universal na saúde deve partir, sempre, das condições objetivas de cada país ou região. Uma importante lição aprendida é que a busca da cobertura universal deve ser parte de uma estratégia de reforma sanitária objetivamente orientada para superar os obstáculos e construir um sistema de saúde universal, gerando uma proposta de intervenção que alinhe todos os componentes do sistema com os objetivos da universalização (WORLD HEALTH ORGANIZATION/THE WORLD BANK, 2013).

A cobertura universal em saúde é mais bem atingida quando os sistemas de saúde são financiados por fundos provenientes de recursos orçamentários dos governos ou de contribuições compulsórias de seguro social ou por uma combinação dessas duas modalidades de financiamento. Nenhum país do mundo chegou à cobertura universal com base em contribuições voluntárias, nem em pagamentos de desembolso direto das pessoas e das famílias. Além disso, é imprescindível reduzir a segmentação das diferentes modalidades institucionais e de fundos de financiamento para garantir a cobertura universal. Os sistemas de saúde financiados com contribuições fortemente vinculadas ao emprego apresentam riscos de exacerbar iniquidades entre contribuintes portadores e não portadores de empregos formais e podem apresentar efeitos adversos nos níveis de emprego e na competitividade da economia. Como consequência, vários países aportam recursos públicos para pessoas fora do mercado de trabalho para garantir a cobertura universal dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; KUTZIN, 2012).

A cobertura universal não interessa apenas ao setor saúde. É uma questão fundamental para o desenvolvimento econômico e social porque por meio da manutenção e melhoria da saúde aumenta a renda das pessoas e a aprendizagem das crianças, empodera as famílias facilitando o processo de abandono da pobreza, previne o empobrecimento das famílias ao eliminar o pagamento de serviços de saúde por desembolso direto e incrementa a coesão social (EVANS ET AL., 2012; MORENO-SERRA E SMITH, 2012; XU ET AL., 2003).

Não há uma maneira única de se chegar à cobertura universal em saúde. Nesse sentido, a visão mais restrita de cobertura universal associada aos sistemas públicos *beveridgeanos* ou de monopólio estatal, ampliou-se para abranger outras modalidades institucionais que garantam acesso universal aos serviços de saúde, como os sistemas *bismarckianos* e de competição gerenciada. Contudo, há princípios que devem guiar a implantação da cobertura universal na saúde: a redução da brecha entre a necessidade e a utilização efetiva dos serviços, a melhoria da qualidade e o incremento da proteção financeira (WORLD HEALTH ORGANIZATION/THE WORLD BANK, 2013).

Os sistemas de cobertura universal em saúde, em suas diferentes modalidades institucionais de monopólio estatal, sistema *beveridgeano* ou sistema *bismarckiano* apresentam, do ponto de vista do financiamento, um padrão de gasto público em relação ao gasto total em saúde de, no mínimo 70% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Ainda que comparações entre sistemas de saúde de diferentes países do mundo sejam difíceis e problemáticas de serem feitas, há um certo consenso de que os sistemas de saúde de cobertura universal são mais efetivos, eficientes e equitativos que os sistemas segmentados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Isso pode ser verificado quando se compara o sistema de saúde dos Estados Unidos, um paradigma de sistema segmentado, com sistemas de cobertura universal da Europa, Japão e Canadá.

Livro recentemente publicado pelo Conselho Nacional de Pesquisas e Instituto de Medicina mostra evidências robustas de que os Estados Unidos, apesar de apresentar o maior gasto *per capita* em saúde do mundo, apresentam padrões de piores níveis de saúde e menor longevidade que os sistemas de países desenvolvidos com cobertura universal, sejam *beveridgeanos*, sejam *bismarckianos* e de competição gerenciada como a Holanda. Os americanos têm menor expectativa de vida ao nascer e são menos propensos de viver aos 50 anos. Mais especificamente, os Estados Unidos têm, dentre outros, piores resultados em: eventos adversos ao nascer, acidentes e homicídios, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/Aids, mortalidade relacionada a uso de droga, obesidade e diabetes, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas e incapacidades (NATIONAL RESEARCH COUNCIL AND INSTITUTE OF MEDICINE, 2013). Outro trabalho mediu a performance do sistema de saúde dos Estados Unidos, um sistema segmentado, e da Alemanha, Austrália, Canadá, Holanda, Reino Unido, Nova Zelândia, países que têm sistemas de saúde

de cobertura universal *beveridgeanos*, *bismarckianos* e de competição gerenciada, procurando analisar doze dimensões de desempenho: qualidade, efetividade, segurança, coordenação, centralidade na pessoa usuária, acesso, problemas com custo, oportunidade do cuidado, eficiência, equidade, expectativa de vida e gasto *per capita* anual. Os resultados mostraram que os Estados Unidos obtiveram o pior escore geral e os piores escores em oito das doze dimensões e nas quatro que não foi o pior também não esteve entre os melhores. Por outro lado, o seu gasto *per capita* foi 1,8 vezes maior que o país de melhor escore e 3 vezes maior que o país de menor gasto per capita entre todos (DAVIS ET AL., 2010).

V. A CRISE UNIVERSAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Em geral, aceita-se que os sistemas de saúde vivem uma crise em escala planetária que se manifesta em quatro dimensões: a ineficiência, a inefetividade, a iniquidade e a insatisfação da opinião pública.

A iniquidade materializa-se no acesso desigual aos serviços de saúde e na distribuição desigual e injusta, entre grupos sociais, dos índices de saúde e do acesso aos serviços. A ineficiência, em sua dimensão técnica, pode ser constatada pelo incremento dos gastos com serviços de saúde e, em sua dimensão alocativa, pela forma como as sociedades distribuem os recursos dos serviços de saúde dentro do setor e em relação a outros setores importantes na determinação social da saúde. A inefetividade é dada pela utilização descontrolada de tecnologias, nem sempre baseadas em evidência, que comprovem que produzem resultados positivos na saúde das pessoas. A insatisfação dos cidadãos é verificada pelas pesquisas de opinião que refletem a inconformidade das pessoas com a atenção recebida.

Se há consenso sobre a universalidade da crise dos sistemas de saúde e sobre as formas como ela se manifesta, há profundas divergências em como explicá-la e sobre o que fazer para superá-la, o que justifica a expressão de um “consenso negativo” na saúde definida por Starr (1994).

A crise dos sistemas de saúde apresenta, como pano de fundo, a extrema complexidade dessas instituições que se materializa num conjunto de características singulares. Dentre elas destacam-se: são sistemas de grande capilaridade, envolvendo todos os cidadãos, por toda a vida, desde o nascimento até a morte; lidam com o corpo e a alma humana, a um tempo, seus sujeitos e objetos; as condições de saúde podem provocar, nas pessoas e nas famílias, danos catastróficos; os padrões de qualidade são iguais para todos, ricos e pobres, o que não ocorre em outros sistemas sociais como o de habitação, em que são aceitáveis padrões de moradia diferenciados por classes sociais; os juízos sobre os sistemas são feitos, muitas vezes, com base em experiências pessoais, o que dificulta a formação de consensos em políticas de saúde; a dominância profissional é maior em função da assimetria de informação entre profissionais e pessoas usuárias; as tecnologias sofrem transformações rápidas e profundas e podem ser incorporadas sem evidências robustas de que agregam valor às pessoas; do ponto de vista econômico apresentam distorções como indução da demanda pela oferta, seleção de riscos,

seleção adversa e dano moral; apresentam o fenômeno de indução da demanda pela oferta; obedecem à Lei de Wildavsky dos gastos em serviços de saúde pela qual os custos tendem a aumentar sempre até atingir o nível de recursos disponíveis; os gastos com serviços de saúde são extremamente concentrados numa pequena parte da população: os gastos *per capita* com serviços de saúde crescem com a idade das pessoas; há uma extrema variabilidade na oferta de um mesmo serviço de saúde que não se explica por evidências científicas; os sistemas de saúde obedecem à lei da atenção inversa que diz que a disponibilidade de atenção à saúde tende a variar na razão inversa das necessidades da população; os seguros de saúde diferem fortemente, por várias razões, dos seguros de bens não humanos como os seguros de automóveis ou de habitações; os serviços de saúde apresentam densidades tecnológicas diversificadas e que são ofertados em diferentes unidades de saúde; e os sistemas de saúde são fortemente influídos pelos valores prevalecentes na sociedade (EVANS, 1996; BERCK E MONHEIT, 1992; HART, 1971; MENDES, 2002).

Este conjunto de características e de leis que se manifestam no campo dos sistemas de saúde, somado à multiplicidade de seus objetivos e à existência de *trade-offs* entre eles, tornam estes sistemas sociais de extrema complexidade de governança. Isso implica que, se a organização dos sistemas de saúde não é uma ciência, tampouco pode ser realizada, improvisadamente, pela simples intuição ou pelo bom senso, como é comum. E, por isso, tende-se, cada vez mais, a formular políticas de saúde e a adotar uma gestão cotidiana dos serviços de saúde baseada em evidências (GRAY, 2009).

A crise dos sistemas de saúde manifesta-se em duas dimensões principais. Na dimensão macroeconômica materializa-se no dilema entre os sistemas de cobertura universal e os sistemas segmentados. Na dimensão micro, expressa-se no dilema entre os sistemas fragmentados e os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde.

O seminário CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil, está estruturado para discutir a crise no plano macroeconômico, ou seja, para considerar e discutir os sistemas que têm cobertura universal, em suas diferentes expressões institucionais e os sistemas segmentados que organizam respostas diferenciadas para distintas subpopulações de um país. E daí, buscar expressar diferentes posicionamentos sobre os caminhos da saúde no Brasil.

Isso implicará uma escolha entre permanecer como se está, continuando a fazer mais do mesmo, ou mudar, o que coloca a perspectiva de uma reforma sanitária e de seu direcionamento e de suas possibilidades.

VI. AS REFORMAS SANITÁRIAS

Um campo complexo como o dos sistemas de saúde, vivendo uma crise que envolve as dimensões política, ideológica e cognitivo-tecnológica, tenta responder com mudanças que se dão em grande número de países de todos os continentes por meio de reformas sanitárias.

Há muitas definições de reforma sanitária. Para Cassels (1995) as reformas sanitárias consistem em “definir prioridades, refinar políticas e reformar as instituições através das quais as políticas são implementadas”. Berman (1995), situando-se numa visão mais processual, afirma que as reformas sanitárias implicam transformações no que é feito, como é feito e por quem é feito e as define como “mudanças sustentáveis e propositais para melhorar a eficiência, a equidade e a eficácia do setor saúde”. Dessa forma, as reformas sanitárias devem obedecer a um planejamento prévio e a uma teleologia definida a priori (propositais), incidir sobre macrofunções estratégicas do sistema de serviços de saúde (fundamentais) e garantir que os seus resultados se mantenham no longo prazo (sustentáveis). Para a Organização Pan-Americana da Saúde, a reforma sanitária constitui “um processo orientado a introduzir mudanças substantivas nas diversas instâncias e funções do setor com o propósito de aumentar a equidade na prestação de serviços, a eficiência na gestão e a efetividade de suas ações para obter a satisfação das necessidades de saúde da população. Trata-se de uma fase intensificada de transformação dos sistemas de saúde realizada durante um período determinado de tempo e a partir de conjunturas que a justificam e viabilizam” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1997).

Se há uma convergência enquanto aos objetivos das reformas sanitárias, elas podem variar no que concerne à intensidade e à abrangência das mudanças e aos seus conteúdos. É o que possibilita estabelecer diferentes tipologias de reformas sanitárias.

A tipologia mais conhecida foi proposta por Ham (1997) e identifica quatro tipos de reformas sanitárias. O primeiro tipo é a reforma big-bang que se caracteriza por um movimento de mudança realizado de cima para baixo, implantado através de um amplo arco de intervenções, muitas vezes com restrita negociação com forças políticas antagônicas, com pouca base em evidências e sem prévios experimentos piloto, e que interferem sobre um conjunto significativo das macrofunções dos sistemas de saúde. Estas reformas, normalmente, acompanham grandes mudanças político-institucionais que se dão nos países, denominadas de “janelas históricas”. São exemplos deste tipo, as reformas sanitárias do Reino Unido, do Canadá e da Nova Zelândia. No Brasil, a institucionalização do SUS por um processo constituinte, fez-se na janela histórica aberta pela superação da ditadura militar.

O segundo tipo é a reforma incremental que se caracteriza por um processo gradual de reformas, com menor abrangência em termos das macrofunções dos sistemas de saúde e conduzida através de demoradas negociações políticas entre os distintos atores sociais em situação. Os exemplos são as reformas alemã e holandesa.

O terceiro tipo é a reforma de baixo para cima que, normalmente, é acompanhada de grande ênfase na descentralização, implanta-se através de projetos piloto, tem uma concepção global, mas uma implementação local ou regional e faz-se de forma gradualista. Os exemplos são as reformas da Suécia e da Finlândia.

O quarto tipo é a reforma sem reforma que se caracteriza pela extrema dificuldade de obtenção

de consensos para uma reforma macroeconômica, dada a impossibilidade de negociação entre os atores sociais em situação, o que remete as mudanças para o plano microeconômico. O exemplo é os Estados Unidos, onde o fracasso do Plano Clinton levou à aceleração do movimento da atenção gerenciada e a recente reforma Obama.

Uma outra tipologia de reformas sanitárias, proposta pelo Grupo de Sistemas Internacionais de Saúde da Escola de Saúde Pública de Harvard (BERMAN E BOSSERT, 2000) divide as reformas sanitárias, de acordo com sua fundamentalidade, em reformas R maiúsculo e reformas r minúsculo. A categoria fundamental significa incidir a reforma sobre as dimensões estratégicas definidas por cinco macrofunções dos sistemas de saúde: financiamento, prestação dos serviços, incentivos para prestadores e consumidores, regulação e informação.

As reformas R maiúsculo são movimentos propositais e estratégicos que induzem mudanças significativas e concomitantes em duas ou mais macrofunções dos sistemas de saúde. Este tipo de reforma é mais difícil de ser implementado porque requer algumas condições como oportunidade política, liderança, estabilidade no governo, capacidade técnica e informação suficiente. As reformas sanitárias que implantaram um sistema nacional de seguro de saúde, envolvendo mudanças nas macrofunções de financiamento, regulação e prestação de serviços e afetando toda a estrutura do sistema de serviços de saúde, constituem reformas R maiúsculo. Ademais, são exemplos de reformas R maiúsculo as reformas da Colômbia, Polônia e África do Sul.

As reformas r minúsculo, ainda que podendo ser propositais, apresentam menor conteúdo estratégico porque se limitam a mudanças em apenas uma das macrofunções dos sistemas de saúde, sendo, por consequência, restritas em seu escopo. São, também, mais facilmente implantáveis porque exigem menos condições políticas, econômicas e técnicas. Países africanos que criaram, no início dos anos 90, o co-pagamento pelos usuários como imposição de políticas de ajuste, são exemplos de reformas r minúsculo, porque incidiram sua mudança numa única macrofunção. Ainda que esses processos tenham sido denominados de reforma do setor saúde, seu alcance foi muito limitado e, não raro, levaram a sérios problemas de equidade no sistema como um todo. O mesmo ocorreu com países que limitaram sua reforma à autonomização de hospitais, o que se deu em alguns países europeus.

Os conteúdos das reformas sanitárias são variados e, tomando a experiência européia, podem se identificar três gerações de reformas (HAM, 1997). A primeira geração, do final dos anos 70 à primeira metade dos anos 80, caracterizou-se pela contenção de custos no nível macroeconômico, implantação de orçamentos globais prospectivos nos hospitais, controle sobre a construção de hospitais e sobre a aquisição de equipamentos, limites à renda dos médicos e restrições na formação de recursos humanos; a segunda geração, desde a segunda metade dos anos 80 até a primeira metade dos anos 90, caracterizou-se pela busca da eficiência no âmbito microeconômico, introdução de mecanismos de mercado, isto é, da competição, melhoria gerencial e incentivos orçamentários; e a terceira geração de reformas, que se iniciou no final dos anos 90 e se caracterizou pela introdução de mecanismos de definição de prioridades na oferta de serviços, busca da equidade, melhoria da saúde pública, valorização da atenção

primária à saúde, introdução da avaliação tecnológica em saúde e da medicina baseada em evidências e empoderamento dos cidadãos. Esta terceira geração tem seus referenciais conceituais contidos na Carta de Ljubljana, subscrita pelos Ministros da Saúde dos países europeus (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Levada para o ambiente dos países latino-americanos esta terceira geração de reformas coloca alguns temas essenciais como a equidade, a proteção social em saúde, a saúde pública, a qualidade da atenção, a instituição de um novo Estado regulador e o controle social. Isso significa construir e implantar uma nova agenda com os seguintes pontos principais: fortalecimento da infra-estrutura e das funções essenciais da saúde pública; fortalecimento da capacidade reguladora do Estado; ampliação da proteção social no campo dos sistemas de saúde; obtenção da cobertura universal dos serviços de saúde, independentemente da capacidade de pagamento dos usuários; reorientação dos sistemas de saúde pelos critérios de promoção da saúde e da prevenção das doenças e com base na atenção primária à saúde; melhoria da qualidade da atenção; garantia de mecanismos de financiamento e alocação de recursos com eficiência e em bases solidárias; formação de recursos humanos que sustentem as mudanças; e ampliação do controle social nos diferentes níveis do sistema (LÓPEZ-ACUÑA ET AL., 2000).

VII. OS VALORES SOCIETÁRIOS E AS REFORMAS SANITÁRIAS

Até a metade do século XX, os Estados Unidos e o Canadá, países vizinhos da América do Norte, tinham um sistema de saúde semelhante. Por que razão se distanciaram tanto, os Estados Unidos consolidando um sistema segmentado com nichos específicos para os pobres, para os idosos, para a mão de obra formal e para os que podem comprar planos de saúde, deixando aproximadamente 50 milhões de americanos sem cobertura, e o Canadá, instituindo um sistema público universal beveridgeano para todos os seus habitantes?

Certamente isso ocorreu pelo fato de que, ao final das contas, o que provê sentido de direção às reformas sanitárias são os valores, entendidos como os sistemas de crenças que vigem numa sociedade, em determinado tempo.

A estabilidade dos sistemas sociais complexos e, em particular, dos sistemas de saúde, resulta da coerência entre os valores societários e as estruturas simbólicas e materiais desses sistemas. Em consequência, as dificuldades que as sociedades democráticas apresentam para reformar os sistemas de saúde derivam das relações complexas e paradoxais que existem entre os valores da sociedade, as normas que estas sociedades adotam para operacionalizar estes valores e a existência de indivíduos e grupos simultaneamente autônomos e dependentes destas normas e valores (CONTANDRIOPOULOS, LAURISTIN E LEIBOVICH, 1998).

A sociedade canadense, bem como boa parte das sociedades da Europa Ocidental, estrutura-se com base em valores solidaristas e suas reformas sanitárias são coerentes com esses valores. Por outro lado, nos Estados Unidos já se discute, há sessenta anos, a implantação de

um sistema de seguro nacional de saúde, sem que se consiga avançar na sua implantação, o que decorre do fato de que, naquela sociedade, os valores solidaristas não são hegemônicos (MARMOR E BAR, 1992).

Desta centralidade dos valores em relação às reformas sanitárias decorre o forte componente ideológico desses processos de mudança que os faz se aproximar, muitas vezes, como no caso americano do Plano Clinton e do Plano Obama, das disputas teológicas (Kronich, 1994). Por isso, há quem defenda que a discussão sobre a implantação de um sistema de pagador único, tipo canadense, nos Estados Unidos, é uma discussão bizarra, sem nenhuma possibilidade de gerar consequências práticas, porque o sistema canadense colide frontalmente com os valores prevalecentes na sociedade americana (GLIED, 1997).

Assim, uma questão central para as reformas sanitárias está em adaptar-se a valores mais individualistas e auto-interessados ou a valores mais solidaristas; uns e outros, darão o sentido das reformas sanitárias possíveis em cada uma das sociedades.

Os defensores dos valores individualistas defendem que não caberia ao Estado interferir no sentido de diminuir as diferenças entre as pessoas, deixando que as soluções decorram da livre escolha dos próprios interessados. Esta posição teórica critica os Estados de Bem-estar (*Welfare States*) que transferem recursos dos que têm para os que não têm, sem exigir, destes, qualquer reciprocidade. E defende que esta ausência de reciprocidade é moralmente inaceitável porque não cria incentivos para que os pobres deixem de ser pobres, tendendo a perpetuar, desta forma, a pobreza. A liberdade individual só poderia ser limitada legitimamente pelo Estado para reforçar os objetivos de racionalidade e inteligência social. Assim, os mecanismos redistributivos deveriam estar restritos à renda de modo que, de posse de recursos financeiros, os cidadãos possam exercer sua liberdade individual de escolha e sua inteligência social. É claro que, como faz Spicker (1995), esta crítica é estendida à redistribuição dos serviços de saúde pelos Estados de Saúde-estar. Além disso, a economia neoclássica preconiza que o objetivo de prover as necessidades dos mais pobres poderia ser melhor alcançado, simplesmente, dando a eles uma renda mínima para que pudessem adquirir, livremente, o que lhes aprouver. Qualquer mecanismo redistributivo, que não renda, apresentaria efeitos indesejáveis; por exemplo, redistribuir serviços de saúde para os doentes, geraria incentivos negativos para a manutenção da saúde. Especificamente, no campo dos sistemas de saúde, há uma posição um pouco diferenciada que sugere uma redistribuição dos serviços de saúde para os pobres, porém limitada a um conjunto mínimo de serviços (PAULY, 1986), expresso numa cesta básica que está na base de políticas de focalização do sistema de saúde como, por exemplo, a atenção primária seletiva (UNGER E KILLINGSWORTH, 1986). Os sistemas de saúde organizados com base nesses valores tendem à segmentação, diferenciando sistemas verticais para distintos segmentos sociais, como é o caso dos Estados Unidos. Neles, também, tendem a prevalecer mecanismos de mercado, pela via da competição.

Diferentemente, a solidariedade tem sido definida como a pretensão de reconciliar autonomia e interdependência nas várias esferas da vida social, incluindo o âmbito econômico (GIDDENS,

1994). A solidariedade implica uma participação diferenciada no financiamento e no acesso às proteções sociais, de acordo com as capacidades econômicas e os níveis de riscos das pessoas. Daí que o acesso dos mais pobres deveria ser garantido através da progressividade do gasto público e da estrutura tributária e de subsídios cruzados entre diferentes estratos de grupos de risco e de renda (CEPAL, 2000). A solidariedade impor-se-ia no campo dos sistemas de saúde, pela singularidade desses serviços que são universalmente desejados e definidos por critérios objetivos de necessidades e não por preferências subjetivas. Os serviços de saúde, são considerados bens de valor social porque apresentam uma utilidade individual e social, expressam-se em variados horizontes temporais, geram e são afetados por externalidades especiais e são suscetíveis de circular economicamente de maneira independente das pessoas, sendo, portanto, essenciais para a vida das pessoas e para a sociedade (CEPAL, 2000). Como bens sociais deveriam ser ofertados a todos porque todos estão sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis (DOUGHERTY, 1996). Na prática social instituir sistemas de saúde com base nos valores solidaristas implica ofertá-los com base em necessidades e através de subsídios cruzados dos ricos para os pobres, dos jovens para os adultos, dos sãos para os doentes, dos usuários menos frequentes para os usuários mais frequentes e das regiões ricas para as regiões pobres (EVANS, 1996; TITELMAN, UTHOFF E JIMÉNEZ, 2000). Os sistemas de saúde organizados com base na solidariedade tendem a ser sistemas de cobertura universal com forte participação do Estado no seu financiamento, sejam beveridgeanos ou bismarckianos. É o caso de países da Europa Ocidental. É interessante notar que os Ministros da Saúde da Europa defenderam, em documento de posição, que as reformas sanitárias daquele continente devem ser guiadas pelos valores da dignidade humana, da equidade, da solidariedade e da ética profissional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Essa centralidade dos valores na conformação das reformas sanitárias esteve no centro das preocupações do seminário CONASS Debate – Saúde: para onde vai a nova classe média? De certa forma, as mudanças do sistemas de saúde no Brasil serão influidas fortemente pelo sentido dos valores prevalecentes num contingente de 105 milhões que conformam a nova classe média brasileira. Seus valores são mais solidaristas ou auto-interessados? Isso vai demarcar fortemente os caminhos futuros do sistema de saúde brasileiro e suas possíveis fronteiras.

VIII. COOPERAÇÃO OU COMPETIÇÃO NAS REFORMAS SANITÁRIAS

Com base nos valores societários prevalecentes e na análise dos papéis do Estado e do mercado nos sistemas de saúde, chega-se ao dilema seminal que é constituído pela opção entre competição ou cooperação.

Como se viu, as sociedades em que predominam valores individualistas tendem a organizar seus sistemas de saúde a partir de uma regulação mercadológica. Isso significa introduzir, como elemento fundamental dos sistemas de saúde, a competição, que se deve dar entre administradores e prestadores de serviços. Os países que optaram pelas soluções de livre mercado adotaram a regulação mercadológica que pode ser um pouco restringida pelas

agências reguladoras no caso de planos de saúde institucionais ou ser totalmente livre como no sistema de desembolso direto não institucionalizado. Nesses sistemas há uma forte participação de gastos privados no seu financiamento.

Dada uma crescente evidência sobre o funcionamento imperfeito do mercado livre nos sistemas de serviços de saúde, introduziu-se uma variante que é a competição gerenciada (ENTHOVEN E SINGER, 1995). Essa proposta tem sido introduzida em países de tradição solidarista como a Holanda cujo sistema de saúde tem raízes bismarckianas.

De outra parte, as sociedades em que predominam os valores solidaristas tendem a estruturar sistemas públicos de cobertura universal, beveridgeanos ou bismarckianos, com financiamento e regulação estatais e prestação não estatal, e tendo como base organizativa a cooperação gerenciada. A expressão cooperação gerenciada foi cunhada pelo Ministro da Saúde da Noruega quando apresentou, em 1995, ao Parlamento, o programa de reforma sanitária daquele país (CHRISTIE, 1996) e constitui uma estratégia que estimula a eficiência estrutural através de uma cooperação planejada de um sistema de saúde, financiado, principalmente, por recursos estatais provenientes de impostos gerais e operada por uma rede integrada de cuidados contínuos que envolve os diversos níveis do sistema. A cooperação gerenciada objetiva criar uma racionalidade aberta, definida pelo consenso de diferentes atores sociais e obtida em situação de permanente negociação e pactuação, realizada por sistemas de planejamento e em redes. Um bom exemplo de cooperação gerenciada é dado pelo SUS quando opera através de negociações feitas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartites (CIB) e que se materializam nas programações pactuadas e integradas.

Trazendo essa discussão para o cenário brasileiro, o equacionamento do dilema seminal entre competição e cooperação dependerá das opções valorativas que a nossa sociedade fizer. Em nosso país, os sistemas de crenças ainda não estão tão cristalizados como nas democracias mais maduras da Europa Ocidental e da América do Norte.

Por isso, o Brasil, no seu processo de desenvolvimento, haverá de escolher entre os valores individualistas e os valores solidaristas; o que significará optar pela competição ou pela cooperação na construção social de seu sistema de saúde. A forma como este dilema básico for solucionado balizará o seminário CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil.

IX. O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BEVERIDGEANO AO SISTEMA SEGMENTADO

A reforma sanitária brasileira foi um processo que se materializou, juridicamente, através da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Essa reforma sanitária, inspirada pelo movimento sanitário, foi feita aproveitando-se a oportunidade aberta pelo processo de redemocratização do país e configurou, nitidamente, uma reforma de tipo

big-bang, pela amplitude e profundidade das mudanças que determinou.

O movimento da reforma sanitária propunha a implantação no Brasil de um sistema público universal de corte *beveridgeano* que, como se inscreveu na Constituição Federal de 1988, era direito de todos e dever do Estado. Para isso, criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Passado este momento inicial de ruptura, a reforma sanitária brasileira adquiriu um caráter de processo reformista feito através de um gradualismo lento, sem um desenho estratégico global, focalizando-se, num escopo restrito, em partes de uma única macrofunção e com negociações na Comissão Intergestores Tripartite que se cristalizaram, principalmente, em normas operacionais básicas ou em mudanças fundamentais, mas limitadas em seu escopo, como, por exemplo, a instituição do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993.

Assim, pode-se caracterizar este segundo momento da reforma sanitária brasileira, como um movimento de reforma incremental lenta ou de reforma de tipo *r minúsculo*.

O sonho do movimento sanitário de um SUS único e universal para todos os brasileiros, por várias razões, mas especialmente pela falta de base econômica em função do subfinanciamento, foi se desfazendo ao longo do tempo. O mesmo governo Itamar Franco que puzera fim ao *Inamps*, descontinuando um sistema *bismarckiano*, e criara o PSF, retirou da saúde os recursos da Previdência Social que eram destinados ao financiamento do sistema de saúde previdenciário. Estavam erodidas as bases financeiras para suportar a construção social de um sistema *beveridgeano* para todos os brasileiros.

O subfinanciamento do SUS, mantido por todos os governos, desde 1988 até hoje, inviabilizou o a proposta constitucional de um sistema público universal *beveridgeano* para todos os brasileiros e foi consolidando, ao longo dos anos, um sistema segmentado de saúde no Brasil. O sonho do movimento sanitário de um sistema público universal transformou-se no pesadelo da segmentação.

O sistema de saúde brasileiro organiza-se, no momento, num sistema segmentado, composto por três subsistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Saúde Suplementar (SSS) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD). O primeiro, um sistema público; os dois últimos, sistemas privados. Assim, ao contrário do que a expressão sistema único dá a entender, no Brasil vige um sistema plural e segmentado. A unicidade é, apenas, do sistema público.

A segmentação vigente no Brasil, assim como alhures, manifesta-se na coetaneidade de modalidades institucionais: o modelo *beveridgeano* no SUS e o modelo de livre mercado no sistema de saúde suplementar e no sistema de desembolso direto.

O SUS, ainda que constitucionalmente universal, o é, só e plenamente, em algumas ações de saúde, especialmente no campo da vigilância em saúde, da imunização e em alguns procedimentos de altíssimo custo. A razão é que 48 milhões de brasileiros utilizam, pagando por si ou por suas empresas, total ou parcialmente, o sistema de saúde suplementar. E todos os brasileiros, em algum

momento, utilizam o sistema de desembolso direto para compra direta de serviços, especialmente de medicamentos.

Portanto, vem se consolidando a segmentação do sistema de saúde no Brasil, o que pode ser verificado na composição do financiamento da saúde no Brasil. Os dados da Organização Mundial da Saúde de 2013 mostram que o financiamento da saúde em nosso país é dominado pelos gastos privados, o que é uma característica essencial dos sistemas segmentados: de um gasto total em saúde de 9,0% do PIB, somente 4,2% são gastos públicos; de um gasto total de 990 dólares *per capita*/ano, somente 466 são gastos públicos.

Do total de gastos em saúde, 47% são gastos públicos e 53% são gastos privados. Vale lembrar que todos os sistemas de cobertura universal *beveridgeanos* ou *bismarckianos* têm um gasto público de 70% ou mais do gasto total em saúde. Os gastos privados são divididos em 57,8% para o sistema de desembolso direto e 40,4% para o sistema de saúde suplementar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Assim se constata empiricamente, em nosso país, o que se evidenciou em estudos de financiamento da saúde: quando os gastos públicos são baixos, os gastos de desembolso direto aumentam, levando a uma grande iniquidade (BERMAN, 2000; MOLINA ET AL., 2000). Além disso, estima-se que os gastos *per capita* do sistema de saúde suplementar sejam duas vezes e meia maior que os do SUS. Pela primeira vez, no ano de 2012, o faturamento global do sistema de saúde suplementar suplantou o orçamento do Ministério da Saúde.

X. OS CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

Os caminhos do sistema de saúde no Brasil, no plano macroeconômico, apontam, tendencialmente, para duas alternativas: consolidar-se como um sistema segmentado ou avançar para um sistema de cobertura universal.

O seminário CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil, procura explorar esses cenários por meio de expositores e debatedores que definam detalhadamente cada um deles, explorem suas fragilidades e fortalezas, analisem as suas factibilidades econômicas e as suas viabilidades políticas e expressem os seus resultados sanitários e econômicos e suas repercussões no processo de desenvolvimento brasileiro.

BIBLIOGRAFIA

1. BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Washington, Oxford University Press, 1993.
2. BERCK,M.L. & MONHEIT, A.C. The concentration of health expenditures: an update. Health Affairs, 11: 145-149, 1992.
3. BERMAN,P. Health sector reform: making health development sustainable. In: BERMAN,P. (Editor). Health sector reform in developing countries: making health development sustainable. Boston., Harvard Univ. Press, 1995.
4. BERMAN,P.A & BOSSERT,T.J. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Boston, Data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health, 2000.
5. BEVERIDGE,W. Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. London, HMSO, 1942.
6. CAMPOS, A.C. Reformas da saúde: o fio condutor. Lisboa, Almedina, 2008.
7. CASSELS, A. Health sector reform: key issues in less developed countries. Geneva, World Health Organization, 1995.
8. CEPAL. Equidad, desarrollo y ciudadanía. Santiago de Chile, CEPAL, 2000.
9. CHRISTIE,W. Keynote adress. In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health care reform: the will to change. Paris, OECD, Health Policy Studies nº 8, Head of Publications Service, 1996.
10. CONTANDRIOPOULOS, A-P, LAURISTIN, M. & LEBOVICH,E. Values, norms and the reform of health care systems. In: SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J. & SAKELLARIDES,C. (Editors). Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open Univ. Press, 1998.
11. DAVIS, K. et al. Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U. S. health care system compares internationally, 2010 update. New York, Commonwealth Fund, 2010.
12. DOUGHERTY,C.J. Back to reform: values, markets and the health care system. New York, Oxford University Press, 1996.
13. EMANUEL, E. Political problems. Boston Review, 25: 14-15, 2000.
14. ENTHOVEN A. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics, Policy and Law, 13: 305-321, 1988.

15. ENTHOVEN, A. & KRONICK, R. Consumer-choice Health Plan (Parte I)-Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and an Analysis of Proposals for National Health Insurance. *New England Journal of Medicine*, 298: 650- 658, 1978.
16. ENTHOVEN A.C. & SINGER S.J. Market-based reform: what to regulate and by whom. *Health Affairs*, 14: 105-119, 1995.
17. EVANS, D.B. et al. Universal coverage is a development issue. *Lancet*, 380: 864-865, 2012.
18. EVANS, R.G. Marketing markets, regulating regulators: who gains? who loses? what hopes? what scopes? In: ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Health care reform: the will to change*. Paris, OECD, Health Policy Studies n° 8, Head of Publications Service, 1996.
19. FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Washington, Science and Health Publications, 1910.
20. GIDDENS, A. *Beyond left and right: the future of radical politics*. Stanford, Stanford University Press, 1994.
21. GLIED, S. *Chronic condition: why health reform fails*. Cambridge, Harvard University Press, 1997.
22. GRAY, M. *Evidence-based healthcare and public health*. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier, 3d. edition, 2009.
23. HAM, C. Lessons and conclusions. In: HAM, C. (Editor). *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open Univ. Press, 1997.
24. HART, T.J. The inverse care law. *Lancet*, 1:405-412, 1971.
25. HSIAO, W. What should macroeconomists know about health care policy? A primer. International Monetary Fund, IMF Working Paper n° 0/136, 2000.
26. KRONICK, R. Redistributing health care resource without redistributing income. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19: 543-553, 1994.
27. KUTZIN, J. Bismarck versus Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? Paris, 1st annual meeting of SBO network on health expenditure, OECD, 2011.
28. KUTZIN, J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bulletin of the World Health Organization* 90:867–868, 2012.
29. LONDOÑO, J.L. & FRENK, J. Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41: 1-36, 1997.

30. LÓPEZ-ACUÑA, D. et al. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Rev. Panam. Salud Pública*, 8: 147-150, 2000.
31. LORD DAWSON OF PENN. Interim report of future provisions of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health: consultative council on medical allied services. London, Her Majesty's Stationery Offices, 1920.
32. MARCHILDON, GP. Canada: health system review. *Health Systems in Transition*, 15: 1-179, 2013.
33. MARMOR, T.T. & BAR, M.S. Making sense of the national health care reform debate. *Yale Law and Policy Reviews*, 10: 228-282, 1992.
34. MENDES, E.V. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte, PUCMG/FINEP, 1985.
35. MENDES, EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
36. MOLINA, R. et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Rev Panam. Salud Pública*, 8: 71-83, 2000.
37. MORENO-SERRA, R. & SMITH, P.C. Does progress towards universal coverage improve population health? *Lancet*, 380: 917-923, 2012.
38. NATIONAL RESEARCH COUNCIL AND INSTITUTE OF MEDICINE. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. Washington, The National Academies Press, 2013.
39. NOGUEIRA, R.P. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro, Tese de Mestrado, 1977.
40. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A Carta de Ljubljana sobre a reforma da atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde, Texto de apoio nº 25, 1996.
41. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Genebra, OMS, Relatório Mundial da Saúde 2010, 2010.
42. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial. Washington, OPS, 1997.
43. PAULY, M.V. Taxation, health insurance and market failures. *Journal of Economic Literature*, 24: 629-675, 1986.
44. REID, T.R. The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care. New York, Penguin Books, 2009.

45. ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
46. SILVA MV. Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas* 69: 121-128, 2012.
47. SPICKER, S.F. Going off the dole: a prudential and ethical critique of the heathfare state. In: SEEDHOUSE, D. *Reforming health care: the philosophy and practice of international health reform*. Chichester, John Wiley & Sons, 1995.
48. STARR, P. *The logic of health care reform: why and how the President's Plan will work*. New York, Penguin Books, 1994.
49. TAYLOR, A S.P. *Bismarck, the man and the statesman*. London, The Penguin Books, 1995.
50. TITELMAN, D. UTHOFF, A & JIMÉNEZ, L.F. Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. *Rev Panam. Salud Pública*: 8: 112-116, 2000.
51. UNGER, J.P. & KILLINGSWORTH, J. Selective primary care: a critical view of methods and results. *Sci. Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.
52. WAGSTAFF A. et al. Measuring financial protection in health. In: SMITH P. et al. (Editors). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009.
53. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, WHO, 2000.
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2010 health financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.
55. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mexico City political declaration on universal health coverage*. Mexico, Forum on Universal Health Coverage, 2012.
56. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics 2013: Part III, Global Health Indicators*. Geneva, WHO, 2013.
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION/THE WORLD BANK. *WHO/World Bank Ministerial level Meeting on Universal Health Coverage*. Geneva, WHO, 2013.
58. XU K. Et al. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet*, 362: 111-117, 2003.