

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: GESTÃO, INSTITUCIONALIDADE E FINANCIAMENTO

Vitor Pimentel

Larissa Barbosa

Luciano Machado

Luiz Filipe Adão

*Carla Reis**

Palavras-chave: Saúde. Formação do SUS. Universalidade. Cobertura universal de saúde. Prestadores de serviços de saúde. Financiamento à saúde. Mecanismos de pagamento.

* Respectivamente, economistas, estagiário de economia e gerente setorial do Departamento do Complexo Industrial e de Serviços de Saúde da Área de Indústria e Serviços do BNDES. Os autores agradecem os comentários de João Paulo Pieroni, Antônio Marcos Ambrózio e Rodrigo Mendes Leal.

BRAZILIAN HEALTH SYSTEM: GOVERNANCE, INSTITUTIONS AND FINANCE

Vitor Pimentel

Larissa Barbosa

Luciano Machado

Luiz Filipe Adão

*Carla Reis**

Keywords: Health. SUS formation. Universality. Universal health coverage. Healthcare providers. Health financing. Payment mechanisms.

* Respectively, economists, economy trainee, and sector manager of the Health Industry and Services Department of the Industrial and Services Division of BNDES. The authors thank João Paulo Pieroni, Antônio Marcos Ambrózio and Rodrigo Mendes Leal for the comments.

Resumo

O artigo sistematiza o histórico, o retrato atual e os principais desafios do sistema de saúde brasileiro. São apresentados os princípios constitucionais que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios de sua implementação. Discute-se o financiamento à saúde, destacando-se os mecanismos de pagamento por serviços e sua relação com a eficiência das despesas e geração de incentivos. São resumidos e sistematizados, ainda, os arranjos organizacionais que pautam a ação dos prestadores de serviços, discutindo questões como autonomia e efetividade. Ao fim, são apresentados desafios do SUS, em especial a incompleta integração com a saúde suplementar e os avanços recentes na expansão da atenção primária à saúde como eixo organizador do sistema.

Abstract

The article systematizes the history, the current status and main challenges of the Brazilian health care system. First, the constitutional principles in the light of its historical and theoretical context are presented. Then, the challenges of health financing are discussed, highlighting payment mechanisms and their relation with incentives and efficiency. The main organizational arrangements of the services providers are also summarized, discussing budget autonomy and comparative effectiveness. Finally, some of the Brazil's healthcare challenges, such as public-private integration and the recent advances of primary health care diffusion strategy, are also addressed.

Introdução

A saúde é simultaneamente uma necessidade humana fundamental, um pré-requisito para o trabalho produtivo e um eixo de criação e difusão de tecnologia, constituindo-se um campo privilegiado para a promoção do desenvolvimento. A relação entre saúde e desenvolvimento é uma via de mão dupla: o nível de saúde de uma população depende em grande medida de seu nível socioeconômico, e a promoção da saúde contribui para elevar seu nível socioeconômico.

Sob o ponto de vista econômico, o consumo de bens e serviços de saúde está associado à melhor qualidade de vida e maior capacidade produtiva, sendo caracterizados, portanto, como bens e serviços meritórios. A saúde promove externalidades difusas: por exemplo, a probabilidade de uma pessoa ficar doente depende não apenas de seu comportamento individual, mas também de decisões do conjunto da população – portanto, de decisões coletivas. Ainda, a produção de bens e serviços de saúde mobiliza cadeias produtivas de alto valor agregado, empregando mão de obra qualificada, estando relacionada a processos de desenvolvimento econômico (ANDRADE, 2000; REIS, BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

Em diversos trabalhos publicados pela equipe setorial do BNDES, discutiram-se questões relativas à face industrial da saúde (GOMES *et al.*, 2014; LANDIM *et al.*, 2013). Refletindo a mudança organizacional do BNDES, com a criação do Departamento do Complexo Industrial e de Serviços de Saúde da Área de Indústria e Serviços em 2016, tem-se voltado o olhar para a integração entre indústria e serviços de saúde.¹

¹ O setor de saúde foi abordado em trabalhos anteriores por equipes do BNDES. Ver Azeredo e Duncan (2002) e Souza e Morgado (2008).

Em um primeiro trabalho, Reis, Barbosa e Pimentel (2016) apresentaram uma revisão das principais consequências para a demanda por saúde de sua principal macrotendência global – o envelhecimento da população. O fenômeno pode ser compreendido como resultado do sucesso dos sistemas de saúde e do desenvolvimento socioeconômico em diversos países do mundo, e não apenas como um problema social. A atenção à saúde de uma população envelhecida reforça a necessidade de se abordar a saúde do ponto de vista sistêmico, com ações integradas de prevenção, acompanhamento e recuperação. À guisa de conclusão, colocou-se como agenda de pesquisa a necessidade de maior compreensão sobre a estrutura do sistema de saúde brasileiro, enfatizando aspectos de financiamento e gestão, esforço no qual se insere o presente trabalho.

O objetivo neste artigo é apresentar, de forma resumida, os princípios ordenadores e as características do sistema de saúde brasileiro. Trabalhou-se com o método revisão da literatura e análise descritiva de dados secundários obtidos de diversas fontes (IBGE, Agência Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde). Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e um *workshop* com especialistas.

Divide-se o artigo em quatro seções, além da introdução e da conclusão. Na segunda seção, apresenta-se brevemente o processo de construção do sistema de saúde brasileiro. Em seguida, abordam-se os mecanismos de arrecadação de recursos (financiamento) e os critérios utilizados para sua alocação entre as diversas atividades de saúde. Na quarta seção, descreve-se o setor de prestação de serviços de saúde brasileiro com base em dados secundários e sistematizam-se os principais arranjos institucionais existentes no país. Na quinta seção, busca-se delinear os desafios atuais desse sistema.

Processo de construção do sistema de saúde brasileiro

Nesta seção, apresenta-se brevemente a história da construção do sistema de saúde brasileiro, enfatizando o processo histórico que levou ao modelo consagrado na Constituição de 1988. Em seguida, são apresentados alguns princípios constitucionais, identificando alguns debates subjacentes a seus fundamentos.

A saúde no Brasil até 1988

A evolução do sistema de saúde brasileiro ao longo de sua história pode ser dividida em três fases principais. Na primeira fase, até 1922, o Estado era praticamente omissivo no tocante à assistência médica, atuando de forma episódica em situações de catástrofes naturais e epidemias, além de realizar campanhas de vacinação em massa. Para todas as demais atividades de saúde, as famílias recorriam a serviços privados: enquanto os mais abastados pagavam diretamente pela assistência médica, os mais pobres, a grande maioria da população, dependiam da atenção à saúde sob a forma de filantropia, de onde se originam as “santas casas” como organizações hospitalares, muitas delas de inspiração religiosa (PIOLA *et al.*, 2009).

A segunda (1923-1986) foi marcada pelo conceito *bismarckiano*² de “seguro social”, ou seja, de atuação do Estado na saúde vinculada à formalização da relação de trabalho e a contribuições prévias ao sistema

² No contexto de urbanização e industrialização, o Plano Bismarck, surgido na Alemanha entre 1883 e 1889, estabeleceu a proteção social aos trabalhadores e seus familiares. O proletário deveria realizar contribuições previdenciárias prévias para, de forma proporcional ao valor contribuído, ter direito ao seguro-saúde, ao seguro de acidente de trabalho, à aposentadoria, entre outros benefícios oferecidos pelo programa (MARQUES; PIOLA; CARRILLO-ROA, 2016).

previdenciário público. Antes segmentado por categorias profissionais, em 1977 os diversos fundos foram unificados no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), com a função de cuidar exclusivamente da assistência médica individual dos segurados da previdência.

Ao longo desse período, a cobertura da proteção social era dedicada principalmente aos trabalhadores formais urbanos, deixando a maioria dos brasileiros descobertos, que continuaram a custear suas próprias despesas com saúde e a contar com a filantropia. Além disso, nesse período, as políticas públicas de saúde basearam-se nos princípios de expansão da atenção curativa em unidades hospitalares – as ações de saúde pública continuaram restritas ao combate a epidemias e catástrofes, herdadas do período anterior (FGV, 200-?).

A política de aumento da cobertura do sistema de saúde, a partir dos anos 1960, seguiu a lógica do incentivo à iniciativa particular. Nesse contexto, ampliou-se o número de serviços privados credenciados e/ou conveniados, além de se expandirem unidades privadas de saúde no país. A partir de financiamentos subsidiados, construíram-se hospitais e clínicas com fins lucrativos, que também atendiam os pacientes cobertos pelo Inamps, o que garantia sua sustentabilidade financeira. Dessa forma, o Estado criou, ao longo do período, reservas de mercado para os capitais privados no setor saúde (MEDICI, 2011).

A terceira fase da atuação do Estado na saúde (1987-presente) tem sua raiz no movimento de reforma sanitária.³ Inspirado nas premissas do Estado de Bem-Estar Social do pós-Segunda Guerra Mundial da

³ Por sua vez, as origens do movimento de reforma sanitária no Brasil remontam à segunda metade da década de 1970, com a fundação do Centro Brasileiro Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), além de ser indissociável do processo de redemocratização brasileiro (PAIM, 2007).

Europa Ocidental, foi marcado pelo emprego da concepção de seguridade social. De forma mais abrangente, propõe-se alterar a lógica de atuação do Estado na área social, que deixaria de ser um operador de um seguro, servindo apenas àqueles que contribuem, para implementar o conceito de seguridade, baseado na formação de uma rede de proteção social para todos os membros da sociedade, no qual se insere a atenção à saúde.

As origens da seguridade social remontam ao Plano Beveridge, de 1943, no Reino Unido, que fundamentou a construção do National Health System (NHS), disseminando-se por diversos países europeus nas décadas seguintes (PIOLA *et al.*, 2009; SILVA, 2008). Além dos países pioneiros, na Europa também houve casos considerados tardios de reforma dos sistemas de saúde pautados pela universalidade, como Itália (1978) e Espanha (1986) (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2002). Frequentemente se distinguem entre os modelos bismarckianos de seguro social, vinculados ao emprego, e os modelos beveridgeanos de seguridade social, que protege todos os cidadãos.

Além disso, o movimento da reforma sanitária preconizava uma profunda mudança no entendimento do processo saúde-doença. Tal mudança se materializaria principalmente em uma mudança do eixo orientador da atenção à saúde: se antes era organizada em torno do cuidado dos doentes em instalações hospitalares, o foco deveria ser deslocado para ações de prevenção e atenção no nível da população, guiada por princípios epidemiológicos e sociais, mais próximos das realidades locais. A atenção primária, nesse contexto, torna-se o centro orientador e regulador dos serviços especializados, retirando a centralidade do hospital e transformando a atenção à saúde de fato em um sistema.

O movimento de reforma sanitária brasileiro não pode ser dissociado do contexto do país da década de 1980, marcado pelo processo de

redemocratização e de crise econômica. Em particular, a recessão levou a uma redução significativa da massa salarial e da oferta de empregos, sufocando o financiamento do Inamps, que teve sua atuação fortemente restringida. A crise social, aliada à redemocratização, foi um campo fértil para que a reforma fosse inscrita na constituição de 1988 (SCOREL, 2008; GREMAUD; VASCONCELLOS; TONETO JR., 2005).

A partir dessa breve reconstituição histórica, é possível afirmar que a configuração atual do sistema de saúde brasileiro preserva atributos e elementos de suas diversas fases. Conforme será abordado ao longo do artigo, convivem no país instituições filantrópicas (primeira fase), seguros de saúde vinculados ao emprego formal (segunda fase) e os esforços da reforma sanitária de buscar fontes de financiamento não vinculadas ao emprego formal e de organizar o sistema universal tendo como eixo orientador a atenção primária à saúde (terceira fase).

Princípios constitucionais

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, contendo uma seção específica para a saúde pela primeira vez, o paradigma passa a ser a seguridade social (ELIAS, 2004). Esse conceito fica evidente no artigo 196 da Constituição Federal:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Destacam-se neste artigo quatro dimensões orientadoras da reforma do sistema de saúde brasileiro. A primeira é a legitimação de que todos os cidadãos, sem qualquer discriminação, têm direito às ações de saúde, e o responsável por prover o pleno gozo desse direito é o Estado. A segunda

dimensão é o reconhecimento da saúde da população brasileira como resultante do conjunto de políticas sociais e econômicas, não apenas das políticas de saúde, indicando que outras áreas devem contribuir para o alcance dos objetivos de saúde pública. A terceira dimensão é o acesso universal e igualitário, que assegura que todo cidadão é igual perante o sistema público de saúde e será atendido conforme sua necessidade até o limite que o sistema possa oferecer a todos. A quarta é a compreensão das ações de saúde pública de maneira abrangente, que envolve promoção, proteção e a recuperação (BRASIL, 1990).

Além dos princípios brevemente citados, em seu artigo 198, a Constituição Federal prevê as diretrizes que devem nortear a expansão do sistema de saúde brasileiro. Ressalta-se a noção de sistema, ou seja, de um conjunto de ações e serviços que interagem para um fim comum, e de unicidade, indicando que todo o sistema deve orientar-se pelos mesmos princípios. Além disso, previu-se que a expansão do sistema se daria de forma descentralizada. Há, ainda, a previsão de que a sociedade participe ativamente da formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução (BRASIL, 1990).

O papel da iniciativa privada na saúde é regido pelo artigo 199 da Constituição de 1988, que estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas podem participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. No mesmo artigo, veda-se a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Cada um dos princípios constitucionais é amplamente debatido na literatura. Para fins desta revisão, serão destacadas as questões relativas à universalidade, a integralidade e a regionalização, conceitos complexos e alvo de diversas controvérsias interpretativas.

O debate sobre universalidade

Em sua origem, o conceito de universalidade diz respeito à não discriminação no acesso à saúde por quaisquer condicionalidades, como econômicas, sociais, políticas, religiosas e raciais. Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, se estabelece que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”.⁴

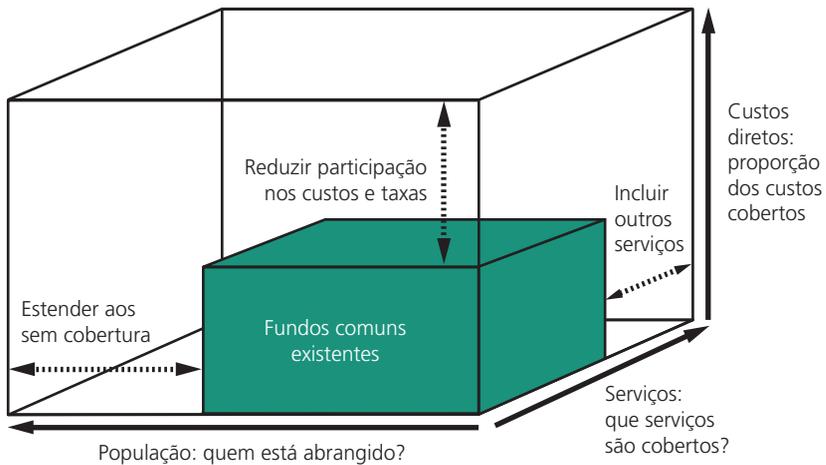
O conceito de universalidade fundamenta-se no princípio da solidariedade, que por sua vez preconiza uma série de subsídios cruzados existentes nesse tipo de sistema de saúde: dos ricos para os pobres, dos jovens para os idosos, dos usuários mais frequentes para os menos frequentes, dos saudáveis para os doentes. O fator que determina quem será beneficiado por esses subsídios é a necessidade de saúde, considerando que um mesmo indivíduo tem necessidades distintas no decorrer de seu ciclo de vida (PIOLA *et al.*, 2009).

Antes consolidado, o conceito de universalidade na saúde voltou ao centro do debate com a publicação do relatório *Health systems financing: the path to universal coverage* (Financiamento dos serviços de saúde: o caminho para a cobertura universal), da própria OMS (WHO, 2010). Desde então, há um embate entre os defensores do conceito de universalidade como direito humano de acesso à saúde, considerado o conceito original, e da universalidade como cobertura, uma nova interpretação que vem ganhando importância mais recentemente (ABIRO; DE-ALLEGRI, 2015; NORONHA, 2013).

⁴ “The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition” (INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE, 1946).

O conceito de cobertura de saúde universal envolve três dimensões: o percentual da população coberta, a diversidade de serviços de saúde ofertados e o nível de proteção financeira dos participantes. Essas três dimensões seriam os eixos de um cubo, cujo volume é definido pelos recursos compartilhados destinados a saúde, independentemente da fonte, conforme a Figura 1. O conceito de cobertura de saúde universal tem tido bastante influência no cenário internacional, tendo sido colocado como uma das diversas metas de saúde dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU, 2015).

Figura 1 | Três dimensões da aproximação à cobertura universal



Fonte: WHO (2010).

É possível identificar quatro diferenças principais entre os conceitos de acesso universal à saúde e de cobertura de saúde universal. Em primeiro lugar, o objetivo de cobertura de saúde universal refere-se apenas às condições de cobertura da população a serviços de saúde propriamente ditos, reduzindo o papel dos determinantes sociais da saúde e da compreensão

mais ampla do processo saúde-doença. Em segundo, é definido como um conjunto determinado de ações de saúde que se somam, não compreendendo a saúde como sistema. Ainda, ele contabiliza como cobertas pessoas que paguem por seguros privados de saúde, endossando a fragmentação dos sistemas de saúde, o que reduz o impacto dos subsídios cruzados. Por fim, de acordo com seus proponentes (STUCKLER; FEIGL; BASU, 2010), a cobertura de saúde universal seria uma proposição de política pública voltada para países de renda baixa e média baixa, ao passo que os países de renda alta seguiriam perseguindo os objetivos de acesso universal à saúde (ABIRO; DE-ALLEGRI, 2015; NORONHA, 2013).

Nesse contexto, pode-se compreender a cobertura universal de saúde como um conceito operacional e complementar, que não substitui o acesso universal a saúde como aspiração e direito humano fundamental. O conceito de universalidade inscrito na Constituição de 1988, portanto, deve ser compreendido como direito de acesso universal, conforme modelo de seguridade social frequentemente encontrado nos países desenvolvidos.

Integralidade, hierarquização e regionalização

No campo da saúde, a palavra integralidade tem diversos sentidos, que podem ser compreendidos em três contextos diferentes. No nível individual, cada pessoa é considerada em todas as suas necessidades e como parte de uma comunidade. Da mesma forma, as ações de saúde são tratadas como um todo integrado, sendo a distinção entre promoção, prevenção e recuperação, por exemplo, apenas ilustrativas. Também as organizações prestadoras de serviços devem ser vistas como parte de um sistema, a despeito de suas especializações ou áreas de atuação (BRASIL, 1990).

Para que os serviços de saúde sejam ofertados de forma integral, sua organização estrutura-se em torno dos princípios de hierarquização e

da regionalização. Segundo eles, os serviços devem ser oferecidos com área geográfica e população delimitadas, de modo a possibilitar um alto grau de resolubilidade dos problemas (BRASIL, 1990).

O modelo assistencial previsto para o SUS é classicamente representado por uma pirâmide. A ampla base da pirâmide seria constituída por um conjunto de unidades de saúde responsáveis por prover assistência básica ou primária⁵ à saúde das pessoas, principal porta de entrada da população no sistema de saúde (CECILIO, 1997).

A atenção primária geralmente conta com profissionais especializados em cuidados integrais, sendo desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, com o objetivo de solucionar a maior parte das necessidades de saúde da população. A organização do sistema de saúde em torno da atenção primária é apontada como a principal política pública para enfrentamento das desigualdades econômicas, políticas e sociais no acesso à saúde, tendo sido central na expansão dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos, com resultados positivos em quanto à efetividade e equidade (STARFIELD, 2002; HIXON; MASKARINEC, 2008; INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978).

Ainda, a atenção primária a saúde é considerada um dos aspectos centrais para a construção dos sistemas de saúde em contexto de envelhecimento da população. As condições de doenças crônicas, tipicamente associadas ao envelhecimento, demandam uma atenção à saúde integrada, com ênfase no acompanhamento e prevenção (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

⁵ Há um debate em torno do termo mais correto para designar o primeiro nível de atenção à saúde. Apesar de a literatura internacional utilizar “atenção primária à saúde” (*primary health care*), o governo brasileiro adotou inicialmente nos documentos oficiais o termo “atenção básica”. Seguindo a revisão de Mello, Fontanella e DeMarzo (2009), ambos serão utilizados indistintamente como sinônimos para fins deste trabalho.

Na parte intermediária da pirâmide, estariam atividades secundárias ou de “média complexidade”, que seriam compostas por ações e serviços que visam atender os problemas que não foram solucionados no primeiro nível, geralmente associados à utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e terapêutico. São exemplos de serviços de média complexidade os procedimentos realizados por especialistas focais (dermatologia, oftalmologia etc.), cirurgias ambulatoriais, anestesia, exames ultrassonográficos ou radiodiagnósticos, entre outros (CONASS, 2011).

Já no topo da pirâmide, estariam os serviços de alta intensidade tecnológica como a assistência a pacientes oncológicos e renais crônicos, além de procedimentos que envolvem internação e terapia intensiva. Essas atividades acarretam elevados custos por paciente e são reservadas aos casos não solucionados nos níveis anteriores (CONASS, 2011).

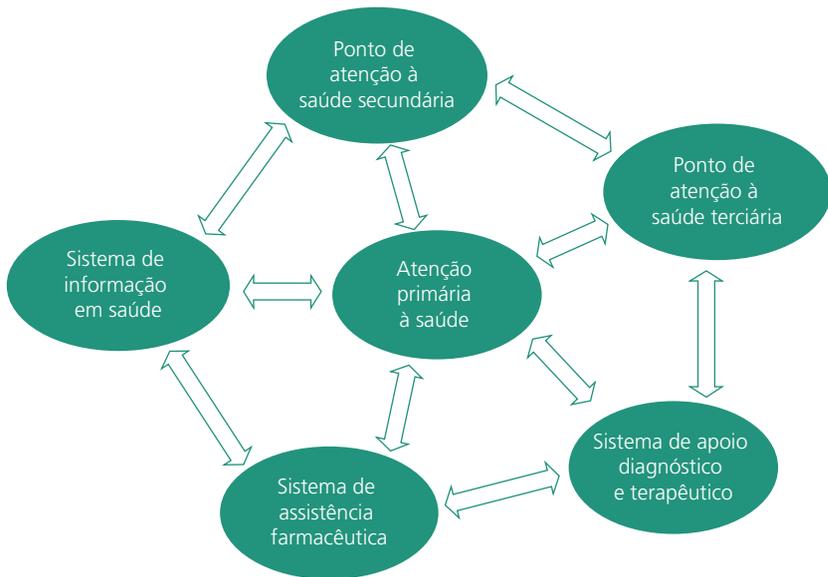
A figura da pirâmide representa uma possível visão sobre como se organiza o sistema de saúde, em que haveria um fluxo ordenado de pacientes de baixo para cima, no qual a base da pirâmide seria capaz de solucionar a maior parte dos casos. Uma vez constatada uma necessidade específica, o paciente seria encaminhado para a unidade especializada (mecanismo de referência). Posteriormente, ocorreria o fluxo de cima para baixo, pois uma vez solucionado o problema de saúde, o paciente é encaminhado de volta ao estabelecimento de origem (mecanismo de contrarreferência). Dessa forma, as necessidades de assistência das pessoas seriam tratadas nos espaços adequados de intensidade de recursos (CECILIO, 1997).

Há uma visão crescente na literatura brasileira de que o sistema de saúde seria mais bem descrito pelo conceito de redes de atenção organizado de forma horizontal (não hierárquico). Nessa concepção, o nó central seria a atenção primária à saúde, responsável por coordenar as ações dos demais elos da rede (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde têm três elementos centrais: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. Por estrutura operacional, entendem-se os “nós” das redes e as ligações materiais e imateriais que conectam esses nós, formada por cinco componentes:

- o centro de comunicação, papel exercido pela atenção primária à saúde;
- os pontos de atenção à saúde secundários e terciários;
- os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica etc.);
- os sistemas logísticos (transporte, registro eletrônico em saúde); e
- o sistema de governança.

Figura 2 | Esquema simplificado das redes de atenção à saúde



Já os modelos de atenção à saúde são os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes, podendo ser de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas (CONASS, 2015).

Financiamento à saúde

Em economias de mercado, o pagamento por um bem ou serviço geralmente está associado ao momento em que a transação se concretiza. Entretanto, quando as pessoas ficam doentes, tal prática pode ter consequências severas. Estima-se que todo ano cerca de 150 milhões de pessoas no mundo incorram em despesas catastróficas relacionadas a tratamentos de saúde, que podem levar ao empobrecimento severo. Além das despesas diretas com os tratamentos e internações, muitas enfermidades causam prejuízos financeiros por reduzirem a capacidade individual ao trabalho.

Do ponto de vista individual, as necessidades de saúde ao longo do tempo são marcadas pela incerteza: não é possível prever quando e com que grau de severidade uma pessoa ficará doente. Por esse motivo, a OMS recomenda que o financiamento à saúde envolva alguma modalidade de pré-pagamento, de forma a reduzir o desembolso no momento em que a doença está instalada (WHO, 2010).

Por outro lado, como o ambiente é marcado por assimetrias de informação, os mecanismos de mercado para determinação de preços dos seguros não funcionam plenamente, levando aos problemas de seleção adversa. O primeiro diz respeito à possibilidade de excesso de utilização dos serviços pelos segurados, tendo em vista a dificuldade de verificar seu próprio estado de saúde. Já o segundo relaciona-se à dificuldade de um terceiro (a seguradora) discriminar *a priori* os segurados segundo seu grau de risco,

fundamental para a formação de preços (ANDRADE, 2000; MAIA, 2004). Nesse contexto, em termos teóricos, o mercado de seguros de saúde sozinho não levaria à cobertura completa e levaria a uma oferta inferior ao socialmente desejável. Na presença desse tipo de falhas de mercado, Belli (2001) aponta que mecanismos de compartilhamento de riscos (*risk pooling*) por meio de subsídios cruzados podem melhorar o bem-estar social.

Na mesma linha, WHO (2010) faz três recomendações principais na forma de estruturar sistemas de compartilhamento de risco na saúde. A primeira diz respeito à obrigatoriedade de contribuição financeira ao sistema de saúde – caso seja voluntária, os jovens, os saudáveis e os ricos teriam incentivos a não participar do sistema enquanto se encontram nessa condição, tornando-o insustentável. Em segundo lugar, em todos os países há camadas da população consideradas vulneráveis, que não são capazes de contribuir para o sistema, sendo necessário que o sistema conte com subsídios. Terceiro, conforme a experiência internacional, a constituição de vários sistemas que cobrem parcelas diferentes da população (segmentação) é insustentável no longo prazo, pois geram ineficiências relacionadas à duplicidade de custos de administração e de gestão de informações. Em geral, em lugares onde há múltiplos fundos, um deles acaba atraindo os ricos, os jovens e os saudáveis, inviabilizando os desejáveis mecanismos de subsídios cruzados (WHO, 2010). O mecanismo que reúne as três características simultaneamente é justamente a inserção da saúde na seguridade social, no modelo do Estado de bem-estar social, financiada por tributos e de acesso universal.

Padrões de financiamento e comparações internacionais

Há um longo debate sobre qual deveria ser o volume de gastos em saúde de uma sociedade. Uma das formas mais tradicionais de se tentar

responder a essa pergunta é por meio de comparações internacionais.⁶ Nesse contexto, geralmente são realizadas medidas agregadas do gasto com saúde total ou público e alguma parametrização que permita comparações, como percentual do produto interno bruto (PIB), percentual do orçamento público, *per capita* ou em dólares paridade poder de compra (SAVEDOFF, 2007). Nesta seção, serão apresentadas as principais formas de comparações internacionais do financiamento à saúde, com o objetivo de posicionar o Brasil no contexto internacional.

Como conjunto de serviços fortemente vinculado a populações-alvo, a forma mais frequente de se realizar comparações internacionais no gasto com saúde é ponderá-lo pela população de cada país, ou seja, o gasto com saúde *per capita*. Conforme se observa na Tabela 1, todos os grupos de países apresentaram expressivo crescimento das despesas com saúde, tanto por habitante como proporção do PIB. Apesar de apresentarem crescimento menos acelerado, os países de alta renda desembolsaram, por habitante, em 2014, quase dez vezes mais do que os países de renda média.

Tabela 1 | Despesas com saúde *per capita* (em US\$ paridade poder de compra – PPP constante de 2011) e como percentual do PIB – 1995 e 2014

Grupo de países	<i>Per capita</i> (US\$ PPP constante 2011)				Percentual do PIB	
	1995	2014	Crescimento total (%)	Crescimento médio anual (%)	1995 (%)	2014 (%)
Renda alta	2.071	5.193	151	13	9,2	12,3
Renda média	134	577	331	23	4,7	5,8
Renda baixa	32	91	187	15	4,5	5,7
Mundo	481	1.276	165	14	8,5	9,9
Brasil	524	1.318	151	13	6,5	8,3

Fonte: Elaboração própria, com base em The World Bank (2017).

⁶ Outras formas seriam a estimação de funções de produção de saúde, a abordagem de economia política e a abordagem orçamentária (SAVEDOFF, 2007).

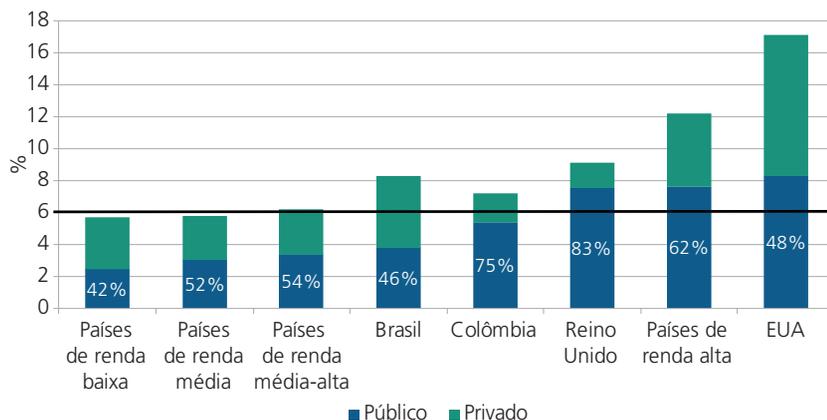
Considerado um país de renda média-alta pelo Banco Mundial, o Brasil gastou em saúde, por habitante, três vezes e meia menos que os países de alta renda no mesmo ano. Apesar da disparidade, a taxa de crescimento do gasto com saúde *per capita* brasileiro é semelhante ao de um país de renda alta, sendo significativamente inferior à média dos países de renda intermediária e ligeiramente menor que a média mundial.

Outra forma frequentemente utilizada para comparações internacionais é apresentar o quanto do total de recursos disponíveis de um país é destinado à saúde – o que leva à métrica de gasto com saúde como percentual do PIB. Também apresentado na Tabela 1, por esse indicador, o Brasil segue com financiamento à saúde inferior à média mundial e dos países de alta renda.

Quando utilizado o indicador de gasto com saúde como percentual do PIB, é possível diferenciar entre as fontes de financiamento públicas e privadas. Recentemente, a Organização Pan-Americana de Saúde,⁷ escritório da OMS para as Américas, estabeleceu como referência (*benchmark*) que a despesa pública em saúde deve representar 6% do PIB, enfatizando que os recursos deveriam ser alocados prioritariamente na atenção primária a saúde (PAHO; WHO, 2014). Conforme se observa no Gráfico 1, apenas os países de renda alta atualmente conseguem superar a referência. No Brasil, as fontes públicas de financiamento à saúde correspondem a menos da metade do gasto total em saúde, totalizando cerca de 4% do PIB, percentual pouco superior aos países de renda baixa e inferior à categoria em que o Brasil se enquadra.

⁷ Fundada em 1902, é a agência de saúde multilateral mais antiga do mundo. Foi integrada como escritório regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde após a fundação desta (PAIVA, 2006).

Gráfico 1 | Percentual do PIB dedicado à saúde, fontes públicas e privadas, 2014, grupos de países por faixa de renda e alguns países selecionados



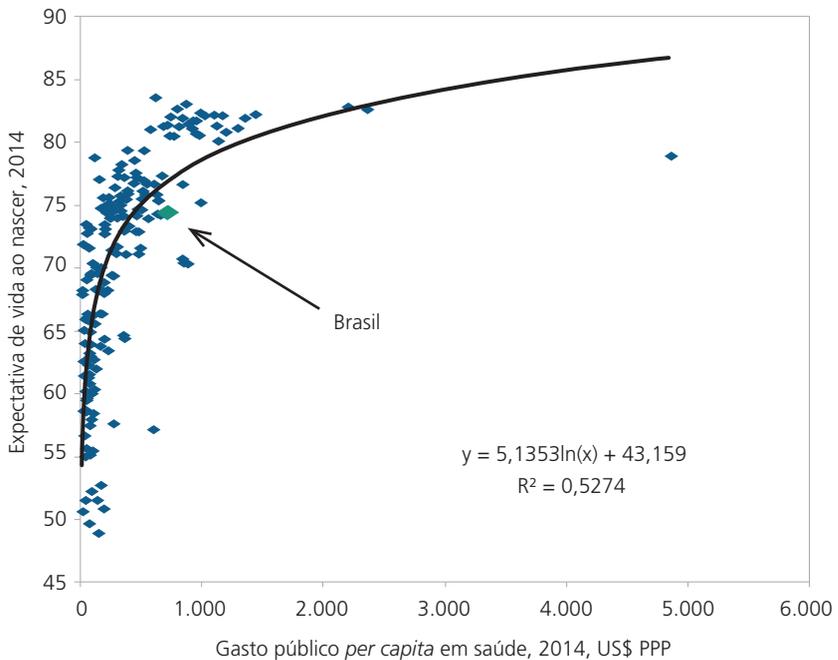
Fonte: Elaboração própria, com base em The World Bank (2017).

Nesse sentido, o *mix* de financiamento brasileiro tende mais ao privado do que nos Estados Unidos da América (EUA), onde o setor público tem um papel periférico e segmentado no sistema de saúde, restrito a mecanismos de seguro para os muito pobres (Medicaid) e aos idosos (Medicare), além de subsidiar seguros privados de cobertura mínima, conforme recentemente estabelecido pelo Patient Protection and Affordable Care Act, popularmente conhecido como Obamacare. Além disso, no Brasil a saúde tem baixa relevância no orçamento do setor público – segundo dados do Banco Mundial para 2014, apenas 10% das receitas fiscais no Brasil são destinadas à saúde, enquanto a média mundial é de 15%, podendo superar a marca de 20% em países como Japão e Alemanha.

A relevância das fontes públicas de financiamento à saúde tem suporte na evidência empírica em países em desenvolvimento, estando associada à mitigação do risco de despesas catastróficas em saúde e ao

oferecimento de ações de saúde coletiva de alto impacto, como campanhas de vacinação e a realização de partos por profissionais de saúde qualificados (JOWETT; KUTZIN, 2015). Em países desenvolvidos, o mesmo padrão de resultado não é observado, apesar de esses países apresentarem relevante participação pública no financiamento a saúde (JOURMARD; ANDRE; NICQ, 2010).

Gráfico 2 | Correlação entre o gasto *per capita* em saúde total e a expectativa de vida, em US\$ paridade poder de compra (PPP) – 2014

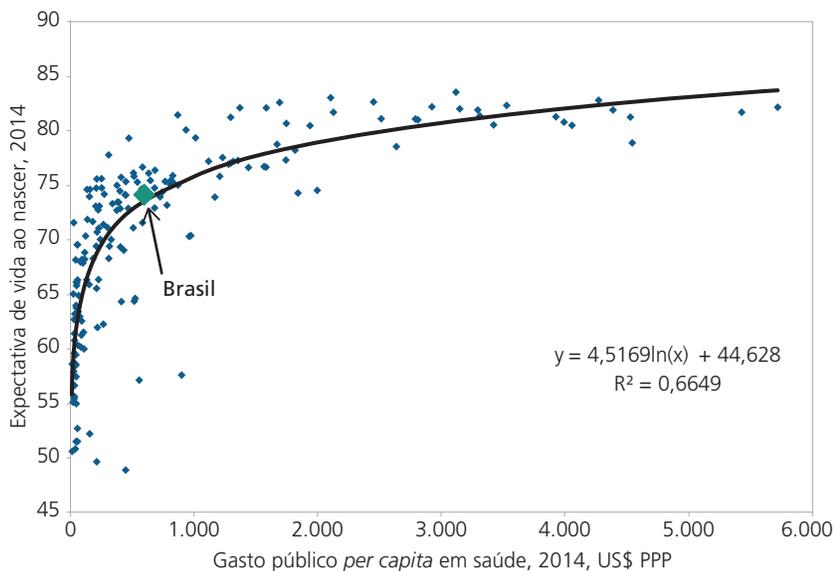


Fonte: Elaboração própria, com dados de The World Bank (2017).

Além do uso de medidas do volume de recursos que medem o esforço, é possível adicionar, nas comparações internacionais, alguma variável que funcione como aproximação para os resultados de saúde. Seguindo

sugestão de Medici (2011), uma forma relativamente simples de introduzir algum elemento de resultado de saúde na análise macroeconômica dos gastos com saúde é compará-los com a expectativa de vida ao nascer. Entretanto, a expectativa de vida é uma variável complexa, determinada não apenas pelo gasto com saúde, mas por um conjunto de fatores geralmente associados aos determinantes sociais da saúde, como violência, saneamento, educação etc. A correlação apresentada no Gráfico 2 deve, portanto, ser interpretada com reservas. Nessa análise, o sistema de saúde brasileiro seria considerado pouco eficaz, pois estaria “abaixo da curva”, isto é, com o volume atual de financiamento a saúde, poderia obter resultados melhores de expectativa de vida (MEDICI, 2011).

Gráfico 3 | Correlação entre o gasto *per capita* em saúde pública e a expectativa de vida, em US\$ paridade poder de compra (PPP) – 2014



Fonte: Elaboração própria, com base em dados de The World Bank (2017).

Por outro lado, ao se considerar apenas a parcela pública dos gastos com saúde *per capita*, o Brasil passa a figurar “acima da curva”, obtendo resultados de expectativa de vida superiores ao que se esperaria com o mesmo volume de recursos públicos em outros países, conforme se observa no Gráfico 3. Portanto, considerando os três gráficos apresentados nesta seção, parece que o aspecto central da análise do caso brasileiro no contexto mundial é a baixa participação das fontes públicas no *mix* de financiamento, e não o nível geral de financiamento a saúde. Entretanto, essas correlações são estimativas pontuais, sendo necessários estudos mais robustos para verificação dessa hipótese.

Mecanismos de pagamentos e contratos

Além de analisar o volume de gastos, cumpre analisar como esses recursos são direcionados aos prestadores de serviços de saúde, como um pré-requisito para que se avaliem a eficácia e a efetividade das despesas. Os mecanismos de pagamento de serviços (MPS) são os meios pelos quais os financiadores dos gastos em saúde remuneram os prestadores dos serviços de saúde, sendo usados para pagar tanto as organizações como os profissionais de saúde pelos serviços prestados. Esses mecanismos de alocação de recursos podem ser divididos em dois grandes blocos: na alocação *ex ante*, o pagamento é realizado antes da prestação do serviço, baseando-se em orçamentos globais ou em valores *per capita*; já na alocação *ex post*, o pagamento é realizado após a prestação do serviço, utilizando-se como parâmetros o volume e o tipo de produção (UGÁ; LIMA, 2013). No Quadro 1 são sistematizados os principais mecanismos existentes no Brasil.

Quadro 1 | Mecanismos de pagamento por prestação de serviços no Brasil

Fonte de financiamento	Mecanismo de pagamento por serviço	Característica principal
Público	Orçamento por item centralizado	Orçamento é definido previamente para o ano todo e vincula-se a itens e categorias funcionais com base em valores históricos.
	Orçamento descentralizado	Orçamento global próprio, negociado anualmente com base em valores históricos.
	Orçamento prospectivo global	Pagamento global negociado, alocado mensal ou trimestralmente. São associados a um contrato de gestão com indicadores de desempenho predefinidos.
	Pagamento baseado nos casos	Pagamentos baseados em casos clínicos ou tipos de tratamentos predefinidos, incluindo a maioria dos serviços e procedimentos associados aos episódios. Os valores são prospectivos e normalmente baseados nos custos médios ou esperados. Exemplo: Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
	Pagamento por serviço	Os provedores são pagos por serviço prestado conforme uma tabela de valores predefinidos. Exemplo: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).
Privado	Pré-pagamento por procedimento	Um mecanismo de pagamento baseado em serviço pelo qual o custo de procedimento é reembolsado. Pode ser baseado no custo incorrido ou em uma remuneração previamente estabelecida. A maioria dos planos de saúde pagam prestadores de acordo com uma tabela de remuneração definida pela Associação Médica Brasileira (AMB). Os convênios entre prestadores e planos para definição dos valores a serem pagos tendem a ser um valor com desconto negociado com base na tabela da AMB.
	Pagamento direto por procedimento	Pagamentos dos não segurados são feitos com base em uma tabela de valores, definidos geralmente de forma prospectiva pelos hospitais e são comumente muito mais altas do que as negociadas entre planos e prestadores.

Fonte: Elaboração própria, com base em La Forgia e Couttolenc (2008) e Ugá e Lima (2013).

Uma das modalidades mais frequentes de pagamento por serviços de saúde é a Autorização para Internação Hospitalar (AIH), uma forma de remuneração em função do caso clínico tratado, que representa um avanço em relação ao sistema de pagamentos por procedimentos executados. Entre os pontos positivos, tende a evitar o incentivo para produção excessiva de serviços existente no sistema anterior (viés de quantidade) e simplifica o processo de geração de faturas. Por outro lado, sua implementação na prática tem levado a alguns problemas: a baixa taxa de reembolso praticada para a maioria dos procedimentos, falta de revisão do sistema de classificação dos procedimentos médicos, registro de diagnóstico de baixa qualidade ou mesmo faltante (por exemplo, informação do paciente e do tratamento ausente). Por fim, como o sistema é principalmente voltado para geração de faturas, surge um problema de confiabilidade da informação registrada, além de estar sujeito a fraudes.

Dentre os problemas, destaca-se a baixa taxa de reembolso. Em Audiência Pública na Câmara dos Deputados, a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) relatou que a tabela de procedimentos foi reajustada em média 93% desde sua criação até maio de 2015, enquanto o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) variou 413% no mesmo período. Além disso, em função de desequilíbrios nos reajustes, o atendimento de alta complexidade acaba sendo o menos defasado, desestimulando os atendimentos ambulatoriais e de média complexidade (MATOS, 2017). Isso tem levado os provedores privados a recusarem pacientes do SUS ou mesmo a prática de irregularidades (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Apesar dos esforços de migração para sistemas de pagamento baseados em orçamentos globais e desempenho, o Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) continua sendo o principal mecanismo de informação e pagamento de atendimento ambulatorial. Esse tipo de mecanismo de

pagamento induz a produção excessiva de serviços específicos, considerados mais rentáveis dentro das possibilidades da tabela, não incentivando o controle dos custos e a gestão. Por outro lado, o mecanismo é simples e facilita o controle do total de despesas.

Já nas fontes privadas de recursos, o mecanismo baseado em pagamentos por serviço tende a levar aos mesmos incentivos presentes no SIA, como ao excesso de oferta de serviços mais lucrativos e mais complexos (intensivos em tecnologias) e à sobreutilização. As taxas pagas pelas operadoras, referenciadas pela tabela da AMB para os prestadores tendem a refletir mais o poder de barganha relativo entre o pagador (plano de saúde privado) e o prestador do que o custo de produção ou os resultados obtidos. A falta de informação sobre custos e de um mecanismo de pagamento baseado nos custos dos serviços são causas de problemas financeiros nos planos e nos hospitais (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Em tese, os mecanismos de pagamento por serviços poderiam ser utilizados como incentivos para melhorar o desempenho dos prestadores de serviços e dos hospitais por meio principalmente do estímulo a mudanças organizacionais. Entretanto, segundo La Forgia e Couttolenc (2008), três fatores têm dificultado esse tipo de vinculação. Em primeiro lugar, observa-se uma grande diversidade de mecanismos de pagamento por serviços, o que dificulta sua compreensão. Segundo, há grande prevalência de mecanismos de pagamento baseado em orçamentos por itens, o que impede sua vinculação a resultados. Por fim, ainda há diversos desafios relacionados à própria medição de qualidade e avaliação de desempenho, que requer indicadores consistentes e sistemas de informação confiáveis.

Para que se aprofunde a discussão sobre os mecanismos de pagamento por serviços, é necessário mapear como estão constituídos os prestadores de serviços de saúde no Brasil, que serão objeto da próxima seção.

Prestadores de serviços de saúde no Brasil

Nesta seção, primeiro apresentam-se alguns aspectos econômicos da prestação de serviços de saúde no Brasil, para em seguida sistematizar os principais arranjos organizacionais existentes no país. Ao fim, discutem-se os avanços recentes na avaliação de qualidade na saúde, buscando conectar tipos de arranjos, mecanismos de pagamento por serviços e desempenho.

Aspectos econômicos da saúde no Brasil

O consumo final de saúde tem se mantido relativamente estável como proporção do PIB nos últimos anos, conforme se observa na Tabela 2. Já o *mix* entre consumo público e privado de saúde deslocou-se ligeiramente em direção ao setor privado, puxado principalmente pela prestação de serviços, contrabalançando a queda do consumo de medicamentos e outros produtos em relação ao PIB. No lado do consumo público, verifica-se a queda relativa do consumo de serviços por prestadores de serviços privados, compensada pelo aumento do peso da produção pública de serviços de saúde.

Já no que diz respeito à mão de obra ocupada, observa-se que o setor de saúde em geral vem ganhando participação no total das ocupações no Brasil, com avanços em todos os segmentos. Há uma clara prevalência dos provedores privados de serviços de saúde no emprego, cuja participação cresceu de forma mais acelerada entre 2010 e 2013.

Os serviços de saúde no Brasil podem ser prestados tanto por pessoas físicas individuais quanto por pessoas jurídicas. As pessoas físicas

respondem por mais de um terço dos 286 mil estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁸ (Cnes), constituindo um universo de profissionais liberais que prestam serviços aos pagadores privados.

Tabela 2 | Setor de saúde, consumo final (%PIB) e participação no total do emprego – 2010-2013

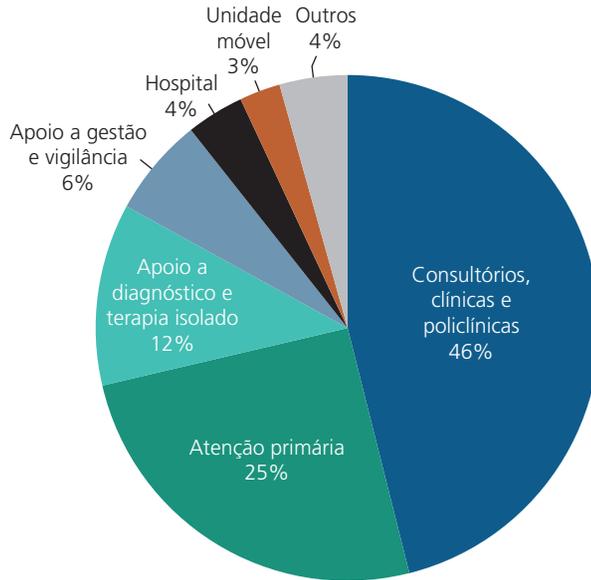
	2010	2011	2012	2013
Consumo final (%PIB)	7,97	7,82	7,83	7,97
Setor público	3,61	3,50	3,44	3,58
Prestadores públicos de serviços	2,73	2,69	2,64	2,82
Prestadores privados de serviços	0,70	0,64	0,65	0,60
Medicamentos e outros produtos	0,18	0,17	0,15	0,16
Setor privado	4,37	4,32	4,39	4,39
Prestadores privados de serviços	2,63	2,68	2,74	2,77
Medicamentos e outros produtos	1,74	1,65	1,65	1,62
Participação no emprego total (%)	5,32	5,47	5,68	5,90
Serviços de saúde públicos	1,78	1,79	1,82	1,98
Serviços de saúde privados	2,34	2,46	2,59	2,62
Indústria de saúde	1,20	1,22	1,26	1,30

Fonte: Elaboração própria, com base em IBGE (2015).

Quando se consideram apenas aqueles cadastrados como pessoa jurídica, o número de estabelecimentos cai para 181 mil. Destes, a finalidade que predomina é a de consultórios, clínicas e policlínicas, seguidos por aqueles que realizam atividades de atenção primária à saúde, conforme o Gráfico 4. Além disso, pouco mais da metade dos estabelecimentos cadastrados como pessoas jurídicas tem algum vínculo com o SUS.

⁸ Consiste em registro administrativo de todos os estabelecimentos de saúde em atividade no Brasil.

Gráfico 4 | Número de estabelecimentos, por finalidade principal – 2015



Fonte: Elaboração própria, com base em dados de Brasil (2017?).

Nota: Categorias de finalidade elaboradas pelos autores.

Arranjos organizacionais

Na discussão entre o público e o privado na saúde, deve-se atentar para a diferença entre a origem dos recursos do tipo de arranjo que rege a organização responsável por prestar os serviços. Tais arranjos podem ser de natureza jurídica pública, privada ou mista, e prestar serviços exclusivamente para o SUS, exclusivamente com financiamento privado ou para ambos os sistemas. Do ponto de vista dos arranjos, predominam as entidades privadas, com cerca de 103 mil estabelecimentos, enquanto a administração pública em geral tem aproximadamente pouco menos de oitenta mil, conforme se observa na Tabela 3.

Tabela 3 | Número de estabelecimentos cadastrados como pessoa jurídica, por classe de natureza jurídica, dez. 2015

Agregação de natureza jurídica	Número de estabelecimentos
Entidades privadas com fins lucrativos	95.867
Administração pública direta	76.796
Entidades privadas sem fins lucrativos	6.922
Administração pública indireta	1.435
Terceiro setor ou administração pública autônoma	319
Total geral	181.339

Fonte: Brasil (2017).

Nota: Agregação de natureza jurídica elaborada pelos autores.

O SUS relaciona-se diretamente com os arranjos de direito público, além de poder adquirir serviços de provedores organizados em arranjos de direito privado sem fins lucrativos – considerado um sistema de saúde complementar. Em princípio, a constituição não veda que o SUS adquira serviços de provedores organizados em arranjos com finalidades lucrativas, embora haja explícita preferência aos arranjos sem finalidades lucrativas. Portanto, as organizações com fins lucrativos geralmente prestam serviços aos segurados por planos de saúde ou a pacientes que realizam o pagamento direto por serviços.

As características de cada arranjo organizacional para a prestação de serviços de saúde delimitam a gestão e, por sua vez, condicionam seu desempenho operacional (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008). Para efeitos didáticos, buscou-se, no Quadro 2, organizar uma visão simplificada dos arranjos organizacionais existentes no Brasil, distinguindo-os em quatro aspectos principais: mecanismos de contratação de pessoal, mecanismos de compras, estrutura de governança e a propriedade dos ativos.

La Forgia e Couttolenc (2008) classificam os arranjos organizacionais presentes na rede pública de hospitais brasileira em três categorias: administração pública direta, indireta e “autônoma”. A administração direta

é o arranjo predominante, compreendendo unidades administrativas de propriedade do poder público, geridas diretamente por uma das esferas de poder: federal, estadual ou municipal. São regidas pelo direito público e pelas regras de contratação e compras específicas do setor público, como as leis 8.122 (Estatuto do Servidor Público) e 8.666 (Lei de Licitações).

Já os arranjos classificados como administração indireta (autarquias e fundações públicas) têm *status* de “sem fins lucrativos” e foram criados pelo Decreto-lei 200, de 1967, sendo regidos pelo direito privado. A Constituição de 1988 e leis subsequentes, contudo, subordinaram esses arranjos à Lei de Licitação e ao regime de contratação de servidores públicos. Apesar disso, mantiveram autonomia orçamentária para direcionar financiamento de outras fontes (não fiscais), reter receitas não gastas e alterar alocação de recursos entre áreas administrativas.

Por fim, a “administração autônoma” compreende os serviços sociais autônomos, as empresas públicas, as fundações de apoio e as organizações sociais, e representam, com a administração indireta, um conjunto bem menor de estabelecimentos hospitalares. Nesse tipo de administração, os gestores têm autonomia completa para decisão sobre compra de insumos, contratação de mão de obra, estabelecimentos de incentivos salariais e gestão financeira e de processos internos.

O Quadro 2 apresenta as principais características em relação ao grau de autonomia decisória da gestão dos arranjos organizacionais existentes entre os hospitais públicos, seguindo a categorização dos autores citados com alguns ajustes e atualizações.

Os arranjos organizacionais de hospitais privados dividem-se entre entidades com e sem fins lucrativos. Segundo La Forgia e Couttolenc (2008), as entidades sem fins lucrativos podem ter três principais arranjos: as fundações privadas, as associações filantrópicas e as cooperativas de empregados.

Quadro 2 | Visão geral das características dos arranjos organizacionais de prestadores de serviços de saúde no Brasil

Classificação	Arranjo organizacional	Natureza jurídica	Autonomia sobre o uso dos recursos públicos
Administração direta	Unidades administrativas ligadas diretamente ao poder público	Direito público sem personalidade jurídica própria	Orçamento por item centralizado
Administração indireta	Autarquia	Direito público com personalidade jurídica própria	Orçamento descentralizado
	Fundações públicas	Direito público com personalidade jurídica própria	Orçamento descentralizado
	Empresas públicas	Direito privado; ente público é acionista majoritário ou único	São unidades com autonomia orçamentária
Administração “autônoma” ou terceiro setor	Serviços sociais autônomos	Pessoa jurídica de direito privado, ligadas ao poder executivo, criadas por legislação específica	Recursos fiscais e contribuição de segurados privados
	Fundações e associações privadas	Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos	Têm autonomia orçamentária e podem receber recursos adicionais pela venda de serviços aos planos de saúde e diretamente às famílias
	Organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip)	Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, com título concedido pelo Ministério da Justiça	Celebra termo de parceria para prestação de serviços com orçamento global
	Organizações sociais (OS)	Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos	Celebra contrato de gestão com metas de desempenho e recebem orçamento global

Contratação de pessoal	Compras de materiais e insumos	Gestão organizacional	Prestação de contas
Estatuto do Servidor Público	Lei de Licitações	Geridas diretamente por uma das esferas desse poder	Órgãos de controle da administração pública
Estatuto do Servidor Público	Lei de Licitações	Alta gestão escolhida pelo poder executivo; dirigentes podem ter mandato por tempo determinado	Órgãos de controle da administração pública
Estatuto do Servidor Público	Lei de Licitações	Alta gestão escolhida pelo poder executivo	Órgãos de controle da administração pública
Concurso público em regime CLT	Lei de Licitações com algumas flexibilidades	Alta gestão escolhida pelo poder executivo	Conselho de administração e órgãos de controle da administração pública
Livre-contratação	Regulamento próprio	Autonomia para definição da gestão interna	Estrutura definida na lei de criação e órgãos de controle da administração pública
Livre-contratação	Regulamento próprio	Autonomia para definição da gestão interna	Ministério Público
Livre-contratação	Regulamento próprio	Autonomia para definição da gestão interna	Ministério da Justiça
Livre-contratação	Regulamento próprio	Seus gestores prestam contas a uma estrutura de governança interna à própria organização	Estrutura de governança interna e poder público contratante

As fundações privadas e associações filantrópicas são mantidas por organizações voluntárias e de caridade privadas, que comumente atuam como prestadores de serviço na rede complementar do SUS, por meio dos conhecidos hospitais filantrópicos, como as santas casas. Esses hospitais têm uma gestão autônoma, com a governança definida conforme o estatuto de cada instituição.

Para fazer jus aos benefícios tributários, entidades filantrópicas na área de saúde precisam cumprir uma série de requisitos, destacando-se o percentual mínimo de atendimento de pacientes do SUS de 60% tanto ambulatorial quanto de internações, ter natureza jurídica sem finalidades lucrativas, dentre outros (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016). Mais recentemente, a exigência de atendimento de pacientes do SUS passou a poder ser substituída por ações no campo do apoio gerencial e capacitação profissional, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS⁹ (Proadi-SUS). Atualmente, apenas 6 hospitais possuem certificado de excelência e participam do programa,¹⁰ sendo um no Rio Grande do Sul (Hospital Moinhos de Vento) e os outros seis em São Paulo (Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Hospital do Coração, Hospital Israelita Albert Einstein, Beneficência Portuguesa, Hospital Samaritano e Hospital Sírio-Libanês).

As organizações sociais (OS) constituem uma modalidade de contratação de instituições sem fins lucrativos – geralmente associações ou fundações privadas – para gerir estruturas públicas por meio de orçamentos globais e contratos de desempenho. O modelo foi criado a partir da Lei 9.637/1998, no contexto de reforma do Estado. Esse arranjo

9 Instituído pela Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009.

10 O Hospital Samaritano, de São Paulo, tem em plano de ação ativo no âmbito do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) com vigência até 2017. Entretanto, seus ativos foram adquiridos pela United Health, uma organização norte-americana com fins lucrativos, em 2015, e ele não foi contabilizado (KOIKE, 2015).

organizacional não está submetido às leis de contratos do setor público, seus gestores prestam contas a uma estrutura de governança da própria organização, sendo cobrados por seus resultados pelo ente público contratante. Por outro lado, as OS são dependentes do governo para financiamento do investimento adicional,¹¹ pois não são proprietárias dos ativos (terreno, edificações, equipamentos). Já as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscip) têm características semelhantes, mas são supervisionadas pelo Ministério da Justiça, responsável pela concessão do qualificador.

A parceria público-privada (PPP) é um contrato de prestação de obras ou serviços firmado entre uma empresa privada e o governo federal, estadual ou municipal. Surgem como uma forma de viabilizar projetos principalmente de construção de ativos que teriam suas concessões inviabilizadas por não terem sustentabilidade financeira e, assim, exigirem participação de recursos públicos em seu financiamento. Conforme a Lei das PPPs (Lei 11.079/2004), há duas formas novas de contrato de concessão: a patrocinada e a administrativa. Enquanto a concessão patrocinada estabelece que a remuneração do privado se dê por meio de tarifa cobrada do usuário complementada com recursos públicos, a administrativa surge para atender aos empreendimentos os quais não suportam a cobrança de taxas aos utilizadores, sendo o setor público responsável pelo pagamento total da prestação dos serviços (modelos do SUS e do sistema prisional, por exemplo).

Na saúde, há cerca de quarenta projetos em diversas fases, que envolvem aproximadamente R\$ 17,9 bilhões contratados ao longo do período da concessão, conforme dados de 2016 (RADAR PPP, 2016). No geral, o parceiro privado se responsabiliza pela reforma/construção das unidades

11 Um arranjo similar apareceu na forma de organização de sociedade civil de interesse público (Oscip) estabelecido pela Lei 9.790/1999 sob regulação do Ministério da Justiça.

de saúde e por sua gestão. Do ponto de vista da gestão, o ente privado pode ser responsabilizado por administrar apenas os serviços de apoio, como limpeza, segurança, manutenção e afins (“bata cinza”) ou também responsabilizar-se pelas atividades finalísticas de atenção à saúde – a “bata branca” no jargão do segmento (VIEIRA, 2017).

Já as cooperativas de empregados, como a Unimed, são associações de profissionais que detêm ou gerem hospitais privados que geralmente atuam apenas na rede de saúde suplementar. Os membros do grupo gestor da organização são eleitos pela assembleia de membros da cooperativa.

Por fim, as entidades privadas com fins lucrativos atuam na rede suplementar de saúde, sendo, todavia, a forma mais frequente de arranjo organizacional no setor de hospitais brasileiro. A gestão das entidades privadas é voltada para a geração de lucros para seus acionistas, porém não se tem muita informação sobre as práticas adotadas nesses hospitais para proceder a uma comparação.

Desempenho, qualidade e acreditação

Há poucos estudos que relacionam os diferentes arranjos organizacionais ao desempenho dos prestadores de serviços. Recentemente, Ramos (2016) comparou os resultados de saúde de capitais brasileiras (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília) que adotaram o modelo de terceirização para a provisão de serviços de atenção primária a saúde com outras que mantiveram a atenção básica sob o modelo de direito público. Além de controlar para aspectos socioeconômicos e especificidades locais, a análise baseou-se em 19 indicadores de saúde, agrupados em cinco categorias: cobertura e acompanhamento, saúde da criança, saúde da gestante, saúde da mulher, outras condições de saúde sensíveis à atenção primária e saúde bucal. Segundo o autor, as cinco capitais identificadas com experiência prévia ou atual em terceirização por meio

de organizações sociais em saúde ou fundação estatal de direito privado não obtiveram desempenho relativo superior às demais capitais que se mantiveram no modelo de administração pública direta (RAMOS, 2016).

Em trabalho voltado para organizações hospitalares, La Forgia e Couttolenc (2008) obtiveram resultados bastante diferentes. Os autores identificam um padrão pluralista de arranjos financeiros, de propriedade e de modelo organizacional no setor público e no setor privado hospitalar. Evidenciam que os hospitais brasileiros são altamente estratificados e desiguais em eficiência. O estudo baseou-se em indicadores de produção hospitalar, como número de atendimentos, tendo em vista a dificuldade de se relacionar mais diretamente os resultados de saúde (efetividade) à presença dos hospitais. Os autores, entretanto, indicam que os hospitais com melhor desempenho são aqueles cujo arranjo organizacional lhes confere maior autonomia relativa (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

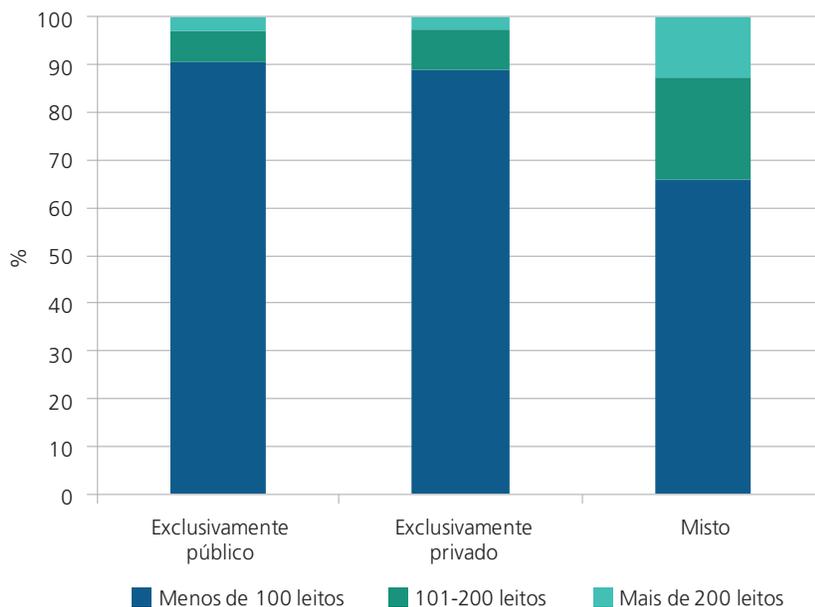
Outro fator que contribui para explicar o baixo desempenho geral das atividades hospitalares brasileiras relaciona-se a seu porte. Na atividade hospitalar verificam-se economias de escala, principalmente em função de seu elevado grau de especialização e intensividade tecnológica: quanto mais atendimentos uma unidade realiza, maior a probabilidade de se obterem resultados clínicos favoráveis. Posnett (2002) empreende uma revisão da literatura sobre porte hospitalar, concluindo que a maioria dos estudos indica um tamanho ótimo na faixa de 100-200 leitos. Ressalta-se que os estudos empíricos levantados pelo autor referem-se ao Reino Unido e aos EUA. Reconhece-se, ainda, que a definição de um tamanho mínimo para a unidade hospitalar não é resultado apenas de relações técnicas, envolvendo juízos quanto aos recursos necessários para a obtenção dos resultados desejados.

Por outro lado, há que se considerar que as dimensões continentais do território brasileiro constituem um desafio para a distribuição de

unidades hospitalares de grande porte – além da escala eficiente mínima, em regiões de baixa densidade populacional ou em que haja vazios assistenciais, pode fazer sentido social a manutenção de tais unidades.

Mesmo assim, observa-se uma média geral de 46 leitos por estabelecimento hospitalar no Brasil, que pode ser considerada baixa. Conforme se verifica no Gráfico 5, há uma grande concentração de hospitais de pequeno porte (até cinquenta leitos), tanto no setor público quanto na rede exclusivamente privada. As unidades mistas, que atendem tanto ao SUS quanto a pacientes de planos de saúde, tendem a ser de porte maior, com pouco mais de um terço superando a marca de cem leitos.

Gráfico 5 | Número de estabelecimentos hospitalares, por faixas de números de leitos – dez. 2015



Fonte: Elaboração própria, com base em Brasil (2017?).

No ambiente hospitalar, outro fator que pode contribuir para o aprimoramento da gestão e da qualidade é a acreditação por instituições terceiras independentes. Atualmente menos de 5% dos hospitais no Brasil possuem algum certificado de acreditação, sendo o da Organização Nacional de Acreditação (ONA) a mais frequente. Dentre as principais barreiras à expansão do número de hospitais acreditados no Brasil, destacam-se o custo do processo e a necessidade de mudanças na cultura de gestão das organizações (CESS, 2012; COLLUCCI, 2015).

Há duas iniciativas principais para prover informações sobre qualidade do serviço de saúde prestado. No setor público, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), enquanto a Agência Nacional de Saúde (ANS) tem ampliado o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Lançado em 2012, o IDSUS busca avaliar o desempenho do sistema separando os níveis de atenção (básica, ambulatorial, hospitalar geral e hospitalar especializada). É composto por 24 indicadores, sendo 14 relativos ao acesso à saúde e dez à efetividade do sistema. Para cada ente federado, são estabelecidos objetivos com possibilidades de alterações no futuro à medida que tais metas forem atingidas. A nota atribuída aos entes da Federação é uma proporção entre o resultado obtido e tal parâmetro, resultando em um quociente que varia entre zero e dez. Dessa forma, mede-se a distância entre a situação atual e a desejada.

O índice tem por objetivo avaliar localmente o desempenho do SUS quanto à universalidade do acesso; integralidade; igualdade; resolubilidade e equidade da atenção; descentralização com comando único por esfera de gestão; responsabilidade tripartite; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Adicionalmente, pretende avaliar, em todos os níveis de atenção/complexidade, a rede de atenção à saúde

quanto ao acesso (cobertura populacional da atenção básica estimada pelas equipes básicas de saúde e a proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes, por exemplo) e resultados das ações e serviços de saúde (proporção de parto normal, proporção de cura de casos novos de hanseníase etc.) e identificar deficiências do SUS. Dessa forma, foi desenhado para funcionar como referência para a construção de pactos entre gestores do SUS.¹²

Por outro lado, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar avalia anualmente o desempenho das operadoras de planos de saúde por meio do IDSS, que é divulgado no próprio *site* da ANS. O índice funciona como uma “nota” das operadoras de planos de saúde e serve para auxiliar os consumidores na escolha desses planos, que podem ver inclusive a evolução de seu valor ao longo do tempo. O indicador é composto por quatro dimensões: qualidade em atenção à saúde, garantia de acesso, sustentabilidade no mercado e gestão de processos e regulação (ANS, 2016).¹³

O aprofundamento dos mecanismos de medição de resultados de saúde e qualidade constituem um pré-requisito para a utilização de mecanismos de pagamento vinculados ao desempenho, possibilitando a substituição gradativa dos pagamentos por serviços. Além disso, seria importante que mais estudos buscassem estabelecer conexões entre os arranjos organizacionais e os resultados de saúde.

12 Para mais detalhes, ver <<http://idsus.saude.gov.br/apresentacao.html>>.

13 Na dimensão de qualidade, são analisados indicadores como: proporção de parto cesáreo; taxa de internação por fratura de fêmur em idosos; número de consultas médicas ambulatoriais selecionadas por beneficiário com sessenta anos ou mais; programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, entre outros.

Desafios do sistema de saúde brasileiro

Depois de praticamente trinta anos da Constituição de 1988, com a criação do SUS, muitos desafios daquela época permanecem, principalmente pela dimensão e a complexidade da mudança de paradigma proposto pela reforma sanitária brasileira. Nesta seção, sistematizam-se três desafios selecionados, que parecem condicionar o desenvolvimento futuro do sistema de saúde brasileiro. Primeiro, apresentam-se as questões relativas ao financiamento à saúde, detalhando-se as mais específicas, como os planos de saúde, o gasto tributário com saúde privada e a judicialização da saúde. Em seguida, expõem-se alguns desafios de expansão no território e da atenção primária à saúde.

Financiamento

Para compreender as perspectivas do financiamento à saúde no Brasil, é necessário resgatar seu histórico desde a Constituição de 1988, que pode ser dividido em três fases: a inicial, de convívio com a hiperinflação (1988-1993); a segunda fase, com a modificação de seu arcabouço de financiamento (1994-1999); e uma terceira fase, a partir de uma nova forma de vinculação de receitas (2000-2016).

Conforme já abordado, o SUS foi criado na Constituição Federal de 1988 dentro do conceito de seguridade social. Para honrar o cumprimento de seus objetivos, a seguridade social contava com orçamento próprio composto pelas contribuições¹⁴ tributárias sobre salários, lucro líquido

¹⁴ No direito tributário, uma contribuição é uma espécie de tributo que se vincula, do ponto de vista do orçamento público, a uma destinação específica (MACHADO, 2007).

e faturamento das empresas, investimentos sociais e outras fontes complementares. Entretanto, a convivência entre previdência, assistência social e saúde, como componentes da seguridade social, foi marcada por conflitos, sendo que a parte da previdência em geral prevaleceu sobre os demais (MEDICI, 2011; PIOLA *et al.*, 2013).

O contexto macroeconômico de hiperinflação dificultava a determinação prévia de mecanismos de repasse da União a estados e municípios. Dessa forma, na primeira fase do SUS (1988-1993), manteve-se o mecanismo de pós-pagamento por serviço prestado, vigente no Inamps, com o objetivo de simplificar o monitoramento da aplicação dos recursos. A extensão da lógica do pós-pagamento aos entes públicos os tornou, de certa forma, prestadores privados de saúde, sem incentivos para elaborar estratégias de saúde coletiva. Como os repasses federais estavam condicionados à prestação de serviços, governos locais passaram a exacerbar os investimentos em atividades de maior complexidade, cuja remuneração é maior, em detrimento das ações coletivas e de assistência básica. Um segundo efeito deletério foi a supressão do papel dos estados como coordenadores da oferta de serviços, já que as prefeituras recebiam diretamente da União o pagamento por serviços realizados (MEDICI, 2011).

A partir de 1994 inicia-se a segunda fase do SUS (MEDICI, 2011). Com a estabilização da moeda, são implementados dois mecanismos de gestão dos recursos, com a regulamentação das transferências “fundo a fundo” e do Piso de Atenção Básica (PAB). Com a gestão a partir dos fundos específicos para saúde (Fundo Nacional de Saúde – FNS e dos fundos estaduais e municipais de saúde), os recursos desse setor deixaram de transitar pelo caixa geral dos entes subnacionais, acelerando o recebimento dos recursos por parte dos gestores de saúde locais e simplificando a prestação de contas.

Já o PAB representa uma primeira tentativa de se reduzir o uso dos mecanismos de pós-pagamento vinculado a serviços (*pay for service*), dividindo-se em dois componentes. O PAB fixo corresponde a um valor repassado pela União às entidades subnacionais baseado na população da localidade (valor *per capita*). Ao PAB fixo é acrescentado o PAB variável, vinculado à adesão a iniciativas e políticas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde (MEDICI, 2011).

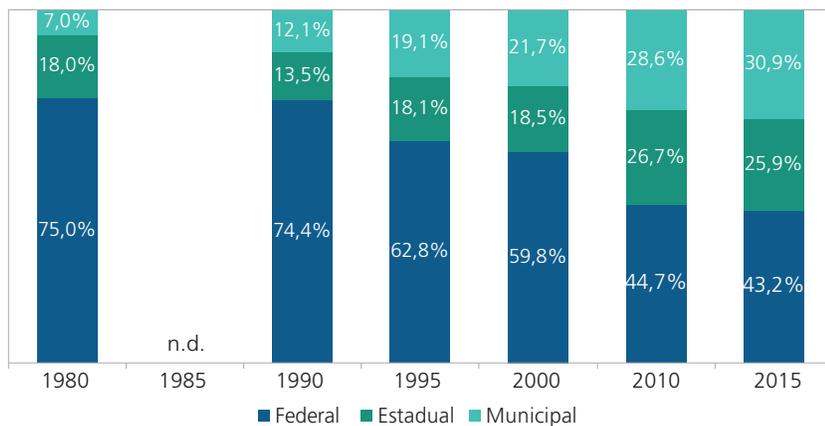
Por outro lado, a proposta original de o financiamento público à saúde ser proveniente de contribuições tributárias vinculadas foi alterada com o Plano Real. Um de seus mecanismos foi a constituição do Fundo Social de Emergência (FSE),¹⁵ que redirecionou os recursos da seguridade social para a composição da contração fiscal. Inicialmente temporário, o mecanismo segue vigente sob o nome de Desvinculação das Receitas da União (DRU). Houve também expressiva ampliação da arrecadação federal, principalmente a partir de 1996, com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira¹⁶ (CPMF). Extinta em 2007, a contribuição respondeu por cerca de um terço do orçamento do Ministério da Saúde ao longo dos dez anos de vigência dessa contribuição (PIOLA *et al.*, 2013).

A terceira fase do financiamento do SUS diz respeito à busca pela continuidade da trajetória de ampliação das responsabilidades das unidades subnacionais e pelo resgate de uma fonte tributária estável, que fora modificada pela prorrogação indefinida da DRU. Seu principal marco foi a Emenda Constitucional 29/2000, que estabeleceu percentuais mínimos da receita tributária para a despesa com saúde para estados (12%) e municípios (15%). Já a União teria que desembolsar com saúde o mesmo valor do ano anterior mais 5%, no mínimo (PIOLA *et al.*, 2013).

15 Emenda Constitucional de Revisão 1 de 1º de março de 1994.

16 Criada por meio da Emenda à Constituição – EC 12, de 15 de agosto de 1996, e pela Lei 9.311, de 24 de outubro de 1996.

Gráfico 6 | Participação de cada esfera de governo no financiamento público da saúde



Fonte: Elaboração própria, com base em Marques, Piola e Carrillo-Roa (2016).

Nota: Dados relativos a 1985 não disponíveis.

Conforme se observa no Gráfico 6, com a EC 29/2000 ampliou-se significativamente a participação das entidades subnacionais no financiamento do SUS. Entretanto, sua aplicação ao longo do período foi marcada por controvérsias. A emenda cunhou a expressão “ações e serviços públicos de saúde” (ASPS), mas não especificou o que deveria ser incluído nesse conceito. Muitos gestores subnacionais passaram a se utilizar da indefinição do conceito para incluir diversos tipos de despesas e assim cumprir a exigência constitucional – os investimentos em saneamento básico, por exemplo, foram com frequência incluídos nas ASPS (PIOLA *et al.*, 2013).

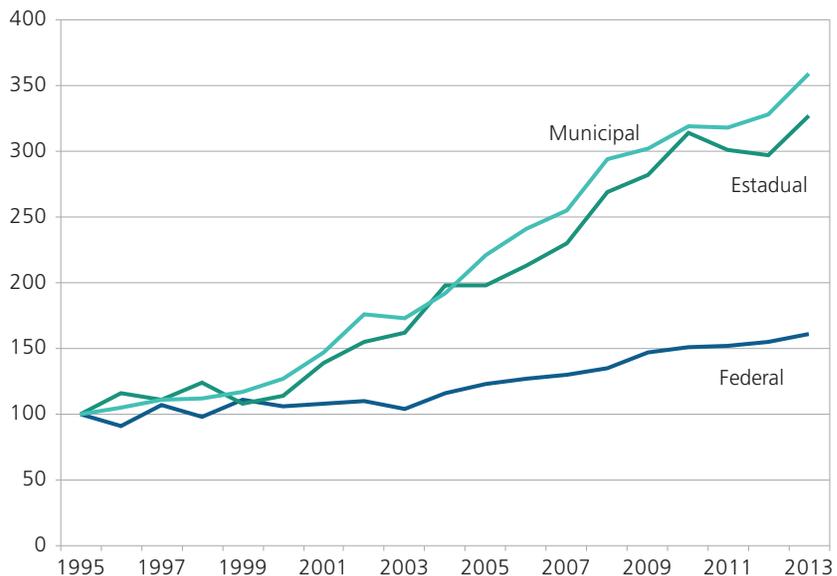
Com o objetivo de esclarecer o conceito, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) editou a Resolução 322/2003, especificando que o conceito deveria ser entendido de forma restrita.¹⁷ Entretanto, por não ter força de lei,

¹⁷ Conforme o inciso III da quinta diretriz da Resolução CNS 322/2003, as ASPS “sejam [as despesas] de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde”.

essa resolução não foi aceita por diversos gestores públicos. Entre 2004 e 2008, estima-se que R\$ 16 bilhões tenham deixado de ser aplicados em saúde pelas unidades subnacionais por causa dessa controvérsia. Essa situação foi solucionada mais de uma década depois, com a publicação da Lei Complementar 141/2012 que incorporou o texto da Resolução CNS 322/2003, no inciso III do art. 2º (PIOLA *et al.*, 2013).

Ao longo da vigência da EC 29/2000, observou-se queda da participação federal no custeio da saúde, já que a União não tinha um piso vinculado a suas receitas. A despeito da queda de sua participação relativa, houve crescimento real das despesas federais com saúde, conforme o Gráfico 7, ainda que inferior ao das demais esferas de governo.

Gráfico 7 | Evolução do gasto real de cada esfera de governo em saúde, 1995 = 100



Fonte: Estimativas dos autores a partir de Marques, Piola e Carrillo-Roa (2016) e The World Bank (2017).

Nota: Multiplicou-se o valor do gasto público em saúde em dólares constantes pela participação de cada esfera de governo.

Em 2015, foi criada nova regra para as despesas da União, por meio da EC 86/2015, vinculando 13,2% da receita corrente líquida em ações de saúde a partir de 2016 – percentual que atingiria 15% em cinco anos. Antes mesmo de completar a regra de transição prevista na EC 86/2015, a regra fiscal foi mais uma vez alterada, dessa vez pelo “novo regime fiscal” instituído pela EC 95/2016. Pela nova regra, a despesa total da União no ano seguinte seria corrigida no máximo pela inflação passada (IPCA). Portanto, o “novo regime fiscal” não impõe um limite superior para as despesas com saúde, mas sim um limite global para toda a despesa primária da União. Caso se julgue necessário, a Lei Orçamentária poderá ampliar os recursos para saúde, desde que sejam reduzidas as despesas em outras rubricas (MENDES, 2016).

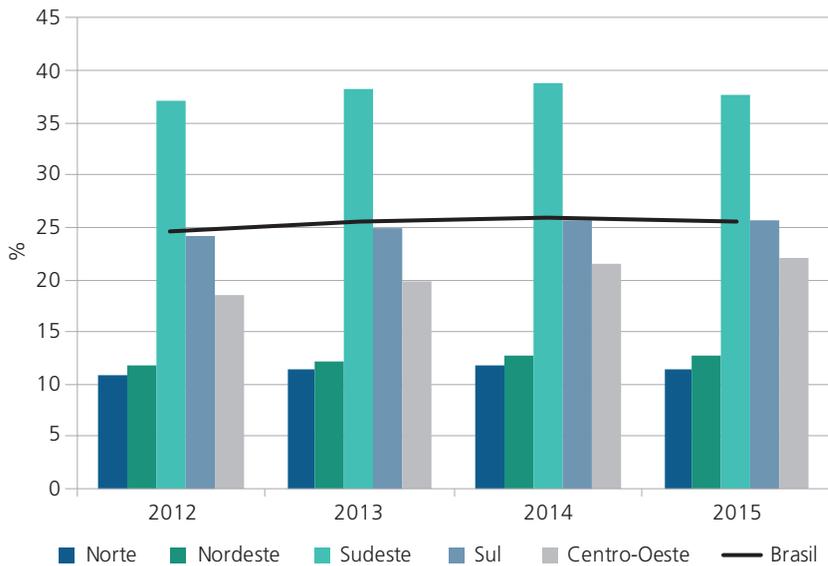
Por outro lado, a partir de 2018, o valor mínimo (piso) para financiamento à saúde pela União deixará de vincular-se às receitas, sendo corrigido pela variação do IPCA. Em um cenário de crescimento econômico, a despesa total da União tende a cair como proporção do PIB. Nesse contexto, sob a hipótese de que as aplicações em saúde se restrinjam ao piso, a participação relativa dos gastos da União com saúde pública tende também a cair, tanto como proporção do PIB quanto *per capita*, seguindo na contramão das recomendações internacionais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Universalidade e seguros privados de saúde

O papel dos prestadores privados e dos planos de saúde é um dos aspectos ambíguos do texto constitucional brasileiro: ao mesmo tempo que a saúde privada teria um papel complementar ao SUS, é resguardada a livre-iniciativa para a saúde suplementar.

Os indivíduos que contratam um seguro privado¹⁸ de saúde no Brasil não são dispensados de contribuir para o sistema público e continuam com o direito de acessá-los. A cobertura dos planos de saúde acaba, portanto, por duplicar a oferta, oferecendo os mesmos serviços que o setor público. Como forma de concorrência, os serviços privados que atendem aos segurados buscam oferecer diferenciais, como acesso privilegiado, velocidade no atendimento e maior liberdade na escolha dos prestadores de serviços. Além disso, os planos de saúde podem suplementar a oferta pública, oferecendo medicamentos não incorporados, serviços de hotelaria em internações, entre outros (BAHIA, 2009; LEAL, 2014)

Gráfico 8 | Percentual da população com plano de saúde privado de assistência médico-hospitalar, Brasil e regiões – 2012-2015



Fonte: ANS (2017).

18 Seguindo Leal (2014), serão utilizados de forma indistinta os termos planos de saúde e seguros privados de saúde.

Conforme se observa no Gráfico 8, um quarto da população brasileira, cerca de 50 milhões de pessoas, recebe dupla cobertura: além de ser atendido no SUS em casos, por exemplo, de acidentes de trânsito, vacinação e em cirurgias de transplante de órgãos, utiliza assistência médica, exames e outros serviços, também disponíveis no SUS, por intermédio dos planos de saúde. Em 2016, foram prestados pelo SUS 557 mil atendimentos para beneficiários de planos de saúde, no valor notificado de R\$ 894 milhões (ANS, 2017).

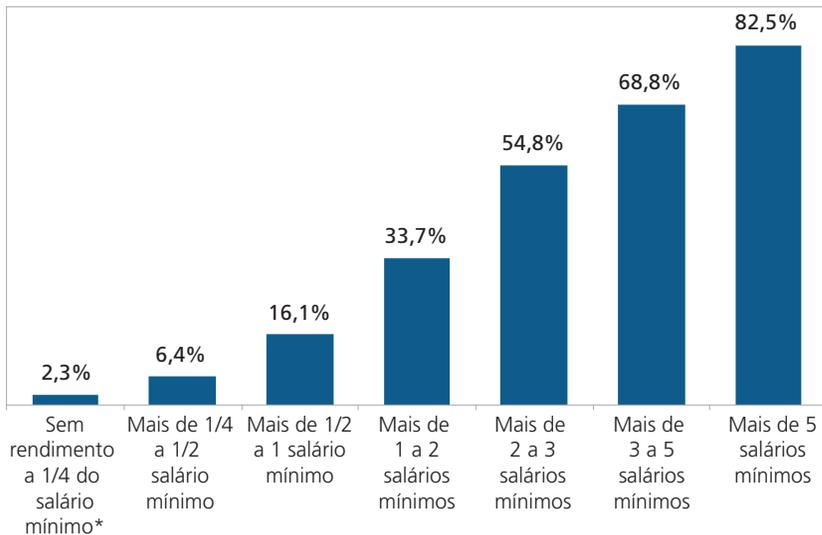
A fim de mitigar a duplicação da oferta de serviços de saúde, no artigo 32 da Lei 9.656/1998, estabeleceu-se que os planos de saúde deveriam ressarcir financeiramente o SUS caso pacientes por eles cobertos utilizem serviços do sistema público previstos no contrato privado. A fiscalização do ressarcimento seria uma das atribuições da ANS. Há forte controvérsia jurídica em torno desse tema, tendo em vista interpretações divergentes do princípio da universalidade. Segundo o último relatório da agência (ANS, 2017), entre 2000 e 2016, mais de R\$ 6 bilhões em atendimentos foram identificados, sendo que dois terços desse valor tiveram deferidos pleitos judiciais das operadoras, inviabilizando o ressarcimento ao SUS.

Na prática os planos de saúde atuam principalmente nas regiões com maior renda e densidade populacional do Brasil (Sudeste e Sul), conforme se observa no Gráfico 8. Além disso, a cobertura por planos de saúde é diretamente proporcional à renda, contribuindo para aprofundar as diferenças socioeconômicas e regionais do país, conforme se observa no Gráfico 9.

O papel duplicado e suplementar atribuído aos seguros de saúde privados não é exclusividade do Brasil, sendo observado também na Espanha, em Portugal, no Reino Unido e na Itália – países cujo sistema

de saúde é majoritariamente público. Há na experiência internacional modelos alternativos. Por exemplo, no Chile, as pessoas que aderem a seguros de saúde privados não são mais elegíveis ao sistema público de saúde. Já em países como EUA e Colômbia, o sistema público é segmentado, atendendo a grupos específicos da população (pobres, idosos, trabalhadores formais), tornando o seguro privado a única forma de acessar serviços de saúde de grande parte da população. No Brasil, a segmentação da oferta pública contrariaria a própria concepção de universalidade do sistema de saúde, conforme já discutido. Nesse sentido, a relação entre o público e o privado passa por uma ampla agenda regulatória (LEAL, 2014).

Gráfico 9 | Percentual de pessoas, na população residente, com cobertura de plano de saúde, segundo as classes de rendimento mensal domiciliar *per capita* – Brasil, 2008



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008.

* Inclusive as pessoas que moram em unidades domiciliares cujos componentes recebiam somente em benefício.

Gasto tributário com saúde privada

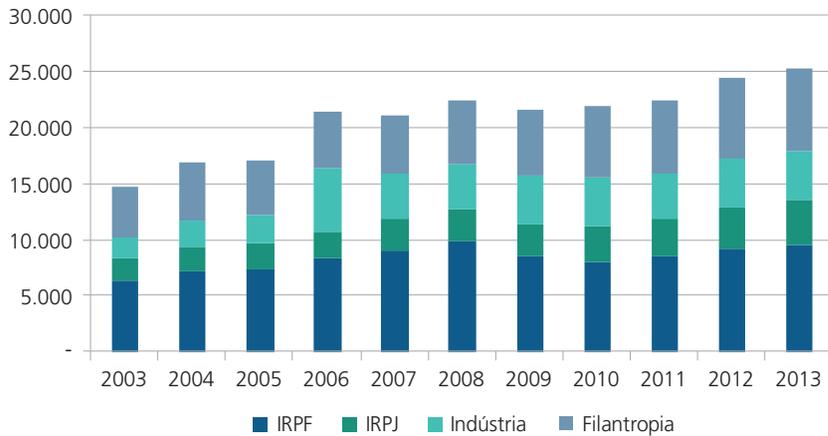
Além dos desafios de ampliação dos recursos para o financiamento público da saúde, há em vigor no Brasil um conjunto amplo de renúncias fiscais para a saúde privada. Ao deixar de arrecadar parte dos tributos, o setor público efetua um pagamento implícito com o objetivo de incentivar comportamentos na iniciativa privada. Os preços cobrados pelos seguros privados ou pelos prestadores de serviços diretamente às famílias são orientados pela tabela da Associação Médica Brasileira (AMB), em geral superiores à tabela do SUS. Portanto, de forma indireta, a renúncia fiscal significa o pagamento por um valor acima daquele normalmente pago pelo setor público pelos serviços de saúde

Estima-se que o gasto indireto com incentivos fiscais para a saúde privada seja da ordem de R\$ 25 bilhões em 2013, cifra que apresentou crescimento real médio de 6% a.a. desde 2003, passando de 0,42% do PIB para 0,49% do PIB. Ao longo de todo o período 2003-2013, o gasto tributário com saúde privada corresponde em média a 30% do orçamento do Ministério da Saúde (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016).

As renúncias fiscais na saúde dividem-se em quatro modalidades. Na primeira, as pessoas físicas podem abater da base de cálculo do Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) suas despesas com prestadores privados de saúde, sem qualquer limitação. Já as pessoas jurídicas tributadas pelo lucro real podem abater as despesas com saúde privada de seus funcionários da base de cálculo de diversos impostos, como Imposto de Renda sobre a Pessoa Jurídica (IRPJ) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), além de que as despesas com saúde de seus funcionários constituem benefícios de natureza não salarial sobre os quais não incidem contribuições previdenciárias. A terceira modalidade de renúncia diz respeito a desoneração instituída

para incentivar a indústria farmacêutica brasileira. Por fim, os prestadores de serviços privados sem fins lucrativos têm imunidade tributária, não recolhendo impostos sobre eventual superávit, tampouco contribuindo para a previdência social de seus empregados (BAHIA, 2009; OCKÉ-REIS; GAMA, 2016).

Gráfico 10 | Gastos tributários de incentivo à saúde privada (R\$ milhões)



Fonte: Elaboração própria, com base em Ocké-Reis e Gama (2016).

Conforme se observa no Gráfico 10, a principal destinação do gasto tributário como incentivo à saúde privada diz respeito aos incentivos às pessoas físicas por meio do IRPF. Apesar da discussão geral sobre a dualidade do sistema de saúde brasileiro, esse tipo de incentivo acaba sendo majoritariamente aproveitado pelas classes de maior renda, uma vez que só declaram Imposto de Renda aqueles cuja renda anual é superior a R\$ 25 mil, ou seja, menos de 15% da população brasileira é elegível ao benefício (MARTELLO, 2014). Além disso, entre os que declaram Imposto de Renda, 76% da renúncia fiscal ocorre na faixa máxima de alíquota do IRPF, que envolve pessoas com rendimento anual superior

a R\$ 49 mil anuais. A principal despesa financiada com recursos de renúncia fiscal é o pagamento de planos de saúde, que correspondeu a dois terços das despesas abatidas em 2012 (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016).

Nesse ponto, Andrade e Noronha (2011) propõem uma alteração na elegibilidade do benefício de incentivo fiscal como forma de mitigar a iniquidade: se em determinado ano o contribuinte utilizasse algum serviço do SUS, ele ficaria inelegível ao abatimento do Imposto de Renda. Entretanto, como ressalta a autora, esse mecanismo envolveria elevada complexidade de implementação e fiscalização, além dificultar a especificação de que serviços do SUS seriam considerados, tendo em vista que as ações coletivas de saúde geram externalidades difusas que beneficiam a todos.

O segundo maior gasto tributário diz respeito à manutenção do sistema filantrópico de provedores de serviços de saúde. Nesse caso, a principal justificativa seria o retorno social gerado por essas entidades, que em muitos municípios representam a única opção para atendimento hospitalar (DOM STRATEGIC PARTNERS, 2016; MATOS, 2017). A existência de um benefício tributário constitui um incentivo a esse tipo de organização – entretanto, não é possível afirmar se a gestão filantrópica apresenta resultados superiores a outros arranjos organizacionais. Além disso, o sistema filantrópico tem uma história própria, que remonta às origens do sistema de saúde brasileiro, conforme já discutido.

Já no caso dos incentivos vinculados a empresas, dois aspectos devem ser enfatizados. Primeiro, são elegíveis ao incentivo apenas as empresas enquadradas no regime de lucro real, ou seja, de grande porte, cuja receita bruta supera R\$ 48 milhões por ano. Segundo dados da Receita Federal, apenas 3% das empresas brasileiras são tributadas por esse regime (CARVALHO, 2014). Em segundo lugar, o incentivo tributário contribui para a manutenção da lógica de seguro associado ao emprego formal, herança de períodos anteriores à formação do SUS.

Já os incentivos tributários à indústria farmacêutica dizem respeito principalmente à alíquota zero do Programa de Integração Social (PIS) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para medicamentos e seus insumos (OCKÉ-REIS; GAMA, 2016). O principal argumento em favor desse tipo de isenção seria se ela fosse integralmente repassada aos compradores de medicamentos, tanto os institucionais quanto as próprias famílias. Entretanto, a questão de precificação de medicamentos é complexa, escapando ao escopo do presente trabalho.

Judicialização

Além da indefinição da relação público-privado, os princípios constitucionais criaram um conjunto elevado de expectativas para o Estado brasileiro. Nesse contexto, a ausência da oferta de um serviço de saúde ou do custeio de um medicamento constituiria uma omissão a um comando constitucional, o que acaba sendo objeto de ações judiciais dos cidadãos contra o Estado. Segundo levantamento de Interfarma (2016), que analisou individualmente mais de 15 mil demandas judiciais em quatro unidades da Federação (Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo) em 2015, há grande tendência dos juízes de concederem ganho de causa aos pacientes: na amostra analisada, 87% das decisões foram favoráveis aos reclamantes em caráter liminar.

Os pacientes reivindicam desde produtos em falta em hospitais públicos, terapias não incorporadas ao SUS em função de seu elevado custo e até medicamentos experimentais, que ainda não tiveram sua eficácia e segurança demonstrada por ensaios clínicos. São demandados e concedidos em âmbito judicial inclusive produtos que tiveram parecer negativo para incorporação na rotina do SUS em razão de seus benefícios para a saúde não terem sido demonstrados (INTERFARMA, 2016).

Do ponto de vista da gestão do sistema público de saúde, a judicialização gera três problemas correlacionados. Em primeiro lugar, modifica o curso do processo decisório de alocação de recursos no SUS, transferindo-os para demandas individualizadas. Quando o Poder Judiciário determina a entrega imediata de medicamentos, frequentemente recursos dos pacientes regulares do SUS são deslocados para atender ao litigante – promovendo a individualização de problemas de saúde, coletivos por natureza (BARROSO, 2009).

Somente em âmbito federal, a rubrica de judicialização da saúde somou R\$ 3,9 bilhões entre 2010 e 2015 e, até agosto de 2016, os gastos já totalizavam R\$ 730,6 milhões (AÇÕES..., 2016). Isso representa quase 10% do orçamento federal de assistência farmacêutica no período em consideração. A situação dos entes subnacionais é ainda mais complicada. Apesar da dificuldade de obter dados consolidados, o caso do estado de São Paulo é emblemático: desembolsou R\$ 1 bilhão para cumprir ordens judiciais no ano de 2015, quase o dobro de seu orçamento para o custeio de medicamentos para toda a população, da ordem de R\$ 600 milhões.

Outro problema diz respeito à complexidade de planejamento e gestão da saúde. Para cumprir uma decisão judicial isolada, a aquisição do produto ou serviço é também feita de forma isolada para um único paciente, reduzindo o poder de barganha da administração pública e limitando a concorrência entre fornecedores. Estima-se que os preços pagos para o cumprimento de ordens judiciais superam em 330% aos realizados em aquisições planejadas (BARROSO, 2009; PROTEC, 2016).

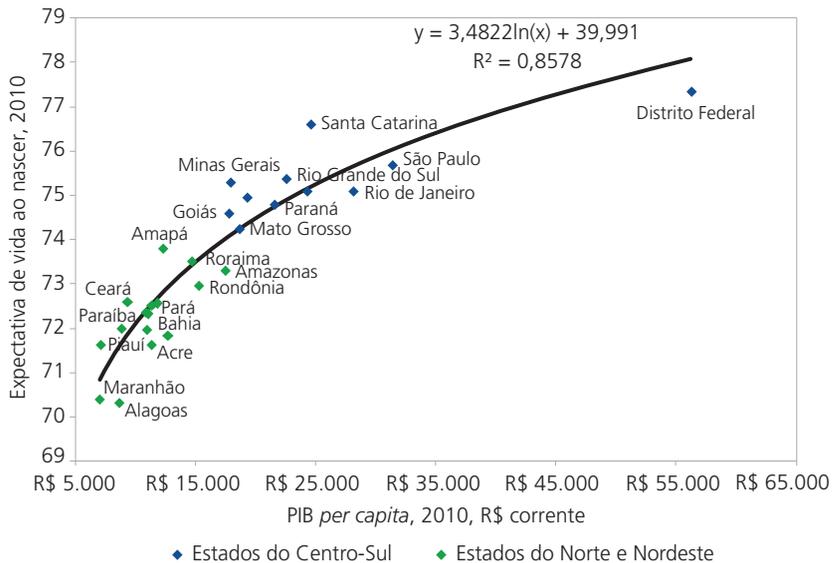
Uma terceira crítica diz respeito ao acesso desigual da população à Justiça. Aqueles com condições financeiras de contratar advogados e arcar com os custos do processo judicial acabam sendo beneficiados, enquanto as camadas mais pobres da população permanecem desassistidas. É digno de nota que, de acordo com dados disponíveis, a maioria dos

litigantes são também beneficiários de seguros de saúde, não dependendo exclusivamente do SUS (INTERFARMA, 2016; BARROSO, 2009).

Regionalização e descentralização

O Brasil é um país com elevadas disparidades regionais, principalmente relacionadas ao nível de renda: o Distrito Federal, ponto fora da curva, possui renda *per capita* quase seis vezes maior que a da maioria dos estados da região Nordeste. Conforme se observa no Gráfico 11, há uma diferença de sete anos (10%) entre o melhor e o pior resultado da expectativa de vida medida no nível de estado da Federação. Nota-se, ainda, uma clara clivagem regional – os estados localizados no centro-sul apresentam maior renda *per capita* e maior expectativa de vida, ao passo que os estados das regiões Norte e Nordeste apresentam os piores resultados nesses quesitos.

Gráfico 11 | Correlação entre renda *per capita* e expectativa de vida, estados brasileiros – 2010



Fonte: Elaboração própria, com base em IBGE (2017) e Atlas Brasil (2017).

No pacto federativo brasileiro, estabeleceu-se grande relevância para as entidades subnacionais, principalmente aos municípios para a gestão da saúde. Entretanto, as grandes responsabilidades não se refletem em arrecadação: mais de 90% dos municípios brasileiros dependem de transferências da União e dos estados para custear suas atividades básicas, tendo gerado em 2015 menos de 30% de suas próprias receitas (FIRJAN, 2016). Uma das questões centrais do federalismo brasileiro é como lidar com um alto número de municípios pequenos, com baixa capacidade gerencial e sem escala para prover serviços públicos, principalmente os mais intensivos em investimentos fixos, como os serviços especializados de saúde (PIOLA *et al.*, 2009).

Para implantar a diretriz constitucional de descentralização dos serviços de saúde, acrescenta-se uma dificuldade adicional em lidar com realidades distintas em relação às diferentes necessidades sanitárias e epidemiológicas e às disparidades entre a capacidade instalada para a oferta de serviços de saúde dos entes subnacionais (PIOLA *et al.*, 2009).

Uma forma para superar essas dificuldades é a formação de consórcios intermunicipais de saúde, que são associações “entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações”. O consórcio é um instrumento de estímulo ao planejamento local e regional à saúde, que possibilita a viabilização financeira de investimentos e contribui para a implantação de um sistema de saúde mais eficiente (BRASIL, 1997).¹⁹

Atualmente, segundo dados de 2015, 48% dos municípios brasileiros participam de consórcios intermunicipais de saúde. Estes são mais presentes nos municípios das regiões Sul e Sudeste, e são mais escassos

¹⁹ A figura dos consórcios já existia antes da Constituição de 1988, mas a partir dela passou a ser mais frequente. Atualmente os consórcios públicos são regidos pela Lei 11.107/2005 e pelo Decreto 6.017/2007.

nas regiões Norte e Nordeste, em que apenas 11% e 22% dos municípios, respectivamente, participam de consórcios municipais (PEREIRA; MOREIRA, 2016).

Há estudos que apontam que a participação dos municípios em consórcios contribui para a melhora de indicadores de atenção básica em saúde. No entanto, verifica-se a existência de alguns entraves à implantação desse arranjo, como o fato de interesses político-partidários dificultarem a coordenação microrregional e a possibilidade de um município não cumprir sua obrigação e assumir uma posição de “carona” (PEREIRA; MOREIRA, 2016; PIOLA *et al.*, 2009).

Outra dificuldade encontrada para a implantação das diretrizes de descentralização e regionalização é a articulação entre diferentes entes federativos tanto para o planejamento como para a execução de políticas de saúde. Nesse contexto, alguns atores tiveram atuação importante, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), que reúne os secretários estaduais de saúde. Nos anos 1990, foram criadas duas importantes instituições que promoveram maior articulação entre as diferentes esferas de governo: a Comissão Intergestores Bipartite (CIB),²⁰ que assegura a participação dos gestores municipais nas decisões sobre a política de saúde no âmbito estadual; e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que é formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conass e por representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conasems, e promove maior participação dos estados e municípios na formulação de políticas de saúde no âmbito nacional (LIMA, 2013).

20 Os critérios para seleção de representação dos secretários municipais na CIB variam muito de estado para estado.

Não obstante o aumento de cobertura de serviços e recursos públicos provenientes de órgãos subnacionais, a descentralização ainda não foi capaz de resolver problemas relacionados à fragmentação dos serviços de saúde (LIMA, 2013).

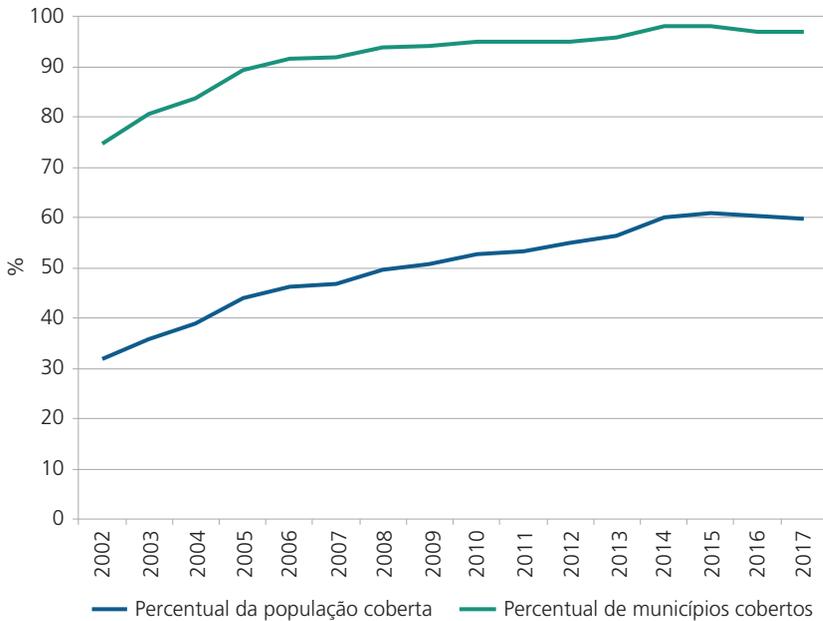
Expansão da atenção primária à saúde

O modelo de atenção à saúde baseado em redes, centradas na atenção primária, ainda encontra dificuldade para implantação. A principal “porta de entrada” para os serviços de saúde ainda são os hospitais, sejam estes públicos ou privados, por meio dos serviços de urgência e emergência e dos ambulatorios. Desse modo, a atenção à saúde é muito focada na doença, sendo mais reativa e episódica do que o desejável. Esse quadro se agrava em um contexto de envelhecimento populacional, em que há um aumento relativo de incidência das doenças crônicas, que demandam uma atenção à saúde mais integrada, com ênfase no acompanhamento e prevenção. Também há uma dificuldade de comunicação entre a atenção primária e a atenção de média e alta complexidade, por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência e sistemas de regulação, e mesmo entre essas duas últimas (CECILIO, 1997; CONASS, 2015).

Apesar de o modelo conceitual ainda estar distante da realidade, pode-se afirmar que houve avanços na implantação da atenção primária à saúde no Brasil. Desde 1994, o Ministério da Saúde tem buscado disseminar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma reorientação do modelo assistencial, por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS), que passam a ser responsáveis pela manutenção da saúde da população-alvo, mediante ações de promoção, prevenção e tratamento. A ESF baseia-se na especialidade da Medicina de Família e Comunidade, em que médicos e outros profissionais da

saúde são especializados em atenção primária. As equipes geralmente são multidisciplinares, contando com médicos, enfermeiros, agentes comunitários, além da equipe de apoio. Segundo dados de Brasil (2017?), 60% da população brasileira estaria coberta por cerca de quarenta mil equipes de saúde da família em 2017, cuja evolução se observa no Gráfico 12.

Gráfico 12 | Percentuais da população e dos municípios brasileiros cobertos pela Estratégia de Saúde da Família – 2002-2017



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do site da Sage – Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do Ministério da Saúde.

A evidência empírica da disseminação da ESF no Brasil indica que a estratégia é custo-efetiva para melhorar os resultados de saúde no nível dos municípios, contribuindo principalmente para acelerar a redução na mortalidade infantil (20%), além de outros efeitos diretos e indiretos (ROCHA; SOARES, 2010). Além disso, a ESF contribuiu para compensar

desigualdades socioeconômicas e regionais, com aumento das taxas de utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos sem planos de saúde (ANDRADE *et al.*, 2013).

O aprofundamento da ESF passa pelo fortalecimento da gestão da informação para diagnóstico das realidades e necessidades locais. É nesse contexto que o Ministério da Saúde tem buscado disseminar a informatização das UBSs que contam com equipes de saúde da família por meio da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A informatização da saúde qualifica o trabalho dos profissionais de saúde da família, gerando uma série de benefícios tanto para o cidadão quanto para gestor da saúde, destacando-se maior agilidade, melhor funcionamento dos sistemas de regulação (referência e contra referência), além de permitir a geração de indicadores, o que contribui para a identificação de necessidades da população e para a fiscalização dos prestadores de serviço (AÇÕES..., 2016).

Atualmente, 27% das UBSs no Brasil contam com prontuário eletrônico. Dentre os principais desafios para a informatização da saúde, destacam-se a insuficiência de equipamentos, a capacitação profissional e a conectividade (AÇÕES..., 2016).

Considerações finais

O sistema de saúde brasileiro vem sendo construído ao longo do tempo em meio a diversas contradições e interesses divergentes. É possível identificar que houve, na história, uma gradativa ampliação da participação do setor público no financiamento da saúde. Nesse sentido, a inserção da saúde em um sistema de seguridade social, conforme inscrito na Constituição de 1988, constitui um marco relevante a ser preservado.

Diversas perspectivas teóricas, muitas vezes contrastantes, convergem ao sugerir a superioridade de um sistema de saúde financiado por recursos tributários de acesso universal.

Por outro lado, é notável a baixa relevância da saúde no orçamento público brasileiro, aquém da experiência internacional. Além de em baixo volume, persiste a iniquidade no gasto tributário em saúde, herança de períodos anteriores ao SUS. O sistema privado de financiamento apoia-se em incentivos fiscais sem integrar-se ao SUS, duplicando a oferta de serviços de saúde no país e contribuindo para a segmentação social do acesso à saúde.

Ainda assim, há espaços para ampliação da efetividade do gasto em saúde com os recursos disponíveis, principalmente por meio de melhorias de gestão dos prestadores de serviços. Nesse sentido, a aferição de qualidade deve ser compreendida como um pré-requisito para que se continue no movimento em direção a modelos de pagamento vinculados a resultados, e não a sua produção.

Do ponto de vista dos arranjos institucionais, a pequena evidência disponível sugere que arranjos diferentes são adequados para atividades de saúde diferentes. Em âmbito hospitalar, parece que arranjos com maior autonomia orçamentária contribuem para a melhoria da qualidade. Por outro lado, nas atividades mais vinculadas ao território, como na atenção primária a saúde, os arranjos de maior autonomia não apresentaram resultados superiores. Entretanto, mais estudos que comparem resultados de saúde dos diferentes tipos de arranjos são necessários.

Por fim, os avanços da atenção primária à saúde no Brasil, com a manutenção ao longo de mais de vinte anos da estratégia de saúde da família, foram notáveis. Além de seguir na ampliação da cobertura, a informatização das UBSs deve contribuir para a resolutividade das equipes de saúde da família.

No presente artigo, buscou-se realizar um diagnóstico amplo sobre os desafios de saúde do Brasil. Entretanto, diversos temas específicos devem ser tratados pelo BNDES nessa agenda. Em um próximo trabalho, propõe-se revisitar a atuação recente do Banco na área da saúde, discutindo potencialidades e desafios. Para isso, espera-se apresentar resultados parciais de monitoramento e avaliação do programa BNDES Saúde, vigente até setembro de 2018.

Referências

ABIRO, G.; DE-ALLEGRI, M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC International Health and Human Rights*, v. 15, n. 17, 2015.

AÇÕES judiciais impactam em até R\$ 7 bilhões no SUS, diz ministro. 24 ago. 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25275-ministro-da-saude-fala-sobre-impacto-de-acoes-judiciais-no-sus>. Acesso em: 6 out. 2017.

ANDRADE, M. V. *Ensaio em economia da saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

ANDRADE, M. V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Economia Aplicada*, v. 17, n. 4, p. 623-645, dez. 2013.

ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. Uma nota sobre o princípio da integralidade do SUS. In: BACHA E. L.; SCHWARTZMAN S. *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Boletim Informativo: utilização do sistema público por beneficiários de planos de saúde e ressarcimento ao SUS*. Rio de Janeiro, jul. 2017. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/boletim_ressarcimento_julho_2017.pdf. Acesso em: 4 ago. 2017.

_____. *Qualificação de operadoras: ANS divulga resultados e novos indicadores*. Rio de Janeiro, 23 set. 2016. Disponível em <link>. Acesso em: 18 dez. 2017.

ATLAS BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. IDHM Longevidade: base de dados. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

AZEREDO, B.; DUNCAN, P. G. *A experiência da área de desenvolvimento social no período 1996-2002*. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BAHIA, L. O Sistema de Saúde Brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 753-762, jun. 2009.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Jurisprudência Mineira*. [s.l.: s.n.]. v. 188, p. 29-60, 2009.

BELLI, P. *How adverse selection affects the health insurance market*: The World Bank, 31 mar. 2001. (Policy Research Working Paper Series) Disponível em: <<https://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/2574.html>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília: [1990].

_____. Ministério da Saúde. *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Acesso em: 6 out. 2017.

_____. CnesWeb - Cadastro de Estabelecimentos de Saúde: banco de dados. [2017?]. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

CARVALHO, R. E. Gastos tributários: quantificação e análise. In: III WORKSHOP DE GASTOS TRIBUTÁRIOS. Brasília: Receita Federal, out. 2014. Disponível em: <<http://idg.receita.fazenda.gov.br/dados/receitadata/estudos-e-tributarios-e-aduaneiros/gastos-tributarios-trabalhos/iii-workshop-de-gastos-tributarios>>. Acesso em: 6 ago. 2017.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 13, p. 469-478, 1997.

CESS. *Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil*. Rio de Janeiro: Coppead/CESS, 2012. Disponível em: <http://www.coppead.ufrj.br/upload/publicacoes/panorama_acreditacao_brasil.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

COLLUCCI, C. Só 5% dos hospitais no Brasil têm selo de qualidade; 40% deles estão em SP. *Folha de S.Paulo*, 14 mai. 2015.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE.

Assistência de média e alta complexidade. Brasília, 2011. v. 4

———. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Brasília, 2015.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 1, p. 209-227, 4 abr. 2002.

DOM STRATEGIC PARTNERS. *A contrapartida do setor filantrópico para o Brasil*. Brasil: Fonif, 2016. Disponível em: <http://fonif.org.br/wp-content/uploads/2016/10/PESQUISA_FONIF_FINAL-1.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2017.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 3, p. 41-46, set. 2004.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 385-434.

FGV CPDOC – FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS/CENTRO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO DE HISTÓRIA CONTEMPORÂNEA DO BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). In: Acervo do CPDOC. [200-?]. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

FIRJAN. *IFGF 2016*. Índice Firjan de Gestão Fiscal. Recorte Municipal. Abrangência nacional. Rio de Janeiro: Firjan, 2016. Disponível em: <<http://www.firjan.com.br/data/files/DE/F0/65/91/B34265107778C955F8A809C2/IFGF-2016-versao-completa.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

GOMES, R. de P. et al. O novo cenário de concorrência na indústria farmacêutica brasileira. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, n. 39, p. 97-134, mar. 2014.

GREMAUD, A. P.; VASCONCELLOS, M. A. S.; TONETO JR., R. O crescimento forçado à crise da dívida. In: ———. *Economia brasileira contemporânea*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005. p. 414-430.

HIXON, A. L.; MASKARINEC, G. G. The declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. *Fam Med*, v. 40, n. 8, p. 585-588, 2008.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Produto Interno Bruto a preços correntes e Produto Interno Bruto per capita segundo as Grandes Regiões, as Unidades da Federação e os Municípios – 2010-2013*. [online] Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2010_2013/default_xxl.shtm>. Acesso em: 25 maio 2017.

_____. *Conta-satélite de saúde 2010-2013: contas nacionais*. Rio de Janeiro, 2015.

INTERFARMA. *Guia Interfarma 2016*. São Paulo: Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa, 2016.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. *Declaration of Alma Ata*. 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 maio 2017.

INTERNATIONAL HEALTH CONFERENCE. *Constitution of the World Health Organization*. 1946. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 22 maio 2017.

JOUMARD, I.; ANDRE, C.; NICQ, C. *Health care systems: efficiency and institutions*. Rochester, NY: Social Science Research Network, 27 mai. 2010. Disponível em: <<https://papers.ssrn.com/abstract=1616546>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

JOWETT, M.; KUTZIN, J. WHO – raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. *Health Financing Policy Brief*, n. 1, 2015.

KOIKE, B. Dona da Amil compra Hospital Samaritano por R\$ 1,3 bilhão. *Valor Econômico*, 27 nov. 2015. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/empresas/4331994/dona-da-amil-compra-hospital-samaritano-por-r-13-bilhao>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. *Hospital performance in Brazil: the search for excellence*. Washington, D.C.: The World Bank, 2008.

LANDIM, A. B. *et al*. Equipamentos e tecnologias para saúde: oportunidades para uma inserção competitiva da indústria brasileira. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 173-226, mar. 2013. Disponível em: <<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/1494>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

LEAL, R. M. *O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde*. Tese. (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2014.

- LIMA, L. D. A coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [on-line]*. v. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. pp. 73-139.
- MACHADO, H. B. *Curso de direito tributário*. 28. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.
- MAIA, A. C. *Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.
- MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO-ROA, A. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: ABRES, Ministério da Saúde e OPAS/OMS, 2016.
- MARTELLO, A. Menos de 15% dos brasileiros declaram Imposto de Renda. *Globo.com*, G1, Economia, 16 abr. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/imposto-de-renda/2014/noticia/2014/04/menos-de-15-dos-brasileiros-declaram-imposto-de-renda.html>>. Acesso em: 25 mai. 2017.
- MATOS, J. *Soluções e perspectivas para a crise econômica e financeira das santas casas*. In: AUDIÊNCIA PÚBLICA DA COMISSÃO ESPECIAL DO PL 7606/2017 NA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Brasília, 7 abr. 2017. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/55a-legislatura/pl-7606-17-linhas-de-credito-as-santas-casas/documentos/audiencias-publicas/julio-matos-04-07-2017-cmb>>. Acesso em: 21 ago. 2017
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. *A PEC 241/2016 e a saúde*. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/11/A-PEC-241-e-a-Sa%C3%BAde_Marcos-Mendes.pdf>. Acesso em: 6 out. 2017.
- MEDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. In: BACHA, E. L., SCHWARTZMAN, S. (org.). *Brasil: a nova agenda social*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos de Política Econômica–Casa das Garças, 2011. p. 23-93.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, v. 12, n. 2, 2009.

NORONHA, J. C. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 5, p. 847-849, mai. 2013.

OCKÉ-REIS, C. O.; GAMA, F. N. DA. Radiografia do gasto tributário em saúde: 2003-2013. *Nota Técnica IPEA/DIEST*, n. 19, 2016.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 6 out. 2017.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Final report. Washington, 53rd Directing Council. 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=41062&lang=en>. Acesso em: 24 mai. 2017.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIVA, C. H. A. Spotlight on PAHO: a history of international relations in health in the Americas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 177-182, mar. 2006.

PEREIRA, G. A.; MOREIRA, T. B. S. A influência dos consórcios intermunicipais de saúde no índice Firjan de desenvolvimento municipal (IFDM). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 46, jan.-jul., 2016.

PIOLA, S. F. *et al. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)*. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1.391)

PIOLA, S. F. *et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. [s.l.], Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2013. (Texto para Discussão). Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2017.

POSNETT, J. Are bigger hospitals better? In: MCKEE, M.; HEALY, J. Hospitals in a changing Europe. Buckingham e Philadelphia: Open University Press, 2002. p. 100-118.

PROTEC – SOCIEDADE PRÓ-INOVAÇÃO TECNOLÓGICA. *Governo federal paga até 330% a mais por medicamento em caso de ações judiciais*. Rio de Janeiro: Protec, 23 jun. 2016.

RADAR PPP. *PPP Summit 2016: rumo aos 100 contratos*. In: PPP SUMMIT 2016: RUMO AOS 100 CONTRATOS. 8 e 9 de junho de 2016. São Paulo: 2016. Disponível em: <<http://hiria.com.br/forum/2016/ppp-summit/PPP-Summit-2016.pdf>>

RAMOS, A. L. P. *Atenção primária a saúde e terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro, 2016.

REIS, C.; BARBOSA, L.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. *BNDES Setorial*, n. 46, p. 87-124, set. 2016.

ROCHA, R.; SOARES, R. R. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Economics*, v. 19, n. S1, p. 126–158, 1 set. 2010.

SAVEDOFF, W. D. What should a country spend on health care? *Health Affairs*, v. 26, n. 4, p. 962-970, 2007.

SILVA, L. *Seguridade social: das origens e conceito aos princípios que sustentam o Estado Democrático do Direito – Previdenciário – Âmbito Jurídico*, 2008. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11417>. Acesso em: 22 mai. 2017.

SOUZA, R. M. L. de; MORGADO, R. R. Entidades filantrópicas de saúde integrantes do SUS: uma avaliação do programa de apoio do BNDES: 1999-2007. *BNDES Setorial*, Rio de Janeiro, n. 28, p. [37]-72, set. 2008. Disponível em: <<https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/3926>>. Acesso em: 4 ago. 2017.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco e Ministério da Saúde, 2002.

STUCKLER, D.; FEIGL, A.; BASU, S. *The political economy of universal health coverage*. Background paper for the global symposium on health systems research. Monograph. 2010. Disponível em: <<http://researchonline.lshtm.ac.uk/2157/>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

THE WORLD BANK. World Bank Open Data: banco de dados. 2017. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/>>. Acesso em: 28 jun. 2017.

UGÁ, M. A. D.; LIMA, S. M. L. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. In: FIOCRUZ: *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro* – estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 4p. 135-168.

VIEIRA, L. Á. *Decisões em investimentos em PPP: uma abordagem em saúde pública por opções reais*. Rio de Janeiro: Ibmec, 2017.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota Técnica IPEA*, n. 28, 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2010/en/>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

Sites consultados

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sage* – Sala de Apoio à Gestão Estratégica – <<http://sage.saude.gov.br/>>.

