



GESTÃO PÚBLICA E RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NA SAÚDE

PUBLIC MANAGEMENT AND THE PUBLIC-PRIVATE RELATIONSHIP IN THE HEALTH CARE SYSTEM

GESTIÓN PÚBLICA Y LA RELACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA SALUD

CESAR VIEIRA

Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor Saúde
ibedess@ibedess.org.br

Resumo

Este artigo sintetiza os elementos essenciais dos sistemas de saúde em geral. Depois se agrupam os sistemas de saúde de alguns países, conforme a predominância pública ou privada no financiamento e na prestação dos serviços. Em seguida se analisam algumas características público-privadas do sistema de saúde brasileiro, antes e depois da criação do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Saúde Suplementar. Logo, se consideram a regulação e o financiamento do sistema de saúde, dois elementos estratégicos para o seu funcionamento, também enfatizando as relações público-privadas. Finalmente, são feitas algumas conclusões preliminares, apontando possíveis tendências da evolução futura destas relações no sistema de saúde brasileiro.

Palavras chaves: SUS. Saúde Suplementar. Financiamento.

Abstract

This article summarizes the essential elements of health systems in general. Then group the health systems of some countries on public or private predominance in the financing and delivery of services. Then we analyze some public-private characteristics of the Brazilian health system, before and after the creation of the Unified Health System and Supplementary Health System. Therefore, consider the regulation and financing of the health system, two strategic elements for its operation, also emphasizing public-private relations. Finally, we made some preliminary conclusions, pointing possible trends of the future development of these relations in the Brazilian health system.

Keywords: SUS. Supplementary Health. Funding

Resumen

Este artículo resume los elementos esenciales de los sistemas de salud en general. Entonces grupo los sistemas de salud de algunos países sobre predominio público o privado en la financiación y prestación de servicios. A continuación se analizan algunas características



sectores público y privado del sistema de salud brasileño, antes y después de la creación del Sistema de Salud Brasileño y el Sistema de Salud Suplementaria. Pronto considerar la regulación y el financiamiento del sistema de salud, dos elementos estratégicos para su funcionamiento, destacando también las relaciones público-privadas. Por último, hemos hecho algunas conclusiones preliminares, apuntando posibles tendencias del futuro desarrollo de estas relaciones en el sistema de salud brasileño.

Palabras clave: SUS. Salud Suplementaria. Financiamiento.

Introdução

Desde a sua criação baseada na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) tem contado com uma gestão pública de três níveis, exercida pelos governos federal, estaduais e municipais. Mas, para a sua operação, o SUS depende de uma grande variedade de instituições públicas e privadas. Elas se dedicam à pesquisa, ao desenvolvimento dos recursos humanos e da infra-estrutura assistencial da saúde, à produção e distribuição de equipamentos, medicamentos e outros insumos, assim como à prestação de serviços e à gestão das redes e unidades atenção.

O SUS tem como sua principal responsabilidade atender as necessidades de saúde de toda a população brasileira. Entretanto, cerca de 25% desta população são também cobertos pelo Sistema de Saúde Suplementar (SSS).¹

Um terceiro grupo, cuja dimensão total ainda não se conhece, é constituído por servidores públicos ativos e inativos, tanto civis como militares, dos poderes executivo, legislativo e judiciário nos três níveis de governo, bem como seus respectivos dependentes. A cobertura deste grupo é realizada por prestadores públicos ou privados de serviços de saúde, através dos sistemas de atenção patrocinados pelas entidades em que estes cidadãos trabalham ou trabalharam, os quais não fazem parte seja do SUS ou do SSS.

A complexa estrutura do sistema de saúde brasileiro (SUS, SSS e os outros sistemas) funciona com uma grande variedade de relações público-privadas, que deve ser levada em conta na sua gestão, tanto pública como privada.

Este capítulo começa com uma síntese dos elementos essenciais dos sistemas de saúde em geral. Depois se agrupam os sistemas de saúde de alguns países, conforme a predominância pública ou privada no financiamento e na prestação dos serviços. Em seguida se analisam algumas características público-privadas do sistema de saúde brasileiro, antes e depois da criação do SUS e do SSS.

Logo se consideram a regulação e o financiamento do sistema de saúde, dois elementos estratégicos para o seu funcionamento, também enfatizando as relações público-privadas. Finalmente, são feitas algumas conclusões preliminares, apontando possíveis tendências da evolução futura destas relações no sistema de saúde brasileiro.

¹www.ans.gov.br



Elementos essenciais dos sistemas de saúde

Qualquer sistema nacional de saúde conta com os seguintes elementos essenciais para sua constituição e operação:

- a) o macro-contexto, dado pelas características sócio-políticas e econômicas do país a que pertence este sistema de saúde;
- b) a sociedade, composta por diferentes extratos socioeconômicos, dos quais são obtidos recursos para financiar o sistema de saúde e entre os quais se distribuem os serviços e produtos proporcionados pelo mesmo;
- c) os financiadores públicos e privados que recebem os recursos proporcionados pela sociedade e remuneram, em diferentes formas, a produção de serviços e de insumos para a saúde;
- d) os produtores públicos e privados de serviços e insumos – recursos humanos, medicamentos, equipamentos, conhecimentos e outros – para o sistema de saúde e, finalmente;
- e) o estado - através dos seus poderes executivo, legislativo e judiciário – que define políticas, legisla, regula e judicializa a respeito dos demais elementos e do funcionamento do sistema de saúde.

Devido a esta estrutura complexa, a organização e a operação dos sistemas de saúde necessitam da participação e cooperação de diferentes atores públicos e privados. Este fenômeno se observa com diferentes matizes em praticamente todos os sistemas nacionais de saúde pelo mundo.

Considerando apenas a natureza pública ou privada de dois desses elementos – o financiamento e a produção de serviços – podemos ter uma visão bem clara da tipologia dos sistemas de saúde de alguns países.

Conforme demonstra a Tabela 1 abaixo, em alguns países, tanto a prestação como o financiamento dos serviços são predominantemente públicos. Já no segundo grupo, a prestação e o financiamento dos serviços são predominantemente privados. No terceiro grupo o financiamento é predominantemente privado mas a prestação é predominantemente pública. Finalmente, no quarto grupo o financiamento é predominante público enquanto a prestação é predominantemente privada.

Possivelmente a palavra mais forte na caracterização destes grupos seja “predominantemente”, indicando que não existe qualquer país nos quais o financiamento ou a prestação de serviços sejam quimicamente puros, tanto públicos como privados. Desta forma, parece mais razoável considerar que todos os países do mundo dispõem de alguma forma de combinação público-privada, seja no financiamento ou na prestação dos respectivos serviços de saúde.



Tabela 1 - Sistemas nacionais de saúde segundo o tipo predominante de financiamento e prestação de serviços²

Financiamento	Prestação de serviços	
	Pública	Privada
Público	Cuba Inglaterra Portugal Rússia	Argentina Canadá França Uruguai
Privado	Albânia Índia México Nicarágua	Brasil China Estados Unidos Venezuela

No caso brasileiro, a maior parte dos serviços de saúde é prestada por profissionais e estabelecimentos privados, mesmo no caso do SUS. E recursos privados contribuem mais que os recursos públicos para o financiamento do sistema de saúde brasileiro.³ Na seção final deste capítulo se apresentam informações adicionais a respeito deste financiamento.

A distribuição regional dos recursos de saúde no Brasil é muito desbalanceada e inequitativa. Por exemplo, o país dispõe de uma média nacional de 1,95 médicos por mil habitantes. Entretanto, a Região Norte – que tem menos recursos - conta com apenas 0,98 médicos por mil habitantes, enquanto a Região Sudeste – que é a mais rica do país – desfruta de 2,61 médicos por mil habitantes.⁴

O Sistema Público de Saúde antes e depois do SUS

Antes da criação do SUS, o Sistema Público de Saúde no Brasil era constituído por uma grande variedade de instituições e estabelecimentos, distribuídas entre os três níveis de governo.

A nível federal pelo menos quatro ministérios – Saúde, Previdência Social, Educação e Defesa – dispunham de organismos e estabelecimentos dedicados à prestação de serviços a diferentes grupos de população. O Ministério da Saúde contava ainda com a Fundação SESP⁵ e o DNERu⁶. Já o Ministério da Previdência Social dispunha de vários

²WHO, WHO/EURO

³OPS/OMS

⁴IBGE

⁵Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

⁶Departamento Nacional de Endemias Rurais



IAPs⁷ e do FUNRURAL⁸, que depois foram incorporados ao INAMPS⁹. Grande parte dos serviços da Previdência era prestada por estabelecimentos e profissionais privados.

O Ministério da Educação conjugava as universidades federais com suas faculdades da área da saúde e respectivos hospitais universitários. Além disso, regulava e supervisionava as universidades e faculdades privadas e estaduais, muitas das quais também contavam com seus hospitais universitários. Enquanto isto, no âmbito do Ministério da Defesa tinham hospitais e serviços de saúde, dedicados à atenção de militares do Exército, da Marinha e da Aeronáutica.

A nível estadual se encontravam as Secretarias de Saúde, os Institutos de Previdência Estaduais e algumas universidades, com os respectivos hospitais, ambulatórios, centros de saúde e outras unidades. Finalmente, nos municípios principalmente de grande porte, havia secretarias de saúde e hospitais municipais, assim como centros e unidades de saúde.

Nos últimos 25 anos, nosso país tem desfrutado de um rico processo legislativo em relação com a saúde, tanto a nível nacional como igualmente nos estados e municípios. Conforme se pode ver na Tabela 2 abaixo, este processo se inicia em 1988 com a nova Constituição Federal, que deu uma definição básica inovadora da saúde como direito de todos e dever do estado.

Dois anos depois foi aprovada outra lei tratando da estrutura, operação e administração do SUS. Em 1993 o INAMPS foi extinto por outra lei, que além disso transferiu ao SUS os serviços de saúde até então prestados pela Previdência Social. Somente uma década após a aprovação da Constituição Federal é que se aprovou a lei criado o Sistema de Saúde Suplementar, constituído por entidades que de fato já operavam no país, algumas delas por várias décadas.

Tabela 2 - Legislação Relevante para a Evolução do SUS¹⁰

Ano	Ato	Conteúdo principal
1988	Constituição Federal	Saúde como direito de todos e dever do Estado
1990	Lei 8.080	Organização, funcionamento e gestão do SUS
1993	Lei 8689	Extinção do INAMPS
1998	Lei 9656	Criação do Sistema de Saúde Suplementar
1999	Lei 9782	Criação da Anvisa

⁷ Institutos de Aposentadoria e Pensão

⁸ Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

⁹ Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

¹⁰ www.saude.gov.br/saudelegis



2000	Lei 9961	Criação da ANS
2001	Portaria MS-373	NOAS sobre regionalização e descentralização
2003	Decreto 4726	Nova estrutura do MS e respectivas secretarias
2004	Lei 8142	Criação da Hemobrás
2011	Lei 12.550	Criação da EBSERH
2011	Decreto 7508	Regulamentação da Lei 8080/90

Continuando este processo, foram criadas duas agências regulatórias de uma importância estratégica para o sistema de saúde: a ANVISA¹¹ em 1999 e a ANS¹² em 2000. Depois foram aprovados novos instrumentos tratando dos processos de regionalização e descentralização, assim como da reestruturação do Ministério da Saúde.

Alguns anos depois foi criada a Hemobrás, uma empresa estatal vinculada ao Ministério da Saúde e dedicada à produção de insumos transfusionais, medicamentos e outros itens para a atenção a pacientes de doenças do sangue.¹³ Posteriormente, foi criada a EBSERH, uma empresa estatal vinculada ao Ministério da Educação, destinada à gestão dos hospitais das clínicas das universidades federais que optarem por contar com o serviço desta empresa¹⁴.

Através de um contrato celebrado com estas universidades, a empresa atuará para modernizar a gestão dos hospitais participantes, preservando e reforçando seu papel estratégico como centros de formação de profissionais da saúde e de atenção à saúde da população, integralmente no âmbito do SUS. E os hospitais universitários aderentes à EBSERH tornam-se partes integrantes desta empresa estatal.

Finalmente se menciona o decreto 7508 regulamentando a lei 8080 sobre a organização, funcionamento e gestão do SUS. Um dos conteúdos inovadores deste decreto responsabiliza os gestores dos diferentes níveis de governo para mapear os serviços e recursos dos sistemas público e privado que estão disponíveis para a atenção das respectivas populações.

Também durante este período ocorreram diversas experiências inovadoras no Sistema Público de Saúde de Minas Gerais. Até o final dos anos 1960s, a Secretaria Estadual de Saúde dispunha de vários hospitais públicos dedicados à atenção de urgências e emergência, assim como outros especializados na atenção de pacientes com hanseníase, outras doenças transmissíveis e problemas psiquiátricos.

¹¹ Agência Nacional de Vigilância Sanitária

¹² Agência Nacional de Saúde Suplementar

¹³ <http://www.hemobras.gov.br/site/conteudo/empresa.asp>

¹⁴ <http://ebserh.mec.gov.br>



No começo dos anos 1970s, estes hospitais foram incorporados a três fundações – FEAMUR, FEAL e FEAP¹⁵ - especializadas na atenção a estes problemas. Mas, em 1977, estas fundações e seus respectivos hospitais foram incorporados à FHEMIG, uma nova fundação que hoje conta com uma rede de 20 hospitais - onze dos quais em Belo Horizonte e nove em outros municípios mineiros – com um total de 2.800 leitos¹⁶.

Também nos anos 1970s, a Secretaria adotou inovações significativas na gestão do seu corpo de funcionários. Além da maioria de funcionários estatutários, vários outros foram contratados como celetistas através de um convênio inicialmente com o ETRA¹⁷, depois PRODEMGE¹⁸. Posteriormente, estes funcionários celetistas passaram a ser contratados pela FUNED¹⁹. Depois da promulgação das novas constituições federal e estadual, os funcionários das fundações estaduais voltaram a se tornar estatutários. Mas atualmente a Secretaria contrata empresas privadas para a prestação de serviços sobretudo de apoio, através de funcionários terceirizados.

Outro exemplo bem expressivo da inovação na gestão dos estabelecimentos de saúde pode ser visto na constituição de Parcerias Público-Privadas, através das quais entidades privadas, sobretudo filantrópicas, assumem a gestão de hospitais públicos. Estas entidades, denominadas OSS²⁰ ou OSCIP²¹, parecem apresentar resultados operacionais melhores que os hospitais pertencentes às entidades públicas e privadas signatárias destes acordos.

Um caso bastante ilustrativo deste tipo de parceria pode ser visto na construção e operação do Centro de Especialidades Médicas, numa parceria entre o IPSEMG²², a Santa Casa e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte²³. Esta parceria entre as três entidades conseguiu concluir a construção deste centro que esteve paralisada durante vários anos e agora gerencia a operação do mesmo de uma maneira bastante eficiente.

Uma outra experiência de PPP inovadora tem a ver com a construção e gestão do Hospital Municipal do Barreiro da PBH. A parceria público-privada do município deverá ser encarregada apenas da construção e gestão deste hospital, ficando a prestação dos serviços médico-hospitalares sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde. Recentemente, a Prefeitura submeteu à consideração da Câmara Municipal um projeto de lei transformando esta parceria num SSA – Serviço Social Autônomo²⁴. Este é um modelo de gestão ainda pouco conhecido, que já está sendo utilizado no Hospital Sara Kubitschek e em outros hospitais nos estados de São Paulo, Paraná e Rio de Janeiro.

¹⁵Fundações Estaduais de Assistência Médica de Urgência, Leprocomanal e Psiquiátrica.

¹⁶ www.fhemig.mg.gov.br

¹⁷Escritório Técnico de Racionalização Administrativa

¹⁸ Companhia de Processamento de Dados - posteriormente de Tecnologia de Informação - de Minas Gerais

¹⁹ Fundação – antes Instituto - Ezequiel Dias

²⁰ Organização Social da Saúde

²¹ Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

²² Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

²³ www.santacasabh.org.br/ver/cem.html

²⁴ <http://www.cmbh.mg.gov.br/search/node/PFL%201130/14>



O Sistema de Saúde Suplementar

Criado pela Lei 9656/98, o SSS engloba diferentes tipos de operadoras de planos e seguros de saúde, grande parte das quais já vinham funcionando no Brasil há vários anos. De fato, algumas delas são até mesmo originadas em entidades que já funcionavam desde os tempos do Brasil colonial.

Conforme se pode ver na Tabela 3, as Santas Casas, que operam no Brasil desde a época do seu descobrimento, deram origem às operadoras filantrópicas de planos de saúde. Por outro lado, as mutualidades - que foram trazidas ao nosso país desde o século XIX por migrantes europeus e do oriente - deram origem às atuais seguradoras, operadoras de medicina de grupo e auto-gestoras. Finalmente, as cooperativas de trabalho, sobretudo agrícolas, originaram o Sistema UNIMED, nascido em 1967 na UNIMED-Santos.

Tabela 3 - Origens das operadoras do SSS

Origens	Início	Operadoras
Santas Casas	1500s	Filantrópicas
Mutualidades	1800s	Seguradoras Medicina de Grupo Auto-gestoras
Cooperativas	1967	Sistema UNIMED

Graças ao seu crescimento considerável nos últimos anos, o SSS hoje cobre cerca de 25% da população nacional. Conforme pode ser visto na Tabela 4, dentre os tipos de operadoras as cooperativas são as que possuem o maior número de beneficiários e realizam as maiores despesas com serviços de saúde. O número das cooperativas é um pouco menor que o das operadoras de medicina de grupo, que são o segundo grupo em termos de beneficiários e despesas com serviços de saúde.

Tabela 4 - Características do Sistema de Saúde Suplementar, 2013²⁵

Operadoras	Número	Beneficiários*	Despesas**
Cooperativas	322	18,2	32,8
Medicina de Grupo	358	17,3	26,7
Seguradoras	12	6,8	18,1

²⁵www.ans.gov.br



Auto-gestoras	207	5,3	11,4
Filantrópicas	84	1,4	3,5
Odontológicas	403	19,5	1,8
Total	1386	68,5	94,3

* Em milhões **R\$ bilhões

A quantidade de seguradoras é bem menor que os demais tipos de operadoras. Em compensação, o número de seus beneficiários e suas despesas por seguradora são bem maiores que aqueles das demais operadoras.

As auto-gestoras e filantrópicas possuem números consideráveis de operadoras, mas seus beneficiários e suas despesas são menores que aqueles apresentados pelas cooperativas, medicinas de grupo e seguradoras.

Finalmente, as operadoras odontológicas são as mais numerosas no SSS, assim como seus beneficiários, que devem também ser cobertos pelas demais operadoras de planos médico-hospitalares.

Conforme antecipado na Introdução deste capítulo, um grupo populacional ainda não quantificado é constituído por servidores públicos civis e militares dos três níveis de governo, ativos ou inativos, bem como seus dependentes. Além do seu direito constitucional à cobertura pelo SUS, este grupo é de fato coberto por planos de saúde financiados pelos respectivos empregadores. Ditos planos não fazem parte do SSS nem, por suposto, do SUS. Na Tabela 5 podem ser vistos alguns destes planos.

Tabela 5 - Alguns planos de saúde em órgãos do setor público²⁶

Poderes	Planos de Saúde
Executivo	GEAP-Ministérios, FIOSAÚDE, IPSEMG, BEPREM ²⁷ Forças Armadas: FUSEX, FUSMA, PLASA, SISAU-PMMG Universidades: CASU-UFMG, CAURJ-UFRJ, Ressarcimento-UFJF
Legislativo	SIS-Senado, PRO-SAÚDE-Câmara, ALMG-GSA
Judiciário	STF-MED, AMAGIS-SAÚDE, SINDOJUS-MG

²⁶ Com base na informação das páginas eletrônicas das entidades mencionadas.

²⁷ Em convênio com a UNIMED-BH



A Regulação do Sistema de Saúde

Nos anos recentes o Brasil tem avançado consideravelmente na regulação da organização e do funcionamento de seu sistema de saúde. Uma expressão muito relevante destes avanços foi a criação da ANVISA em 1999 e da ANS um ano depois.

Conforme se pode verificar no seu portal²⁸, a ANVISA desempenha um vasto elenco de atividades de proteção à saúde, focada em alimentos, medicamentos, produtos para a saúde, sangue, hemoderivados, serviços de saúde e outros itens, através de diferentes ações de vigilância, fiscalização e regulação do comércio.

Enquanto isto, a ANS exerce um importante papel em relação ao SSS, utilizando vários instrumentos normativos, regulatórios e avaliativos, tanto das operadoras como dos seus planos e seguros de saúde.²⁹ Apesar de ter sido criada dez anos depois do SUS, o modelo regulatório da ANS parece ser muito mais completo que aquele do sistema público.

Tabela 6 -Regulação dos assuntos da saúde no SUS e no SSS

Tema	SUS	SSS
Serviços	MS, SES, SMS	ANS
Profissionais	Conselhos Federais e Estaduais	
Insumos	ANVISA, MS, SES, SMS	
Unidades	ANVISA, MS, SES, SMS	
Financiamento	MS, SES, SMS	ANS

Apesar destes avanços positivos, a regulação dos assuntos da saúde no Brasil ainda é bastante complexa. Conforme a Tabela 6 acima, os serviços de saúde no âmbito do SUS e o seu financiamento são regulados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Enquanto isto, tanto os serviços no âmbito do SSS como seu financiamento são regulados pela ANS.

²⁸portal.anvisa.gov.br

²⁹www.ans.gov.br



O diálogo e a cooperação entre estes dois sistemas regulatórios parece ainda necessitar de um grande esforço, para aumentar a harmonização e a coordenação entre ambos. Enquanto isto não ocorre, profissionais e estabelecimentos atuando no SUS e no SSS são submetidos a dois modelos regulatórios insuficientemente articulados entre si para a prestação dos mesmos serviços de saúde.

Além disso, todos os profissionais de saúde no país são regulados pelos respectivos Conselhos Federais e Regionais (estaduais). Esta regulação está focada em cada uma das profissões, não existindo ainda um diálogo entre os conselhos das distintas profissões para construir uma visão harmônica do trabalho multi-profissional em saúde.

A regulação dos insumos e unidades prestadoras de serviços de saúde – tanto no sistema público como no privado - é exercida pela ANVISA, pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Aqui parece haver mais diálogo e colaboração entre estes reguladores quanto aos insumos e unidades de saúde. Entretanto o diálogo dos reguladores de insumos e unidades de saúde ainda precisa aumentar bastante em direção aos reguladores dos profissionais, serviços e financiamento de saúde.

Um outro aspecto bem importante tem a ver com o relacionamento entre as coberturas populacionais dos sistemas público e privado de serviços de saúde. Na Tabela 7 abaixo se apresentam exemplos de três países que são bem significativos a respeito deste assunto.

Tabela 7 - Separação ou superposição dos Sistemas de Saúde³⁰

Chile:

FONASA	ISAPRES

Colômbia:

Regime Subsidiado	Regime Contributivo

Brasil:

SUS	SSS

³⁰ OPS/OMS 2012



No caso do Chile, há uma nítida separação das populações cobertas pelo sistema público – FONASA³¹ - e pelo sistema privado - ISAPRES³². Devido a esta separação, qualquer pessoa pode ser coberta apenas por um destes sub-sistemas. Entretanto, as listas de serviços prestados por estes sub-sistemas são completamente iguais, conforme assegura a iniciativa AUGE.³³

O caso seguinte da Colômbia apresenta características semelhantes às do Chile. As populações cobertas pelo Regime Subsidiado (sistema público) ou pelo Regime Contributivo (sistema privado) são completamente separadas. Mas ambos sistemas prestam os mesmos serviços às respectivas clientela.³⁴

Enquanto isto, o Brasil tem uma experiência completamente diferente dos dois outros países. Neste país há uma superposição entre os dois sub-sistemas, permitindo que, pelo menos, uma parte da população seja coberta por ambos sistemas. Esta superposição da cobertura dos grupos populacionais de diferentes níveis de renda pelos diferentes segmentos do sistema de saúde brasileiro pode ser vista com mais detalhes na Tabela 8 abaixo. Segundo ela, a população de baixa renda utiliza os serviços de atenção primária, média e alta complexidade prestados pelo SUS. Além disso, compra sobretudo medicamentos para complementar a atenção prestada pelo SUS.

Tabela 8 - Uso provável dos sub-sistemas de saúde no Brasil por nível de renda dos usuários

Renda	SUS	SSS	Gasto direto
Baixa	APS, média e alta complexidade	---	Medicamentos Complemento ao SUS
Média	Alta complexidade	APS e Média complexidade	Medicamentos Complemento ao SSS
Alta	Alta complexidade	APS e Média complexidade	Muito uso

Enquanto isto, os usuários de média e alta renda utilizam serviços de atenção primária e média complexidade prestados pelo SSS, consumindo ainda serviços de alta

³¹ Fundo Nacional de Saúde

³² Instituições de Saúde Previsional

³³ Acesso Universal a Garantias Explícitas

³⁴ OPS/OMS



complexidade prestados pelo SUS. A população de média renda gasta na aquisição de medicamentos em complemento à atenção do SSS. E a população de alta renda utiliza muito o gasto direto para adquirir serviços e insumos não providos pelos dois sub-sistemas.

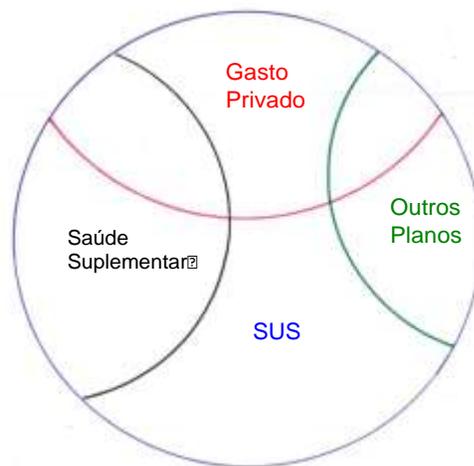
O Financiamento do Sistema de Saúde

Atualmente, o Brasil destina cerca de 8,5% do PIB para o financiamento do seu sistema de saúde, sendo 56,3% provenientes de fontes privadas e 43,7% de fontes públicas.³⁵ Uma parte do financiamento privado da saúde no Brasil corresponde a despesas das famílias com serviços e insumos, correspondendo a cerca de 7,2% do gasto familiar total. Entre os 40% de mais baixa renda da população, 74,2% deste gasto se destina à compra de medicamentos não cobertos pelo SUS. Já entre os 10% de mais alta renda 42,3% deste gasto tem a ver com despesas relativas a planos de saúde.³⁶

Existe ainda uma considerável superposição do financiamento dos serviços de saúde no país. Conforme demonstrado na figura abaixo, os gastos com serviços financiados pelo SUS são os mais volumosos se comparados com os gastos dos demais. Entretanto, estes gastos se superpõem com os gastos financiados pelo SSS e por aqueles outros planos de saúde mencionados na Tabela 5. Por outra parte, existe também uma considerável superposição dos gastos das famílias com os gastos do SUS, do SSS e dos outros planos.



Superposição dos Sistemas de Saúde no Brasil



³⁵ OPS/OMS

³⁶ IBGE



Por estes motivos as relações público-privadas relativas ao financiamento do sistema de saúde brasileiro também merecem uma atenção especial para o desenvolvimento e a sustentabilidade deste sistema.

Outra questão de crucial importância para a utilização do financiamento setorial diz respeito às diferentes formas de incentivo e remuneração aos prestadores de serviços no país. A Tabela 9 sumariza as principais formas utilizadas na remuneração de apenas dois tipos de prestadores, ou seja, profissionais e hospitais.

Os profissionais são remunerados através de várias modalidades, como salário, unidade ou pacote de serviços, procedimento, contrato formal ou informal e, mais recentemente, qualidade do desempenho ou resultado da atenção. Estas modalidades incentivam diferentes condutas do mesmo profissional na atenção a pacientes sofrendo o mesmo problema de saúde.

A maioria dos profissionais de saúde brasileiros é remunerada por alguma combinação destas formas de pagamento, que incentiva diferentes condutas de atenção a problemas semelhantes. É possível, assim, imaginar a dificuldade para que estes profissionais mantenham um mínimo de coerência nas condutas de atendimento aos seus pacientes com os mesmos diagnósticos.

Tabela 9 – Formas de remuneração dos prestadores de serviços de saúde

Prestadores	Formas de remuneração
Profissionais	<ul style="list-style-type: none">• Salário• Unidade de serviço• Procedimento• Pacote de serviços• Contrato formal ou informal• Remuneração por desempenho ou resultado
Hospitais	<ul style="list-style-type: none">• Diárias, procedimentos e outros serviços• Pacote de serviços• Orçamento financeiro• Remuneração por desempenho ou resultado

Algo semelhante acontece no caso dos hospitais, também em consequência dos diferentes incentivos à atenção de casos semelhantes, causados pela remuneração por diária, procedimento, pacote, orçamento ou remuneração por desempenho ou resultado. Um hospital que atenda a pacientes com o mesmo problema de saúde, mas que sejam cobertos



pelo SUS, pelo SSS, pelos outros planos ou sejam pacientes particulares, necessita dispor de diferentes enfoques e instrumentos de gestão, para se adequar a cada uma das modalidades de remuneração adotadas por estas entidades. Podemos, então, imaginar como a simultaneidade destas modalidades de atenção e remuneração – cada uma levando em conta diferentes itens da atenção hospitalar – pode tornar bem complexa tanto a operação como a gestão dos hospitais.

Algumas Conclusões Preliminares

Nos últimos 35 anos o sistema de saúde brasileiro vem experimentando mudanças significativas na sua organização, financiamento, operação e gestão. Estas mudanças podem ser sintetizadas da seguinte forma:

- criação do SUS em 1980s, sem levar em conta a natureza público-privada já existente no sistema de saúde do país;
- dez anos depois surge o SSS como suplementar ao SUS, mas sem afetar a unicidade deste, apesar dos usuários e prestadores conviverem com os dois sistemas;
- durante este período persistem outros sistemas ou planos de saúde sobretudo no âmbito do setor público - mas que não fazem parte seja do SUS ou do SSS - assim como a atenção a pacientes particulares;
- mais recentemente começa a se considerar uma alternativa para o Brasil, tratando de combinar e harmonizar os subsistemas público e privados;
- Saúde, superando as limitações e consolidando os avanços dos subsistemas hoje existentes.

Um dos requisitos para a viabilidade e o sucesso desta perspectiva de evolução diz respeito à construção de novas formas de relação público-privada na saúde. Assim como de mecanismos e instrumentos que assegurem uma operação eficiente, efetiva e equitativa das mesmas.

Temos, portanto, um desafio crucial pela frente, cuja superação exigirá a parceria dos diferentes atores setoriais, das instâncias do estado e da sociedade. E devemos também buscar o apoio de organizações internacionais, assim como de outros países cujos sistemas de saúde já tenham alcançado objetivos semelhantes aos que estamos buscando. Adiante e sucesso, portanto, com este processo de construção do nosso novo sistema de saúde.

Referências Bibliográficas

ANS, www.ans.gov.br

ASAP, Aliança para a Saúde Populacional, www.asapsaude.org.br

IBGE, Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013, www.ibge.gov.br



OPS/OMS, Saúde nas Américas 2007 e 2012, www.opas.org.br

Ministério da Saúde, Portal da Saúde, portalsaude.saude.gov.br

WHO, World Health Report 2010, www.who.int

WHO/EURO, European Health Report 2009, www.euro.who.int