

Título do capítulo	CAPÍTULO 3 EFICIÊNCIA E INEFICIÊNCIA NOS SISTEMAS DE SAÚDE: A PERSPECTIVA INTERNACIONAL DO DEBATE
Autores (as)	Maria Angelica Borges dos Santos
DOI	
Título do livro	SUS: AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE
Organizadores (as)	Carlos Octávio Ocké-Reis
Volume	
Série	
Cidade	
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2023
Edição	1ª
ISBN	
DOI	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://repositorio.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Eficiência e ineficiência nos sistemas de saúde: a perspectiva internacional do debate

Maria Angelica Borges dos Santos

Introdução

Eficiência e produtividade são conceitos centrais na economia, sendo paradigmáticos para a discussão da escassez de recursos abordada nessa disciplina¹.

O desenvolvimento de teorias e métodos para estudar eficiência e produtividade ganhou corpo no período após a Segunda Guerra Mundial. Esses anos difíceis testemunharam um enorme interesse nas teorias que discutiam as relações entre ingresso de capital e de trabalho (fatores de produção), eficiência e produtividade do trabalho. As discussões, à época, foram muito influenciadas pelos trabalhos de Robert Solow², que desenvolveu modelos simples para representar o crescimento econômico de longo prazo, baseados nessas relações. Criaram-se, assim, as bases para estudos sobre medidas de produtividade e eficiência.

Grosso modo, produtividade, por um lado, descreve uma relação linear entre resultados ou produtos gerados no processo produtivo (*outputs*) e recursos ou insumos específicos ou totais utilizados para produzi-los (*inputs*). Um exemplo simples de medida de produtividade seriam consultas produzidas (*output*) por médico (*input*) em dada unidade de tempo. Mudanças nas relações entre total de consultas produzidas e total de médicos produtores, com o decorrer do tempo, são tratadas como mudanças na produtividade média. Eficiência, por outro lado, pode ser definida como uma relação entre insumos utilizados no processo produtivo (*input*) e o melhor resultado obtido entre um conjunto de unidades produtivas (*output potencial*). Isto é, a eficiência, em geral, é calculada como uma taxa que relaciona o desempenho observado em uma unidade produtiva e o desempenho máximo observado em um conjunto de unidades produtivas³. Desse

modo, o conceito de eficiência é distinto das noções de custos ou gastos, uma vez que considera os resultados produzidos, enquanto custos ou gastos referem-se tão somente aos recursos utilizados, traduzidos em padrões monetários.

O conceito e os métodos para a análise de eficiência como os conhecemos atualmente foram desenvolvidos a partir dos trabalhos de Farrell⁴ para analisar o desempenho de firmas, circunscrevendo a discussão da eficiência a uma abordagem microeconômica. O pressuposto básico era de que qualquer operação em qualquer atividade econômica pode ser ineficiente. O parâmetro para medir eficiência não deveria ser o desempenho médio das firmas, conforme proposto na maior parte dos modelos econométricos à época, mas uma ‘fronteira de função de produção’, equivalente ao melhor resultado de produção obtido com os mesmos recursos/insumos entre um conjunto de unidades produtivas analisadas.

Aspectos novos introduzidos por Farrell à discussão incluíram a decomposição da eficiência em ET (técnica), EA (alocativa) ou relacionada a preço e eficiência global (*overall*) no nível micro de uma empresa (ou unidade de produção)¹.

Segundo Farrell⁴, a ET pode ser orientada para *inputs* ou *outputs*. No primeiro caso, analisa-se a capacidade de uma firma de produzir o maior *output* possível, a partir de um dado conjunto fixo de *inputs*, ou seja, produzir mais volume com o mesmo recurso. No segundo caso, analisa-se a capacidade de produzir um conjunto fixo de *outputs* usando menos recursos, configurando as medidas de ET orientadas para *outputs*.

A EA é a capacidade de uma firma usar recursos (*inputs*) em uma proporção ótima para obter sua produção, considerados os respectivos preços e tecnologia produtiva. Assim, ocorre EA quando se utiliza um *mix* de recursos (*inputs*) que minimizem custos ou, para uma firma no mercado, que maximizem as receitas dados os preços obtidos pela produção (*outputs*). A multiplicação da ET pela EA fornece a ‘eficiência econômica’ (*economic efficiency* ou *overall efficiency*).

A discussão sobre a eficiência na saúde intensifica-se no bojo da discussão sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Os desafios à sustentabilidade de sistemas de saúde mais equitativos têm sido intensificados pelas sucessivas crises econômicas mundiais iniciadas há pouco mais de uma década^{5,6}. Em particular, a preocupação formal com dimensionar os gastos dos países com saúde como ferramenta de planejamento em saúde⁷ precedeu em pelo menos 20 anos as preocupações com eficiência. Ademais, naturalmente, a percepção de gastos e demandas crescentes perante recursos finitos alavancou, a partir do início da década de 1980, a demanda

por análises de eficiência para medir e analisar o desempenho produtivo dos sistemas e serviços de saúde⁸.

Com a necessidade de adequar o financiamento disponível à crescente demanda por serviços de saúde, cada vez mais, ressalta-se também a centralidade da eficiência como um critério para estabelecer prioridades na saúde^{9,10}. A eficiência é um dos seis domínios da qualidade definidos pelo Institute of Medicine (IOM)¹¹. Eficiência na saúde também é frequentemente definida como a geração de condições que evitam o desperdício. Assim, o IOM define eficiência como “evitar desperdícios, inclusive desperdício de equipamentos, suprimentos, ideias e energia”¹².

Com o avançar da era das reformas dos sistemas de saúde, potencializadas por trabalhos como os de Murray e Frenk¹³ e pelo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2000¹⁴, a preocupação com eficiência cresceu e, hoje, “[...] estruturou-se uma pequena indústria de diagnósticos sobre eficiência em saúde”⁸. Murray e Frenk¹³ definiram o desempenho dos sistemas de saúde para fins comparativos como uma relação entre os objetivos do sistema de saúde (*outputs*, conceituados em última instância como o nível de saúde da população) e os recursos (*inputs*) utilizados para alcançá-los. Ou seja, o parâmetro do desempenho seria a fronteira de produção do maior nível de saúde possível de ser alcançado (*output*) com os recursos (*inputs*) disponíveis.

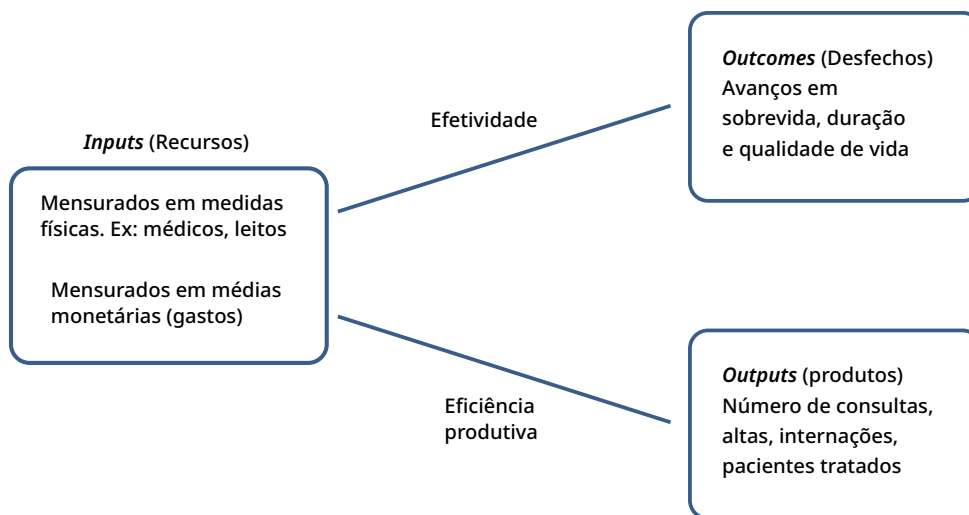
Medidas e níveis de mensuração de eficiência em saúde

Algumas peculiaridades cercam a discussão da eficiência em saúde, destacando-se o desdobramento do conceito único original da economia de *output* (produto, às vezes traduzido por resultado) nas dimensões *output* (produto) e *outcome* (desfecho) na saúde.

A produção de serviços ou cuidados de saúde diretamente relacionada com unidades produtivas, nesse ramo de atividade específico, é, na verdade, um produto (*output*), ou um resultado intermediário. Na prática, serviços de saúde são um meio para alcançar o objetivo ou desfecho (*outcome*) desejado, que seria melhorar a saúde das pessoas. Tem-se assim que, na saúde (figura 1), distingue-se eficiência produtiva de efetividade. Eficiência produtiva seria uma relação entre recursos (*inputs*) – custos na forma de trabalho, capital e equipamentos – e produtos ou resultados intermediários (*outputs*) que contribuiriam para desfechos ou resultados finais (*outcomes*) em saúde. Os desfechos (*outcomes*) expressam a efetividade da aplicação de recursos (*inputs*), ou seja, são a tradução dos *outputs* em melhorias da saúde, representadas por vidas salvas, anos de vida ganhos, anos de vida ajustados para qualidade (Quality-Adjusted Life Year – QALY)¹⁰.

Medidas de resultados intermediários ou *proxy* de eficiência produtiva (*outputs*) podem ofuscar um pouco o foco final de melhora das condições de saúde, mas têm a vantagem de serem mais fáceis de medir no curto prazo e quase não serem afetados por fatores externos à saúde, como determinantes sociais. Desfechos ou resultados finais em saúde (*outcomes*), por outro lado, podem levar anos para ficar evidentes¹⁵ e, muitas vezes, importam na construção de indicadores complexos, que têm grande potencial de serem contestados e trazem dificuldades de interpretação mais objetiva.

Figura 1. Dimensões da eficiência na saúde



Fonte: adaptado de Joumard et al.¹⁶.

As relações entre *outputs* (produtos) e *outcomes* (desfechos) podem ser bastante tênues. Exemplo disso é a baixa relação entre número de consultas médicas ou de altas hospitalares per capita (*inputs*) e anos de vida ajustados para qualidade (*outcomes*) observada em estudos realizados com países da OCDE¹⁶. Tanto Suécia quanto México, por exemplo, tiveram em 2007 uma média inferior a 3 consultas por habitante/ano, mas a expectativa de vida ajustada para qualidade do primeiro país era de 74 anos, ao passo que a do México era de 67 anos. No extremo oposto, República Tcheca e Japão reportavam mais de 12 consultas por habitante/ano, com expectativas de vida ajustadas para qualidade de 70 e 76 anos em 2007 respectivamente. É interessante observar também como Suécia e Japão tiveram variações importantes no número de consultas por habitante, sem terem variações proporcionais nas respectivas expectativas de vida.

Três alertas em relação a análises de eficiência decorrem desse exemplo simples. O primeiro é que os modelos usados acabam por não conseguir contemplar a complexidade dos sistemas de saúde, que incluem múltiplos *inputs* com interações variáveis segundo o contexto em que operem. No caso apresentado, certamente outros fatores (*inputs*), além de consultas médicas por habitante, explicam as diferenças observadas.

O segundo alerta é o de que eficiência produtiva não se traduz necessariamente em efetividade. A ênfase atual na discussão do desperdício enfoca justamente esse aspecto, destacando, por exemplo, que um excesso de exames diagnósticos pode inclusive contribuir para desfechos piores, ao exporem pacientes a riscos de iatrogenia. Teríamos aí um exemplo de possível eficiência produtiva que não se traduz em maior efetividade.

O terceiro alerta procura chamar atenção para o fato que, tanto os determinantes sociais externos ao setor de saúde propriamente dito quanto a qualidade do atendimento clínico do paciente têm grande participação nos resultados finais (*outcomes*). Esses são elementos que não costumam ser facilmente captados em modelos de análise de eficiência.

Tendo em vista a multiplicidade de recursos, produtos e desfechos associados à saúde, a eficiência de um sistema de saúde configura-se em um conceito multidimensional e bastante complexo. Consequentemente, desafia modelagens e impõe sempre limitações importantes às análises. Não existe um consenso claro sobre como medir eficiência¹¹. Entretanto, análises de eficiência necessariamente incluem uma descrição de *inputs*, *outputs* e, eventualmente, *outcomes* (ver figura 1).

Na dimensão recursos (*inputs*), são descritos os elementos considerados para produzir o resultado. Recursos podem ser representados por: medidas físicas de estrutura, por assim dizer – como leitos-dia, horas de enfermagem, dias de fornecimento de medicamentos; medidas de processo (número de pessoas tratadas, tempos de espera); ou por medidas monetizadas – como valores monetários correntes ou padronizados associados a cada unidade de produção¹. Contudo, podem também incluir medidas mais gerais, como percentual de gasto em saúde associado ao componente do sistema de saúde que estamos estudando ou, em estudos mais abrangentes, gastos per capita em saúde.

Medidas de *input* físico ajudam a responder se uma mesma quantidade de produto, idealmente ponderada para qualidade, poderia ser produzida com menos pessoas, menos tempo das pessoas ou menos suprimentos (ET). Medidas monetizadas ajudam a

I Destaque-se que, dependendo do modelo adotado, medidas usadas como *inputs* poderiam ser consideradas *output*. Poderíamos desenhar, por exemplo, um modelo de análise de eficiência em que pretendêssemos estudar a relação entre recursos físicos, como número de médicos e tempos de espera. Nesse caso, tempos de espera seriam um *output* (produto).

responder se a produção (*output*) poderia ser obtida a menor custo (mais barato), ou seja, se custos do trabalho, do capital e suprimentos poderiam ser reduzidos (custo-minimização, eficiência produtiva). Aumentos da produtividade, expressos em maior rendimento desses recursos (mais consultas por médico, por exemplo) ou por menores custos do trabalho (salários menores), geram aumentos da ET.

Na dimensão *outcomes* ou desfechos, explicita-se o resultado considerado e como ele está sendo medido. *Outcomes* ou desfechos poderiam ser exemplificados por elementos como óbitos evitáveis, expectativa de vida ao nascer, taxa de mortalidade ou sobrevivência infantil, anos de vidas potenciais perdidos ou anos de vida ajustados para qualidade, mas também por desfechos clínicos, como controle de pressão arterial e da glicemia, que permitem traçar relações mais imediatas (ainda que também contestáveis) entre recursos usados e resultados obtidos.

Uma questão central é se *inputs* e *outputs* são comparáveis entre as unidades produtivas de um modelo. Ameaças à comparabilidade incluem heterogeneidade no conteúdo de serviços, serviços analisados de forma agregada (*bundled*) e distintos perfis de risco de pacientes que buscam um serviço.

De forma geral, a eficiência pode ser analisada em nível macroeconômico – o nível do sistema de saúde – e em nível microeconômico, como eficiência de unidades prestadoras de serviços³ ou de subsetores da saúde¹⁶. Mais recentemente, um terceiro nível de análise de eficiência tem despertado muito interesse – as análises de eficiência segundo grandes grupos de doenças¹⁷. Entretanto, o nível de exigência de dados para esses últimos estudos tem mantido seu escopo ainda limitado, mesmo que venham ganhando espaço crescente em países como os Estados Unidos¹⁸.

A principal vantagem das análises em nível do sistema de saúde reside em poderem, a princípio, captar efeitos finais das interações e da alocação de recursos entre diferentes partes do sistema de saúde¹⁷. Na prática, fornecem indicativos de que tanto componentes específicos do sistema de saúde como o equilíbrio necessário e as melhores interações entre os vários componentes do sistema precisam de atenção.

A principal desvantagem dessas análises é se basearem em indicadores muito gerais de condições de saúde populacionais (que podem refletir efeitos de diversos fatores diferentes do gasto em saúde) ou em indicadores compostos, que comportam muitos problemas de análise¹⁷. São também análises agregadas, que criam enormes desafios para que se identifiquem as origens da ineficiência. Mal comparando, seriam como um sinal muito inespecífico como a febre, que indica que existem problemas, mas, isoladamente, não consegue apontar claramente em que parte do corpo se originam os problemas.

No nível de análise de subsetores específicos do sistema de saúde, de modo geral, as análises podem ser mais fáceis para hospitais e estabelecimentos de cuidados de longo prazo do que para segmentos ambulatoriais e para a assistência farmacêutica. Desfechos em saúde costumam traduzir esforços de mais de um setor, tornando difícil, na prática, individualizar a contribuição dos subsetores individuais.

Destaque-se que, embora muitos estudos incluam subsetores dos sistemas de saúde – em geral, sendo os hospitais alvo do maior número de estudos –, a natureza das modelagens faz com que poucos consigam considerar de forma realista o equilíbrio necessário entre os vários componentes do sistema, sendo também recomendável estudá-los de forma longitudinal (usando séries que incluam vários anos) para tentar melhorar captar a natureza dinâmica dessas interações.

Produtos médicos podem ser produzidos de forma muito eficiente em um subsetor, mas ter impacto limitado sobre as condições de saúde da população; ou, alternativamente, existirem problemas de coordenação entre os setores que neutralizam um desempenho elevado em um segmento do sistema de saúde diante de ineficiências de outros¹⁶.

A complexidade e a multiplicidade das medidas de eficiência são ilustradas por algumas revisões de literatura sobre o tema. Hollingsworth⁸ analisou 317 artigos que visavam medir fronteiras de eficiência, definindo conceitos de eficiência e critérios de uso e utilidade para ajudar pesquisadores a decidir como elaborar medidas úteis. O autor destacou também os riscos e as oportunidades de gerar esse tipo de informação.

Peter S. Hussey et al.¹⁹ (2009) reviram estudos sobre eficiência e os caracterizaram segundo vários aspectos da metodologia, a saber, abordagem estatística/matemática, fonte de dados, horizonte temporal e variáveis explicativas incluídas. Identificaram 265 medidas na literatura especializada e 8 na literatura cinzenta, diferenciadas segundo perspectiva, *outputs*, *inputs*, métodos empregados e robustez científica. Poucas dessas medidas explicitamente consideravam a qualidade do cuidado. Esses autores chamaram a atenção para o fato de, se a qualidade variar substancialmente no âmbito dos grupos estudados, as medidas de eficiência tenderem a refletir apenas preços e gastos, mas não eficiência. Nessa revisão, análises de sensibilidade foram relatadas apenas para um quarto das medidas; e evidências de robustez ou validade, em 2,3 % delas, indicando fragilidade metodológica na maioria dos estudos.

McGlynn¹¹ propôs uma tipologia para descrever análises de eficiência, que acaba por nos remeter a recomendações validadas para análises econômicas²⁰. Ainda que as análises de eficiência tenham sido explicitamente concebidas para examinar processos

produtivos na perspectiva do prestador de serviços ou do ‘dono do negócio’, essa autora cita a necessidade de considerar perspectiva de análise, bem como o papel da qualidade ou da efetividade nos modelos, além da descrição de *inputs* e *outputs* dos modelos.

A dimensão ‘perspectiva de análise’ de um estudo precisa explicitar quem está avaliando a eficiência e com qual objetivo. Nessa linha, avaliações de eficiência deveriam idealmente incluir os vários grupos (*stakeholders*) com interesse nas atividades de saúde, como, por exemplo, prestadores de serviços (médicos e hospitais); intermediários de serviços de saúde (empregadores e planos privados de saúde); consumidores/pacientes que usam os serviços e a sociedade (compreendendo os três segmentos previamente citados, diretamente ligados às atividades de saúde, bem como setores transversais da sociedade onde possam ser observadas externalidades).

Cada um desses *stakeholders* tem objetivos diferentes ao considerar eficiência. A perspectiva de mensuração tem fortes implicações para os resultados do estudo. Em tese, um sistema de saúde poderia evidenciar alto grau de eficiência, segundo uma das perspectivas e ser muito ineficiente segundo outra. No limite, por exemplo, na perspectiva do paciente que usa os serviços, um hospital de pequeno porte – que pode ser muito ineficiente do ponto de vista do prestador ou financiador do serviço – pode evitar gastos do bolso dos usuários da região, ou seja, ser ‘eficiente’ na sua perspectiva da ‘proteção financeira’, caso se fizesse a opção por considerar esse desfecho. Uma questão fundamental seria obter valorações de eficiência para o maior conjunto possível de *stakeholders*¹¹.

A aplicação pretendida do estudo de análise da eficiência oferece outra forma de analisar a perspectiva. Daí ser fundamental enunciar os usos a que se destinam os estudos e, mais do que isso, monitorar os usos que são efetivamente dados a eles. Destacar limitações de qualquer estudo é um imperativo necessário de precaução contra os usos indevidos de informações por eles trazidas.

Eficiência comparativa entre países

A condução de análises comparativas de eficiência entre países tem como base a premissa de que esse tipo de exercício propicie parâmetros (*benchmarkings*) que possam apoiar a adoção de práticas que maximizem a efetividade do gasto público¹⁷ ou do gasto total em saúde. Os objetivos da utilização de métricas de eficiência dos sistemas de saúde incluiriam: detectar áreas em que o sistema de saúde produz aquém do que seria desejado e que seriam alvos potenciais de reformas; facilitar a análise de políticas; e identificar melhores práticas²¹.

Apesar do interesse em torno do tema, a comparação entre as eficiências de sistemas de saúde dos países está longe de ser uma unanimidade. As técnicas de análise de eficiência foram concebidas e, idealmente, são usadas para comparar unidades produtivas (ou unidades tomadoras de decisão – DMU) que operem sob condições muito semelhantes – como uma fábrica, hospitais ou até atividades/procedimentos com dinâmicas produtivas parecidas. No caso de países, é enorme a gama de fatores contextuais e de outras naturezas que influenciam as condições de produção²².

Ainda assim, a elaboração desse tipo de estudo tem aumentado nos últimos anos. Um dos primeiros trabalhos contendo comparações internacionais é o estudo de David Evans et al.⁹ apresentado no Relatório Mundial de Saúde de 2000¹⁴. O Relatório apresentou um *ranking* de índices de eficiência e desempenho dos sistemas de saúde e foi alvo de muitas críticas. Os sistemas de saúde mais eficientes entre 196 países estudados seriam os de Oman (1º) e Malta (2º). Grécia (11º) e Portugal (13º), que poucos anos depois teriam seus sistemas de saúde duramente solapados pela crise econômica internacional de 2008, também figuravam entre os melhores desempenhos, levantando a questão da necessidade adicional de estudar, como parâmetro de sustentabilidade dos sistemas de saúde, a resiliência desses sistemas diante de crises.

As repercussões negativas da divulgação de *rankings* de eficiência comparativos entre países baseados em indicadores complexos fizeram com que a OMS mantivesse o endosso a um programa de pesquisa sobre eficiência, mas abandonasse a ideia de divulgar *rankings* de eficiência e de julgamentos categóricos nesse sentido²³. Na prática, existe um consenso de que os indicadores de eficiência “figuram entre os mais decepcionantes (*elusive*)” na métrica comparativa de desempenho de sistemas de saúde²¹. Contudo, com a crescente disponibilidade de bases de dados organizadas sobre as várias dimensões da saúde e dos sistemas de saúde – como as da OCDE e da própria OMS –, estudos comparativos entre países têm se tornado frequentes.

Estudos sobre países da OCDE – que seguramente possuem as bases de dados sobre saúde mais organizadas, detalhadas, bem como a maior quantidade e escopo de estudos sobre eficiência em nível mundial – concluem que “existe espaço em todos os países para aumentar a efetividade dos gastos”²⁴. Medidas como ganhos em expectativa de vida, crescimento dos gastos per capita em saúde em termos reais e o potencial de redução/poupança (*savings*) dos gastos públicos são rotineiramente aferidas para acompanhar, respectivamente, resultados, sustentabilidade e a eficiência de países membros.

Uma recente revisão sistemática com metanálises de estudos comparativos sobre eficiência de países da OCDE na produção de cuidados de saúde²⁵ identificou, até 2014,

22 estudos que compararam eficiência desses países. Para examinar a validade interna dos resultados, foram conduzidas metanálises de estimativas de eficiência reportadas por 35 modelos em 10 estudos. A metanálise sugeriu fragilidade na validade interna das estimativas de eficiência. O estudo concluiu pela existência de problemas metodológicos nas comparações de eficiência entre países, que “colocam em dúvida a capacidade dessas comparações de fornecerem orientações úteis para políticos e tomadores de decisão”²⁵.

Também, bastante recente é o estudo sobre eficiência comparativa de sistemas de saúde na Ásia²⁶. Mediante um modelo de DEA, que usou o gasto per capita em saúde como *input* e expectativa de vida ao nascer e mortalidade infantil por mil nascidos vivos como *outputs*, o estudo mostrou que 91,3% (42 dos 46 países estudados) eram ineficientes no uso de recursos, sendo os mais eficientes três países de alta renda (Chipre, Japão e Singapura) e Bangladesh, no estrato médio inferior de renda. O método DEA será detalhado em capítulos subsequentes.

Um dos grandes diferenciais do estudo foi ter empreendido uma tentativa de identificar variáveis que influenciam a pontuação de eficiência, pois “em um nível mais macroscópico os resultados podem ser influenciados por diversos fatores contextuais, como distintas instituições políticas, panorama econômico, bem como padrões de busca por cuidados de saúde e carga de doença da população”²⁶⁽¹⁰⁾,

Esse estudo buscou analisar alguns dos fatores que mais influenciaram as pontuações, e os resultados mostraram que uma quantidade de leitos inferior a três por mil habitantes e baixas taxas de conclusão de educação básica se associavam a maior ineficiência. Por outro lado, países com maiores densidades demográficas (superiores a 200 habitantes por quilometro quadrado) se mostravam mais eficientes.

Outro diferencial do estudo foi ter apresentado resultados agregados para os países segundo níveis de renda e a recomendação para que os países se comparem àqueles do mesmo grupo de renda ou com sistemas de saúde semelhantes²⁶.

Os vários estudos comparativos que se somaram no decorrer dos anos permitiam supor que existam ampla variação na eficiência comparativa entre países e substancial ineficiência nos sistemas de saúde, e que ela seja inerente aos sistemas de saúde. O Relatório Mundial de Saúde de 2010 – *Financing for Universal Coverage*²⁷ – admitia que, segundo uma estimativa conservadora, 20% a 40% dos gastos em saúde são consumidos em atividades que pouco contribuem para a saúde das pessoas. O combate a essas ineficiências evidentemente teria um enorme potencial de liberar recursos escassos para expandir o acesso e a cobertura²⁷.

Uma forma de reduzir imprecisões potenciais em análises de eficiência sem renunciar a parâmetros comparativos é agregar países em categorias amplas. Nessa perspectiva, o relatório da OMS buscou dimensionar ineficiências nos gastos em saúde segundo nível de renda dos países. Independentemente de nível de renda, o potencial de “redução de gastos/poupança” com correção de ineficiências foi fixado em 20% a 40% e analisado segundo as participações de distintas fontes de ineficiência.

Haveria cinco grandes grupos de fontes de ineficiência dos sistemas de saúde – má utilização de recursos humanos; má utilização de medicamentos; hospitais; *mix* ou combinação de intervenções e procedimentos realizados no sistema de saúde; e desvios relacionados com fraude e corrupção²⁷.

O peso de cada um desses fatores evidentemente variaria segundo o contexto de cada país. As áreas com maiores potenciais de redução de gastos/poupança por correção de ineficiências se distribuem de forma desigual segundo a classe de renda dos países. Em países de baixa e média renda, estimou-se que os maiores focos potenciais de ineficiências seriam desvios relacionados com fraude e corrupção (que consumiriam 5% a 10% dos gastos totais em saúde) e hospitais (com 5% a 11% de gastos totais em saúde consumidos por ineficiências em países de média renda e 4% a 9% em países de baixa renda)²⁷.

Apesar de o relatório ter dado destaque a um potencial de ‘poupança’ pela supressão da ineficiência em países de baixa renda, ao avaliar ganhos potenciais de eficiência segundo categoria de renda dos países, ficavam muito claras as enormes ineficiências de países de alta renda. Segundo essas estimativas, o conjunto dos países de alta renda apresentaria um potencial de poupança por correção de ineficiências de US\$ 192 a US\$ 1.575 bilhões *versus* US\$ 86 a US\$ 599 bilhões em países de renda média, e de US\$ 4 a 17 bilhões nos de baixa renda. Países de alta renda têm gastos totais em saúde muito superiores aos demais países e, segundo essa estimativa, concentrariam 72% do potencial de ganhos com eficiência, com menos de 1% do valor total atribuído à participação dos países de baixa renda.

O Brasil na discussão internacional sobre eficiência em saúde

Os méritos e as conquistas do SUS têm amplo reconhecimento internacional. A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS considerou recentemente o Brasil e o SUS “uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a Região das Américas e países de outras latitudes.”²⁸. O reconhecimento desses méritos convive com críticas

relevantes, mas também com outras que facilmente se prestam a sugerir que a gestão do SUS seja um eterno problema não resolvido²⁹.

Um relatório do Banco Mundial que analisou os 20 anos do SUS³⁰ destacou que a ampliação dos gastos em saúde acompanhou-se de progressos significativos na saúde. Ressaltava ainda que isso ocorreu apesar de a ampliação dos gastos em saúde ter tido níveis inferiores aos da OCDE e de outros países de média e alta renda, em especial, daqueles que apresentaram uma rápida expansão da cobertura, como República da Coreia, África do Sul, Tailândia e Turquia. Destacava ainda a baixa participação do gasto público no gasto total em saúde, equivalente à metade da média dos países da OCDE.

Avanços que chamavam atenção incluíam o crescimento do uso de serviços de saúde, o declínio dos domicílios referindo dificuldades de acesso a cuidados de saúde por problemas financeiros e o número crescente de contatos de serviços de saúde ocorrendo em unidades básicas de saúde. Simultaneamente, registrava-se um aumento de 60% no número de instalações ambulatoriais e de 70% no número de consultas médicas, que se acompanhavam de reduções na mortalidade infantil e de internações por causas sensíveis à Atenção Primária. Os avanços na redução da mortalidade infantil ocorreram a uma intensidade mais do que o dobro da de outros países da América Latina e Caribe. No que tangia ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) problemas ainda eram detectados no indicador mortalidade materna e em algumas causas de morbimortalidade evitáveis, como dengue e malária³⁰.

Os progressos obtidos foram atribuídos à drástica descentralização das responsabilidades pelo financiamento e prestação de serviços de saúde, à reorientação do modelo no sentido de priorizar a Atenção Básica e a um aumento nos gastos públicos em anos recentes – a maioria dessas ações alinhadas a recomendações de longa data do Banco Mundial.

Entretanto, é nesse mesmo documento do Banco Mundial³⁰ que se intensificam alertas em relação à (in)eficiência do SUS^{II}. As primeiras mensagens claras sobre ineficiência já apareciam no trabalho de La Forgia and Couttolenc³¹ sobre hospitais brasileiros, que operariam com altos níveis de ineficiência, com leitos subutilizados e equipamento caro abandonado em suas dependências.

O diagnóstico de ineficiência e as recomendações correspondentes apresentadas no relatório de Gragnolati, Lindelow e Couttolenc³⁰, de certa forma, substituem a ênfase de documentos anteriores do Banco Mundial nas falhas na gestão e na responsabilização (*accountability*) como estratégia para correção dos rumos do SUS³². Na prática, recomenda-

II Referências explícitas à ineficiência do SUS são encontradas nas p. 73-81; p. 108 e p.110 do relatório.

ções com esse tipo de foco poderiam desembocar no endosso a monitoramentos e punições quase individuais a gestores²⁹, medidas difíceis de operacionalizar em qualquer âmbito.

Ainda que sustentar a ampliação do acesso, aprimorar a qualidade e a coordenação do cuidado, bem como superar as lacunas de cobertura e barreiras no acesso à atenção especializada e alta complexidade e a persistente dependência de gastos privados no sistema de saúde brasileiro tenham sido listados como os grandes desafios do SUS, o grande destaque, a partir de 2013, passa a ser melhorar a eficiência do sistema³⁰.

O relatório admitia que poucos estudos no Brasil analisaram aspectos específicos da eficiência do sistema de saúde brasileiro. No entanto, asseverava que alguns indicadores e revisões de literatura fornecem evidências diretas e indiretas de que o SUS e o setor de saúde brasileiro, em geral, operam com baixos níveis de eficiência e de que países semelhantes têm alcançado resultados melhores em saúde com níveis iguais ou inferiores de gasto³⁰.

O desdobramento mais controverso daquilo que se inicia como uma discussão sobre eficiência ocorre na conclusão desse relatório, que discorre sobre a “determinação dos níveis corretos” de gasto público em saúde. A partir da assertiva de que a carência de recursos e suprimentos não é um constrangimento incontornável à melhoria do acesso e da qualidade, pela primeira vez, transmite-se uma clara mensagem de dúvida em relação ao subfinanciamento do SUS^{III}. Segundo esse documento, não há certezas claras ou científicas de que o SUS é adequada ou insuficientemente financiado.

A dúvida assinalada em relação ao subfinanciamento fica ainda mais incompreensível diante do reconhecimento, nos próprios documentos do Banco Mundial, de que os níveis de gasto público com saúde relativamente ao PIB ou ao gasto total em saúde são baixos comparativamente a qualquer parâmetro. Se abordagens comparativas são válidas para caracterizar ineficiência, deveriam, por coerência, também ser válidas para que se reconheçam os baixos nível de participação pública no financiamento da saúde no Brasil, o que automaticamente nos situaria em um posto de destaque na categoria ‘subfinanciamento público da saúde’.

Na sequência, com o evocativo título ‘Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil’, o mais recente relatório do Banco Mundial³³ finalmente sustenta-se em um estudo baseado em técnicas de DEA, que se propõe a mensurar a

III Hence, although the debate over whether the public system is “adequately” or “sufficiently” funded has raged since before its foundation, there is no clear and scientific way to determine whether this is the case. In Brazil, the health system clearly could produce more health services and better health outcomes with the same level of resources if it were more efficient³⁰⁽¹¹⁰⁾.

ineficiência do SUS. O acirramento do diagnóstico de ineficiência resta agora objetivamente pautado em um estudo técnico, que aparentemente apoia uma ‘justa’ redução do financiamento, temporalmente coincidindo com a Emenda Constitucional nº 95/2016³⁴.

As principais sínteses diagnósticas do relatório de 2017 destacam que “o Brasil poderia ter prestado o mesmo nível de serviços usando 34% menos recursos” e que “se o Brasil fosse tão eficiente quanto os países mais eficientes da amostra, poderia gastar menos da metade dos recursos atuais para atingir os mesmos resultados.”³³. O próprio texto admite que os resultados dessa análise são muito influenciados pelos prestadores de saúde privados (“que gastam grandes quantias com uma pequena parcela da população”), mas pouco se detém no exame dos impactos de nossa configuração particular de financiamento da saúde sobre a eficiência e a equidade do sistema de saúde brasileiro.

Ademais, o documento assevera que “os resultados indicam que seria possível reduzir os gastos em 23% na atenção primária à saúde, mantendo os mesmos níveis de resultados (o que implicaria uma economia potencial de R\$ 9,3 bilhões), e em 34% nos serviços hospitalares (o que geraria uma economia potencial de R\$ 12,7 bilhões)”. Ou seja, “se o Brasil equiparasse a eficiência de todos os municípios aos mais eficientes, o país poderia economizar aproximadamente R\$ 22 bilhões, ou 0,3% do PIB, no seu Sistema Único de Saúde (SUS) sem nenhum prejuízo ao nível dos serviços prestados”³³.

A título de comparação, um estudo do Departamento de Economia da OCDE, usando dados de países-membros, mostrava que aumentar a eficiência do sistema de saúde nos países da OCDE poderia gerar poupanças próximas a 2% do PIB no gasto público em saúde²⁴. Ao cotejarmos os valores encontrados para países-membros da OCDE com as ineficiências definidas para o Brasil no estudo do Banco Mundial³³ – equivalentes a algo em torno de 10% do gasto do SUS, bem menos de 2% do PIB, como já destacamos –, verificamos que, claramente, o Brasil tem níveis de ineficiência dentro da média mundial. Estudos da OMS²⁷ que estabelecem ineficiência segundo nível de renda dos países apontam no mesmo sentido.

Essas comparações nos fazem questionar o alarde causado pelo relatório do Banco Mundial³³. Na discussão nacional sobre eficiência do SUS, chama a atenção, em particular, o conjunto de estudos conduzidos por pesquisadores do Ipea, em que as análises são bem mais comedidas.

Marinho et al.³⁵⁻³⁷ analisaram a eficiência e a ineficiência comparativa de gastos em saúde em países da OCDE e América Latina e Caribe, inclusive Brasil. Conduziram 11 exercícios de modelagens distintas aplicando metodologias DEA (na perspectiva de

maximização de resultados) e um exercício^{IV} aplicando o método de fronteiras estocásticas (na perspectiva da minimização de custos). O objetivo era ilustrar efeitos da adoção de diferentes técnicas e parâmetros de modelagem sobre resultados de análises de eficiência. O gasto com saúde per capita em dólares (US\$) com Paridade do Poder de Compra (PPC) foi usado como variável de recursos (*input*). Como variáveis de resultados (*outputs*), foram vários considerados desfechos finais em saúde, utilizados nos múltiplos exercícios de modelagem empreendidos. Adicionalmente, foram consideradas variáveis não controladas diretamente pelos gestores dos sistemas de saúde ('variáveis não discricionárias'), a saber: população; área territorial; e densidade demográfica.

O estudo conclui que

Ainda que existam evidências de ineficiência, a posição relativa do Brasil e de outros países) varia bastante em função do modelo de análise, das variáveis consideradas em cada modelo, e da amostra de países utilizada. Portanto, devem ser evitadas afirmativas enfáticas, categóricas ou pretensamente definitivas sobre o desempenho relativo de nosso sistema de saúde³⁵⁽⁶⁾.

Outra importante vertente analítica dos gastos em saúde que precisa ser considerada é a da relevância dos gastos sociais como política macroeconômica para promover o desenvolvimento do país. Segundo um desses estudos³⁸, que usou dados de 2006, cada R\$ 1 gasto de União, estados e municípios com saúde pública gerou R\$ 1,70 para o PIB.

Tais análises conduzem o debate do gasto em saúde em direções opostas às colocadas pelo debate clássico da eficiência. Enquanto este último remete ao imperativo do controle da dívida pública e equilíbrio fiscal, priorizando o controle de gastos, estudos sobre efeitos dos gastos sociais remetem à capacidade de gastos em saúde de elevarem a produtividade da população e gerarem renda e empregos nas economias nacionais, aumentando bem-estar e capacidade produtiva. Embora essa perspectiva não seja o foco deste capítulo, na prática, um debate sobre gastos em saúde fica incompleto quando esse segundo polo é omitido.

Independentemente dessas ponderações, o que precisa ser recuperado é a noção de que não existe relação necessária, nem desejável, entre aumentar a eficiência e reduzir o financiamento público da saúde. No próprio Banco Mundial e nas mais recentes

IV Os resultados (*outputs*) considerados nos vários modelos incluíram: esperança de vida ao nascer- homens; esperança de vida ao nascer-mulheres; índice de mortalidade infantil; índice de sobrevivência infantil; anos de vida perdidos por doenças transmissíveis; anos de vida perdidos por doenças não transmissíveis; anos de vida perdidos por causas externas; anos de vida recuperados por doenças transmissíveis; anos de vida recuperados por doenças não transmissíveis; e anos de vida recuperados por causas externas.

agendas da OMS³⁹ já se observa que a discussão da eficiência dos sistemas de saúde, sem perder força, vem migrando para ser incluída como um dos elementos na discussão maior de espaço fiscal para a saúde. O espaço fiscal para a saúde “converge para o potencial representado por crescimento econômico e aumentos de receita, revisão de prioridades do orçamento e medidas de aumento da eficiência”³⁹.

Em outras palavras, melhorar a eficiência é uma das estratégias para ‘aumentar’ o financiamento público de forma sustentável e equitativa. O que não se pode perder de vista também é que variações no financiamento da saúde podem ser decompostas em três origens: crescimento econômico, participação agregada do gasto público no PIB e priorização da saúde nas despesas públicas agregadas⁴⁰. Essas dimensões também são componentes importantes da garantia de sustentabilidade do financiamento para a saúde e convidam a repensar e superar a Emenda Constitucional 95/2016 por meio de um novo regime fiscal.

Síntese das recomendações recentes de organismos internacionais para promover maior eficiência no sistema de saúde brasileiro

O Relatório Mundial de Saúde de 2010²⁷ destacou duas mensagens centrais em seu conteúdo: a de que os países precisam assegurar gastos em saúde para avançar no sentido da cobertura universal em saúde e a de que uma maior eficiência do gasto é fundamental para a evolução dessa agenda. Fazendo uma relação entre a necessidade de ampliar a disponibilidade de bens e serviços de saúde (*outputs*) para alcançar a cobertura universal, enfatiza-se a necessidade do uso eficiente dos recursos (*inputs*) disponíveis⁴¹.

Quais têm sido as recomendações para aumentar a eficiência do sistema de saúde brasileiro e quem tem capitaneado estudos contendo tais recomendações? Vale a pena ressaltar que, no arcabouço analítico de McGlynn¹¹, a perspectiva sob a qual se conduz o estudo de eficiência é o primeiro ponto a ser considerado

O mais tradicional gerador de recomendações para o SUS em âmbito internacional é o Banco Mundial – que integra o tripé de Bretton Woods, criado após a Segunda Guerra Mundial, juntamente com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Essas organizações visavam fomentar o comércio internacional, tendo como base uma harmonização de políticas monetárias, a cargo do FMI, e propondo projetos de reconstrução e avaliações em várias áreas estratégicas para o desenvolvimento dos países, tarefa que coube ao Banco Mundial. A estabilização das dívidas e a ‘disciplina fiscal’ dos países estão no centro

dessas políticas monetárias. As posições adotadas nos vários documentos que abordam eficiência no sistema de saúde brasileiro e as recomendações apresentadas são coerentes com essa origem e finalidade institucional do Banco.

Vemos também algumas recomendações para aumentar a eficiência no sistema de saúde brasileiro nos dois últimos relatórios da OCDE sobre a economia brasileira. Em 2015, o relatório *OECD Economic Surveys: Brazil 2015*⁴²⁽⁴⁸⁻¹²³⁾ dedicou espaço considerável ao SUS, tendo elencado um grupo de recomendações. O *OECD Economic Surveys: Brazil 2018*⁴³ menciona também o sistema de saúde brasileiro e aponta números da oportunidade de redução de ineficiências, aparentemente baseados em reestimativas de dados do Banco Mundial.

Não obstante os avanços das metodologias para mensurar eficiência, as recomendações sobre como combatê-las no âmbito do sistema de saúde brasileiro permanecem muito semelhantes ao longo dos anos. Muitas vezes, há pouca clareza sobre a quem se destinam as recomendações – o sistema de saúde ou os vários níveis de gestão do SUS –; e essas assumem o caráter de *one size fits all*^V.

O estudo de 2013 do Banco Mundial teve como objetivos “fornecer uma avaliação objetiva e neutra do desempenho do sistema e dos desafios futuros” e “apresentar recomendações baseadas no diagnóstico e em experiências de outros países com reformas similares”³⁰. A frase “há uma riqueza de experiências internacionais que podem ajudar” é recorrente. Compreensivelmente, muitas vezes, recorre-se a formulações de caráter genérico, frequentemente não apoiadas pelas modelagens empregadas e com baixo potencial de aplicação prática.

Apesar disso, boa parte das recomendações do Banco Mundial (quadros 1 e 2) têm sido endossadas, em especial, pelo Ministério da Saúde. Segundo o diagnóstico do relatório de 2013, a raiz da ineficiência do SUS seria sua ‘cobertura ilimitada’, o que o torna insustentável, pois “é improvável que um pacote de benefícios ilimitados possa ser aplicado de forma sustentada”³⁰. Contra muitas vozes de peso na defesa dos princípios do SUS, a mais recente versão da política de atenção básica⁴⁴ já passa a fazer uma inédita menção a pacotes básicos ou ampliados de serviços de atenção básica.

V Em tradução literal, recomendações em tamanho único, que não consideram diferenças entre países.

Quadro 1. Recomendações para aumentar a eficiência do SUS. Banco Mundial, 2013

Definir lista de serviços ("pacotes" de serviços e procedimentos) a serem abrangidos pelo SUS
Regular a obtenção de medicamentos e procedimentos por via judicial (judicialização)
Priorizar alocação de gastos no sentido de intervenções mais custo-efetivas
Reforçar o processo de tomada de decisão sobre introdução e gestão de novas tecnologias (medicamentos e procedimentos)
Definir padrões e parâmetros mais explícitos para serviços
Criar incentivos financeiros para prestadores, como o PMAQ
Implantar mecanismos para gerenciar as pressões de custos já evidentes no sistema
Alinhar a capacidade hospitalar às necessidades
Reduzir o desperdício e mau uso de recursos

Fonte: Gragnolati, Lindelow e Couttolenc³⁰.

As demais recomendações de combate à ineficiência de 2013 (quadro1) incluem desde itens muito gerais como “reduzir o desperdício e mau uso de recursos” – conselho que pouco agrega – até “alinhar capacidade hospitalar às necessidades”, sem que se indiquem caminhos.

Igualmente, é dada ênfase à necessidade de gerir melhor a introdução de tecnologias, com base na premissa de que “o Brasil tem sido rápido a adotar novas tecnologias e as emprega de uma forma ineficiente”³⁰, um comentário que faz pouco sentido no SUS atual e, com certeza, diz mais respeito ao setor vinculado a planos e seguros privados. Vale dizer: essa é uma constante nos documentos de organismos internacionais – que frequentemente parecem se dirigir ao SUS, porém, na verdade, analisam dados da ‘saúde suplementar’, em que provavelmente são muito elevados os níveis de ineficiência.

As recomendações do relatório de 2017 parecem ter avançado no sentido de uma maior especificidade, ainda que haja pontos controversos e insuficientemente elaborados (quadro 2).

Conter gastos públicos com medicamentos parece fazer pouco sentido no gasto do SUS, responsável por menos de 20% dos gastos com medicamentos no país. A afirmativa generalizante de que os impostos de medicamentos são altos insinua a necessidade de reduzi-los. Essa é uma tarefa hercúlea, uma vez que o principal

imposto sobre medicamentos é o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS), cobrado por cada estado da federação e essencial para os respectivos equilíbrios fiscais até o momento.

Um ponto controverso diz respeito aos pequenos hospitais. Na perspectiva do paciente/consumidor, talvez esses hospitais pudessem até mesmo ser considerados 'eficientes', pois sua localização evita, às vezes, longas viagens e gastos do bolso. Adicionalmente, uma revisão sistemática recente mostra que a quantidade de leitos de um hospital não tem relação necessária com sua eficiência⁴⁵. A baixa disponibilidade atual de leitos por habitante no Brasil (2,2 leitos por mil habitantes) também torna preocupante a recomendação isolada de reduzir o número de pequenos hospitais, pois tal medida talvez devesse cursar paralelamente a uma recomendação de investir na abertura de leitos qualificados, o que implicaria ampliar investimentos.

De longa data, vários documentos do Banco Mundial recomendam incorporar com maior intensidade o setor privado de saúde ao sistema público, chegando quase a insinuar uma substituição da prestação pública pela privada. Também essa recomendação vai de encontro à maioria de revisões internacionais sobre o tema, que sugerem um desempenho superior de prestadores públicos⁸. Adicionalmente, o incentivo à implantação de parcerias público-privadas em saúde, também defendida em alguns relatórios, cria a necessidade de estabelecer garantias, que implicam aumento do risco fiscal do governo, o que representaria uma recomendação incoerente com as posições do Banco.

Quadro 2. Recomendações para aumentar a eficiência do SUS. Banco Mundial, 2017

Racionalizar rede de serviços com prioridade para redução do número de hospitais de pequeno porte
Melhorar coordenação dos atendimentos pela maior integração de serviços diagnósticos, especializados e hospitalares
Aprimorar sistemas de encaminhamento e contra-encaminhamento
Ajustar as normas nacionais para permitir que profissionais de enfermagem realizem consultas e prescrevam alguns medicamentos e exames em unidades de atendimento primário
Implementar políticas de remuneração vinculadas à qualidade e ao desempenho para médicos
Reformar sistemas de pagamento dos prestadores de serviços de saúde para melhor refletir os custos dos serviços e focar nos resultados de saúde
Aumentar a integração entre os sistemas público e privado "de forma a evitar a duplicidade de esforços, a competição pelos limitados recursos humanos, a escalada dos custos e o aumento das injustiças"

Conter gastos com prescrição de medicamentos
Converter gradualmente os sistemas de utilização de serviços SIH/SIA em um sistema DRG (<i>diagnosis-related groups</i>)
Reforçar e expandir a cobertura da atenção primária, que assumiria o papel de porta de entrada ao sistema (<i>gate keeping</i>)
Reduzir gastos tributários com saúde que eximem de impostos pessoas físicas e entidades filantrópicas e são regressivas

Fonte: Banco Mundial³³.

Grande adesão e entusiasmo também vêm sendo demonstrados recentemente com relação a reformar o sistema de pagamento de prestadores e implementar políticas de qualidade e desempenho⁴⁶. Entretanto, esse tipo de iniciativa tem seu sucesso fortemente vinculado ao contexto institucional, e não há garantias nesse sentido. Desse modo, estudos cuidadosos sobre as melhores formas de aplicar essas recomendações seriam pré-requisitos no caso brasileiro.

A recomendação de reduzir o gasto tributário em saúde aparece como uma surpresa, mas, como não preveem que esse montante seja aplicado no SUS, é extremamente coerente com a suposta necessidade de reequilíbrio fiscal pregada pela organização, e poderia até atuar como incentivo para aumentar a eficiência de prestadores privados, exigindo deles movimentos no sentido de redução de custos.

A OCDE tem avançado muito no sentido de produzir estudos que não apenas mensuram comparativamente ineficiências entre países-membros, como reconhecem as limitações dessas comparações e buscam avaliar mais objetivamente relações entre eficiência e políticas específicas. Tais estudos foram inicialmente conduzidos no âmbito do Departamento de Economia da OCDE²⁴, mas hoje vêm sendo também crescentemente assumidos pela Divisão de Saúde da OCDE⁴⁷. Vale a pena consultá-los, uma vez que, surpreendentemente, alguns resultados colocam em dúvida recomendações que são ‘senso comum’, como a efetividade do *gate-keeping*. A depender da configuração e características do sistema de saúde e do conjunto de políticas adotadas, essa medida pode não agregar eficiência ao sistema²⁶, remetendo-nos ao fato de que sistemas de saúde são sistemas complexos, em que a interação entre componentes do sistema e fatores institucionais é decisiva.

Considerações finais

Existe pouco consenso sobre como medir a eficiência, e menos ainda sobre como melhorá-la¹¹. Embora tenham ocorrido substanciais progressos metodológicos, é evi-

dente a necessidade de uma abordagem muito cuidadosa à utilização dos resultados de estudos que dimensionam eficiência ou ineficiência. Especial atenção precisa ser dada às mensurações monetizadas (recursos consumidos/desperdiçados pela ineficiência) ou ranqueiam países/organizações segundo esses critérios para fins de elaboração de políticas de saúde.

Os estudos realizados até o momento sugerem que o SUS tenha, de fato, espaço para avançar no quesito eficiência. Entretanto, a contribuição desses estudos precisa ser contextualizada. Não há indícios robustos de que a ineficiência do SUS atinja níveis alarmantes na comparação internacional. Por outro lado, deve também ser enfatizado que a urgência do combate à ineficiência, independentemente de sua intensidade, é real.

Essa urgência se dá em um contexto muito específico de declínio do espaço fiscal^{VI} para a saúde⁴⁰. No cenário atual, após manter até anos recentes um espaço fiscal para a saúde estagnado (configuração em *plateau*), por força da Emenda Constitucional nº 95/2016, o Brasil tenderá a ‘desfinanciar’ o SUS. Isso exige ações imediatas e sustentadas tanto de combate à ineficiência quanto de esforços de priorização da saúde na discussão do espaço fiscal, visando garantir a ampliação real de recursos para a saúde.

Começam a surgir indícios de que a redução do financiamento se associa a piores resultados no SUS. Não há como não buscar ampliar recursos. Isso equivaleria a escamotear o fato de que “diferenças no gasto em saúde *per capita* parecem ser o fator explicativo isolado mais importante para explicar diferenças em condições de saúde entre países, ainda que outros fatores também tenham importância”¹⁶⁽⁵⁵⁾.

Outra preocupação essencial no cenário de recursos escassos, crise econômica e alto desemprego seria garantir medidas de correção de ineficiências que não repercutam negativamente na proteção financeira^{VII} em saúde, outro norte fundamental nas garantias do direito à saúde.

A identificação minuciosa caso a caso dos motivos que levam um sistema de saúde ou prestador de serviços de saúde a aparentar “sinais e sintomas” de ineficiência seria

VI Espaço fiscal, em sua dimensão mais geral, é definido como ‘disponibilidade de folga’ orçamentária que permita ao governo prover recursos para um determinado objetivo, sem prejuízo da sustentabilidade de sua posição financeira. Qualquer avaliação de espaço fiscal tipicamente implica um exame de se, quando e como o governo poderia aumentar seu gasto a curto e médio prazo de uma forma consistente: condições macroeconômicas, medidas para aumentar a eficiência e uma priorização do orçamento para a saúde são os três drivers mais importantes do aumento do espaço fiscal⁴⁰.

VII A proteção financeira é alcançada quando pagamentos diretos do bolso realizados pelas famílias para obter bens e serviços de saúde não gera exposição a dificuldades financeira ou ameaça seus padrões de vida. Ver https://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en

um pré-requisito para implementar políticas específicas ou alavancagens gerenciais que corrijam essas ineficiências. Isso pode, inclusive, implicar a necessidade de investimentos focados e pontuais para corrigir carências que geram ineficiências. Ademais, em um sistema de saúde complexo como o brasileiro, as análises exigidas teriam, em muitos casos, um escopo quase local.

Um corte linear dos recursos constitui uma “abordagem ingênua com pouca probabilidade de gerar ganhos de eficiência efetivos e que pode, em última instância, piorar o desempenho”²¹. Corroborando essa visão, Moreno-Serra et al.⁴⁸ destacam que, apesar de aparentemente haver espaço para substanciais ganhos de eficiência nos países da América Latina, não faz sentido apoiar reduções nos gastos em saúde para obtê-los.

O objetivo último das análises de eficiência sempre deve incluir apontar opções e caminhos claros para aprimorar a eficiência ou reduzir as ineficiências. Nesse sentido, a OCDE vem avançando muito na discussão de determinantes de ineficiências e da efetividade de estratégias para combatê-las^{16,47}. É no cumprimento desse objetivo último que a maioria dos estudos sobre o Brasil tem sido muito vaga e ainda é insuficiente.

As recomendações que se colocam hoje para aumentar a eficiência do SUS nem sempre se assentam em sólidas bases de evidências. Uma vez que sistemas de saúde são sistemas complexos, é preciso avançar no sentido de estudos que projetem efeitos de políticas específicas sobre contextos e operacionais definidos. Explorar paradigmas alternativos ou complementares aos da eficiência para propor novos caminhos para agregar valor ao SUS também é uma pauta urgente.

Referências

1. Førsund FR, Sarafoglou N. The diffusion of research on productive efficiency: The economist's guide to DEA evolution. Discussion Paper# D-02/1999, Agricultural University of Norway; 1999.
2. Solow RM. A contribution to the theory of economic growth. *Q J Econ.* 1956;70(1):65-94.
3. Bem A, Ucieklak-Jeż P, Prędkiewicz P. Measurement of health care system efficiency. *Manag Theory Stud Rural Bus Infrastruct Dev.* 2014;36(1):25-33.
4. Farrell MJ. The measurement of productive efficiency. *J R Stat Soc. Ser A (General).* 1957;120(3):253-81.

5. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg*. 2020 Jun;78:185-13.
6. Bartram SM, Bodnar GM. No place to hide: The global crisis in equity markets in 2008/2009. *J Int Money Finance*. 2009;28(8):1246-92.
7. Abel-Smith B, World Health Organization. An international study of health expenditures and its relevance for health planning. *Public health papers no. 32*. Geneva: World Health Organization; 1967.
8. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Econ*. 2008;17(10):1107-28.
9. Evans D, Tandon A, Murray CJL, Lauer JA. The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. *World Health Organization*. 2000;29(29):1-36.
10. Palmer S, Torgerson D J. Definitions of efficiency. *BMJ*. 1999;318(7191):1136.
11. McGlynn EA. Identifying, categorizing, and evaluating health care efficiency measures. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
12. Wolfe A, Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy Polit Nurs Pract*. 2001;2(3):233-5.
13. Murray CJL, Frenk J, World Health Organization. *Global Programme on Evidence for Health Policy. A WHO framework for health system performance assessment*. Geneva: WHO; 1999.
14. Organização Mundial da Saúde. *Health systems: improving performance. World Health Report 2000*. Geneva: WHO; 2000.
15. Smith P. *Measuring value for money in healthcare: concepts and tools*. London, UK: The Health Foundation; 2009.
16. Joumard I, André C, Nicq C. *Health care systems: efficiency and institutions*. Paris: OECD; 2010.
17. Häkkinen U, Joumard I. *Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research. OECD Economics Department Working Papers, No. 554*. Paris: OECD Publishing; 2007.

18. Dunn A, Rittmueller L, Whitmire B. Introducing the new BEA health care satellite account. *Surv Curr Bus.* 2015;95(1):1-21.
19. Hussey P, de Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Serv Res.* 2009;44(3):784-805.
20. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes.* Oxford: Oxford university press; 2015.
21. Cylus J, Pearson M. Cross-national efficiency comparisons of health systems, subsectors and disease areas. In: Cylus J, Papanicolas I, Smith PC, editors. *Health System Efficiency: How to make measurement matter for policy and management.* Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. p. 139.
22. Jowett et al., 2016.
23. Anand S; Ammar W; Evans T, Hasegawa T, Kissimova-Skarbek K, Langer A, et al. Report on the scientific peer-review group on health systems performance assessment. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health performance assessment: debates, methods and empiricism.* Geneva: World Health Organization; 2003.
24. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Health care systems: getting more value for money.* OECD Economics Department. Policy Note no. 2. Paris: OECD; 2010.
25. Varabyova Y, Müller J-M. The efficiency of health care production in OECD countries: a systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons. *Health Policy.* 2016;120(3):252-63.
26. Ahmed S, Hasan MZ, MacLennan M, Dorin F, Ahmed MW, Hasan MM, et al. Measuring the efficiency of health systems in Asia: a data envelopment analysis. *BMJ open.* 2019;9(3):e022155.
27. Organização Mundial da Saúde *Health systems financing: the path to universal coverage.* World Health Report 2010. Geneva: WHO; 2010.
28. Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS; 2018

29. Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc.* 2016;25:263-76.
30. Gragnolati MG, Lindelow M, Couttolenc B. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde. Washington, D.C.: The World Bank; 2013.
31. La Forgia GM, Couttolenc B. Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence. Washington DC: The World Bank; 2008.
32. Banco Mundial. Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos. Relatório nº 36601-BR. Documento do Banco Mundial; 2007.
33. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços. Volume 1: Síntese. Brasília: Grupo Banco Mundial; 2017.
34. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2016 dez. 16;153(241 seção 1):2-3.
35. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Avaliação de eficiência em sistemas de saúde: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Texto para Discussão. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2012.
36. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. *R Bras Econ.* 2012;66(1):3-19.
37. Marinho A, Cardoso SS, Almeida VV. Avaliação comparativa dos sistemas de saúde do Brasil e de países da América Latina, do Caribe, e da OECD, com o uso de fronteiras estocásticas. *Econ Aplic.* 2020;24(2):195-214.
38. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Gastos com a Política Social: alavanca para o crescimento com distribuição de renda. Comunicado do Ipea, nº 75. Brasília: IPEA; 2011.
39. Organização Mundial da Saúde. Fiscal space, public financial management and health financing: sustaining progress towards universal health coverage. Montreux, Switzerland: WHO; 26-28 April 2016.

40. Tandon A, Cain J, Kurowski C, Postolovska I. Intertemporal Dynamics of Public Financing for Universal Health Coverage: Accounting for Fiscal Space Across Countries. Washington, DC: World Bank; 2018.
41. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World health report (2010) Background Paper, No 28. Geneva: WHO; 2010. p. 10-12.
42. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Economic surveys: Brazil 2015 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015 [cited 2019 Dec 12]. Available at: https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2015-en
43. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Economic surveys: Brazil 2018. Paris: OECD Publishing; 2018.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2017 out. 3;154(190 supl.):61.
45. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. PLoS ONE. 2017;12(3):e0174533.
46. Fraser I, Encinosa W, Glied S. Improving efficiency and value in health care: introduction. Health Serv Res. 2008;43(5 Pt 2):1781-6.
47. Lorenzoni L, Murtin F, Springare L-S, Auraaen A, Daniel F. Which policies increase value for money in health care? Paris: OECD Working Papers; 2018.
48. Moreno-Serra R, Anaya-Montes M, Smith PC. Potential determinants of health system efficiency: Evidence from Latin America and the Caribbean. PloS One. 2019;14(5):e0216620.
49. Hadad S, Hadad Y, Simon-Tuval T. Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. Eur J Health Econ. 2013;14(2):253-65.
50. Hollingsworth B, Dawson PJ, Maniadakis N. Efficiency measurement of health care: a review of non-parametric methods and applications. Health Care Manag Sci. 1999;2(3):161-72.