ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Título do capítulo	CAPÍTULO 26 - DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO
Autores(as)	Mônica Viegas Andrade Kenya Noronha Edvaldo Batista de Sá Sergio Piola Fabiola Sulpino Vieira Roberta da Silva Vieira Rodrigo Pucci de Sá e Benevides
Título do livro	DESAFIOS DA NAÇÃO: ARTIGOS DE APOIO, VOLUME 2
Organizadores(as)	João Alberto Di Negri Bruno César Pino Oliveira de Araújo Ricardo Ginicolo Bacelette
Volume	2
Cidade	Brasília
Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2018
ISBN	978-85-7811-322-3

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

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

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.

CAPÍTULO 26

DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO[1]

Mônica Viegas Andrade[2]
Kenya Noronha[3]
Edvaldo Batista de Sá[4]
Sergio Piola[5]
Fabiola Sulpino Vieira[6]
Roberta da Silva Vieira[7]
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides[8]

1 INTRODUÇÃO

A saúde tem impactos significativos no bem-estar social. Do ponto de vista individual, o consumo de bens e serviços de saúde afeta o bem-estar direta e indiretamente, através da associação entre estado de saúde e capacidade produtiva (Alves e Andrade, 2003; Falcão e Soares, 2005). No nível macroeconômico, essa relação se traduz em maiores níveis de riqueza, maiores níveis de investimento em capital humano e maior crescimento econômico (Luft, 1975; Schultz e Tansel, 1997; Thomas e Strauss, 1977). O reconhecimento da importância da saúde para o bem-estar individual e social resultou na definição da saúde como um bem meritório na maior parte dos países. Nesse contexto, a maioria dos governos tem como objetivo de política a organização da oferta e o financiamento de bens e serviços de saúde, de forma a garantir acesso equitativo a todos que precisam desses cuidados. Essa organização, entretanto, não é única e depende de fatores culturais, políticos, econômicos e institucionais. Os desafios para a organização de um sistema de saúde são vários e decorrem da complexidade do mercado de bens e serviços de saúde.

Neste trabalho, abordamos o sistema de saúde brasileiro, reconhecendo a importância dos subsistemas público e privado que o compõem e, ao mesmo

---

1. Este texto apresenta o produto final desenvolvido no âmbito do contrato 2500100815. O trabalho foi coordenado pela professora Mônica Viegas Andrade, mas conta com a colaboração de técnicos especialistas em economia da saúde do Ipea e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2. Professora associada do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.
3. Professora adjunta do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.
4. Professora adjunta do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.
5. Professora adjunta do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.
6. Professora adjunta do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.
7. Professora adjunta do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.
8. Professora adjunta do Departamento de Economia do Cedeplar/UFMG.

tempo, enfatizando os desafios que esse arranjo misto coloca. O sistema de saúde brasileiro é relativamente jovem, mas tem avançado muito tanto no marco institucional como na proposição de políticas. Os desafios ainda são muitos, sobretudo se considerando a heterogeneidade socioeconômica e a dimensão territorial do Brasil. O estudo faz um diagnóstico dos principais problemas enfrentados hoje no sistema, apresentando algumas propostas de política para os dois subsistemas.

2 O SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL: ANTECEDENTES E CONFIGURAÇÃO ATUAL

Antes da Constituição Federal (CF) de 1988 (Brasil, 1988), o sistema de saúde brasileiro era caracterizado como excludente, segmentado, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde (Piola e Vianna, 2009). Durante esse período, o subsistema público – altamente centralizado no governo federal – apresentava segmentação institucional e de clientela. O Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (Mpas) tinham funções diferentes e públicos distintos. O Mpas – por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – responsabilizava-se pela assistência aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, enquanto o MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde respondiam, basicamente, pelas ações de controle de doenças transmissíveis, pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica e por serviços assistenciais (restritos) à população mais pobre; nesse caso, com o apoio de entidades filantrópicas (Santas Casas). As entidades filantrópicas, até meados da década de 1970, eram responsáveis por mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, contando, para tanto, com incentivos fiscais (Barros, 2003).

Nas décadas de 1970 e 1980, várias iniciativas governamentais foram desenvolvidas, com vistas a aumentar a cobertura e a coordenação dos serviços públicos de saúde. Entre as iniciativas de aumento de cobertura dos serviços, com o objetivo de alcançar parcelas mais desassistidas, destacam-se: *i)* a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) em 1971, que expandiu a assistência médica previdenciária ao trabalhador rural; *ii)* o Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, que estendeu a atenção – nos casos de urgência e emergência – a toda a população, independentemente de vinculação à Previdência Social; e *iii)* o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, de iniciativa do MS, do Mpas, do Ministério do Interior e da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, que visava à expansão de cobertura da atenção primária de saúde, inicialmente na região Nordeste. Esse programa representou uma das primeiras iniciativas concretas de articulação entre o MS e as secretarias estaduais de saúde com a assistência médica previdenciária (Ipea, 2009). Melhorias na articulação entre o MS e o Inamps/Mpas prosperaram na segunda metade dos anos 1970, por meio da criação de mecanismo de articulação interinstitucional (Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS) e iniciativas conjuntas, ainda que

com a liderança do Inamps, como a frustrada proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde), em 1981, e do Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), em 1984. Outras iniciativas mais exitosas, com o intuito de alcançar maior coordenação dos serviços públicos de saúde, foram as ações integradas de saúde (AIS), em 1986, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987. Concomitantemente, com relação ao setor privado, observou-se, nesse período (anos 1970 e 1980): *i)* expansão da rede hospitalar privada com recursos subsidiados do Fundo de Apoio Social (FAS); e *ii)* expansão do segmento de planos e seguros privados de saúde, que tem início nos anos 1970 e hoje alcança a cobertura de 28% da população.

Ao lado das mudanças institucionais, o movimento de ampla reforma no setor público de saúde ganhou força no âmbito das instituições acadêmicas e de profissionais da saúde, principalmente os ligados à área de saúde coletiva. O marco dessa mobilização foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que culminou na Comissão Nacional de Reforma Sanitária. Na CF/1988 (Brasil, 1988), a Saúde passou a ser integrante da seguridade social, junto com a Previdência Social e a assistência social (CF/1988, art. 193), sendo considerada direito de todos e dever do Estado (CF/1988, art. 196). Ainda que tenha promovido mudanças importantes no âmbito do setor público, a Constituição Federal de 1988 manteve no Brasil um sistema de saúde caracterizado como misto. De um lado, estabelece-se o sistema público integrado, de acesso universal, com financiamento compartilhado entre União, estados e municípios, denominado Sistema Único de Saúde (SUS). De outro lado, garante a atuação do sistema privado, que oferece qualquer serviço de saúde por meio dos planos e/ou pagamento direto. Entre as características legais do SUS, merecem ser realçadas:

- acesso universal e atendimento igualitário (CF/1988, art. 196);
- atendimento integral (ações de promoção, proteção e recuperação da saúde) em todos os níveis de atenção (CF/1988, art. 198, II e Lei nº 8.080/1990, art. 7, II);
- organização descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e ações e serviços integrados em redes regionalizadas e hierarquizadas (CF/1988, art. 198, I); e
- possibilidade aos prestadores privados de poder participar do SUS de forma complementar, mediante contrato de direito público ou convênio, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (CF/1988, art. 199, § 1º).

Ou seja, a CF/1988 (Brasil, 1988) integrou os serviços públicos de saúde em apenas um sistema, mas não vedou a participação de prestadores privados no

SUS. Também manteve a assistência à saúde livre à iniciativa privada (CF/1988, art. 199, *caput*) e conferiu o *status* de relevância pública às ações e aos serviços de saúde (CF/1988, art. 197), cabendo ao poder público sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle.

Nesse contexto, a população brasileira passou a contar com diferentes vias de acesso aos serviços de saúde: *i)* o SUS, financiado exclusivamente por recursos públicos; *ii)* os planos e os seguros privados de saúde, que em 2013 cobriam 28% da população, financiados por recursos de empresas, famílias e incentivos fiscais; e *iii)* acesso direto a provedores privados, por meio de desembolso direto, que também conta com incentivos fiscais (Ribeiro, Piola e Servo, 2007).

3 CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

3.1 O sistema de saúde brasileiro atual

O sistema de saúde brasileiro não difere muito de outros sistemas existentes no mundo, no sentido de que em geral a maioria conta com a participação de recursos públicos originários de impostos e contribuições sociais e de recursos privados, mediante pré-pagamento (seguros) ou desembolso direto. Contudo, apesar dessas semelhanças, todos os sistemas apresentam particularidades que resultam em desafios na condução da política de saúde. O arranjo específico de qualquer sistema de saúde depende de uma multiplicidade de fatores, que incluem, sobretudo, o sistema político, questões culturais, o contexto demográfico, o passado histórico e a estrutura social inerente ao país. Uma tipologia possível identifica quatro modalidades básicas de financiamento da atenção à saúde:

- serviço nacional de saúde (SNS), em que a atenção à saúde é financiada por meio de tributos gerais, usualmente prestada gratuitamente, cobrindo toda a população;
- seguro social de saúde (SSS), no qual toda a população – ou grupos populacionais específicos – é legalmente obrigada a contribuir com um fundo de saúde, que conta ainda com recursos públicos e das empresas, e os provedores geralmente são privados;
- seguro privado de saúde (SPS), em que os indivíduos e as empresas compram no mercado cobertura para assistência à saúde; e
- pagamento direto, no qual os indivíduos compram diretamente de provedores privados a assistência à saúde de que precisam.

Embora possa haver um componente dominante, é raro encontrar sistemas de saúde em que uma dessas modalidades seja exclusiva. O quadro 1 apresenta uma caracterização dos sistemas de saúde vigentes no Chile, na Colômbia, no Uruguai,

na Alemanha, na Austrália, nos Estados Unidos, na Holanda e no Reino Unido, o que evidencia as modalidades de financiamento e suas respectivas populações beneficiárias. Esses países foram escolhidos por servirem de contraponto interessante para o caso brasileiro. De modo geral, a maioria da população desses países é coberta por algum tipo de seguro público (SNS ou SSS), com exceção dos Estados Unidos, em que o SPS cobre mais de 67% da população. O Brasil é o único país sul-americano a contar com um sistema público do tipo SNS, similar ao existente no Reino Unido. Os demais países optaram por variações do SSS para organizar seus sistemas públicos. Mesmo não sendo preponderantes como nos Estados Unidos, os seguros privados também desempenham papel importante nos demais países selecionados: em alguns, têm papel complementar/suplementar à cobertura oferecida pelo sistema público; em outros, são integrados nos esquemas de seguro universal e em alguns se sobrepõem aos sistemas públicos, oferecendo cobertura duplicada. No Brasil, o setor privado tem papel importante, provendo os mesmos serviços que o sistema público de saúde para a população coberta.

QUADRO 1
Caracterização dos sistemas de saúde em países selecionados

País	Componentes		Características gerais
Alemanha	Gesetzliche Krankenversicherung (estatutário)		Cidadãos com renda inferior a € 4.237,50 em 2012 e dependentes. Financiado por contribuições de empregados e empregadores e tributos gerais. Cobre 85% da população.
	Seguro privado de saúde		Indivíduos com renda elevada, trabalhadores autônomos e alguns grupos profissionais; cobre cerca de 11% da população. Alguns beneficiários do seguro estatutário compram SPS suplementar para cobrir copagamentos e outras amenidades.
Austrália	Medicare		Sistema público com acesso universal; financiado por tributos gerais e específicos sobre a renda; atenção integral.
	Seguro privado de saúde		População de mais alta renda; incentivos fiscais para adquirir SPS para cobrir serviços hospitalares e outros serviços não cobertos pelo Medicare.
Chile	Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) e Fondo Nacional de Salud (Fonasa)		Cerca de 74% da população é filiada ao sistema público; a maioria é composta por grupos de menor renda e aposentados. Financiado por contribuições sobre a renda de trabalhadores e pensionistas e recursos públicos.
	Instituiciones de salud previsional (Isapre)		Adesão voluntária. Beneficiários das Isapre não precisam contribuir com o Fonasa. Cobrem cerca de 17% da população, sendo a maioria com maior renda. Financiadas por contribuições sobre a renda e prêmios de seguro.
Colômbia	Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) – cobre cerca de 92% da população	Sistema contributivo	Cobre empregados do setor formal. Financiado por contribuições de empregados e empregadores, tributos gerais e copagamentos. Há a definição de pacote básico de benefícios.
		Sistema subsidiado	Atende a população de baixa renda. Financiado por recursos financeiros do regime contributivo e tributos gerais. Possui pacote de benefícios menos generoso que o sistema contributivo.
	Seguro privado de saúde		É utilizado pela população de mais alta renda. Parte da população, mesmo contribuindo para o SGSSS, compra cobertura adicional de seguro privado e/ou paga diretamente do bolso.

(Continua)

(Continuação)

País	Componentes	Características gerais
Estados Unidos	Medicare	Trata-se de programa federal. Cobre cerca de 14% da população (com 65 anos de idade ou mais, ou pessoas com necessidades especiais, doença renal crônica, esclerose lateral amiotrófica). Financiado por contribuições sobre a folha de pagamento, prêmios de seguro e sobretaxas de beneficiários com renda mais elevada e tributos gerais. Possui cobertura parcial de seus gastos com serviços de saúde; beneficiários arcam com o restante, por meio de SPS suplementar ou desembolo direto.
	Medicaid	Trata-se de programa federal-estadual. Cobre cerca de 12% da população (adultos de baixa renda e seus dependentes e pessoas com necessidades especiais). Financiado por tributos gerais.
	Seguro privado de saúde	É utilizado por parcela da população empregada e indivíduos de mais alta renda. Cobre mais que 67% da população. Trata-se de setor subsidiado pelo governo, por meio do sistema tributário.
Holanda	ZVW (seguro básico)	É universal e a adesão, compulsória. Financiado por contribuição fixa à seguradora e de acordo com a renda do trabalho – para fundo de equalização de risco –, bem como recursos públicos. Possui sistema de créditos tributários para compensar os indivíduos de mais baixa renda. Indivíduos podem escolher a qual segurada aderir. Há a definição de pacote padronizado de serviços.
	WLZ (seguro para cuidados de longa duração)	É universal e financiado por contribuição específica para cuidados de longa duração; toda a população contribui para esse fundo.
	Seguro privado	A maior parte da população compra SPS complementar ou suplementar para financiar serviços não cobertos no pacote básico, ou para ter acesso mais rápido aos serviços.
Reino Unido	National Health Service (NHS)	Acesso universal; financiado por tributos gerais e contribuições sobre a folha de pagamento.
	Seguro privado de saúde	Cobertura de cerca de 11% da população (alguns empregados e população de alta renda). Arca com procedimentos eletivos.
Uruguai	Administración de los Servicios de Salud del Estado (Asse)	Cobre em geral a população de baixa renda que não contribui para o SSS. Financiado por impostos gerais e parte dos recursos arrecadados pelo sistema.
	Instituições Assistências Médicas Coletivas (IAMC)	Vinculadas ao SSS. Cobrem empregados e seus dependentes. Financiadas por contribuições de empregados e empregadores e tributos gerais. Beneficiários podem escolher a qual IAMC aderir.

Fontes: Alemanha – Busse e Blümel (2014) e Mossialos *et al*. (2016); Austrália – Mossialos *et al*. (2016); Chile – Bronfman (2014); Colômbia – Guerrero *et al*. (2011) e Calderón *et al*. (2011); Estados Unidos – Mossialos *et al*. (2016); Holanda – Daley *et al*. (2013), Kroneman *et al*. (2016) e Mossialos *et al*. (2016); Reino Unido – Mossialos *et al*. (2016); Uruguai – Aran e Laca (2011) e Nogueira *et al*. (2015).

Além do financiamento, a interação público-privado no Brasil ocorre também na oferta de assistência à saúde, uma vez que a CF/1988 (Brasil, 1988) permite que o setor privado atue como provedor de serviços contratados pelo SUS. Em janeiro de 2017, a administração pública era responsável por 86% dos estabelecimentos com atendimento ambulatorial, 57% dos que oferecem internação e 61% dos que realizam serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT) (Brasil, 2017). Esse arranjo de provisão compartilhada de serviços de saúde entre os setores público

e privado busca prover a infraestrutura necessária para a garantia da integralidade da atenção à saúde, nos três níveis de complexidade, incluindo-se as ações de promoção, proteção e recuperação, no âmbito do SUS.

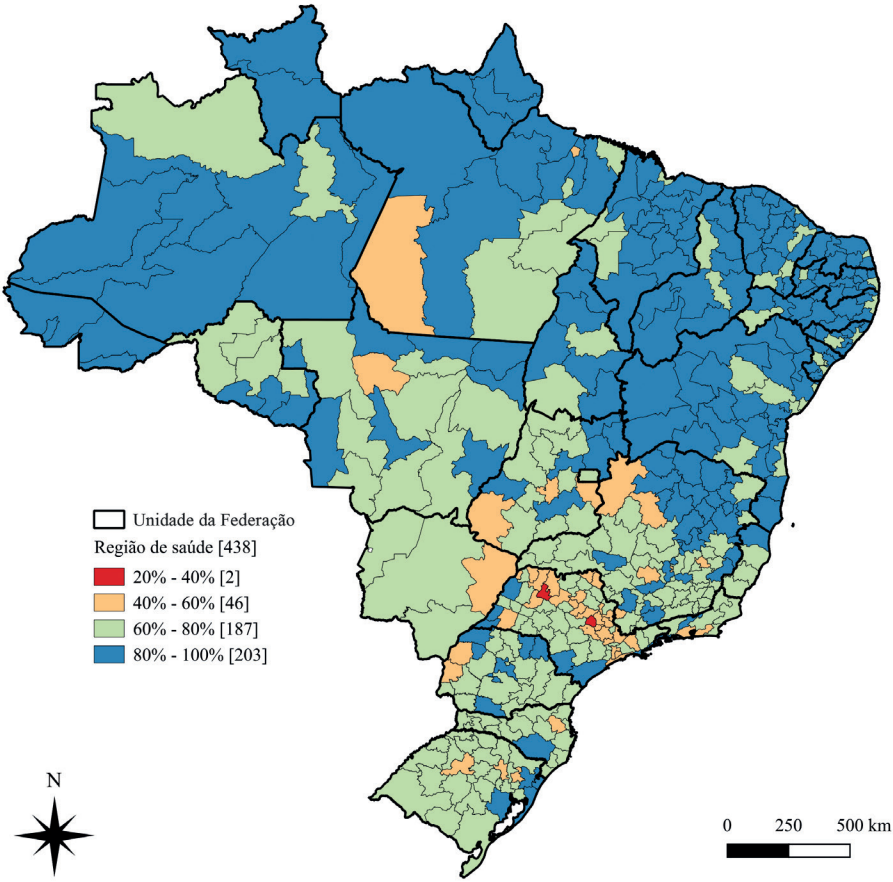
A parcela da infraestrutura física e tecnológica disponível para o SUS e o setor privado em relação à oferta total é um indicador relevante dos recursos que estão acessíveis à população nos dois subsistemas de saúde. Para além da discussão sobre a competição entre estes por esses recursos, também se pode comparar a disponibilidade em cada um no que concerne à população que deve ser coberta por esses recursos. A análise da distribuição espacial da composição público-privado na oferta dos serviços mostra que essa interação varia entre as regiões e por nível de complexidade do serviço ofertado. O mapa 1 apresenta a participação do SUS, em relação ao total disponível, na oferta dos leitos e dos mamógrafos por região de saúde, dos leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) e dos aparelhos de ressonância por macrorregião de saúde, em 2015. No que diz respeito aos leitos totais, observa-se participação majoritária da oferta pública (acima de 60% dos leitos do SUS) em 88% das regiões de saúde, sendo que no Norte e no Nordeste a oferta é quase em sua totalidade pública. Importante destacar que 72% dos hospitais públicos apresentam menos de cinquenta leitos – ou seja, a maior parte desses leitos está concentrada em hospitais de pequeno porte (HPPs), que possuem baixa resolutividade (Brasil, 2017). No caso dos leitos de UTI e dos equipamentos de ressonância magnética, cuja complexidade é mais elevada, a oferta pública assume papel menos importante, sendo majoritária somente em 47% e 45% das macrorregiões de saúde, respectivamente. Em relação aos mamógrafos, que são equipamentos de média complexidade, a importância dos setores público e privado é bem equilibrada. Esse *mix* público-privado na oferta e no financiamento dos serviços de saúde é diferente do observado na maior parte dos países. Em primeiro lugar, ao mesmo tempo em que o setor privado complementa a oferta de serviços do SUS, há competição por recursos entre os dois subsistemas. A competição de recursos ocorre de várias formas, desde por profissionais que atuam nos dois setores, até por recursos financeiros. Em segundo lugar, esse desenho fragiliza a capacidade do governo de centralizar a política de saúde no país. O setor privado, em certa medida, afeta a distribuição espacial da oferta de serviços – principalmente de média e alta complexidade (MAC) –, assim como determina indiretamente a incorporação tecnológica no SUS, o que pode ter impacto relevante nos gastos do sistema.

MAPA 1

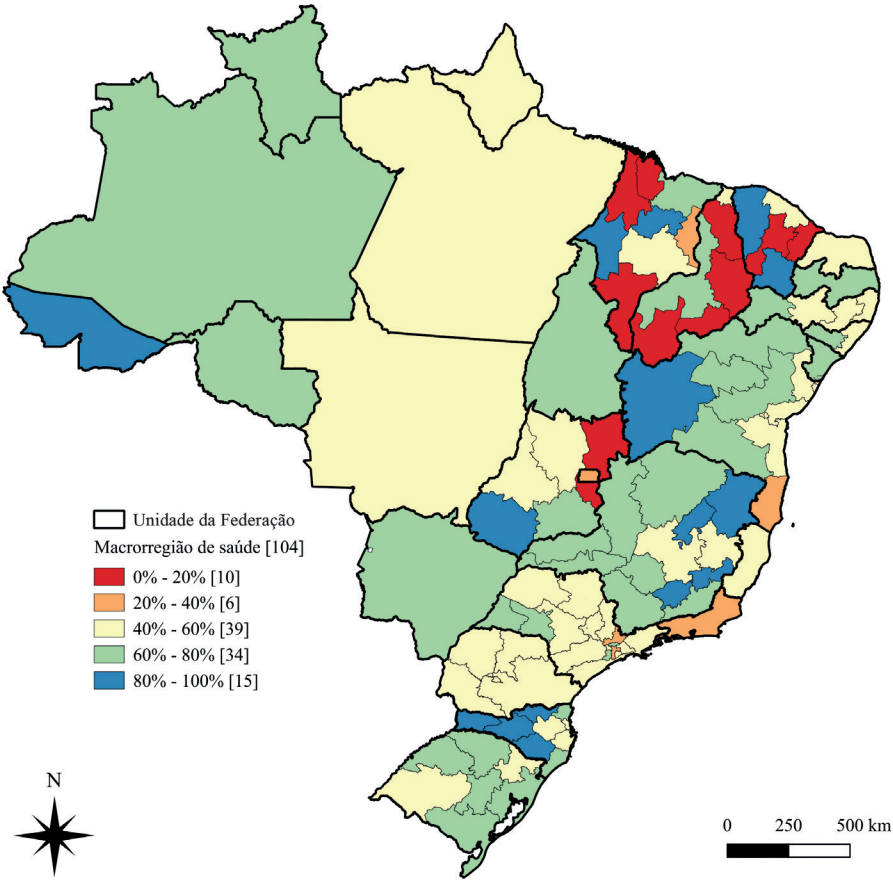
Leitos totais e mamógrafos por região de saúde e dos leitos de UTIs e de ressonância por macrorregião de saúde ofertados pelo SUS – Brasil (2015)

(Em %)

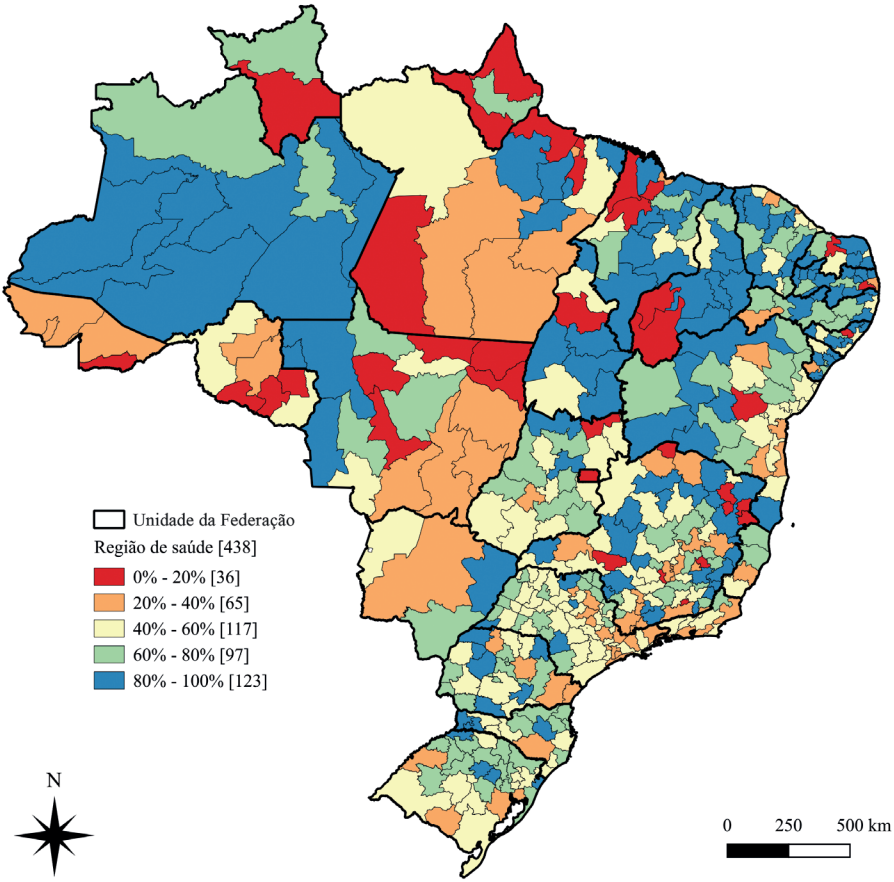
1A – Leitos totais



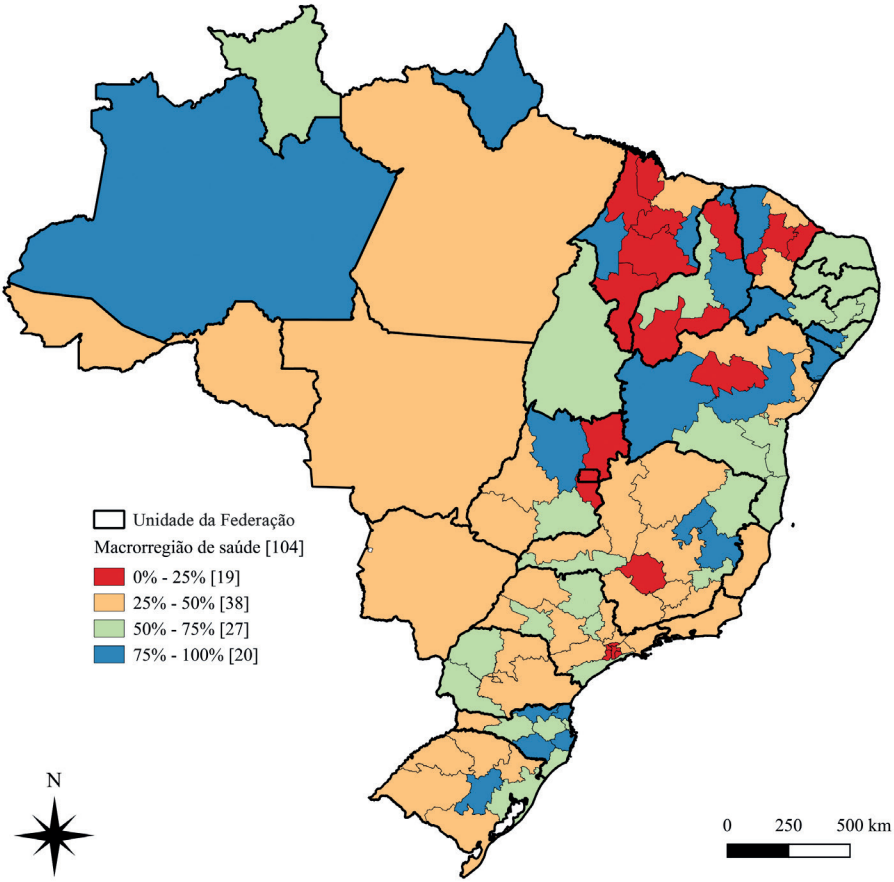
1B – Leitos de UTIs



1C – Mamógrafos



1D – Ressonância magnética



Fonte: MS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, 2015. Disponível em: <goo.gl/Yzcfk>. Acesso em: 31 mar. 2017. Elaborado por Lucas Carvalho, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
Obs.: Figura cujos leiaute e textos não puderam ser padronizados e revisados em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

3.2 O financiamento do sistema de saúde brasileiro

O gasto *per capita* do Brasil é baixo quando comparado ao de países de renda mais elevada e está no mesmo patamar do observado nos países sul-americanos. Destaca-se, entretanto, a elevada participação do setor privado no financiamento, respondendo por mais de 50% do gasto total (tabela 1). Esse fato posiciona o Brasil como o único país do mundo com um SNS organizado, mas com participação majoritária do setor privado. Nesse contexto, há evidências de subfinanciamento do SUS, com consequências na qualidade do cuidado ofertado: longas filas de

espera e indisponibilidade de alguns serviços, comprometendo a integralidade do atendimento. Além disso, a elevada participação do setor privado ocorre à custa de participação importante das famílias no financiamento.

TABELA 1
Indicadores de gastos com saúde e expectativa de vida – países selecionados (2014)

País	Gasto (% do PIB[1])	Composição do gasto (%)		Gasto *per capita* ($ PPC[2] *per capita* corrente)	Expectativa de vida
		Público	Privado		
Brasil	8	46	54	1.318	75,0
Alemanha	11	77	23	5.182	81,0
Austrália	9	67	33	4.357	82,8
Chile	8	49	51	1.749	80,5
Colômbia	7	75	25	962	74,8
Estados Unidos	17	48	52	9.403	79,3
Holanda	11	87	13	5.202	81,9
Reino Unido	9	83	17	3.377	81,2
Uruguai	9	71	29	1.792	77,0

Fonte: WHO.
Nota: [1] Produto interno bruto.
[2] Paridade do poder de compra.

Desde sua criação, o SUS vem disputando recursos com a Previdência Social no orçamento da seguridade social, o que tem gerado instabilidade no seu financiamento. O primeiro mecanismo utilizado para reduzir essa instabilidade, por meio da vinculação de fonte de financiamento, foi estabelecido em 1996, com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). O objetivo era garantir recursos adicionais para a saúde, mas na realidade a CPMF significou apenas a substituição de outras receitas do governo federal. Apenas em 2000, com a Emenda Constitucional (EC) nº 29, foram estabelecidos limites mínimos de gastos com ações e serviços públicos de saúde para cada esfera de governo; muito embora não tenham sido definidas fontes de financiamento específicas. Apesar desse avanço, a EC nº 29/2000 surtiu poucos efeitos na determinação dos gastos federais, devido às dificuldades encontradas para sua regulamentação e à ausência de definição do que seriam as ações e os serviços públicos de saúde. Foram necessários doze anos para que a EC nº 29/2000 fosse regulamentada, por meio da Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

A EC nº 29/2000 prevê que os estados e os municípios determinem 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas próprias para a saúde, enquanto a União deveria destinar o gasto realizado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto (PIB). Com essa emenda, os gastos com saúde

estabilizaram-se em relação ao PIB. As mudanças introduzidas tiveram forte impacto na composição do financiamento público entre as três esferas de governo, observando-se crescimento da importância dos gastos estaduais e municipais, em detrimento do gasto federal: de 1990 a 2015, a participação do governo federal nos gastos públicos caiu de 72,7% para 43%. Atualmente, este responde por 43%, enquanto estados e municípios contribuem, respectivamente, com 26% e 31%. O aumento da participação dos níveis subnacionais ocorreu devido às regras da EC nº 29/2000, uma vez que estados e municípios aplicavam, em média, percentuais inferiores ao mínimo estabelecido, e a União somente cumpriu a regra mínima, mantendo em níveis relativamente estáveis a participação dos gastos federais no PIB.

Em 2015, foi aprovada a EC nº 86, com início de vigência em 2016, modificando a regra de aplicação mínima da União. Essa EC alterou o art. 198 da CF/1988, estabelecendo a vinculação de 15,0% da receita corrente líquida a partir de 2020, com crescimento escalonado: 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; e 14,5% em 2019. Em 2016, a EC nº 95 (Novo Regime Fiscal, Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 241/2016 na Câmara dos Deputados e PEC nº 55/2016 no Senado Federal) modificou novamente a regra de aplicação de recursos pela União, cujo mínimo passa a ser corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), congelando-o em termos reais até 2036. Apesar dessas dificuldades, o SUS realizou avanços significativos desde sua criação. Algumas políticas e programas têm sido reconhecidos por seu sucesso e considerados modelos para outros países (box 1).

BOX 1
Avanços do SUS

- O Programa Nacional de Imunizações, criado em 1973, tem o objetivo de coordenar as ações de imunizações no país. Em 2015, a cobertura vacinal foi de mais de 85%, considerando-se a população-alvo, as vacinas disponíveis e as doses que devem ser aplicadas (Domingues e Teixeira, 2013).
- O Programa Nacional de Controle do Tabagismo articula um conjunto de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, paralelamente à implementação de medidas legislativas e econômicas. A partir do programa, constituiu-se a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com os estados, os municípios e o Distrito Federal (DF), que incluiu avaliação clínica do usuário, abordagem individual ou em grupo e oferta de medicamentos. A prevalência de tabagismo no Brasil caiu de 32,7%, em 1997, para 14,8%, em 2011 (Silva *et al*., 2014).
- A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o maior programa de atenção primária do mundo, cobrindo atualmente 130 milhões de indivíduos, o que representa 63% da população brasileira. A ESF é organizada em base geográfica, com equipes multiprofissionais responsáveis pelo acompanhamento e atendimento de aproximadamente 3 mil pessoas. As evidências sobre os impactos dessa estratégia no Brasil mostram declínios significativos na mortalidade infantil (Rocha e Soares, 2010; Aquino, Oliveira e Barreto, 2009; Macinko e Guanais, 2006), redução nas hospitalizações evitáveis (Ceccon *et al*., 2014; Dourado, Medina e Aquino, 2016; Macinko *et al*., 2010), melhoria de acesso e utilização de serviços de saúde (Lima-Costa, Turci e Macinko, 2013) e diminuição das desigualdades (Andrade *et al*., 2015; Santiago *et al*., 2014; Macinko e Lima-Costa, 2012).

(Continua)

(Continuação)

- O Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, tem o objetivo principal de estabelecer condições para uma expansão planejada da oferta de médicos da atenção primária, principalmente em áreas remotas e de elevada vulnerabilidade. As principais características do programa são: combinar incentivos educacionais e financeiros para atração de médicos aliado à possibilidade de contratação de médicos estrangeiros. O programa mostrou-se eficiente no curto prazo, para garantir expansão da cobertura para áreas remotas e antes não atendidas (Oliveira *et al*., 2015).
- O Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids oferece antirretrovirais, além de preservativos masculinos e femininos. Foi criada uma rede de serviços especializados na testagem, no aconselhamento e no tratamento dos pacientes, e promovem-se, regularmente, campanhas de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Foram observadas reduções na mortalidade devido à Aids e um aumento da sobrevida dos pacientes infectados com o HIV no país (Fazito *et al*., 2013).
- A Política Nacional de Transplantes de Tecidos, Órgãos e Partes do Corpo Humano, criada em 1997, tem por diretrizes a gratuidade da doação, o repúdio e o combate ao comércio de órgãos, a beneficência em relação aos receptores e a não maleficência concernente aos doadores vivos. O Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, sendo que mais de 90% dos procedimentos de transplantes são financiados pelo SUS.
- A Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída em 2003, tem o objetivo principal de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas e pediátricas, bem como as relacionadas às causas externas (Brasil, 2003). Segundo dados do MS, em 2016, a cobertura pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) foi de 77% da população brasileira.

Elaboração dos autores.

3.3 Organização da oferta de serviços no SUS em redes regionalizadas e hierarquizadas

As ações e os serviços do SUS devem estar organizadas em redes regionalizadas e hierarquizadas, necessárias para a garantia da integralidade da atenção à saúde. As três esferas de governo atuam de forma autônoma administrativamente, mas coordenada, sendo responsabilidade dos municípios a prestação de serviços de saúde à população, com a cooperação técnica e financeira da União e dos respectivos estados. Os municípios, em geral, ofertam diretamente a atenção primária e são responsáveis por garantir acesso aos outros níveis de atenção. A autonomia político-administrativa da União, dos estados, do Distrito Federal (DF) e dos municípios faz com que o Brasil seja talvez o único país do mundo com sistema universal de saúde que possui responsabilidades tão descentralizadas, o que impõe complexa articulação entre os entes, para a garantia da implementação de políticas de interesse nacional. A cooperação entre os entes federados é particularmente importante para os processos de regionalização da oferta.

O forte movimento de descentralização da gestão do sistema gerou dificuldades para a conformação das regiões e das redes de atenção à saúde, resultando em esvaziamento do papel dos estados e em maiores dificuldades para garantia da integralidade do atendimento (Reis *et al*., 2017). Do ponto de vista institucional, algumas iniciativas foram implementadas (Norma Operacional da Assistência à

Saúde – Noas 2001 e 2002, Pacto de Gestão 2006 e Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – Coap 2011), que não se concretizaram na consolidação do processo de regionalização.

A oferta dos serviços de saúde em uma rede regionalizada, bem como sua regulação, constitui atualmente os grandes desafios e importantes estrangulamentos do sistema. Tais dificuldades se somam à baixa oferta de SADT e às grandes filas para agendamento de consultas com especialistas e para cirurgias eletivas (Santos, Santos e Borges, 2013). Em 2011, aproximadamente 76% (4.221) do total de municípios (5.563) dispunham de apenas serviços de atenção básica em seu território, 22% (1.219) tinham pouca estrutura em média e alta complexidade e apenas 2,2% (123) possuíam estrutura mediana para os serviços de MAC, o que demonstra a necessidade de organizar a oferta em bases regionais, para garantir o cuidado integral.

Além da integralidade, argumentos de natureza econômica justificam a regionalização da oferta de serviços especializados, na medida em que há ganhos de escala, escopo e resolutividade. O uso dos serviços especializados ocorre com menor frequência na população, sendo necessário ter escala populacional que otimize a capacidade instalada. Além disso, o processo de produção desses serviços apresenta ganhos de qualidade com a escala, devido aos efeitos de aprendizado. Estudo realizado por Ramos *et al*. (2015) mostra o efeito da escala para a eficiência dos hospitais, sendo o desempenho superior para os hospitais maiores.

Diversos elementos explicam as dificuldades para a organização regional do SUS, mas chamam atenção os aspectos relacionados à capacidade dos gestores para implementar esse processo. Entre estes, sobressaem-se a descontinuidade política, a fragilidade técnica e a alta rotatividade de secretários nos municípios, assim como as fragilidades estrutural e técnica das secretarias estaduais de saúde. Destacam-se ainda a dificuldade de os colegiados regionais em superar os interesses eleitorais, clientelistas e corporativos presentes na cultura política municipal; a incapacidade para regular o setor privado contratado, seja para a gestão ou prestação de serviço; a fragilidade dos instrumentos jurídicos para garantia das pactuações; e a dificuldade de regulação dos fluxos regionais (Mello *et al*., 2017).

Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017) identificaram ainda como obstáculos políticos à regionalização no SUS: *i)* a falta de recursos novos, que é a barreira mais importante, dado o contexto de financiamento insuficiente do sistema; *ii)* a ausência do poder político-partidário e do Executivo estadual nas coalizões de apoio à regionalização; e *iii)* a judicialização da saúde, uma vez que os gestores temem seu aumento no caso de as responsabilidades sobre a gestão e a execução dos serviços de saúde ficarem explicitadas, como se pretende com a assinatura do Coap. Embora esse contrato tenha promovido a discussão sobre a regionalização

e contribuído para a reconfiguração das regiões de saúde, a implementação de novos espaços de governança e o aperfeiçoamento de rotinas, seus resultados foram limitados. Verificou-se que os estados e os municípios avançaram nas discussões preliminares, mas apenas dois estados (Ceará e Mato Grosso do Sul) concluíram esse processo e assinaram o contrato. O diagnóstico é de que há esgotamento da estratégia de regionalização, em decorrência dos limites estruturais do sistema – relacionados ao domínio e à distribuição de recursos econômicos e produtivos, que podem influenciar o grau de cooperação entre os entes –, do limitado pacto político nacional, da base frágil de financiamento do SUS e de gargalos de acesso resultantes da desigualdade de distribuição da capacidade instalada (Moreira, Ribeiro e Ouverney, 2017).

3.4 Transferências de recursos no SUS entre as esferas

O governo federal repassa recursos para os municípios, os estados e o DF em seis blocos de financiamento (assistência farmacêutica, atenção básica, gestão, investimentos, MAC e vigilância em saúde). Na atenção básica, os recursos são transferidos para os municípios, por meio de um mecanismo constituído de dois componentes. O primeiro, denominado Piso de Atenção Básica fixo (PAB) fixo, é calculado a partir de um valor anual fixo por habitante. Esse valor visa remunerar as despesas de custeio da atenção básica e sofre pequena variação em função das condições socioeconômicas e do porte populacional dos municípios, situando-se atualmente entre R$ 23,00 e R$ 28,00; valores congelados desde 2013. O segundo componente é o PAB variável e está condicionado à adesão do município à Estratégia Saúde da Família (ESF). Para receber esse benefício, o município deve executar o programa de acordo com as regras federais, e recebe um valor mensal por equipe de saúde da família, além de outros repasses condicionados, como o do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). O valor recebido por cada equipe varia segundo a localização geográfica, indicadores socioeconômicos e o número de profissionais nessas equipes. Esse mecanismo inclui, portanto, estrutura de incentivos para a adesão dos municípios à ESF e expansão da cobertura, sendo efetivo principalmente para municípios de pequeno porte. Nessas localidades, um número pequeno de equipes é suficiente para atingir cobertura de 100% da população.

Cabe mencionar que a responsabilidade de contratação e definição da remuneração de todos os profissionais da equipe é dos municípios. Esse arranjo requer capacidade local de gestão de recursos humanos e de financiamento. Em geral, os recursos do PAB-variável remuneram uma parte da equipe, sendo necessário que o município realize aporte adicional. Outro obstáculo na gestão municipal diz respeito à concorrência por profissionais entre localidades vizinhas. A rotatividade dos profissionais devido a essas dificuldades contratuais tem resultado em maior

volatilidade da cobertura e comprometido a longitudinalidade do cuidado. Apesar de a contratação de médicos para atenção básica ser competência municipal, o governo federal implementou em 2013 o Programa Mais Médicos (PPM), que visa garantir a oferta desses profissionais em áreas com dificuldades de atração e retenção – geralmente, localidades remotas e periferias das grandes cidades. Nesse programa, os médicos são remunerados por meio de bolsa fixa mensal, independentemente da sua produção e seu desempenho.

Em relação à atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, as transferências federais representam cerca de 70% do total de recursos transferidos pelo MS, e são efetivadas por meio de dois componentes: o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). O Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade possui dois mecanismos de transferência. O primeiro segue uma lógica baseada na produção histórica dos estabelecimentos públicos ou privados sob a gestão estadual ou municipal. A produção histórica representa em média 67% dos recursos do bloco de MAC e é valorada utilizando o volume de produção registrado nos sistemas de informação hospitalar e de informação ambulatorial. O volume de produção é aferido principalmente por meio dos registros das autorização de internação hospitalar (AIH) e autorização de procedimentos de alta complexidade (Apac) precificados segundo a tabela de procedimentos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS (Sigtap).

A AIH consiste em um valor por diagnóstico. Nesse caso, os valores são definidos de acordo com um pacote de serviços e tempo de permanência preestabelecido associado à determinada Classificação Internacional de Doenças (CID). Esse mecanismo racionaliza o uso de serviços, uma vez que determina o grupo de procedimentos associados a cada diagnóstico, limitando o uso excessivo de procedimentos e definindo protocolos de utilização de uma forma centralizada pelo Ministério da Saúde. Na prática, contudo, esse sistema não tem sido totalmente viável para o financiamento dos serviços, uma vez que os valores necessitariam ser atualizados de forma sistemática e adequada aos custos reais dos procedimentos no mercado. Esse reajuste de preços vem ocorrendo de forma adequada apenas para os serviços em que os provedores são organizados e conseguem estabelecer pressão junto ao MS, principalmente os de alta complexidade. Para contornar esse problema, o Ministério da Saúde tem recorrido à definição de contratos adicionais baseados em programas de incentivos, por adesão. A outra forma de remuneração é a Apac, que financia procedimentos menos frequentes e de maior custo e complexidade. Diferentemente da AIH, a Apac é definida por procedimento, tais como terapia renal substitutiva, quimioterapia, radioterapia e dispensação de medicamentos de alta complexidade.

O segundo mecanismo no Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade baseia-se em transferências definidas por programas específicos do governo federal. Esse mecanismo tem sido amplamente utilizado, principalmente no cuidado hospitalar, uma vez que as transferências definidas pelo valor da produção não são suficientes para arcar com os custos de grande parte dos procedimentos. Nesse caso, as transferências de recursos são condicionadas à adesão de estados e munícipios aos programas. Um exemplo desse mecanismo são as transferências federais para os serviços móveis de urgência e emergência, que são realizadas na forma de valor fixo mensal, independentemente da produção. Outro exemplo se refere aos incentivos de gestão hospitalar (IGHs), que aumentam em até 60% o valor recebido pelo hospital relativo à sua série histórica de produção. Os recursos de incentivos são repassados para o fundo de saúde dos estados, do DF e dos municípios, que são os responsáveis por formalizar a contratação dos hospitais. Esse mecanismo tem representado cerca de 22% do volume de recursos transferido no Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade.

O segundo componente das transferências do bloco de MAC é o Faec, que financia procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto custo, como transplantes de órgãos, tecidos e células, terapia renal substitutiva, ações estratégicas ou emergenciais de caráter temporário, e novos procedimentos a serem incorporados à tabela do SUS. Esse tipo de transferência é usual para eventos menos frequentes na população, sendo o valor dos repasses definidos pela AIH e pela Apac.

Como visto, a estrutura de mecanismos de transferência do governo federal para estados e municípios é complexa e engessada, na medida em que os recursos são transferidos em blocos e por meio de programas específicos. Recentemente, foi pactuada – em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de janeiro de 2017 – modificação significativa no mecanismo de transferência de recursos federais para estados e municípios, que está em estudo. Essa medida, chamada de SUS Legal, propõe a alteração da forma vigente de repasse de recursos em seis blocos de financiamento para dois blocos: custeio e capital. Levantamento dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde revela que eram possíveis até 115 tipos de repasses para os municípios e 96 para os estados, em 2016. De fato, o excesso de regulamentação na aplicação dos recursos cria barreiras importantes para execução das políticas locais e configura uso exagerado da indução de políticas por parte do MS. Os efeitos dessa prática sobre a efetividade dos programas não foram avaliados. No entanto, é possível esperar que os resultados sejam heterogêneos e pouco expressivos, dada a pulverização dos recursos em incentivos repassados por adesão, sem que haja a definição clara de um plano com objetivos e metas.

3.5 Modalidades de pagamento a provedores no SUS

Muito embora o governo federal contribua para o financiamento, cabe aos governos estaduais e municipais a contratação dos profissionais e a organização da oferta de serviços de saúde. A principal forma de admissão dos profissionais ocorre por meio de salários fixos mensais e de forma direta, uma vez que a maior parte dos vínculos desses profissionais é estatutária ou celetista. Embora o mecanismo de transferência na atenção básica inclua estrutura de incentivos para a adesão dos municípios à ESF, o uso desse mecanismo não é repassado para a remuneração desses profissionais. O pagamento ocorre a partir de um salário fixo, que em geral está associado a uma baixa produção de consultas e redução da extensão do tempo de atendimento (Charlesworth, Davies e Dixon, 2012; Ugá, 2012). A principal vantagem dessa modalidade é a maior previsibilidade do gasto por parte do município. No Brasil, já existem alguns municípios que adotam uma remuneração que combina uma parcela fixa a uma parcela variável associada a indicadores de produção (Neto *et al.*, 2016).

Especificamente para a MAC, além da provisão direta por unidades próprias, os governos estaduais e municipais podem também estabelecer contratos com instituições privadas. Essas contratações podem ocorrer de forma indireta, por meio de cooperativas e organizações sociais de saúde (OSS). Segundo Santos e Servo (2016), o modelo de pagamento mais usual que estados e municípios adotam para contratar as OSS é por orçamento global condicionado a metas de desempenho.

Apesar de não ser o principal executor dos serviços de saúde, o governo federal realiza diretamente algumas contratações de serviços de média e alta complexidade ambulatorial, por meio de hospitais universitários federais e hospitais federais próprios, bem como da contratação de instituições filantrópicas. Os hospitais universitários federais são financiados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação (MEC). Os profissionais de saúde que atuam nesses hospitais são, em parte, contratados diretamente pelo MEC, por meio de concurso público, e são remunerados com base em um salário fixo mensal. Além dos hospitais universitários, o governo federal conta com seis hospitais próprios no Rio de Janeiro e três no Rio Grande do Sul – que formam o Grupo Hospitalar Conceição –, além de três hospitais especializados (Instituto Nacional do Câncer – Inca, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – Into e o Instituto Nacional de Cardiologia – INC). Esses hospitais possuem parte do seu quadro de pessoal pago diretamente pelo MS, por meio de salários mensais – sem relação, a *priori*, com a produção – e têm seu orçamento definido anualmente pelo MS. Por fim, o Ministério da Saúde estabelece também contratos com instituições filantrópicas – entre estas, as Pioneiras Sociais, instituição sem fins lucrativos –, para prestar assistência médica e de reabilitação nas áreas neurológicas e ortopédica. A modalidade de pagamento é um orçamento global com metas de desempenho.

3.6 O *mix* público e privado na utilização dos serviços de saúde no Brasil

Uma racionalidade possível para justificar o desenho misto dos sistemas de saúde é a redução da demanda no setor público decorrente da cobertura privada, o que permite mais recursos para o atendimento dos grupos socioeconômicos menos favorecidos no sistema público (Santos, Santos e Borges, 2013). Em países em que os indivíduos com planos e seguros privados são impedidos de utilizar os serviços ofertados pelo sistema público, essa redução da demanda ocorre de forma plena. Esse é o caso da Alemanha, em que os planos e os seguros privados têm papel substitutivo (Busse e Blümel, 2014). No Brasil, as particularidades observadas no desenho do sistema de saúde podem ter implicações diferenciadas sobre a demanda pelos serviços ofertados pelo SUS. A interação público-privado depende de fatores relacionados tanto ao lado da demanda quanto ao da oferta. Do lado da demanda, os indivíduos com cobertura privada podem ter incentivos para utilizar o SUS. Isso ocorre principalmente quando os serviços ofertados pelos planos de saúde são restritos e apresentam qualidade inferior aos ofertados no setor público, ou quando os mecanismos de divisão de custos têm um peso elevado no orçamento das famílias. Do lado da oferta, as operadoras podem aproveitar-se da presença do setor público e restringir o provimento de determinados procedimentos, induzindo seu uso no SUS. Além disso, como os médicos atendem nos dois setores, o acesso a procedimentos nesse sistema para indivíduos com cobertura privada pode ser facilitado, evitando que esses pacientes se submetam às filas de espera. Em algumas localidades, o setor privado funciona como porta de entrada para o setor público. Essa situação ocorre particularmente em regiões em que a rede privada é mais restrita, com predomínio da oferta dos serviços de saúde do SUS.

A interação público-privada observada no sistema de saúde brasileiro tem pelo menos três consequências importantes. A primeira é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, na medida em que indivíduos com cobertura privada possuem dupla forma de acesso (box 2). Evidências empíricas mostram a presença de desigualdades sociais na utilização dos serviços de saúde no país favoráveis aos grupos privilegiados. A posse de plano de saúde destaca-se como um dos fatores mais importantes para explicar essa desigualdade, que persiste mesmo depois de controlar pelas características socioeconômicas e de saúde dos indivíduos (Almeida *et al.*, 2013; Macinko e Lima-Costa, 2012; Szwarcwald, Souza-Júnior e Damacena, 2010; Andrade *et al.*, 2013; Mullachery, Silver e Macinko, 2016; Boccolini e De Souza Junior, 2016).

A segunda consequência refere-se à fragmentação do cuidado ofertado aos indivíduos com cobertura privada, uma vez que essa oferta não está organizada de forma longitudinal e integral. No SUS, há reconhecimento da necessidade do provimento do cuidado, por meio da organização de redes integradas que têm como ponto de partida a atenção primária (Dourado, Medina e Aquino, 2016;

Mendes, 2011). A ESF tem tido papel fundamental não apenas como política de fortalecimento da atenção primária, mas também como a principal porta de entrada ao sistema público de saúde. O médico de família é capaz de perceber melhor as necessidades de cuidado, ao criar um vínculo de médio e longo prazos com os pacientes. O estabelecimento desse vínculo propicia a oferta de um cuidado que integra a promoção, a prevenção e o referenciamento para a atenção especializada, garantindo o uso mais eficiente dos serviços (Dourado, Medina e Aquino, 2016; Cunha e Giovanella, 2011). O foco na atenção primária é especialmente relevante no contexto de envelhecimento populacional que o país vem experimentando. Em sociedades mais envelhecidas, o perfil epidemiológico é caracterizado por maior prevalência de doenças crônicas, cujo cuidado requer acompanhamento contínuo e integrado (Mendes, 2012).

Esse movimento de mudança no foco da atenção do cuidado, que passa de curativo para preventivo, é observado principalmente no setor público. No setor privado – como a demanda pelos serviços de saúde é ainda espontânea e a remuneração do provedor é por procedimento –, há incentivos de indução da demanda, especialmente por cuidados especializados e curativos. Essas diferenças no foco do modelo de atenção resultam, portanto, em portas de entrada distintas em cada um dos setores. Enquanto no setor privado a principal porta de entrada é o consultório/clínica particular, em que, em geral, o atendimento é realizado por algum médico especialista, no setor público é a atenção primária que cumpre esse papel. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 (IBGE, 2014), entre os indivíduos sem cobertura privada que procuraram algum atendimento de saúde, 54% realizaram a procura em uma UBS ou consultaram profissionais da ESF. Entre os que possuem cobertura privada, a principal forma de acesso foi o consultório, a clínica ou o médico particular, representando 63,6% do total de indivíduos cobertos que realizaram a procura por atendimento.

A terceira consequência do desenho misto do sistema de saúde no Brasil refere-se ao estímulo da demanda por serviços no SUS, por parte dos provedores privados. Esse estímulo é observado na medida em que os provedores do setor privado estão menos sujeitos aos protocolos clínicos definidos pelo MS, com o objetivo de controlar os gastos e as demandas desnecessários. Além disso, como os médicos do setor privado também atuam no setor público, a demanda por cuidado em cada setor pode ser fortemente influenciada por interesses do provedor. Nesse caso, o médico pode ter estímulos para direcionar os tratamentos menos complexos e de menor custo para o setor privado e os de maior custo para o setor público (Santos, Santos e Borges, 2013).

A análise das informações da PNS 2013 (IBGE, 2014) apresenta evidências da utilização dos serviços ofertados pelo SUS por parte da população coberta por plano de saúde, que gira em torno de 20%. Entre os serviços disponibilzados pelo

SUS mais utilizados por esse subgrupo populacional, destacam-se os serviços de alta complexidade (internação hospitalar, quimioterapia e hemodiálise), os com características de bens públicos de saúde (vacinação) e os de emergência (injeção, curativo e medição de pressão arterial).

Entre os indivíduos sem plano de saúde, em torno de 15% são atendidos pelo setor privado. Os principais serviços recebidos refletem os gargalos observados no setor público; quais sejam, atenção secundária e consultas odontológicas. Por exemplo, do total de indivíduos sem plano de saúde que realizaram exames laboratoriais ou de imagem, 23% foram no setor privado. Para consultas odontológicas, esse percentual alcança 50,3%; e para consultas com outros profissionais de saúde – como é o caso de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e nutricionista –, 19,5% (IBGE, 2014).

Em 2014, as despesas com desembolso direto representaram parcela expressiva do total do financiamento do setor privado, 47,2%, de acordo com informações disponibilizadas pelo Banco Mundial.[1] Devido ao peso elevado dos desembolsos diretos no total do financiamento dos serviços de saúde no país, o risco de as famílias incorrerem em gastos catastróficos (GCs) pode ser alto. Os GCs em saúde ocorrem quando a redução na renda decorrente da aquisição dos serviços de saúde compromete o consumo de outros bens, principalmente os de primeira necessidade (Wagstaff *et al.*, 2008; Xu *et al.*, 2003; 2007; Santos, 2015). Essa situação é particularmente observada entre famílias de menor renda e nos tratamentos de doenças crônicas, que, em geral, perduram por um período maior de tempo. Estudos empíricos para o Brasil estimam que uma parcela expressiva das famílias incorre em GCs (Xu *et al.*, 2003; Diniz *et al.*, 2007; Bos e Waters, 2008; Barros *et al.*, 2011; Diaz *et al.*, 2012; Boing, 2013; Santos, 2015). Em um estudo comparativo entre 59 países com diferentes níveis de renda, Xu *et al.* (2003) mostram que o Brasil se destacava por apresentar uma das prevalências mais altas de GCs, em torno de 10,23%, ficando atrás apenas do Vietnã (10,45%). Na Argentina e na Colômbia, esse percentual era igual a 5,77% e 6,26%, respectivamente, enquanto na Alemanha, 0,03%.

Analisando-se os desembolsos diretos realizados pelas famílias por componente, observa-se que metade desses gastos é explicada pela aquisição de medicamentos (Santos, 2015). O peso desses dispêndios no orçamento das famílias deve-se à baixa cobertura de medicamentos, tanto pelos planos privados como pelo setor público. De acordo com dados da PNS (IBGE, 2014), cerca de 64% dos indivíduos que consultaram um médico nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa adquiriram o medicamento por desembolso direto. Esse percentual se eleva para 82%, quando se considera apenas a população com plano de saúde. Santos (2015) mostra que o papel desempenhado pelas políticas de dispensação de medicamentos reduz significativamente a chance de GCs e empobrecimento.

BOX 2
Equidade no acesso aos serviços de saúde – Brasil: evidências empíricas

Um dos principais objetivos de qualquer sociedade é garantir equidade no acesso aos serviços de saúde. De acordo com esse princípio, o acesso deve ocorrer segundo a necessidade, independentemente da capacidade de pagamento dos indivíduos. Essa preocupação decorre principalmente do efeito do estado de saúde sobre o bem-estar individual. Esse efeito pode ser direto, na medida em que estar doente implica perda de utilidade, e indireto, dado que a capacidade produtiva dos indivíduos depende do estado de saúde. No Brasil, observa-se a presença de desigualdades socioeconômicas no acesso aos cuidados com a saúde. Parte dessas desigualdades tem origem no arranjo institucional do sistema de saúde brasileiro, na medida em que permite aos indivíduos com cobertura privada de saúde duplo acesso. A presença dessas desigualdades ocorre principalmente nos cuidados preventivos e especializados, em que estão os maiores gargalos do SUS. No caso dos serviços hospitalares e de urgência e emergência, as evidências empíricas existentes apontam para ausência de desigualdades sociais ou desigualdades favoráveis aos grupos socioeconômicos menos favorecidos. Esses resultados indicam que em situações de maior necessidade, especialmente de cuidados curativos, os indivíduos conseguem obter os serviços independentemente da posição socioeconômica. No entanto, é importante mencionar que esse indicador não considera aspectos associados à qualidade do serviço prestado e ao tempo de espera. Historicamente, a oferta de serviços de saúde no Brasil foi organizada priorizando-se o cuidado hospitalar; particularmente, o tratamento de eventos agudos e cuidados emergenciais. Esse arranjo institucional tem sido relativamente exitoso para atender à demanda efetiva para cuidados emergenciais e eventos agudos, negligenciando, entretanto, a demanda eletiva para cuidado hospitalar e a demanda ambulatorial por cuidados preventivos. Recentemente, alguns estudos têm mostrado redução dessas desigualdades, tanto entre os grupos socioeconômicos como entre regiões. Andrade *et al*. (2013), analisando a utilização dos serviços de saúde no Brasil entre 1998 e 2008, observaram melhoria principalmente na atenção primária. Foram verificados aumentos das taxas de utilização e reduções das desigualdades sociais, em especial para os indicadores de consulta médica e consulta odontológica. Os maiores ganhos nas taxas de utilização de consulta médica foram percebidos entre os indivíduos sem plano de saúde, o que sugere melhoria na cobertura dos serviços ofertados pelo sistema público. Essas melhorias parecem refletir a consolidação do SUS e as mudanças no foco das políticas de saúde, que nos últimos anos passaram a priorizar a atenção primária. Esses avanços têm contribuindo para ampliar o acesso aos serviços de saúde, especialmente entre as camadas mais pobres. Entre os esforços implementados, destaca-se a ESF, que se constitui em um programa centrado na família, com ênfase em atendimento ambulatorial e cuidado preventivo. Atualmente, a cobertura dessa estratégia é consideravelmente alta, principalmente em áreas rurais e pobres, contribuindo para a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde no Brasil.

Fonte: Informações disponibilizadas em Organização Mundial da Saúde (OMS), GlobalHealth Expenditure. Disponível em: <https://goo.gl/fmPiJy>. Acesso em: abr. 2017.
Elaboração dos autores.

3.7 O perfil da população com cobertura privada de saúde

No Brasil, o setor de saúde suplementar oferece bens e serviços de saúde a uma parcela importante da população, apresentando, nas duas últimas décadas, média de 25%. O acesso a planos e seguros de saúde é realizado, em grande medida, por meio do vínculo empregatício (66%), uma vez que se observa expressiva relação entre cobertura privada e inserção no mercado de trabalho (Machado, Andrade e Maia, 2012). Esse benefício reduz a rotatividade do trabalho e os custos de oportunidade de obter cuidado preventivo, ampliando de forma indireta a produtividade dos trabalhadores. Os planos coletivos empresariais representam o segmento mais dinâmico e com maior capacidade de expansão, tendo crescido 340%, entre 2000 e 2014, enquanto os planos individuais tiveram aumento somente de 64%. Esse crescimento se deve, por um lado, à política das operadoras que privilegiam os contratos por adesão empresarial e, por outro, pela restrição da capacidade de

pagamento das famílias. Os contratos por adesão empresarial são mais vantajosos para as operadoras, pela escala do contrato com menores custos de transação e por não seguirem a política de regulamentação de reajuste dos prêmios da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse caso, o reajuste de prêmio é estabelecido diretamente entre a operadora e o empregador que oferece o benefício aos empregados (box 3).

O setor de saúde suplementar no Brasil cresceu de forma significativa entre 1998 e 2013, mostrando incremento acima do crescimento observado para a população geral. Em 2013, 28% da população tinha cobertura privada, enquanto em 1998 esse percentual era de 24,5% (IBGE, 1998; IBGE, 2014). Com a crise econômica iniciada a partir de 2014, o setor vem perdendo beneficiários não apenas de vínculos de planos coletivos empresariais – devido ao aumento do desemprego e à redução dos benefícios indiretos dos trabalhadores –, como também dos planos por adesão individual.

Em termos de perfil dos contratos ofertados, o segmento mais comercializado é o plano mais completo, que inclui cobertura hospitalar e ambulatorial, representando, em 2016, 85% dos planos comercializados. Os segmentos referentes aos planos exclusivamente ambulatoriais ou hospitalares contemplavam, respectivamente, somente 1,15% e 4% do total de planos comercializados, o que evidencia o baixo incentivo das operadoras a comercializar esses planos.

A posse de cobertura privada cresce com a renda, reforçando as evidências empíricas que apontam uma elasticidade-renda positiva e significativa para os bens e serviços de saúde (Manning *et al.*, 1987; Rosett e Huang, 1973). Considerando-se a renda familiar *per capita*, em 2008, 62% dos indivíduos do último quintil apresentavam cobertura privada, comparado a apenas 3,4% no primeiro quintil. Essa desigualdade também é observada na distribuição espacial da cobertura privada no Brasil, com maior concentração nas regiões mais desenvolvidas, Sul e Sudeste. Nesse contexto, há endogeneidade na determinação da cobertura privada e da oferta de serviços, o que reforça o processo de concentração.

BOX 3
A regulação do setor de planos e seguros de saúde – Brasil

O Brasil é o segundo maior mercado do mundo de planos de saúde e, por isso, apresenta aparato regulatório extremamente complexo e consolidado. A regulação de planos e seguros privados no Brasil foi estabelecida a partir de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2000), e o marco regulatório principal está definido na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 (Brasil, 1998). Os principais eixos da regulação brasileira são os seguintes:

Regulação de contrato: A ANS regula de forma diferenciada os contratos por adesão individual (planos individuais e coletivos por adesão) e os contratos coletivos (autogestão e coletivo empresarial). Os contratos coletivos não estão sujeitos às regras de reajuste de prêmios e se caracterizam como vínculos estabelecidos por meio dos postos de trabalho. Nos planos individuais, o contrato é por tempo indeterminado, e as operadoras não podem desligar ou negar cobertura a nenhum beneficiário, o que evita a seleção de risco.

(Continua)

(Continuação)

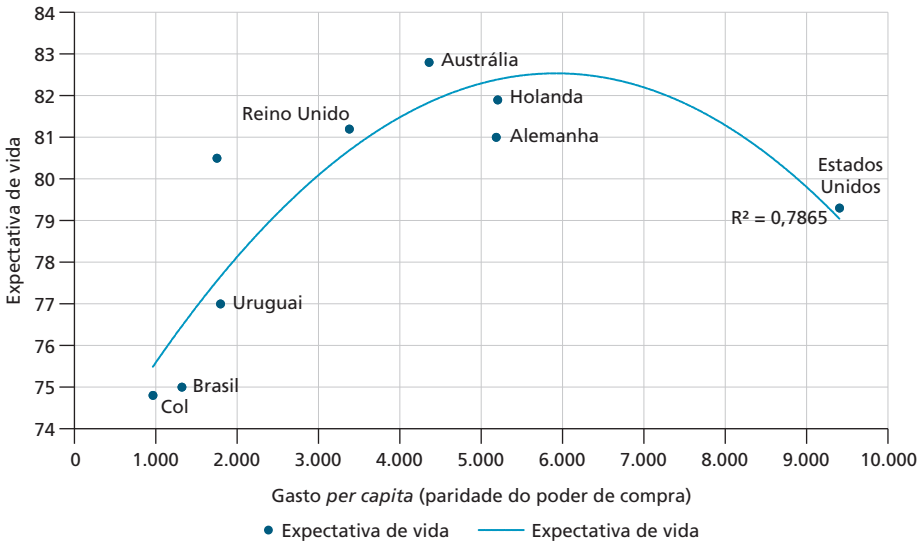
Regulação de produto: A ANS regula o registro dos produtos (planos) ofertados pelas operadoras, os tipos de segmentação, o rol de procedimentos para cada tipo de segmentação, os períodos de carência e a presença de doenças preexistentes. Dois argumentos principais justificam esse conjunto de mecanismos regulatórios. Primeiro, em decorrência da presença de assimetria informacional, os consumidores não têm condições de obter conhecimento sobre os serviços de saúde necessários para cada tipo de doença. Além disso, a segmentação por tipos e a padronização do rol de procedimentos evitam a seleção de risco pelas operadoras. A presença de dispositivos para doenças preexistentes permite acesso à cobertura privada a indivíduos de maior risco.
Regulação de preço: A ANS não regula diretamente o valor dos produtos comercializados, definindo unicamente as regras de reajuste dos prêmios. No Brasil, só é permitido discriminação de prêmios por idade, e o preço de comercialização deve atender a regras de precificação entre as dez faixas etárias definidas pela agência. O prêmio de risco da última faixa etária não pode exceder a seis vezes o valor da primeira. A ANS estabelece também que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. A racionalidade para essa regulação é introduzir um sistema de tarifação mais igualitário, induzindo-se inclusive subsídios entre os grupos de risco.
Fiscalização: A ANS realiza a fiscalização dos contratos, por meio do controle da rede de provedores e do tempo de espera e atendimento da cobertura contratada. Essa fiscalização visa garantir a qualidade do cuidado ofertado e protege os direitos do consumidor.
Regulação de portabilidade: é garantido aos beneficiários trocar de planos sem perder os períodos de carência já realizados. A portabilidade aumenta a concorrência entre as operadoras.
Regulação da sustentabilidade financeira: A ANS audita os balanços financeiros das operadoras e garante condições de transferência ou migração da carteira de beneficiários para outras operadoras no caso de falência, de modo a garantir os direitos dos beneficiários.

Elaboração dos autores.

3.8 O desempenho do sistema de saúde brasileiro

Uma forma sintética de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na análise da correlação entre os indicadores de gastos e da expectativa de vida, como mostrado no gráfico 1. Chama atenção a posição do Brasil, que aparece como o país com pior desempenho frente aos países selecionados, o que evidencia certo grau de ineficiência nos nossos gastos (Marinho, Cardoso e Almeida, 2009; Ribeiro e Rodrigues Júnior, 2006; Ribeiro, 2008). Parte dessa ineficiência é resultado ainda da presença de problemas de saúde típicos de países mais pobres, advindos principalmente da falta de esgotamento sanitário e serviços públicos básicos de saúde para determinados grupos da população, além das causas externas.

GRÁFICO 1
Função de produção de saúde – Brasil e países selecionados (2014)



Fonte: WHO (2014a; 2014b).

Esses problemas afetam principalmente a população de mais baixa renda e os menos privilegiados socialmente, tendo como consequência marcadas desigualdades em saúde (box 2). Enquanto nas regiões Sul e Sudeste a expectativa de vida situa-se próxima de 78 anos, no Norte e no Nordeste – em que há maior concentração da população de mais baixa renda do país e as condições sociais são, em geral, piores –, esse indicador é de aproximadamente 70 anos (IBGE, 2013). A expectativa de vida experimentada hoje pelas regiões Norte e Nordeste corresponde à média brasileira observada em 2000 – ou seja, quase vinte anos atrás.

4 DIRETRIZES E PROPOSTAS PARA A AGENDA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE

Esta seção apresenta as diretrizes e as propostas para a agenda de políticas públicas para a saúde. Embora as propostas sejam apresentadas separadamente, há conexão clara entre os problemas, de modo que as soluções devem ser analisadas pensando-se os impactos como um todo no sistema. As propostas indicam caminhos pelos quais as decisões de política necessariamente deveriam percorrer. O passo seguinte, que foge do escopo deste texto, é abordar a melhor forma de implementação dessa agenda.

4.1 Financiamento adequado para o SUS

O Brasil registrou em 2013 um gasto total com saúde de aproximadamente 8,0% do PIB, próximo ao encontrado em países de renda média e alta (IBGE, 2015). O que distingue o Brasil desse grupo de países é o fato insólito de ter gasto público

que representa apenas 46% do gasto total (3,6% do PIB), a despeito de possuir um sistema com a obrigação de dar cobertura universal. Além disso, o gasto *per capita* dos beneficiários de planos de saúde é cerca de duas vezes o observado no SUS (ABrES, 2014). Essa diferença evidencia que o montante de recursos públicos é insuficiente para ofertar cobertura de serviços adequada, mesmo que seja somente para a população exclusivamente dependente do SUS.

O gasto público com saúde no Brasil aumentou nas últimas décadas, principalmente como decorrência da EC nº 29/2000, mas o crescimento verificado foi insuficiente para atender aos requisitos legais do sistema público universal (Piola *et al.*, 2013). Mais recentemente, as medidas de ajuste fiscal embutidas na EC nº 95/2016 podem tornar a situação mais dramática, por congelar a despesa pública por vinte anos (Vieira e Benevides, 2016). Nesse cenário, maiores gastos públicos com saúde dependerão de maior espaço em um orçamento público limitado em seu crescimento. É possível argumentar que ao menos parte do problema do subfinanciamento do SUS poderia ser resolvido mediante a aplicação de medidas de aumento da eficiência na prestação de serviços. Não há dúvidas de que é preciso melhorar o desempenho do sistema de saúde e otimizar o uso dos recursos disponíveis (Vieira, 2016), mas estes não serão suficientes para enfrentar o problema de subfinanciamento no SUS.

O futuro do financiamento público da saúde será afetado por decisões políticas e macroeconômicas, pelos arranjos institucionais e pelas decisões sobre o modelo de proteção social brasileiro (ABrES, 2014). Essas decisões dependerão das posições de atores importantes (partidos políticos, sociedade civil organizada e outros segmentos sociais) e, em última instância, da imagem que a sociedade projeta para o SUS: um sistema restrito, só para os mais necessitados, ou um sistema que realmente seja a principal e prioritária forma de atenção à saúde de toda a população brasileira (Marques e Piola, 2014).

A despeito desses condicionantes de ordem político e institucional, existem razões relevantes – do ponto de vista econômico e social –, que justificam um sistema público universal e forte (Banco Mundial, 1993). De forma sintética, essas razões são as seguintes.

1) A população mais pobre não tem condições de custear a atenção à saúde que é necessária para melhorar sua produtividade e bem-estar. Para essa população, a ação pública pode reduzir a pobreza ou, pelo menos, reduzir suas consequências.

2) Algumas ações na área da saúde, principalmente as de promoção da saúde, geram externalidades positivas. Estas ações não se produzem nos mercados privados ou se produzem em quantidade insuficiente.

3) A intervenção, mediante regulação, do governo sobre o mercado privado, pode aumentar o nível de bem-estar, ao buscar corrigir as reconhecidas ineficiências do mercado na área da saúde e dos seguros de saúde.

4) A saúde é entendida como um bem meritório e, portanto, todos os indivíduos devem ter direito a acesso de acordo com a necessidade independente da capacidade de financiamento. A saúde afeta o nível de bem-estar direta e indiretamente por meio do seu efeito sobre a capacidade de geração de rendimentos. Como consequência, o nível de saúde da população afeta o nível de riqueza da sociedade.

O incremento do financiamento deve ter como meta o fortalecimento da capacidade de oferta e a melhoria da qualidade dos serviços do SUS. Com esse objetivo, seria recomendável um crescimento gradual do gasto público nesse sistema, de tal modo a atingir – no máximo em duas décadas – o nível observado em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que mantêm sistemas universais. Esses países realizam gasto público com saúde de cerca de 7% do PIB.

Uma proposta que vem sendo discutida no âmbito do Ministério da Saúde para amortecer os problemas de financiamento do SUS é a ampliação da cobertura de planos privados, através da criação de segmento de cobertura assistencial "popular". Segundo o ministério, a oferta de "planos populares" com cobertura mais restrita e prêmios mais acessíveis seria um mecanismo para abrandar a demanda por serviços ambulatoriais especializados no SUS. O projeto prevê três tipos de planos: *i)* plano simplificado; *ii)* plano ambulatorial mais hospitalar; e *iii)* plano em regime misto de pagamento. A diferença entre essas modalidades reside na inclusão ou não de previsão de internação, no atendimento de urgência e emergência e na limitação da abrangência geográfica. Conforme correspondência entre o MS e a ANS, a ideia básica por trás do projeto é afrouxar a regulação das novas modalidades, com o objetivo de permitir menor cobertura assistencial, coparticipação dos beneficiários de pelo menos 50% do valor dos procedimentos, mudanças nas regras de reajuste de preços e alongamento nos prazos de atendimento (Brasil, 1988).

De imediato, é possível antecipar que o projeto aprofundará ainda mais a segmentação no sistema de saúde e a fragmentação do cuidado. Também, existe evidência de que aumentos da cobertura populacional por planos privados de saúde não necessariamente redundam em alívio fiscal no sistema público (Hurley *et al.*, 2002; Frech e Hopkins, 2004); ainda mais quando se consideram os benefícios tributários concedidos ao consumo privado de assistência à saúde, que tendem a se elevar com o projeto. Por fim, entre outras possíveis consequências, é razoável supor que as operadoras prefiram comercializar esses novos produtos transferindo, assim, para o SUS os casos mais complexos e custosos.

4.2 Incrementar a eficiência do sistema de saúde por meio da maior articulação entre os subsistemas público e privado

A integração dos subsistemas público e privado é um dos pontos nevrálgicos que precisa ser enfrentado para a consolidação do sistema de saúde brasileiro. Por um lado, a existência dessa duplicidade de oferta parece ser fato consumado, uma vez que a sociedade brasileira definiu através da CF/1988 garantir esse direito de escolha. Essa mesma CF, no entanto, reconhece a saúde como um bem meritório, ao estabelecer um SNS que garante acesso universal e integral aos serviços de saúde. Esse reconhecimento decorre da importância da saúde para o bem-estar individual e social. Dessa forma, as propostas de integração dos dois subsistemas devem buscar o fortalecimento do SUS.

Um mecanismo fundamental seria a construção de um sistema de informação integrado. Esse sistema deve compreender o Cartão Nacional de Saúde (CNS), que permite a identificação única do cidadão nos dois subsistemas e no prontuário eletrônico, interligando todos os provedores das redes pública e privada. Esse sistema de informação integrado permitiria diversos avanços, entre os quais, destacam-se:

- adoção de modelo de cuidado longitudinal, com controle de referenciamento e contrarreferenciamento dos pacientes;
- redução do uso duplicado de provedores na rede, permitindo-se maior racionalização, principalmente do uso do cuidado especializado, e obtenção de ganhos de eficiência importantes na gestão do cuidado;
- maior capacidade de regulação das filas e do tempo de espera, o que determinaria ganhos de bem-estar para a população. Além disso, essa regulação evitaria que os pacientes atendidos no setor privado tivessem acesso privilegiado aos serviços de maior complexidade no SUS; e
- maior controle do ressarcimento de serviços realizados pelo SUS aos beneficiários de planos de saúde.

A implementação do Cartão Nacional de Saúde no âmbito do SUS já é uma realidade, embora ainda existam problemas de duplicidade e pouco uso efetivo. Para evitar duplicidade, esse cartão deveria ser associado a outros registros dos indivíduos. Existem algumas ações sendo tomadas desde 2011, relativas ao Ministério da Saúde, para melhorar a base de dados que estrutura o cartão – tais como sua integração com as bases de dados da Receita Federal, o sistema de óbitos da Previdência Social e os sistemas de nascidos vivos e de mortalidade do próprio MS –, sendo este projeto denominado interoperabilidade de bases de dados no âmbito do CNS. A deduplicação dos registros e as inativações dos registros indevidos e dos óbitos são ações que vêm sendo realizadas no âmbito federal e visam higienizar essa base de informações, tornando-a central na ligação entre usuários, profissionais de saúde e estabelecimentos, assim como de toda a assistência de saúde prestada aos cidadãos.

Em relação ao prontuário eletrônico, sua implementação, embora complexa, é viável. A implantação do prontuário eletrônico foi denominada no âmbito do SUS de e-SUS, tendo dois pilares principais: o e-SUS AB e o e-SUS hospitalar. A implementação do prontuário eletrônico foi iniciada no nível da atenção básica e atualmente já contabiliza mensalmente 2,8 milhões de registros de fichas individuais e identificadas com o número do CNS. Apesar desse esforço, a adoção do sistema de prontuário eletrônico na atenção básica não está sendo igualmente implementada no território nacional, devido principalmente às dificuldades com informática e conexão com a internet. A falta de integração do sistema de prontuário eletrônico entre os níveis de atenção ainda é um problema, uma vez que o sistema não foi pensado para os demais níveis, exceto o hospitalar.

4.3 Incrementar a eficiência e o desempenho do sistema por meio de melhor gestão dos recursos

O desempenho do sistema de saúde brasileiro é baixo comparado a outros países em desenvolvimento, inclusive países da América Latina como Chile e Uruguai. Diversos aspectos podem ser considerados para explicar esse baixo desempenho, tais como os fatores de contexto e os inerentes à organização e ao provimento dos serviços de saúde. Em relação aos fatores de contexto, o estado de saúde de uma população é fortemente determinado pelas condições socioeconômicas e ambientais nas quais os indivíduos estão inseridos. No Brasil, esses fatores ainda são muito relevantes, uma vez que há heterogeneidade socioeconômica regional significativa. Percebe-se a coexistência de perfis epidemiológicos distintos associados a níveis diferenciados de desenvolvimento e, como resultado, a presença de áreas com elevada incidência de doenças infectocontagiosas e parasitárias refletindo condições de vida precárias e baixos níveis educacionais (Teixeira *et al.*, 2014). Essas doenças estão associadas, sobretudo, a condições de saneamento e infraestrutura que não estão exclusivamente sob a responsabilidade do MS. Além disso, o nível de escolaridade impacta de forma importante no entendimento das políticas, principalmente as de promoção e prevenção da saúde. Nas regiões mais urbanizadas, o Brasil vivencia problemas crônicos associados às causas externas decorrente dos altos níveis de criminalidade e da elevada incidência de acidentes de trânsito. As causas externas pressionam negativamente o desempenho do sistema de saúde, o que impacta tanto os gastos como as variáveis de resultado (Andrade e Mello-Jorge, 2016; Caprirolo, Jaitman e Mello, 2017).

No tocante aos fatores inerentes ao sistema, não há na literatura empírica brasileira um estudo de diagnóstico que explore todas as possíveis fontes de desperdício, mas alguns fatores merecem ser analisados: sistema de remuneração, políticas de gestão de recursos humanos, economias de escala e de escopo e indução de demanda. Como os mecanismos presentes nos setores público e privado

e suas consequências sobre a eficiência são distintos, essa discussão merece ser realizada separadamente.

4.3.1 Principais fontes de ineficiência no SUS

Sistemas de remuneração de profissionais

A primeira fonte de ineficiência está associada ao sistema de remuneração de profissionais e instituições no SUS, que, de forma mais geral, não incorpora mecanismos de incentivos adequados. No SUS, embora existam incentivos internalizados nos mecanismos de transferências de recursos financeiros entre as três esferas, isso não é verificado no sistema de remuneração dos provedores. Para os profissionais em geral, prevalece o contrato por salário fixo. Esse contrato tem a vantagem de não induzir a demanda, mas pode afetar a qualidade do atendimento, tendo impactos nos resultados de saúde. O contrato por salário fixo necessita ser acompanhado de sistema de metas e avaliação dos resultados. As metas, em geral, são pactuadas no nível governamental, tendo pouco impacto direto na atuação dos profissionais. O MS tem editado desde 2013 o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, que estabelece os principais indicadores que devem ser acompanhados pelas esferas governamentais (Brasil, 2016). Embora seja uma pactuação importante, esta ocorre no nível governamental, tendo como desafio garantir que os incentivos sejam percebidos pelos profissionais e pelas instituições e organizar um sistema de avaliação. Atualmente, o sistema de informações do SUS realiza o acompanhamento da produção de serviços dos estabelecimentos, mas não foca nos resultados. A proposição de metas para os profissionais e os estabelecimentos fica a cargo dos municípios e das secretarias estaduais de saúde. Em um país com um número tão grande de municípios, essa descentralização resulta em heterogeneidade de políticas de recursos humanos e dificulta averiguar os ganhos de eficiência obtidos quando experiências pontuais são implementadas.

Nos contratos com as instituições, a principal forma de remuneração é o pagamento por diagnóstico. Do ponto de vista teórico, como há um grupo de procedimentos preestabelecidos, esse sistema evita a indução de demanda, sendo, portanto, mais eficiente. Na prática, entretanto, o que se verifica no SUS é que não há atualização sistemática dos valores capaz de recompor os custos. Essa atualização ocorre, em geral, com mais frequência nos setores mais organizados e, consequentemente, com maior poder de mercado, o que ocasiona distorção dos preços relativos dos procedimentos. A resposta do mercado tem sido a proposição de novos procedimentos e tecnologias, que são introduzidos com valores atualizados e presença de registros fraudulentos associados a diagnósticos com valores mais elevados. Além disso, a contratação dos estabelecimentos da rede privada pelo SUS ocorre por volume de produção determinado historicamente, o que gera incentivos a operar no teto estabelecido, resultando em ineficiências.

Sistemas de remuneração de instituições

Outro problema se refere ao gerenciamento dos hospitais da rede própria, que em geral não têm autonomia de execução orçamentária, existindo poucos incentivos para alocação eficiente de recursos. Uma proposta que tem sido implementada em algumas localidades é a contratação de provedores, através das organizações sociais de saúde. A principal argumentação a favor das OSS é a maior autonomia de contratação de recursos humanos, de compras e de toda a gestão quando comparada às unidades tradicionais (Medici, 2011). Esses contratos estabelecem repasses fixos mensais para o custeio dos serviços de saúde e repasses variáveis condicionados a metas (Sano e Abrúcio, 2008). As primeiras iniciativas de contratação de OSS ocorreram nas unidades hospitalares do estado de São Paulo, e atualmente esse mecanismo já se difundiu para outros estados e outros tipos de estabelecimentos de saúde, tais como unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de pronto atendimento (UPA) (Medici, 2011).

Alguns estudos de caso (Sano e Abrúcio, 2008; Barbosa e Elias, 2010; Santana, 2015) concluem que a contratação indireta da gestão das unidades de saúde por meio das OSS aumentou a produção de consultas/procedimentos. A despeito dessa evidência, uma limitação desses estudos é a ausência de avaliação econômica comparando os custos e os benefícios das OSS, em relação ao modelo tradicional de gestão. Em parte, essa ausência se deve à falta de informações de gasto desagregada por unidades de saúde pública. Um problema na contratação das OSS levantado nesses estudos é a falta de transparência acerca dos critérios de escolha das OSS, da divulgação dos gastos e dos resultados por estas alcançados. Ressalta-se também a baixa participação social na avaliação dos serviços dessas organizações. A principal evidência favorável às OSS foi encontrada para os municípios do estado de São Paulo por Coelho e Greve (2016). As autoras implementam o método de diferenças em diferenças comparando os municípios no quais a contratação indireta está presente com aqueles em que não existe a contratação indireta e concluem que, além de aumentarem a produção, há melhorias no resultado de saúde da população nos municípios que realizam a contratação indireta.

Importante destacar que, qualquer que seja a modalidade de gerência das unidades de saúde e de remuneração ao prestador, a informação sobre gastos e custos se faz necessária. A falta de informação sobre os custos dos serviços e dos estabelecimentos do SUS ainda constitui barreira importante para o acompanhamento da formação de preços no mercado de bens e serviços de saúde (Santos e Servo, 2016). Tal situação limita as análises e, consequentemente, a tomada de decisão sobre modalidades de gerência e sistemas de remuneração, com a finalidade de identificar aqueles mais eficientes. Dessa forma, a adoção de sistema de apuração de custos e de efetiva gestão de custos no SUS poderia suprir essa lacuna de informação, possibilitando que as decisões fossem informadas por evidências econômicas e que o uso dos recursos fosse otimizado.

Políticas de gestão de recursos humanos

Complementar ao sistema de remuneração, destaca-se a importância de uma política de gestão de recursos humanos no SUS. Diversos estudos já mostraram a persistência de alguns gargalos na contratação e fixação de profissionais, principalmente em municípios de pequeno porte. Esses municípios têm dificuldade de atração, especialmente de médicos, por se localizarem longe dos grandes centros e por terem infraestrutura e condições de trabalho mais precárias (Scheffer *et al.*, 2015). Como o salário passa a ser o principal fator de atração que o município pode oferecer, desencadeia-se uma concorrência danosa entre os próprios municípios, aumentando os custos e tornando inviável para alguns municípios realizarem a contratação (Campos, Machado e Girardi, 2009). Nesse contexto, torna-se necessária a definição de uma política de gestão de recursos humanos para os profissionais da atenção primária. Para solucionar esse problema de atração e fixação de profissionais, o governo federal propôs dois programas: o Programa Mais Médicos, em 2013, e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), em 2011. Esses dois programas têm como objetivo principal a valorização do médico que atua na atenção básica. O Provab constitui-se em um programa de especialização, no qual o médico recebe treinamento específico e atua em uma UBS pelo período de doze meses, nas localidades selecionadas pelo governo federal. Esse programa oferece uma bolsa e um bônus de 10% para a residência. A fragilidade do Provab é que o vínculo estabelecido é de curtíssimo prazo e não garante a fixação dos médicos na atenção primária e tampouco nesses municípios. Além disso, muitos concursos não têm implementado o bônus de 10%, devido à pouca interação entre o governo federal e os estabelecimentos da rede privada que oferecem a residência médica. O PMM é mais amplo e possui três pilares: *i)* contratação emergencial de médicos; *ii)* expansão do número de vagas para os cursos de medicina e residência médica em várias regiões do país; e *iii)* implantação de novo currículo, com formação voltada para o atendimento mais humanizado. Portanto, o PMM caracteriza-se como uma política de médio e longo prazo e com propostas de mudanças mais estruturais. Os impactos de curto prazo do programa foram ambíguos: se, por um lado, promoveu a expansão do acesso à atenção básica em áreas que não tinham esses profissionais, por outro, representou, em muitos casos, a substituição de médicos com contrato municipal para o federal, em que sua oferta já estava presente. A política de médio e longo prazo possui um desenho interessante, pois introduz no Brasil a regulação da oferta de profissionais, ao controlar o número de vagas para os cursos de medicina nas instituições públicas e privadas de ensino superior. A expansão das vagas de medicina passou a ser guiada pela necessidade social e do SUS. Além disso, o PMM representa tentativa de mudança na cultura da prática médica no Brasil, ao tornar obrigatória a realização da residência médica na atenção primária por pelo menos um ano. Embora essas duas medidas do PMM sejam a primeira resposta para superar os gargalos da atenção básica, ainda são necessários

esforços para garantir a sustentabilidade desse programa e fortalecer a fixação no longo prazo dos profissionais de saúde, principalmente em municípios remotos.

Estudo recente da OCDE faz uma revisão sobre o diagnóstico e a adoção de políticas implementadas por diversos países para lidar com o desequilíbrio geográfico dos médicos (Ono, Schoenstein e Buchan, 2014). O estudo mostra que as formas de lidar com o problema são variadas e apresenta três grupos de medidas que vêm sendo implementadas nesses países. Estes priorizam as seguintes ações: *i)* formação médica; *ii)* regulação e incentivos financeiros; e *iii)* reorientação do modelo de cuidado, com a redefinição do papel de outros profissionais e o uso de recursos alternativos a distância que auxiliem no provimento do cuidado e treinamento; por exemplo, a telemedicina. O Brasil já acena no sentido de acompanhar essa trajetória de políticas, principalmente com a adoção recente do PMM. O programa prevê mudanças na formação, com ênfase no médico de família e na regulação da distribuição da oferta de médicos, além dos incentivos financeiros. O desafio da implementação plena depende da capacidade do MS de mobilizar as universidades públicas e privadas para aderir à formação do médico de família. Além disso, é importante pensar em alternativas que garantam a permanência dos médicos nas localidades mais remotas e/ou menos atrativas. Uma proposta – ainda que polêmica – seria a criação de um plano de carreira pelos governos federal ou estadual nos moldes dos existentes hoje para os promotores, os juízes e os militares. Esse plano permitiria aos profissionais vislumbrarem a possibilidade de deslocamento organizado no espaço, das áreas mais remotas para as áreas mais densas ao longo da carreira médica. Associado a isso, para minimizar essas barreiras, o uso da telemedicina deve ser incentivado e organizado pelos governos estaduais, para que os médicos em áreas remotas ou em municípios de pequeno porte tenham acesso a melhores condições de trabalho, incluindo-se cuidado especializado e discussões de casos com outros profissionais. O uso da telemedicina possibilitaria que o cuidado ofertado fosse mais efetivo e garantiria sua longitudinalidade (Campos, Machado e Girardi, 2009). Vale lembrar que a telemedicina já é utilizada no Brasil com sucesso, permitindo uma integração da atenção básica com o cuidado especializado (Marcolino *et al.*, 2016).

Em relação à reorientação do modelo de cuidado, alternativas ao modelo centrado no médico também podem ser avaliadas para o caso brasileiro. Uma proposta é o fortalecimento do papel de outros profissionais de saúde, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos e obstetrizes, que podem oferecer alguns cuidados que o médico realiza e permitem a reorganização da equipe de saúde da família. Esse modelo pode ser pensado para localidades em que a atração e a fixação do médico não é realidade factível, tornando viável o acesso aos serviços de atenção primária sem perda de qualidade. Essa experiência já tem sido observada em outros países como Chile, Canadá, França, Estados Unidos e Reino Unido (Ono, Schoenstein e Buchan, 2014).

Economias de escala e escopo

Uma das consequências do modelo de sistema de saúde descentralizado proposto pela CF/1988 (Brasil, 1988) foi a ampliação do número de hospitais, principalmente municipais, em sua maioria de pequeno porte. Segundo os dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, em 2015, do total de estabelecimentos públicos com leitos, 72% apresentavam número de leitos inferior a cinquenta. Essa estatística evidencia a baixa escala de produção que os hospitais públicos operam no Brasil, resultando em baixa resolutividade e não aproveitamento de economias e escopo. Essa ineficiência já é reconhecida na literatura (Ugá e López, 2007; La Forgia e Couttolenc, 2009). Diante disso, o MS propôs um estudo para realizar um diagnóstico situacional dos hospitais de pequeno porte no Brasil (Facchini *et al.*, 2015). Esse trabalho subsidiaria a discussão sobre o papel que esses estabelecimentos desempenham nas redes de atenção à saúde e o volume de investimento necessário para adequação desses estabelecimentos no atendimento principalmente de urgência e emergência. Segundo esse relatório, os HPPs apresentam *deficit* de infraestrutura, baixa produtividade, baixa resolutividade e pequena integração com as redes de atenção à saúde. Diante desses resultados, fica explícito que o SUS tem número muito elevado de estabelecimentos operando com ineficiências de escala, de escopo e alocativa. É fundamental conduzir uma reorganização desses estabelecimentos, com políticas de investimento que permitam readequar a infraestrutura e repensar o papel desses estabelecimentos na rede de cuidado.

4.3.2 Principais fontes de ineficiência no setor privado de saúde: risco moral e indução de demanda

A assimetria informacional presente no mercado de bens e serviços de saúde determina dois problemas oriundos das relações contratuais estabelecidas entre os agentes desse mercado: risco moral e indução de demanda. O provimento de serviços de atenção à saúde por meio do seguro pleno cria incentivos à sobreutilização dos serviços médicos pelos pacientes, pois, nesse caso, o custo marginal do serviço demandado é zero. A fim de racionalizar o uso dos serviços médicos, tradicionalmente, são propostos sistemas de divisão de custos com os beneficiários, sendo os principais mecanismos utilizados as franquias, os limites de dispêndio, os copagamentos e os cosseguros. A evidência empírica já demonstrou de forma robusta que os mecanismos moderadores são eficientes para solucionar o problema de risco moral no comportamento dos indivíduos. A magnitude dessa redução varia com o serviço e a participação dos beneficiários na divisão de custos (Newhouse e Insurance Experiment Group, 1993; Zweifel e Manning, 2001). No Brasil, alguns trabalhos corroboram a presença de risco moral no comportamento dos beneficiários de planos privados. As estimativas realizadas por Andrade e Maia (2009) mostram diferencial de 25% a mais na realização de consultas e incremento de 9% a 26%

nas internações dos beneficiários de planos privados, em comparação aos usuários sem cobertura. Barbosa (2016) estima os efeitos da copartipação na redução das consultas médicas eletivas em uma operadora de saúde. Segundo o autor, indivíduos cobertos por contratos com coparticipação de 20% têm redução de cerca de 7% no número de consultas. No Brasil, diversas operadoras já implementam a coparticipação, mas a prática ainda não é generalizada.

Os incentivos à sobreutilização de serviços de atenção à saúde estão também fortemente relacionados ao comportamento dos médicos, que são os responsáveis pela prescrição de todos os serviços a serem realizados. A assimetria informacional médico-paciente permite a esses provedores alterarem as preferências dos consumidores, agindo muitas vezes de acordo com o interesse próprio, determinando o que se convencionou denominar de indução de demanda ou risco moral no comportamento do provedor. A forma de contratação ou mecanismo de pagamento dos provedores pode ainda ampliar esse comportamento. No sistema tradicional, o pagamento dos provedores é realizado por procedimento *(fee-for-service)*, o que determina um problema de risco moral, pois há incentivos a induzir a demanda por serviços de saúde muitas vezes desnecessária. Esses incentivos estão associados ao reembolso direto – vinculado ao volume de serviços prestados – e à possibilidade de auferir rendimento indireto decorrente do maior volume de encaminhamentos. Além do sistema de pagamento, a garantia do financiamento por meio do sistema de seguro induz a incorporação de inovações tecnológicas, o que reforça ainda mais o processo de indução de demanda. Os hospitais têm incentivos a incorporar novas tecnologias e procedimentos para atrair os médicos, e estes, por sua vez, têm estímulo para utilizar esses novos serviços, com o objetivo de minimizar a incerteza do diagnóstico e obter algum retorno financeiro direto. Diferentemente de outros setores, o uso da tecnologia em saúde ocorre de forma cumulativa e não substitutiva. A introdução de novo equipamento de diagnóstico, por exemplo, não substitui as tecnologias anteriores, as quais passam a ser utilizadas conjuntamente. As evidências internacionais de indução de demanda são diversas, e os impactos dependem do tipo de cuidado, do sistema de reembolso dos provedores e do ambiente em que o provimento ocorre (Devlin e Sarma, 2008; McGuire, 2001). Segundo Berwick e Hackbarth (2012), os gastos com excesso de tratamento nos Estados Unidos somaram, em 2011, de US$ 158 bilhões a US$ 226 bilhões, representando a categoria mais importante para explicar os desperdícios do sistema americano, que chegam a 20% dos gastos totais.

No Brasil, a maior parte dos provedores do setor privado é remunerada por procedimento, mas – devido à restrição de informações – as evidências empíricas de indução de demanda são ainda muito escassas. Um exemplo é o excesso de utilização de parto cesariana no setor privado.

Santos (2011) analisa uma carteira de beneficiários de um plano de autogestão em São Paulo e mostra que as variáveis não clínicas, como o diferencial de remuneração entre os dois procedimentos, foram mais importantes para explicar a chance de realização do parto cesáreo do que as variáveis clínicas. Castro, Travassos e Carvalho (2005) sugerem a presença de indução de demanda de serviços hospitalares no Brasil. Segundo as autoras, as áreas de maior oferta apresentam maior chance de realização de serviços hospitalares. Evidências recentes divulgadas pela ANS mostram o crescimento do uso de procedimentos, tais como ressonância magnética, tomografia computadorizada e cirurgia bariátrica. Além disso, a comparação da taxa de utilização desses procedimentos segundo os segmentos do setor de saúde suplementar sugere forte associação com o mecanismo de remuneração. As seguradoras apresentam taxa de utilização desses procedimentos cerca de duas vezes mais elevada do que as cooperativas médicas, que apresentam menor taxa. Vale dizer que as seguradoras utilizam o mecanismo de pagamento por procedimento, que gera incentivos para a indução de demanda.

Uma proposta para minimizar a indução de demanda por parte dos provedores do setor privado é a introdução do médico generalista na atenção privada. O MS, através da ANS, poderia determinar a obrigatoriedade de inclusão do médico generalista como porta de entrada em qualquer plano de saúde. O médico generalista seria responsável pelo referenciamento dos pacientes, o que evitaria a demanda espontânea por cuidado especializado no setor privado. O sistema privado, em sua maioria, já tem um sistema de prontuário eletrônico organizado, que permite ao médico generalista acompanhar a história do paciente. É possível ainda às operadoras introduzirem sistemas de remuneração que incluam incentivos para o controle da indução de demanda pelos provedores.

4.4 Consolidar a regionalização da oferta de serviços de saúde no SUS, otimizando-se o processo de produção e ao mesmo tempo garantindo-se as diretrizes da integralidade e equidade do cuidado

O avanço no processo de regionalização depende da efetivação do planejamento no SUS, que ainda se encontra fragmentado e pouco efetivo para a orientação da ação governamental. Embora o planejamento ascendente tenha sido previsto na Lei nº 8.080/1990, na prática este não se concretizou. Um planejamento ascendente não se restringe ao envio de planos de saúde municipais para as secretarias de saúde de seus respectivos estados e do plano dessas secretarias estaduais para o Ministério da Saúde. A relevância da ascendência nesse processo ocorre mediante a consideração das necessidades locais, para nortear a atuação tanto dos governos locais como dos governos estaduais e federal. Desse modo, para fomentar as regiões de saúde, é preciso que o planejamento no âmbito estadual seja feito em conjunto com seus municípios por regiões e/ou macrorregiões de saúde. Dessa

forma, articulando, quando necessário, os municípios e os estados nas regiões de fronteira, a fim de que seja assegurada a maior oferta possível de serviços em MAC, balizada pelo equilíbrio entre garantia de acesso e escala na prestação dos serviços. O MS, por sua vez, discutiria o planejamento federal conjuntamente com os 26 estados e o DF. O desenvolvimento de métodos e instrumentos para concretizar esse planejamento é possível, uma vez que o SUS já acumula experiências de construção coletiva – por meio das conferências de saúde – e dispõe de grande instrumental em termos de tecnologia de informação.

Além de um planejamento ascendente no sistema, é necessário elaborar um plano de investimento de médio e longo prazos para o SUS. Atualmente, as decisões sobre os investimentos ainda ocorrem de forma fragmentada, com capacidade limitada do MS para orientá-las em lógica que vise à redução das desigualdades regionais. A maior parcela dos recursos do governo federal para essas despesas é alocada por meio de emendas parlamentares. A elaboração de um plano de investimento para o SUS – focado nas regiões de saúde, fruto do processo ascendente de planejamento – poderá contribuir para a redução dos vazios assistenciais, a ampliação da oferta de serviços de saúde e a garantia de integralidade da atenção à saúde.

Adicionalmente, é necessário fortalecer a cooperação interfederativa e aumentar a participação dos estados nos processos de implementação, monitoramento e avaliação das políticas, bem como de planejamento e organização da oferta de ações e serviços de saúde. Durante o processo de planejamento ascendente, os gestores poderiam mapear as necessidades de apoio para fortalecimento da gestão local, a fim de que as secretarias estaduais de saúde e o MS pudessem elaborar um plano para o desenvolvimento das capacidades individuais, organizacionais e sistêmicas em todo o SUS. Esse processo envolveria a ampliação da oferta dos cursos tradicionais de educação permanente e a disponibilidade de assessoria no âmbito do sistema, para apoiar os gestores na implementação de políticas ou gestão de serviços.

Por fim, sugere-se a abertura de diálogo estreito com parlamentares sobre questões cruciais para o sistema, a fim de estabelecer no Congresso Nacional ampla coalizão, suprapartidária, interessada nos assuntos da saúde pública. Disso, seria possível ampliar os espaços para discussão de temas como o financiamento do sistema, sobre mecanismos para incentivo ao livre provimento de gestores da saúde baseado em qualificação técnica predefinida para exercício do cargo, bem como para desincentivar a alta rotatividade nesses postos. Essa proposta é mais complexa, porque envolve elementos externos ao SUS e do campo da política, e sua viabilidade requer a participação de prefeitos, governadores, secretários e ministro da saúde.

4.5 A interpretação da integralidade no SUS e a judicialização

Uma questão relevante no desenho de sistemas nacionais de saúde é a definição da cesta de bens e serviços de saúde que serão financiados pelo setor público. Essa definição não é trivial por pelo menos dois motivos. Primeiro, pela necessidade de política de alocação capaz de estabelecer prioridades, uma vez que os recursos são escassos, não sendo possível ofertar todos os serviços a todos os cidadãos. Segundo, pelo aspecto dinâmico inerente a essa definição, visto que há incorporação contínua de novos procedimentos e tecnologias no setor de saúde. Além disso, a incorporação de novas tecnologias em saúde ocorre – na maior parte das vezes – de forma cumulativa e não substitutiva, como observado em outros setores produtivos. Essa característica do uso de tecnologias no setor saúde faz com que o número de procedimentos seja crescente, com impactos nos custos.

As implicações decorrentes da definição da cobertura ofertada estão condicionadas ao papel desempenhado pelos setores público e privado nos sistemas de saúde. Nos países centrais – nos quais os sistemas nacionais de saúde foram concebidos no âmbito da construção do Estado de bem-estar social –, essa definição, embora importante para nortear as escolhas das famílias atinentes ao grau de cobertura complementar que desejam realizar, não é geradora de tensões. Nesses países, o sistema nacional de saúde apresenta-se como a forma de financiamento predominante, o que resulta na centralização do processo de incorporação de novas tecnologias.

No caso do Brasil, a presença do sistema nacional de saúde não garante a centralidade das decisões de incorporação de novas tecnologias e definição de protocolos e modelos de cuidado. Como consequência, a definição da extensão da cobertura ofertada no sistema nacional de saúde é fundamental e pode estar na origem de diversos problemas. A existência de setor privado que oferta os mesmos serviços que o SUS e – na maior parte das vezes – compartilha dos mesmos provedores não só impede que o MS exerça esse papel de norteador das decisões, mas também acaba sendo determinante na incorporação de novas tecnologias no sistema como um todo. Como o setor privado é, em grande medida, financiado por meio de planos e seguros de saúde, há certa endogenia na adoção de novos procedimentos e tecnologias. Os provedores privados induzem o uso de novas tecnologias, uma vez que existe um sistema de financiamento garantido que permite essa incorporação em detrimento de uma política pública de alocação.

O direito à saúde no marco legal prevê como diretriz a integralidade da atenção à saúde, que se traduz na garantia de acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Originalmente, essa diretriz tinha como preocupação garantir a todos os cidadãos o direito a um cuidado integral, compreendido como o acesso aos bens e serviços de saúde em todos os níveis de

atenção. A despeito dessa percepção, a interpretação usual do Poder Judiciário entende o conceito de integralidade como um direito de acesso a todos os bens e serviços de saúde. Essa interpretação tem determinado um processo de judicialização da saúde, que consiste no provimento de serviços definidos a partir das decisões do Judiciário. Dois perfis de judicialização têm sido identificados no SUS. O primeiro processo refere-se a demandas judiciais decorrentes da indisponibilidade de serviços de saúde que já estão incorporados no sistema. É o caso de ações e serviços de saúde que não são ofertadas em algumas localidades, principalmente devido à ausência de profissionais e equipamentos. O segundo processo é motivado pela indução de demanda de novas tecnologias, que em geral têm custo elevado e ainda não foram incorporadas pelo sistema. A alocação de recursos intermediada por esse segundo perfil de judicialização põe em xeque os princípios da universalidade e da equidade do SUS.

Em contraposição à política pública de saúde, a decisão judicial é geralmente motivada pelo benefício individual, perdendo de vista o bem-estar social. A decisão de financiar um serviço por meio da judicialização não considera as necessidades da sociedade como um todo, além de não incluir uma política de prioridade para essas necessidades. Esse processo de judicialização é intensificado pelo desenho do sistema de saúde brasileiro. Os provedores privados podem induzir o uso de novas tecnologias não disponíveis no SUS, uma vez que estes são motivados pela lógica de mercado. A judicialização é uma oportunidade de exploração de ganhos financeiros por meio de indução de demanda. Os estudos empíricos para o Brasil sugerem a existência de associação entre médicos e advogados e a indústria farmacêutica na criação desses processos judiciais. Há um número pequeno de médicos e advogados associado a um grande número de processos (Neto *et al.*, 2012; Medeiros, Diniz e Doederlein Schwartz, 2013).

A preocupação com a judicialização no Brasil não é recente. Alguns estudos já mostram dados sobre o crescimento dessas demandas desde o início dos anos 2000 (Piola e Viana, 2009). A partir de 2003, diversas iniciativas institucionais foram implementadas no sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de normatizar a lista de procedimentos ofertados pelo SUS e estabelecer uma política para a incorporação de novas tecnologias no setor. Essas iniciativas acompanham o cenário internacional, no qual a maior parte dos países passa a definir critérios explícitos para a incorporação de novas tecnologias. Em 2011, por meio da Lei nº 12.401, foi criada a Comissão Nacional para Incorporação Tecnológica (Conitec), responsável por atualizar a lista de procedimentos e medicamentos que serão disponibilizados pelo SUS. Essa lei se configurou como avanço na discussão da integralidade, uma vez que estabeleceu limites e critérios para a incorporação dessas tecnologias, respaldados em evidência científica acerca da efetividade, segurança e eficácia dos novos produtos, bem como análises acerca de custos e benefícios envolvidos e a

comparação com as tecnologias já incorporadas. A Conitec é constituída de treze representantes da sociedade civil; entre estes, associações dos usuários, o Conselho Federal de Medicina, representantes dos estados e municípios, representantes das agências regulatórias, entre outros. A despeito dessa representação múltipla dos diversos segmentos da sociedade, muito ainda necessita ser feito, no sentido de que as decisões tomadas no âmbito da Conitec tenham maior capilaridade nos outros setores envolvidos no uso de tecnologias e procedimentos em saúde. Um exemplo disso é a lista que define o rol de procedimentos mínimo a ser disponibilizado pelos planos de saúde no Brasil. Essa lista não necessariamente segue os preceitos definidos pela Conitec e pode incluir outros procedimentos diferentes daqueles que serão disponibilizados pelo SUS. Como o setor de planos oferta os mesmos serviços que o SUS, essa liberdade de definição do rol de procedimentos pode ter implicações diretas sobre o sistema público, que perde a centralidade na definição da incorporação tecnológica no sistema. Além disso, qualquer incorporação tecnológica deve ser realizada em comparação com as tecnologias em uso, incluindo-se os impactos orçamentários para o sistema. Nesse contexto, seria importante que a Conitec ampliasse seu escopo de atuação. Segundo Yuba, Novaes e De Soárez (2015), 65% das tecnologias avaliadas por essa comissão, entre 2012 e abril de 2015, referem-se a medicamentos. Atualmente, a ação da Conitec é reativa, regulando as incorporações de tecnologia, a partir da demanda de setores da sociedade. Para além disso, essa comissão pode ter papel proativo, direcionador da incorporação tecnológica de procedimentos, atuando de forma mais próxima dos atores do setor privado em que a incorporação tecnológica de procedimentos e equipamentos ocorre de forma mais intensa.

Além da Conitec, é importante mencionar a existência de duas listas oficiais de procedimentos presentes no sistema brasileiro, a Relação Nacional de Medicamentos (Rename) e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). A Rename foi instituída inicialmente em 1983 e estabelece os medicamentos a serem disponibilizados pelos SUS, segundo critérios de segurança, efetividade, eficácia e custos. A Rename vem sendo sistematicamente atualizada desde 2000, e, a partir de 2012, sua definição passou a ser realizada pela Conitec. A Renases foi estabelecida em maio de 2012, por meio da Portaria nº 841, editada pelo MS. A despeito da edição dessas duas listas oficiais de procedimentos, a Rename e a Renases, a discussão sobre a integralidade e consequentemente sobre a judicialização ainda permanecem no Brasil. O estabelecimento desse marco institucional cientificamente fundamentado não tem sido suficiente para frear o processo de judicialização. Segundo David, Andrelino e Beghin (2016), os gastos com judicialização de medicamentos eram de 103,8 milhões de reais em 2008, chegando a 1,1 bilhão em 2015. Esses valores representavam, em 2008, 1% do orçamento de medicamentos e passaram a 8%, em 2015.

Uma proposta para minimizar esse problema é a definição de políticas que permitam ao Judiciário um melhor entendimento da integralidade e a consequente tomada de decisão alinhada com os princípios definidos por meio da política nacional de incorporação tecnológica. Uma experiência que se mostrou exitosa foi realizada em Minas Gerais, em que foi estabelecida parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – por meio do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats) –, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). O objetivo dessa parceria foi subsidiar tecnicamente as decisões judiciais. O Nats, sob demanda do TJMG, elaborava pareceres técnicos apoiados tanto na evidência clínica, como nas decisões oficiais do Ministério da Saúde sobre incorporação tecnológica. Essa parceria apresentou resultados exitosos, com redução de 32% dos gastos em sentenças judiciais entre 2013 e 2014, período após a implantação dessa parceria (Nogueira, Carvalho e Dadalto, 2017). Esse desenho de parceria que aproxima o Judiciário de setores técnicos da área da saúde tem sido verificado em diversas cidades no Brasil (CNJ, 2015). O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado uma iniciativa no sentido de coordenar e organizar a atuação do Judiciário na área de saúde, com a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde e de comitês estaduais de saúde, além de definir recomendações sobre a atuação dos juízes na tomada de decisões (*op.cit.*). É preciso, portanto, sistematizar essas experiências e avaliá-las, dando transparência às decisões do Poder Judiciário e alinhando-as ao máximo com o MS.

Um ator importante que pode contribuir para minimizar a indução de demanda e, consequentemente, a judicialização é o médico generalista, que deveria atuar como porta de entrada do sistema de saúde. O fortalecimento do papel do médico generalista e a existência do prontuário eletrônico casado ao CNS permitiriam controle mais efetivo do referenciamento e contrarreferenciamento do paciente no sistema. Esse fortalecimento passa não apenas pela valorização da carreira desse profissional pelo MS, mas também pela formação dos médicos nas universidades. Além disso, é essencial a consolidação da ESF. Na maior parte dos países desenvolvidos com sistema nacional de saúde, o médico generalista tem o papel central de organizar o fluxo do paciente na rede de cuidado.

4.6 Adequação do sistema de saúde brasileiro para atender às novas demandas decorrentes do envelhecimento populacional

O processo de envelhecimento populacional e transição epidemiológica impõe desafios para a formulação de políticas públicas e para diversos setores da sociedade. Esse processo se inicia nos anos 1930, com a redução das taxas de mortalidade, seguida da queda nas taxas de fecundidade (Brito, 2007; Carvalho e Wong, 2008). Diferentemente do observado nos países desenvolvidos, esse fenômeno

ocorre no Brasil de forma tardia e em um ritmo mais acelerado, o que implica um tempo menor para as instituições organizarem-se para atender de forma adequada às demandas desse subgrupo populacional (Carvalho e Wong, 2008; Wong e Carvalho, 2006; Camarano e Pasinato, 2004). Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1950 e 2010, a proporção de idosos (indivíduos acima de 65 anos) mais que dobrou no país, passando de 3% para 6,8% nesse período. De acordo com projeções populacionais, em 2050, esse grupo representará mais de 20% da população total, sendo esse percentual próximo ao estimado para alguns países desenvolvidos, como o Reino Unido e os Estados Unidos (UN, 2007). Os efeitos da redução das taxas de mortalidade – principalmente infantil – repercutiram também no aumento da longevidade, com a esperança de vida ao nascer passando de 42,7 anos, em 1940, para 73,86, em 2010 (IBGE, 2008). Em 2050, espera-se que a esperança de vida atinja 82,2 anos, quando então se assemelhará à atualmente observada na Áustria (82,1), no Canadá (82,6) e na França (82,8) (UN, 2015).

O crescimento na participação dos idosos e o aumento da longevidade vêm provocando mudanças no perfil de morbidade da população brasileira. Em sociedades mais envelhecidas, a prevalência de doenças crônicas é mais elevada, o que contribui para aumentar a demanda por serviços de saúde (Camarano e Pasinato, 2004). A mudança no perfil epidemiológico e de morbidade impacta os gastos com saúde, além de requerer reorganização do sistema para o provimento de cuidados adequados a esse subgrupo populacional. Enquanto o tratamento de doenças infectocontagiosas – típicas de sociedades mais jovens – se baseia em procedimentos de baixa complexidade e menor custo, no caso das condições crônicas, o tratamento, em geral, demanda cuidados de maior complexidade, com maior conteúdo tecnológico impactando significativamente nos gastos (Mendes, 2012).

O processo de transição epidemiológica observado no Brasil apresenta características particulares, determinando a coexistência de perfis de morbidade distintos. Em grande medida, essas especificidades se devem à heterogeneidade socioeconômica observada entre indivíduos e regiões do país. O aumento das doenças crônicas vem ocorrendo em cenário de prevalência relativamente alta de doenças infectocontagiosas, decorrentes da falta de acesso a saneamento básico e condições de vida adequadas por parcela expressiva da população. Além disso, o país vem sofrendo aumento da obesidade, devido à mudança de estilos de vida e hábitos alimentares, o que contribui para o agravamento de doenças metabólicas. Ressalta-se ainda o peso relativamente alto e crescente das taxas de mortalidade por causas externas associadas à criminalidade, que acarretam um custo elevado para a sociedade.

O reconhecimento e o enfrentamento dessas particularidades são fundamentais para nortear o processo de reorganização da oferta de cuidado com a saúde no país. Atualmente, a oferta ocorre de forma fragmentada, com interação frágil

entre os diferentes níveis de atenção. O cuidado é voltado para tratamentos dos eventos agudos, que são menos resolutivos para o manejo das condições crônicas. Pacientes acometidos por essas condições requerem acompanhamento longitudinal e integrado, cujo foco da atenção é o cuidado preventivo (Lavras, 2011). De acordo com Starfield, Shi e Macinko (2005), esse modelo – além de ter impactos importantes sobre a saúde dos indivíduos – permite reduzir gastos com a saúde, ao contribuir para postergar o surgimento da doença crônica e evitar a agudização dessas morbidades.

A implementação da Estratégia Saúde da Família foi um primeiro passo realizado no âmbito do SUS nessa direção. Desde sua implementação em 1994, a cobertura da ESF tem se expandido, apresentando impactos positivos em diferentes indicadores de saúde e no acesso aos serviços desse setor, principalmente entre as camadas de renda mais baixa (Andrade *et al.*, 2013; Rocha e Soares, 2010). Além da expansão do programa de atenção primária, o MS lançou em 2010 a Portaria nº 4.279, que cria as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde e, posteriormente, estabeleceu programas de incentivos financeiros para a organização de redes temáticas, tais como: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede de Atenção Psicossocial para as Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

A despeito desses avanços, observa-se que a oferta dos serviços de saúde ainda não está totalmente organizada em redes de cuidado integrado, apresentando também grande disparidade regional. A integração horizontal e vertical entre a atenção primária e secundária ou terciária permanece frágil (Mendes, 2012). Pelo menos dois obstáculos devem ser superados para que as redes articuladas de saúde sejam estabelecidas. O primeiro refere-se à escassez de prestadores de cuidados secundários de saúde na maioria dos municípios brasileiros, o que impede o recebimento de cuidado continuado adequado, principalmente para portadores de doença crônica. O segundo diz respeito à criação de sistema de informação de registros relativos à utilização de cuidados de saúde do paciente. Esse sistema permitiria aos provedores compartilharem de toda a linha de cuidado recebida pelo paciente, para realizar um melhor acompanhamento e encaminhamento.

Recentemente, foi implementado um projeto-piloto em três municípios brasileiros para propor um novo modelo de manejo das condições crônicas. Esse projeto, conhecido como Laboratório de Inovação à Atenção às Condições Crônicas (LIACC), envolve todos os profissionais de saúde da atenção primária e secundária e é baseado no modelo de atenção às condições crônicas (MACC), desenvolvido por Mendes (2012). As três cidades que receberam a intervenção até

o momento são: Curitiba (2011), no Paraná, Santo Antônio do Monte (2013), em Minas Gerais, e Tauá (2014), no Ceará. A experiência de Santo Antônio do Monte é interessante por ter sido acompanhada por avaliação independente. Os resultados dessa avaliação revelaram que é possível para municípios de pequeno porte estabelecer uma rede de cuidado da atenção primária voltada para o manejo das condições crônicas. Nesse município, embora a atenção primária já apresentasse cobertura universal, havia – antes do LIACC – ausência de integração da atenção primária com a secundária. Essa ausência de integração era um obstáculo para o cuidado adequado da condição crônica e repercutia por meio de demanda recorrente de natureza aguda. Importante mencionar que Santo Antônio do Monte já apresentava antes da implementação do laboratório uma atenção secundária, organizada segundo princípios do modelo de atenção às condições crônicas. A ausência de atenção secundária organizada seria um gargalo para a implementação desse modelo de cuidado (Andrade *et al.*, 2017).

No setor privado, a reorganização do modelo de cuidado ainda é muito incipiente. A oferta do cuidado é segmentada e baseada na livre demanda por serviços especializados. A maior parte do cuidado é determinada pela demanda espontânea, o que resulta na sobreutilização dos serviços por parte dos pacientes e na indução de demanda por parte dos provedores (Andrade e Maia, 2009; Santos, 2011). O modelo ainda está organizado na lógica do cuidado agudo, com raros programas voltados para a promoção e a prevenção da saúde. Além disso, o acompanhamento das condições crônicas, em geral, é realizado somente em resposta à agudização da doença. No Brasil, ainda são poucas as operadoras que oferecem planos de saúde com a presença obrigatória do médico generalista, como porta de entrada do paciente no sistema. Esse médico permite o uso mais racional dos serviços, uma vez que é responsável pelos encaminhamentos e passa a ter conhecimento mais amplo sobre a saúde dos pacientes, além de estabelecer uma relação de longo prazo. Nesse sentido, a necessidade de mudança no modelo de cuidado ofertado estende-se aos setores público e privado, de forma a garantir atendimento adequado a essas novas demandas da população e, eventualmente, contribuir para reduzir o impacto do envelhecimento sobre os gastos com saúde.

Além da reformulação do modelo de assistência à saúde, o envelhecimento da população pressionará a demanda por cuidados de longa duração. A perda da capacidade funcional ocorre com o aumento da idade, alcançando o grau máximo de fragilidade entre os idosos. Dessa forma, a necessidade de ajuda para a realização de atividades da vida diária tornar-se-á cada vez maior. Nesse cenário, o papel de um cuidador será fundamental para prestar esses cuidados. Atualmente, no Brasil, essas tarefas são ofertadas principalmente por um cuidador informal no ambiente familiar; em geral, mulheres sem capacitação adequada. Devido à redução na taxa de fecundidade e ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho,

a disponibilidade desses serviços reduzir-se-á (Pasinato e Kornis, 2009; Camargos, 2014). Um modelo alternativo baseia-se no cuidado prestado em instituições de longa permanência (Ilpi), cuja oferta ainda se encontra incipiente e muitas vezes com infraestrutura inadequada. Além disso, a institucionalização do idoso ainda é considerada um sinônimo de abandono pelos familiares, fazendo com que avanços na organização da oferta desses serviços sejam limitadas devido a esses estereótipos.

QUADRO 2
Síntese das propostas para o sistema de saúde brasileiro

Desafios	Propostas
Financiamento adequado para o SUS	Crescimento gradual do gasto público no SUS de tal modo a atingir – como percentual do PIB, no máximo em duas décadas – o nível observado em países da OCDE que mantêm sistemas universais.
Incrementar a eficiência do sistema de saúde, por meio da maior articulação entre os subsistemas público e privado	Construção de um sistema de informação integrado. Esse sistema deve compreender o CNS, que permite a identificação única do cidadão nos dois subsistemas e no prontuário eletrônico, interligando todos os provedores das redes pública e privada.
Incrementar a eficiência e o desempenho do sistema, por meio de melhor gestão dos recursos no SUS: Sistema de remuneração de profissionais Inclusão de componente variável na remuneração dos profissionais de saúde de municípios e estados associado a resultados. Sistema de remuneração de instituições Utilização dos sistemas de apuração de custos nas instituições hospitalares e ambulatoriais, para melhor planejamento e acompanhamento dos custos dos procedimentos. Atualização e revisão dos valores de AIHs e Apacs. Gestão das instituições públicas Ampliação da introdução de modelos de gestão das unidades públicas, que visem maior autonomia da execução financeira acompanhada de um sistema de resultados e produção. Oferta de maior transparência e publicidade às experiências já realizadas com novos modelos de gestão, para que os estados e os municípios avaliem a viabilidade e o grau de sucesso em termos de eficiência desses modelos. Gestão de recursos humanos Fortalecimento do PMM com ênfase nas políticas de médio e longo prazo, com vistas a uma maior adesão das universidades e do Conselho Federal de Medicina ao programa. Focalização do PMM nas áreas mais vulneráveis e remotas, para evitar que os gestores municipais substituam a forma de contratação dos médicos que já atuavam nessas localidades. Expansão e uso da telemedicina para complementar a prática médica no cuidado longitudinal e integral, principalmente das áreas remotas. Reorientação do modelo de cuidado com a valorização de outros profissionais de saúde, de modo a acrescentar novas modalidades de equipe na atenção básica. Economias de escala e escopo Reorganização dos HPPs, com políticas de investimento que permitam readequar a infraestrutura e repensar o papel desses estabelecimentos na rede de cuidado. Consolidação do processo de regionalização e das redes de atenção, de modo a explorar os ganhos de escala e escopo na tecnologia de oferta de cuidados, principalmente com relação à atenção especializada e à de alta complexidade. Indução de demanda no setor privado Introdução na regulação da obrigatoriedade do médico de família como porta de entrada em planos e seguros de saúde, incluindo-se incentivos para oferta de cuidado voltado para a promoção e a prevenção da saúde.	
Consolidar a regionalização da oferta de serviços de saúde no SUS	Aperfeiçoamento do planejamento interfederativo, considerando-se as necessidades locais para orientar a ação governamental.
	Implementação de plano de investimento de médio e longo prazos para o SUS, focado nas regiões de saúde, com vistas à redução das desigualdades regionais.
	Fortalecimento da cooperação interfederativa e resgate do papel dos estados na organização da rede de assistência.

(Continua)

(Continuação)

Desafios	Propostas
O desafio da judicialização	Incremento das parcerias entre os núcleos de avaliação de tecnologias em saúde com o Poder Judiciário, de modo a subsidiar tecnicamente as decisões e em conformidade com o que é ofertado no SUS.
	Ampliação da atuação da Conitec no sentido de avaliar não apenas a inclusão de novos medicamentos no SUS, mas também a avaliação de novas tecnologias associadas a procedimentos e materiais.
	Oferta de maior transparência e publicidade às experiências de parceria com o Judiciário, de maneira a capilarizar essas experiências.
	Fortalecimento do papel do médico de família (generalista), para controlar o referenciamento no SUS, evitando-se o uso exacerbado do cuidado especializado e a judicialização como mecanismo de acesso. A efetividade desse controle depende da implementação do CNS e do prontuário eletrônico.
	Introdução de mecanismos de regulação no setor de planos de saúde, de modo que a atualização do rol de procedimentos seja alinhada com as decisões da Conitec.
Adequação do sistema de saúde brasileiro para atender às novas demandas decorrentes do envelhecimento populacional	Realização de investimentos na atenção secundária no SUS, que representa um gargalo importante para que o cuidado integral e longitudinal seja ofertado.
	Fortalecimento das redes de atenção integrada, de forma que o paciente possa receber um cuidado longitudinal.
	Reforço das políticas de promoção e prevenção da saúde, inclusive campanhas orientando a população para adoção de hábitos de vida mais saudáveis.
	Fortalecimento e adequação das Ilpi como alternativa ao cuidado informal.
	Regulação da obrigatoriedade do médico generalista no setor privado, com a inclusão de mecanismos de incentivos associados ao sistema de remuneração desses profissionais, para fortalecer a promoção e a prevenção da saúde.

Elaboração dos autores.

REFERÊNCIAS

ABRES – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. **Nota sobre o financiamento público da saúde**. Contribuição da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) ao documento das entidades. Brasília: mar. 2014. No prelo.

ALMEIDA, G. *et al*. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998-2008. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 2, p. 90-97, 2013.

ALVES, L. F.; ANDRADE, M.V. Impactos da saúde nos rendimentos individuais no Brasil. **Revista de Economia Aplicada**, v. 7, n. 2, p. 359-388, 2003.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 7-38, jan./mar. 2009.

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

_____. Equity in coverage by the Family Health Strategy in Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, June 2015.

_____. **Avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte**. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, abr. 2017. (Texto para Discussão, n. 552).

ANDRADE, S. S. C. A.; MELLO-JORGE, M. H. P. Mortalidade e anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Brasil, 2013. **Revista de Saúde Pública** (*on-line*), v. 50, n. 59, 2016.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ARAN, D.; LACA, H. Sistema de salud de Uruguay. **Salud Pública de México**, v. 53, Suplemento 2, p. 265-274, 2011.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el Desarollo Mundial 1993**: invertir en salud. Indicadores del Desarrollo Mundial. Washington: Banco Mundial, 1993.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BARBOSA, W. **Efeito da copartipação no número de consultas médicas eletivas em modelos dinâmicos de contagem**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Economia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BARROS, A. J. D. *et al*. Catastrophic health expenditure in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, Suplemento 2, 2011.

BARROS, E. M. D. **Financiamento do sistema de saúde no Brasil**: marco legal e comportamento do gasto. Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica, n. 4).

BERWICK, D. M.; HACKBARTH, A. D. Eliminating waste in US health care. **Jama**, v. 307, n. 14, p. 1513-1516, 2012.

BOCCOLINI, C. S.; DE SOUZA JUNIOR, P. R. B. Inequities in healthcare utilization: results of the Brazilian national health survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 150, 2016.

BOING, A. C. **Desigualdade socioeconômica nos gastos catastróficos em saúde no Brasil**: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-3 e 2008-9. 2013. 247f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BOS, A.; WATERS, H. The impact of the public health system and private insurance on catastrophic health expenditures. **Cepal Review**, n. 95, Aug. 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <https://goo.gl/y3XoWK>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Congresso Nacional, 1998.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, n. 193, seção 1, p. 56, 6 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**: 2016. Brasília: MS, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/sPDzWf >. Acesso em: 21 jun. 2017.

BRITO, F. **A transição demográfica no contexto internacional**. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2007. (Texto para Discussão, n. 317).

BRONFMAN, J. **Universal health insurance under a dual system, evidence of adverse selection against the public sector**: the case of Chile. MPRA, 2014. (MPRA Working Paper, n. 63262). Disponível em: <https://goo.gl/UwsUFE>.

BUSSE, R.; BLÜMEL, M. Germany: health system review. **Health systems in transition**, v. 16, n. 2, p. 1-296, 2014.

CALDERÓN, C. A. *et al*. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2817-2828, 2011.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 253-292.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 211-217, 2014.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CAPRIROLO, D.; JAITMAN, L.; MELLO, M. **Custos de bem-estar do crime no Brasil**: um país de contrastes. Washington: IDB, fev. 2017.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 277-284, abr. 2005.

CECCON, R. F. *et al*. Mortalidade infantil e saúde da família nas Unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 177-183, 2014.

CHARLESWORTH, A.; DAVIES, A.; DIXON, J. **Reforming payment for health care in Europe to achieve better value**. London: Nuffield Trust, Aug. 2012. (Research report).

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil**: dados e experiência. Brasília: CNJ, 2015. 142 p.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As organizações sociais de saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. **Dados**: revista de ciências sociais, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, suplementro 1, p. 1029-1042, 2011.

DALEY, C. *et al*. **Healthcare systems**: the Netherlands. London: Civitas Health Unit, 2013.

DAVID, G.; ANDRELINO, A.; BEGHIN, N. **Direito a medicamentos**: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal e o Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. Brasília: Inesc, 2016.

DEVLIN, R. A.; SARMA, S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v. 27, n. 5, p. 1168-1181, Sept. 2008.

DIAZ, M. D. M. *et al*. Catastrophic health expenditure in Brazil: regional differences, budget constraints and private health insurance. *In*: KNAUL, F. M.;

WONG, R.; ARREOLA-ORNELAS, H. (Eds.). **Financing health in Latin America**: household spending and impoverishment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2012. v. 1.

DINIZ, B. *et al*. Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico. *In*: SILVEIRA, F. G. *et al*. (Orgs.). **O gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas**. 1. ed. Brasília: Ipea, 2007. v. 2.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período de 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 151, 2016.

FACCHINI, L. A. *et al*. **Estudo de hospitais de pequeno porte brasileiros**: diagnóstico, avaliação e espacialização. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Face/UFMG; Pelotas: UFPel, 2015. Relatório de pesquisa.

FALCÃO, B. L. S.; SOARES, R. R. **The demographic transition and the sexual division of labor**. Stanford: CDDRL/Stanford Institute on International Studies, 2005. 37 p. (Working Paper, n. 50).

FAZITO, E. *et al*. Trends in non-AIDS-related causes of death among adults with HIV/AIDS, Brazil, 1999 to 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1644-1653, 2013.

FRECH, H. E.; HOPKINS, S. Why subsidise private health insurance? **The Australian Economic Review**, v. 37, n. 3, p. 243–56, 2004.

GUERRERO, R. *et al*. Sistema de salud de Colombia. **Salud pública de México**, v. 53, suplemento 2, p. 144-155, 2011.

HURLEY, J. *et al*. **Parallel private health insurance in Australia**: a cautionary tale and lessons for Canada. London: CEPR; Canberra: Research School of Economics/Australian National University, 2002. (CEPR Discussion Papers, n. 448).

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

_____. **Projeção da população do Brasil**: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Comunicação Social. Brasília: IBGE, 2008.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060**: revisão 2013. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030 – Revisão 2013. Rio de Janeiro: IBGE, ago. 2013.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

_____. **Conta-satélite de saúde**: Brasil – 2010-2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 67 p.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise, Brasília, n. 17, 2009. (Vinte Anos da Constituição Federal, v. 1).

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009. 496 p.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-80, 2013.

LUFT, H. S. The impact of poor health on earnings. **The Review of Economics and Statistics**, v. 57, n. 1, p. 43-57, Feb. 1975.

MACHADO, A. F.; ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. A relação entre estrutura ocupacional e acesso a plano de saúde no Brasil: uma análise para 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 758-768, 2012.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 33, p. 1-8, 2012.

MACINKO, J. *et al*. Major expansion if primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, 2010.

MANNING W. G. *et al*. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. **The American Economic Review**, v. 77, n. 3, p. 251- 277, June 1987.

MARCOLINO, S. *et al*. The experience of a sustainable large scale Brazilian telehealth network. **Telemedicine and e-Health**, v. 22, n. 11, p. 899-908, 2016.

MARINHO, A.; CARDOSO, S. S.; ALMEIDA, V. V. **Brasil e OCDE**: avaliação da eficiência em sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1370).

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F. O financiamento da saúde depois de 25 de SUS. *In*: RIZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. (Orgs.). **25 anos do direito uiniversal à saúde**. Brasília: Cebes, 2014.

MCGUIRE, T. Physician agency. *In*: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds.). **Handbook of health economics**. New York: Elsevier, 2001. p. 409-455. v. 1A.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; DOEDERLEIN SCHWARTZ, I. V. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1089-1098, 2013.

MEDICI, A. Propostas para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde. *In*: BACHA, E. L.; SCHWARTZMAN, S. (Orgs.). **Brasil**: a nova agenda social. Rio de Janeiro: Iepe/CdG, 2011. p. 23-93.

MELLO, G. A. *et al*. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Opas, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Opas, 2012. 512 p.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVERNEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestores bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017.

MOSSIALOS, E. *et al*. **International profiles of health care systems**. New York: The Commonwealth Fund, Jan. 2016.

MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 140, 2016.

NETO, O. H. C. *et al*. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 784-790, 2012.

NETO, P. P. *et al*. Remuneração variável na atenção primária à saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1377-1388, 2016.

NEWHOUSE, J. P.; INSURANCE EXPERIMENT GROUP. **Free for all?** Lessons from the Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.

NOGUEIRA, J. L.; CARVALHO, L.; DADALTO, L. Parcerias entre universidades e Poder Judiciário: experiência de Minas Gerais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 55-71, 2017.

NOGUEIRA, V. M. R. *et al*. Políticas de saúde nos países do Mercosul: um retorno à universalidade? **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 145-156, 2015.

OLIVEIRA F. P. *et al*. "Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 623-34, 2015.

ONO, T.; SCHOENSTEIN, M.; BUCHAN, J. **Geographic imbalances in doctor supply and policy responses**. Paris: OECD Publishing, 2014. (OECD Health Working Papers, n. 69). Disponível em: <https://goo.gl/wX64XL>.

PASINATO, M. T. M.; KORNIS, G. E. M. **Cuidados de longa duração para idosos**: um novo risco para os sistemas de seguridade social. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1371).

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Saúde no Brasil**: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1391).

PIOLA, S. F. *et al*. **Financiamento público da saúde**: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).

RAMOS, M. C. A. *et al*. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 43, p. 1-9, 2015.

REIS, A. A. C. *et al*. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F.; SERVO, L. M. As novas configurações de antigos problemas de financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, n. 37, 2007.

RIBEIRO, M. B. **Eficiência do gasto público na América Latina**: uma análise comparativa a partir do modelo semiparamétrico com estimativa em dois estágios. Santiago de Chile: Cepal, 2008. (Serie Gestión Pública, n. 67).

RIBEIRO, M. B.; RODRIGUES JÚNIOR, W. Eficiência do gasto público na América Latina. **Boletim de Desenvolvimento Fiscal**, n. 3, p. 43-56, dez. 2006.

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

RONEMAN, M. *et al*. The Netherlands: health system review. **Health Systems in Transition**, v. 18, n. 2, p. 1-239, 2016.

ROSETT, R. N.; HUANG, L. H. The effect of health insurance on the demand for medical care. **Journal of Political Economy**, v. 81, n. 2, p. 281-305, 1973.

SANO, H.; ABRÚCIO, F. L. Promessas e resultados do Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTANA, L. F. **Análise do desempenho dos serviços prestados através das organizações sociais de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Rio de Janeiro, 2015.

SANTIAGO, A. X. *et al*. Equitable access to health services for children aged 5 to 9 in a medium city of northeasth of Brazil: a result of Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, Supplement 2, p. 39-52, 2014.

SANTOS, I. C. M. V. **A iniquidade do financiamento nas aquisições de medicamentos**: gastos catastróficos e empobrecimento. 2015. Tese (Doutorado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B.; BORGES, D. C. L. **Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: realidade e futuro do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; MS; SAE/PR, 2013. v. 4. p. 73-131. Disponível em: <https://goo.gl/GRr4qo>.

SANTOS, M. A. B.; SERVO, L. M. S. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. *In*: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; CARRILLO ROA, A. **Sistema de saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; MS, 2016. p. 205-245.

SANTOS, T. T. **Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

SCHEFFER, M. *et al*. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Conselho Federal de Medicina. 2015, 284 p.

SCHULTZ, T. P.; TANSEL, A. Wage and labor supply effects of illness in Côte d'Ivoire and Ghana: instrumental variable estimates for days disabled. **Journal of Development Economics**, v. 53, n. 2, p. 251-286, Aug. 1997.

SILVA, S. T. *et al*. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; DAMACENA, G. N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in brazil according to health care need: evidence from the world health survey. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 217, p. 1-7, 2010.

TEIXEIRA, J. C. *et al*. Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 19, n. 1, p. 87-96, 2014.

THOMAS, D.; STRAUSS, J. Health and wages: evidence on men and women in urban Brazil. **Journal of Econometrics**, v. 77, n. 1, p. 159-185, Mar. 1977.

UGÁ, M. A. D. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde: a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3437-3445, dez. 2012.

UGÁ, M. A. D.; LOPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, Aug. 2007.

UN – UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects**: the 2006 revision. New York, UN: 2007. CD-ROM.

_____. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World population prospects**: the 2015 revision. New York: 2015.

VIEIRA, F. S. **Crise econômica, austeridade fiscal**: que lições podem ser aprendidas?. Brasília: Ipea, 2016. (Nota Técnica, n. 26).

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

WAGSTAFF, A. *et al*. **Analyzing health equity using household survey data**. Washington: The World Bank, 2008.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory Data Repository**: life expectancy. 2014a. Disponível em: <goo.gl/vaVui9>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Global Health Expenditure Database**. 2014b. Disponível em: <goo.gl/n8h15K>. Acesso em: 28 abr. 2017.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para a saúde pública. **Revista Brasileira de Estudo Populacional**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

XU, K. *et al*. Household Catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *In*: WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health systems performance assessment**: debates, methods and empiricism. Geneva: WHO, 2003.

_____. Protecting households from catastrophic health spending. **Health Aff**, Millwood, v. 26, n. 4, p. 972-983, 2007.

YUBA, T. Y.; NOVAES, H. M.; DE SOÁREZ, P. C. Analysis of the reports of the National Committee for Technology Incorporation (Conitec) in the Brazilian Public Health System (SUS), 2012-2015. **Value in Health**, v. 18, n. 7, p. 522-523, 2015.

ZWEIFEL, P.; MANNING, W. G. Moral hazard and consumer incentives in health care. *In*: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (Eds.). **Handbook of health economics**. New York: Elsevier, 2001. v. 1A, p. 409-455.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: princípios e doutrinas. Brasília: MS, 1990.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Decreto nºs 7.508, de 28 de junho de 2011, e 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 123, seção 1, p. 1, 29 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, n. 63, p. 50, 2 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (Idus)**: grupos homogêneos. Brasília: MS, [s.d.]. Disponível em: <https://goo.gl/G8LQCj>. Acesso em: 25 maio 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

LIMA, L. D. *et al*. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

RESENDE, M.; ZEIDAN, R. M. Adverse selection in the health insurance market: some empirical evidence. **The European Journal of Health Economics**, v. 11, n. 4, p. 413-418, 2010.

SITES

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Consulta referente à competência janeiro de 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>. Acesso: 2 mar. 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.