

3

Sustentabilidade financeira dos gastos e eficiência no setor da saúde

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma grande conquista para o Brasil, aumentando o acesso aos serviços de saúde e reduzindo as desigualdades nessa área. No entanto, obter um financiamento suficiente tem sido um desafio constante desde sua implementação e há insatisfação em relação às ineficiências evidentes do sistema de saúde brasileiro. Projeções recentes sugerem que um aumento substancial dos gastos na área de saúde será necessário nas próximas décadas para atender às necessidades futuras de assistência médica no longo prazo. Uma combinação de iniciativas que se concentram, por um lado, na geração de espaço fiscal para permitir mais financiamento público na área da saúde e, por outro lado, na facilitação de uma assistência médica mais eficiente pode ajudar a atender às futuras necessidades de financiamento de cuidados médicos. Como exemplo, um maior espaço fiscal poderia ser alcançado reduzindo a dedução fiscal nos gastos privados com saúde. Existe potencial para ganhos de eficiência em todo o sistema de saúde.

3.1. Introdução

Os sistemas de saúde modernos centrados no paciente precisam garantir que recursos financeiros e físicos suficientes estejam disponíveis para atender às necessidades atuais de saúde da população, mas também as futuras. Isso requer mecanismos de financiamento flexíveis que aumentem a quantidade de recursos disponível, se necessário. Por outro lado, certas ferramentas precisam estar disponíveis para garantir que qualquer financiamento adicional tenha um bom custo-benefício e que a assistência médica seja prestada de forma eficiente. Por esse motivo, este capítulo analisa a sustentabilidade financeira dos gastos com saúde no Brasil e a eficiência do sistema de saúde.

O capítulo está estruturado da seguinte maneira. Em primeiro lugar, os gastos com saúde no Brasil são contextualizados comparando-os com os países da OCDE e são fornecidas informações contextuais sobre a infraestrutura de financiamento na área da saúde no Brasil. Depois de exibir a última projeção de gastos com saúde no Brasil até o ano 2040, as diferentes opções de como financiar as necessidades futuras de assistência médica no longo prazo associadas ao envelhecimento da sociedade e sua viabilidade são discutidas. Essas opções incluem um aumento geral dos gastos do governo, a realocação de recursos públicos dentro dos gastos públicos atuais com a saúde ou deixar mais obrigações futuras de financiamento da saúde para o setor privado.

Uma quarta opção para atender às crescentes necessidades de financiamento da saúde no Brasil, que será amplamente discutida neste capítulo, é encontrar ganhos de eficiência no sistema de saúde. A análise abrangerá todo o sistema de saúde, incluindo atenção primária à saúde, assistência hospitalar, despesas farmacêuticas, assistência no longo prazo ou administração, incluindo planejamento e coordenação. Todas as áreas serão analisadas detalhadamente e qualquer potencial de ganho de eficiência será destacado.

3.2. Gastos e financiamento no setor da saúde no Brasil

3.2.1. Como os gastos com saúde no Brasil se comparam internacionalmente?

O Brasil tem, em geral, altos gastos com saúde, mas a participação do setor público é baixa

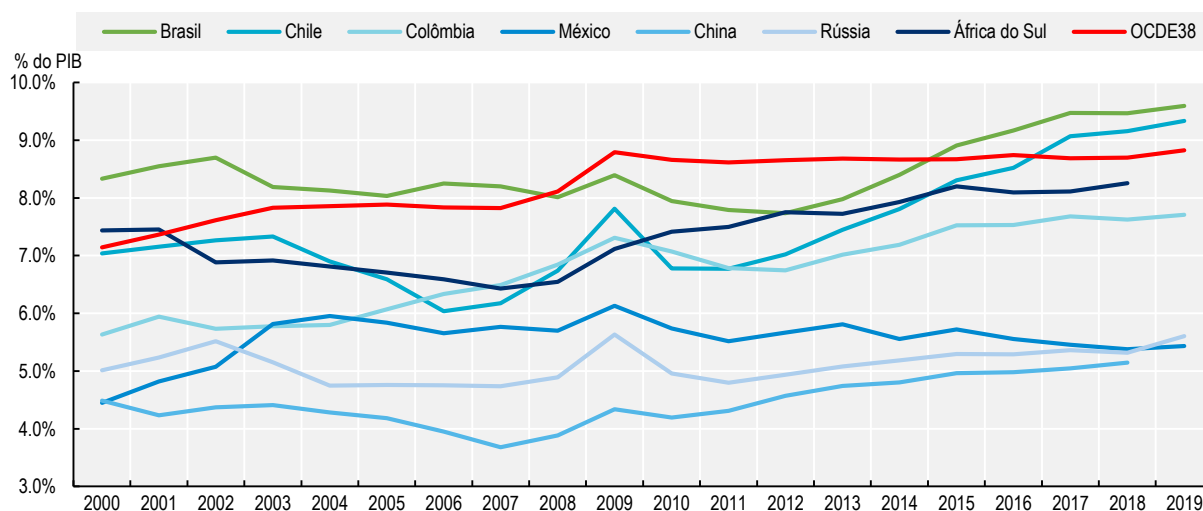
A assistência médica no Brasil é financiada por uma ampla gama de participantes, sendo que o Sistema Único de Saúde (SUS), os planos de saúde privados e os desembolsos diretos das famílias são, de longe, os pagadores mais importantes. Em 2019, o Brasil destinou 9,6% do PIB à saúde (que corresponde a US\$ 1.514 per capita quando as diferenças de poder de compra são ajustadas). Essa participação vem crescendo desde 2000, quando era 8,3%. A participação total é relativamente alta, dado o estado de desenvolvimento econômico do Brasil. Está acima dos valores observados no Chile (9,3%), Colômbia (7,7%) e México (5,4%), e superior à China e à Rússia (Figura 3.1). Também está acima da média da OCDE (8,8%). Dito isso, os Estados Unidos (16,8%) e alguns países da Europa Ocidental, como a Suíça, a Alemanha e a França (11% a 12%), ainda alocam para a saúde uma parte substancialmente maior do seu PIB que o Brasil.

Embora o Brasil gaste mais com saúde que muitos outros países em geral, o país depende muito do financiamento do setor privado, seja por meio de planos de saúde privados voluntários ou de gastos diretos das famílias. Em 2019, apenas 41% de todos os gastos com saúde eram financiados publicamente¹ (equivalente a 3,9% do PIB) – principalmente via SUS, 30% por planos de saúde privados (2,9% do PIB) e 25% se referiam a pagamentos diretos (2,4% do PIB).² Enquanto a parcela dos gastos com planos de saúde privados aumentou significativamente desde 2000 (de 1,7% do PIB à época), a parcela dos gastos públicos cresceu apenas moderadamente (de 3,5% em 2000). A proporção de gastos diretos no PIB (2,4% em 2019) é menor que em 2000 (3%), mas acima do valor visto em 2015 (2,2%),

sugerindo uma necessidade crescente dos pacientes de pagar por itens de saúde e pelo próprio atendimento médico nos anos mais recentes.

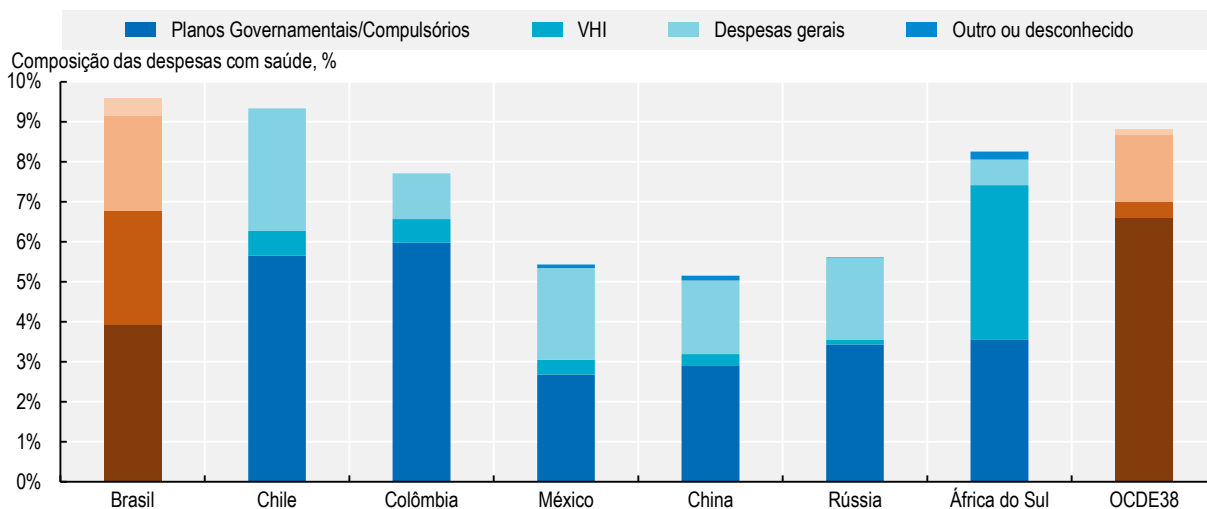
Em 2019, os gastos públicos com a saúde como parcela do PIB no Brasil estavam em um nível semelhante ao da África do Sul (3,6%), e maior que na Rússia, na China e no México (cerca de 3%). No entanto, ficou abaixo das proporções registradas na Colômbia e no Chile (5,7% e 6%, respectivamente). Na maioria dos países da OCDE, os gastos com a saúde pública representam uma parcela significativamente maior do seu PIB que no Brasil (Figura 3.2). Em 2019, a média ficou em torno de 6,6% e acima de 9% na França, Suécia, Alemanha e Japão. A participação de planos de saúde privados voluntários no PIB, por outro lado, é excepcionalmente alta no Brasil, superada apenas pela África do Sul. A Austrália, o Canadá e a Eslovênia são países da OCDE com importantes mercados de plano de saúde privado voluntário, onde respondem por parcelas entre 1% e 1,5% do PIB.³ Com uma proporção de 25% de desembolsos diretos das famílias nos gastos totais com a saúde,⁴ o Brasil depende menos da capacidade das famílias de pagar diretamente por bens e serviços de saúde que alguns outros países de renda média, como o Chile (33%) ou o México (42%), mas muito mais que a Colômbia (15%). A proteção financeira também é muito mais abrangente na OCDE como um todo, pois apenas 20% de todos os gastos com a saúde vêm diretamente das famílias.

Figura 3.1. Gastos com a saúde no Brasil e em países selecionados (2000-19)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Banco de Dados de Despesas de Saúde Global da OMS (2020^[2]), <https://apps.who.int/nha/database>; Ministério da Saúde do Brasil, 2021.

Figura 3.2. Composição dos gastos com a saúde pelos principais regimes de financiamento no Brasil e em países selecionados, 2019 ou no último ano disponível



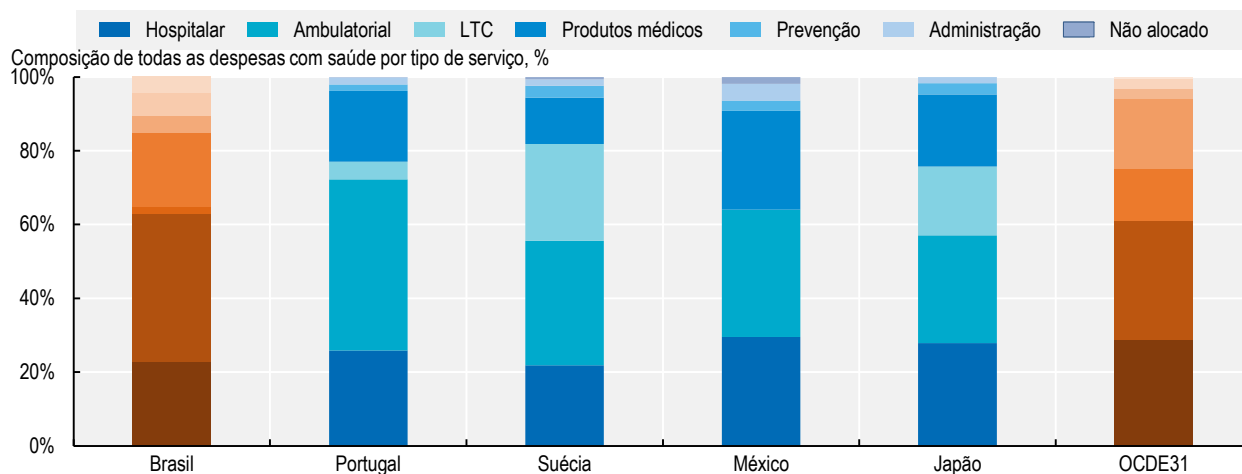
Observação: os planos de saúde privados obrigatórios, como os existentes no Chile e na Colômbia, estão incluídos na categoria regimes governamentais/obrigatórios. PSV significa “plano de saúde voluntário (privado)”. PD significa “pagamentos diretos”. A categoria “Outro ou desconhecido” inclui financiamento de ONGs, de empregadores, do resto do mundo e também gastos que não podem ser alocados a um regime de financiamento.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Banco de Dados de Despesas de Saúde Global da OMS (2020^[2]), <https://apps.who.int/nha/database>; Ministério da Saúde do Brasil.

O Brasil gasta menos com atendimento hospitalar, porém mais com atendimento ambulatorial e administração que os países da OCDE

Analisar a composição dos gastos com a saúde em termos de tipo de serviço revela algumas particularidades do sistema de saúde brasileiro. Essa análise mostra que o Brasil aloca uma proporção menor dos gastos com a saúde em internações e assistência médica no longo prazo e uma proporção maior em atendimento ambulatorial que a média em toda a OCDE (Figura 3.3). A parcela dos gastos com administração (6% em comparação a 3%) também é maior que a média da OCDE. No entanto, o fato de cerca de 4% dos gastos com a saúde não poderem ser destinados a nenhum serviço no Brasil afeta, até certo ponto, a comparabilidade internacional desses números.

Figura 3.3. Composição de todos os gastos com a saúde por tipo de serviço no Brasil e em países selecionados da OCDE (2019)



Observação: internações se referem a cuidados que exigem a hospitalização do paciente para a realização de tratamento e reabilitação, bem como ao atendimento diário. Atendimento ambulatorial se refere a cuidados de pronto atendimento para a realização de tratamentos e reabilitação, atendimento em domicílio e serviços auxiliares. Itens médicos incluem produtos farmacêuticos. Administração se refere ao sistema de saúde e ao financiamento da administração e governança.

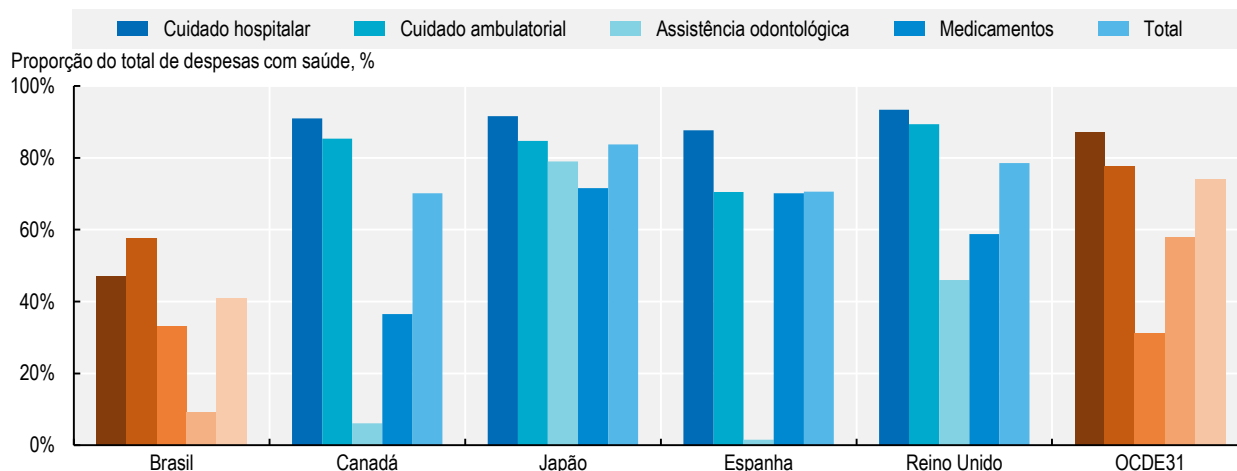
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Ministério da Saúde do Brasil (2020).

A cobertura pública dos custos farmacêuticos no Brasil é muito inferior à média da OCDE

Combinar as informações dos pagadores de assistência médica com o tipo de serviços pode dar uma ideia da generosidade da cesta de benefícios de um país financiada publicamente, mas também das prioridades de gastos públicos. Como era de se esperar, como regra geral, os serviços de saúde no Brasil são cobertos de forma menos abrangente pelos planos públicos que na maioria dos países da OCDE (Figura 3.4). No Brasil, apenas cerca de 47% de todos os custos de internação são cobertos por regimes públicos, em comparação a 58% para o atendimento ambulatorial. Em toda a OCDE, a cobertura hospitalar pública é geralmente mais abrangente que a assistência ambulatorial (87% em comparação a 78%, em média). O Brasil tem uma parcela relativamente alta dos custos de assistência odontológica cobertos (33%), o qual ultrapassa a média da OCDE (31%). Por outro lado, apenas 9% de todos os gastos no varejo farmacêutico são financiados por regimes públicos no Brasil. Essa parcela está muito abaixo de qualquer outro país da OCDE (média de 58%) e sugere uma lacuna substancial na cobertura efetiva.

Figura 3.4. Alcance da cobertura no Brasil e em países selecionados da OCDE (2019)

Gastos do governo e de seguros obrigatórios como proporção dos gastos totais com a saúde, por tipo de atendimento



Observação: o atendimento ambulatorial inclui atendimento ambulatorial geral e especializado para a realização de tratamentos, outros atendimentos ambulatoriais para a realização de tratamentos, mas exclui o atendimento odontológico.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Ministério da Saúde do Brasil (2021).

3.2.2. Como o financiamento da saúde está organizado no Brasil?

Existem vários regimes de financiamento no Brasil que fornecem cobertura contra os custos de assistência médica e acesso a serviços para toda ou algumas partes da população. O regime *público* de organização do SUS oferece acesso à atenção primária e secundária à saúde, medicamentos e diversos outros serviços, em princípio para toda a população. Ainda assim, embora o acesso aos serviços seja universal, boa parte da população opta por não utilizar os serviços do SUS e depende de regimes privados (consulte a Seção 3.2.2). O SUS é financiado por meio de uma combinação de receitas dos governos federal, estadual e municipal que evoluiu ao longo do tempo. Entre os regimes *privados*, os planos de saúde privados voluntários, que predominantemente duplicam a cobertura do SUS e dão acesso a um conjunto mais amplo de (principalmente) provedores particulares, são muito populares no Brasil entre grupos específicos (consulte a Seção 3.2.2). Além disso, instituições de caridade e empregadores também fornecem acesso à assistência médica, embora normalmente limitados em abrangência e grupo-alvo. Uma parte importante dos gastos com a saúde continua sendo financiada diretamente às custas dos próprios pacientes. De modo geral, os regimes de financiamento da saúde no Brasil são complexos.

Regime público – Sistema Único de Saúde

O movimento rumo à cobertura universal de saúde no Brasil teve início com a adoção da Constituição Federal em 1988, a qual prevê a assistência médica como um direito e dever fundamental do Estado, tendo como consequência a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde de financiamento público. Os princípios fundamentais do SUS, dispostos nos Artigos 196 a 198 da Constituição, são a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Com base nesses princípios, todos no Brasil têm direito aos serviços integrais de saúde prestados pelo SUS, independentemente das circunstâncias socioeconômicas ou da capacidade de pagamento. A Federação, os 26 estados (mais o Distrito Federal) e os 5.570 municípios possuem responsabilidades compartilhadas pelo financiamento e gestão do SUS, bem como pela prestação de serviços públicos. A participação da sociedade civil na determinação da direção estratégica do SUS está consagrada na Constituição e é

operacionalizada por conferências regulares e conselhos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal (consulte o Capítulo 2).

Os serviços financiados pelo SUS são fornecidos por uma ampla variedade de prestadores de serviços públicos e privados. Na atenção primária à saúde, os serviços são prestados predominantemente por funcionários públicos que trabalham em equipes multidisciplinares de atenção primária. O atendimento ambulatorial especializado está disponível em clínicas públicas ou ambulatórios de hospitais. Os serviços de internação são prestados por hospitais públicos, mas os hospitais privados também são contratados por municípios ou estados para prestar serviços para o SUS. No total, são 345 mil unidades de assistência médica cadastradas no Brasil atendendo pacientes públicos e privados.

A abrangência dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS é ampla e não requer compartilhamento de custos com os pacientes, mas pode haver pagamentos diretos pelas famílias por alguns medicamentos prescritos que sejam obtidos por meio do programa Farmácia Popular e por quaisquer outros bens e serviços não incluídos no pacote de benefícios ou obtidos de profissionais fora da rede do SUS. Enquanto toda a população tem direito aos serviços oferecidos pelo SUS, uma parcela significativa da população enfrenta dificuldades com necessidades médicas não atendidas. Com base no resultado da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, quase 14% dos que procuraram assistência médica duas semanas antes da pesquisa não a receberam (IBGE, 2020^[3]). Um problema específico está relacionado ao acesso a serviços especializados, resultando em longos tempos de espera e necessidades (Castro et al., 2019^[4]). Uma proporção maior (cerca de 25%) abre mão do direito ao tratamento pelo SUS e, em vez disso, usa planos de saúde privados ou realiza pagamentos diretos do próprio bolso. Tal parcela espera, principalmente, um melhor acesso e maior qualidade do setor privado. Porém, para tratamentos muito caros e complexos, como transplante de órgãos, tratamento para HIV/AIDS ou acesso a medicamentos de alto custo (não cobertos por convênios privados), esses pacientes frequentemente retornam ao SUS para obter tais serviços.

O estabelecimento e a implantação do SUS são geralmente considerados uma história de sucesso no alcance da cobertura de saúde a grupos populacionais desfavorecidos que antes não tinham acesso a tais serviços e, portanto, o SUS contribui para reduzir as desigualdades no acesso ao atendimento e melhorar os resultados de saúde. Parte disso foi alcançada colocando um foco na reorganização e no fortalecimento da atenção primária (Couttolenc and Dmytraczenko, 2013^[5]). Ainda assim, problemas de coordenação do atendimento, baixa qualidade dos serviços e ineficiências são frequentemente mencionados no contexto do SUS (Couttolenc and Dmytraczenko, 2013^[5]).

Regime privado – plano de saúde privado

Em 2020, cerca de 22% dos brasileiros (47 milhões) possuíam plano de saúde voluntário, principalmente para duplicar a cobertura de saúde ⁵oferecida pelo SUS, em comparação a 25% em 2014 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020^[6]). Mais de 700 empresas e seguradoras oferecem este tipo de cobertura (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020^[6]). Existe uma grande diversidade na abrangência dos serviços oferecidos pelos planos individuais e nas modalidades legais das empresas que os oferecem. A maioria cobre atendimento ambulatorial e hospitalar, mas não inclui produtos farmacêuticos ou tratamento altamente especializado. Além disso, mais de 26 milhões de brasileiros contam com convênios exclusivamente odontológicos ⁶que duplicam e complementam a cobertura do SUS. Esse número quase dobrou nos últimos 10 anos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020^[6]).

A maioria dos planos de saúde são apólices de grupo baseadas no empregador como um componente dos contratos de trabalho onde as contribuições são pagas pelos empregadores, mas outras opções individuais ou coletivas também estão disponíveis. Uma característica importante do sistema de seguro privado brasileiro é que as contribuições são dedutíveis da renda pessoal sujeita à tributação, ⁷o que significa que as pessoas com alta renda têm um ganho fiscal líquido maior. Esta é uma das razões pelas quais a adesão ao plano de saúde voluntário é muito mais proeminente entre os grupos populacionais

mais ricos (Montaya Diaz and Sarti, 2020^[7]). Pessoas com cobertura privada geralmente acessam médicos particulares, incluindo hospitais com e sem fins lucrativos.

3.2.3. Quão sustentável é o gasto com a saúde no Brasil?

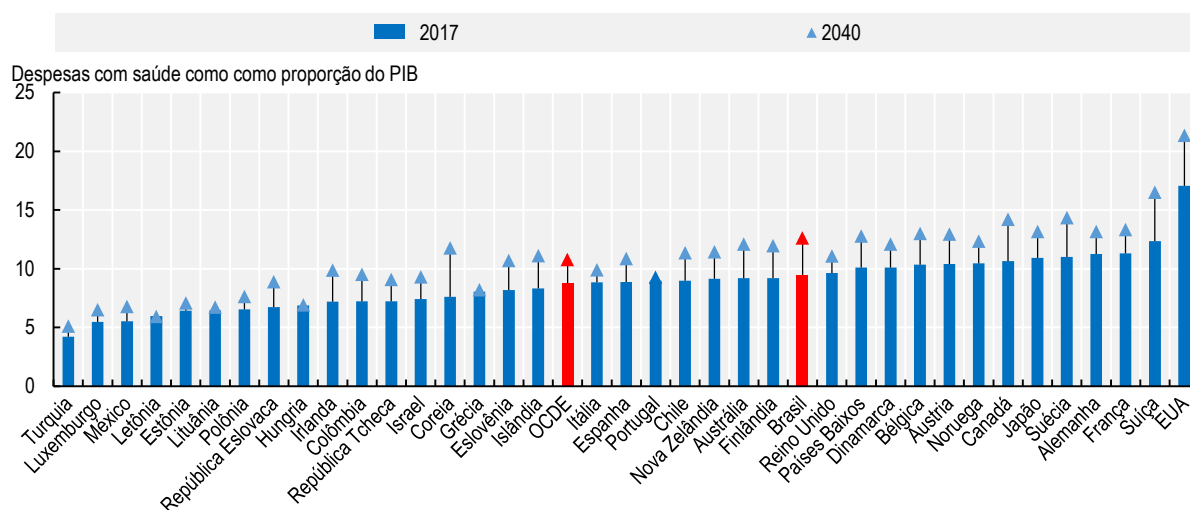
Semelhante à situação nos países da OCDE, o sistema de saúde no Brasil enfrenta uma série de desafios que podem afetar a sustentabilidade dos gastos com a saúde no futuro. O envelhecimento da população aumentará a demanda por atendimento médico e de longo prazo, pois está associado a um aumento das condições crônicas. Em comparação à maioria dos países da OCDE, projeta-se que o Brasil envelhecerá mais rapidamente. Em 2050, prevê-se que 21,9% da população terá 65 anos ou mais, em comparação a 8,9% em 2017 (OECD, 2019^[8]). Esse é um aumento de 13 pontos percentuais. Em toda a OCDE, o aumento será de apenas cerca de 10 pontos percentuais, atingindo 27% em meados do século. O crescimento das condições crônicas também será exacerbado pelo aumento das taxas de obesidade, inatividade física de adultos e crianças e outros estilos de vida pouco saudáveis que já estão disseminados no Brasil (consulte o Capítulo 5 e o Capítulo 6). Além disso, o aumento da renda amplia as expectativas da população, o que por sua vez pressiona o aumento dos gastos com a saúde, assim como o progresso tecnológico. Isso será amplificado por ganhos de produtividade reduzidos no setor da saúde em comparação a outras partes da economia (o chamado “efeito Baumol”).

Projeta-se que os gastos com a saúde no Brasil aumentem substancialmente até 2040

Sem levar em consideração quaisquer rupturas estruturais na série histórica devido à COVID-19, o modelo de projeção de gastos com a saúde da OCDE sugere que, no cenário de linha de base, esses gastos no Brasil aumentarão para 12,6% do PIB em 2040 (Figura 3.5). Em comparação a 2017, esse é um aumento de mais de 3 pontos percentuais, o qual é mais pronunciado que na maioria dos países da OCDE. Em média, em toda a OCDE, 10,8% da riqueza econômica serão alocados à saúde em 2040, ou seja, 2 pontos percentuais a mais em comparação a 2017. O aumento projetado no Brasil também é mais forte que no Chile ou na Colômbia, onde os gastos com a saúde devem chegar a 11,4% e 9,5% do PIB em 2040, respectivamente.

O aumento dos gastos com a saúde também pode ser esperado em cenários mais favoráveis no Brasil. No caso de implementação de algumas políticas de “controle de custos”, a proporção saúde/PIB deve aumentar para 12,4% do PIB; no caso de um “envelhecimento mais saudável”, o aumento pode ser limitado a 11,7%. Se houver “pressões de custo” adicionais, os gastos com a saúde deverão crescer ainda mais, chegando a 13,3% em 2040. Aumentos significativos nos gastos com a saúde, embora abaixo das estimativas da OCDE, também são previstos em outras pesquisas baseadas em modelos alternativos de projeção. Rocha et al., por exemplo, preveem que os gastos com a saúde atinjam 12,2% do PIB até 2045 em seu cenário de referência (Rocha, Furtado and Spinola, 2019^[9]).

Figura 3.5. Gastos com a saúde como proporção do PIB no Brasil e nos países da OCDE (2017-40)



Observação: As projeções não levam em consideração quaisquer quebras estruturais devido à COVID-19.

Fonte: Estimativa da OCDE baseada em Lorenzoni et al. (2019^[10]), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", <https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en>.

Em resumo, o modelo de projeção de gastos com a saúde da OCDE tem duas mensagens principais para o Brasil:

- a proporção entre gastos com a saúde e o PIB no Brasil aumentará ainda mais, mesmo no cenário mais favorável;⁸ e
- o aumento esperado dessa proporção será maior no Brasil do que na maioria dos países da OCDE.

Em vista dessas constatações, existem basicamente quatro opções possíveis (que também podem ser usadas em combinação) para atender às necessidades crescentes de financiamento da saúde no Brasil, e elas serão discutidas em detalhes nas subseções a seguir:

- Aumentar os gastos públicos com a saúde sem compensar com redução em outros setores, aumentando assim os gastos totais do governo (Seção 3.3.1).
- Priorizar os gastos com a saúde dentro do orçamento global de gastos governamentais (Seção 3.3.2).
- Dependendo mais de gastos privados (Seção 3.4).
- Encontrar ganhos de eficiência no setor da saúde (Seção 3.5).

3.3. Despesas com a saúde em relação ao financiamento do governo no Brasil

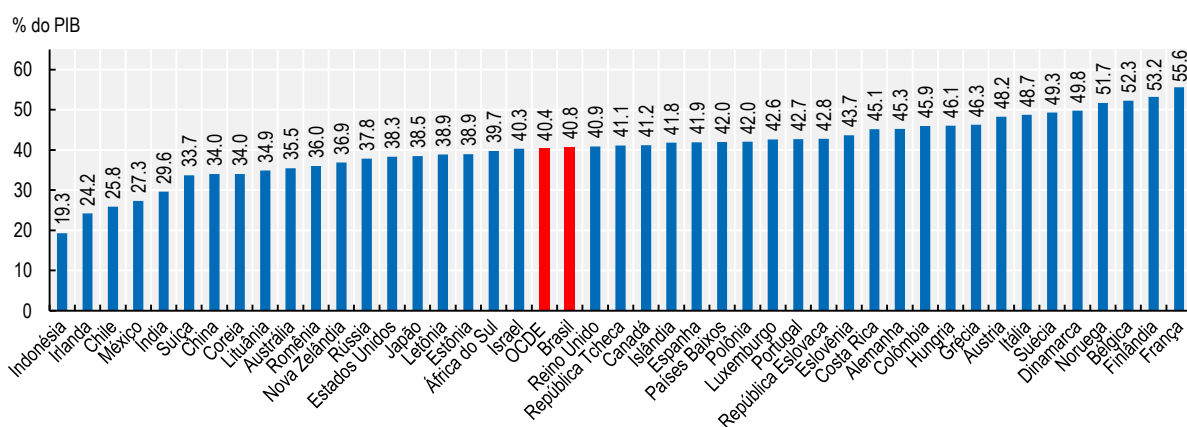
3.3.1. O Brasil tem espaço fiscal limitado para aumentar substancialmente os gastos totais do governo

A evolução recente dos gastos públicos com a saúde no Brasil, mas também os gastos públicos totais de forma mais ampla, precisa ser vista no contexto da desafiadora situação econômica e fiscal do país na última década.⁹ Após um forte desempenho econômico geral na primeira década do milênio, o crescimento do PIB começou a desacelerar em 2012, seguido por uma recessão profunda em 2015 (-3,5%) e 2016 (-3,3%). Isso também afetou a posição fiscal do país e levou a um aumento substancial da

proporção da dívida do governo em relação ao PIB. Em 2019, tal relação estava em 76% e fechou o ano de 2020 em 90%, como consequência das diversas medidas adotadas para absorver o impacto da COVID-19 na saúde e na economia (OECD, 2020_[11]). A proporção da dívida deverá aumentar ainda mais no médio prazo, a menos que seja implementado um ambicioso pacote de reformas estruturais (OECD, 2020_[11]).

Além disso, o nível de gastos públicos no Brasil (41% do PIB em 2019) está em torno da média da OCDE (40%), mas muito mais alto que em países com um nível comparável de desenvolvimento. No Chile (26%) e no México (27%), mas também na Índia (29%) e na China (34%), as parcelas estão substancialmente abaixo do valor observado no Brasil (Figura 3.6). Com o tempo, essa proporção aumentou até 2015 no Brasil, quando chegou a 43%. Desde então, diminuiu ligeiramente.

Figura 3.6. Despesas totais do governo como porcentagem do PIB (2019)



Fonte: OECD (2020_[11]), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, <https://doi.org/10.1787/250240ad-en>, com base em diferentes fontes.

Ao analisar a estrutura dos gastos públicos no Brasil, as categorias mais importantes são os benefícios sociais, seguidos por educação, saúde e pagamento de juros (OECD, 2020_[11]). Os benefícios sociais também têm sido a área de gastos com maior aumento desde 2012. Além disso, uma grande variedade de despesas tributárias na forma de isenções fiscais, regimes ou taxas especiais reduzem significativamente as receitas fiscais do Brasil.

Nesse contexto, diversas iniciativas têm sido adotadas pelo governo federal para melhorar os resultados fiscais, ao mesmo tempo em que estabiliza e reduz as dívidas do setor público. Um elemento fundamental dessa estratégia foi a adoção de um teto de gastos em 2016, limitando o aumento dos gastos primários do governo federal à inflação. Esse teto orçamentário geral também tem impacto sobre os gastos com a saúde pública.

Mudanças frequentes nas regras de financiamento do SUS têm sido a norma desde o seu início e afetam a delicada composição do financiamento dos municípios, dos estados e da União (Quadro 3.1). Com o atual mecanismo em vigor (conforme definido pela Emenda Constitucional 95, EC 95), em 2017, o governo federal financiou cerca de 43% de todos os gastos do SUS, os municípios, 31%, e os estados, 26% (Vieira, Piola and de Sá e Benevides, 2019_[12]). No entanto, existe a preocupação de que o mecanismo atual não seja adequado para levar em conta as necessidades futuras de gastos com a saúde e resulte em um déficit considerável de financiamento. Por exemplo, algumas pesquisas sugerem que a implementação da EC 95 pode levar a uma perda acumulada de R\$ 415 bilhões em financiamento federal para o SUS em 20 anos, em comparação ao regime de financiamento existente anteriormente (Vieira and de Sá e Benevides, 2016_[13]; Massuda et al., 2018_[14]). O Tesouro Nacional também estima que as necessidades projetadas de

financiamento da saúde, em diferentes cenários, ultrapassarão o piso de gastos federais, o que poderia levar a problemas de subfinanciamento (Tesouro Nacional, 2018^[15]). Em uma avaliação do que é necessário para proteger a cobertura universal de saúde no Brasil até 2030, e levando em consideração a inflação da saúde e as mudanças na estrutura etária da população, o Tribunal de Contas da União prevê um déficit de financiamento significativo no nível federal em 2030 (Tribunal de Contas da União, 2020^[16]).

Quadro 3.1. Como o SUS é financiado e como ele evoluiu ao longo do tempo?

Conforme estabelece a **Constituição Federal de 1988**, a saúde é uma responsabilidade do Estado e os serviços prestados pelo SUS são financiados coletivamente pelos orçamentos da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, além de outras fontes. No entanto, desde o seu início, o financiamento do SUS foi debatido e uma série de mudanças legislativas e emendas constitucionais tentaram tornar o financiamento menos volátil, mas outras considerações também desempenharam um papel relevante. Vários pesquisadores acreditam que o SUS foi estruturalmente subfinanciado desde sua implementação, com as últimas reformas de financiamento agravando a situação, especialmente no âmbito da União (Massuda et al., 2018^[14]; Castro et al., 2019^[4]).

Inicialmente, o **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias** (ADCT) previa que pelo menos 30% do Orçamento da Previdência Social fosse destinado à saúde, não sendo especificada a participação de estados e municípios. No entanto, esse compromisso de financiamento da Federação foi difícil de manter ao longo da década de 1990. A **Emenda Constitucional 29**, de 2000, identificou “pisos” para a Federação, os estados e os municípios para o financiamento do SUS, o que trouxe maior estabilidade de financiamento. De acordo com a EC 29, a União deveria dedicar ao menos o seu valor de 1999 acrescido de 5% em 2000 e, depois, ajustado anualmente com o crescimento nominal do PIB. Os estados e municípios deveriam destinar pelo menos 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas próprias à saúde. A **Emenda Constitucional 86**, de 2015, alterou novamente as obrigações de financiamento da União. Os pisos de investimento foram atrelados à Receita Corrente Líquida (RCL) federal. O percentual de RCL alocada à saúde deveria aumentar gradualmente de 13,2%, em 2016, para chegar a 15%, em 2020. No entanto, a **Emenda Constitucional 95**, de 2016, introduziu novas alterações devido a pressões fiscais e, em geral, congelou as principais despesas federais até 2036. Para os gastos com a saúde, as estipulações da EC 95 significaram antecipar a alocação mínima de 15% da RCL para 2017, mas atrelando aumentos anuais futuros desse piso à inflação até 2036.

Houve uma grande variação nos estados que cumpriram seus compromissos, conforme estabelecido na EC 29, com alguns deles não atingindo o piso de 12% nos anos de 2004 a 2012. Após a introdução da **Lei Complementar nº 141/2012**, que previa penalidades para o descumprimento do mínimo constitucional, a adesão aumentou. Devido ao aumento da descentralização e da pressão da demanda, os municípios em todos os estados cumpriram as suas obrigações de gastos mínimos nos anos desde 2004. Em 2017, os municípios destinavam em média 22,5% de suas receitas próprias à saúde, bem acima do mínimo de 15% (Vieira, Piola and de Sá e Benevides, 2019^[12]).

De maneira geral, as frequentes mudanças no mecanismo de financiamento levaram a um maior envolvimento dos estados e dos municípios no financiamento do SUS ao longo do tempo. Entre 1995 e 2015, a participação dos municípios passou de 16% para 31% e a dos estados de 21% para 26%. Consequentemente, a proporção do SUS financiado pela União caiu de 63% para 43%. No entanto, para os três níveis do governo, os gastos com saúde aumentaram em termos reais, sendo esse, no caso dos municípios, em cerca de 8% ao ano, em média (Vieira, Piola and de Sá e Benevides, 2019^[12]).

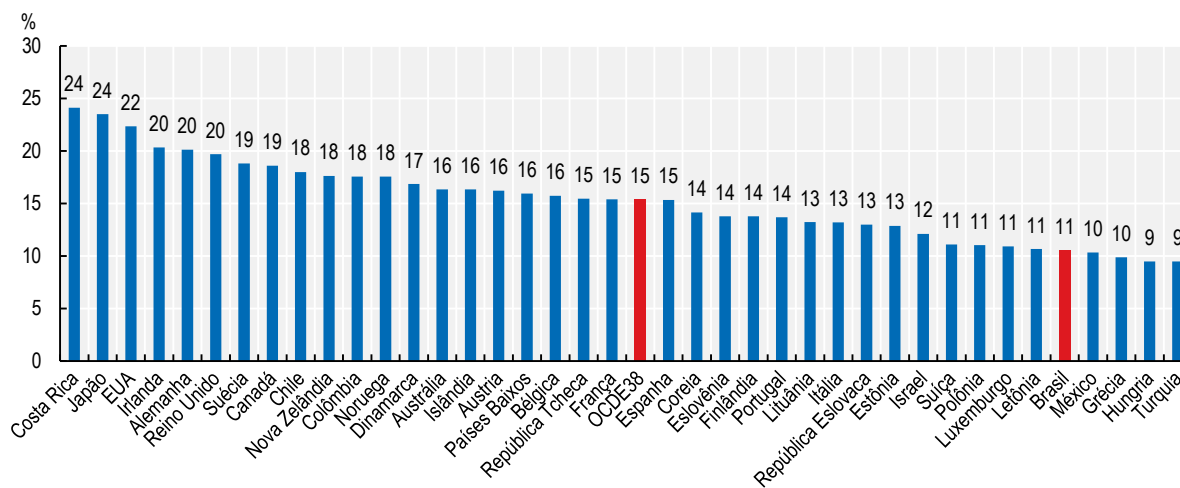
Fontes: Piola and Diniz Barros (2016^[17]), “O financiamento dos serviços de saúde no Brasil” http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_sauade_brasil_organizacao_financiamento.pdf; Mendes and Funcia (2016^[18]), “O SUS e seu financiamento”.

Embora uma opção para atender às necessidades futuras de gastos com a saúde (conforme identificado na Seção 3.2.3) seja permitir um aumento no gasto público geral, essa possibilidade parece menos provável nos curto e médio prazos, dados os atuais desafios fiscais no Brasil e a necessidade de continuar a trajetória de ajustes para garantir a sustentabilidade fiscal geral. A discussão se concentra principalmente no governo federal, mas parece improvável que os estados ou municípios estariam em uma posição confortável para que aumentem drasticamente os seus gastos absolutos com saúde a fim de atender às necessidades de financiamento futuras.

3.3.2. Há potencial para dar maior prioridade à saúde nos gastos do governo

Uma opção alternativa ou complementar para disponibilizar mais fundos públicos para atender às necessidades futuras de gastos com a saúde é dar a esses gastos uma prioridade mais alta no orçamento público total, ou seja, compensar o aumento dos gastos com a saúde com cortes ou ganhos de eficiência em outros setores. Dada a atual conjuntura econômica no Brasil, essa parece ser uma opção mais viável que um aumento geral dos gastos públicos. De fato, a comparação dos gastos governamentais em saúde com os gastos totais do governo mostra que o Brasil dedicou uma parcela menor de seu orçamento público à saúde (10,5%) do que a maioria dos países da OCDE em 2019, e bem abaixo da média de 15,3% (Figura 3.7).

Figure 3.7. Despesas com saúde de fontes públicas como parte das despesas totais do governo, 2019 (ou ano mais recente)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

Parece haver pelo menos quatro áreas em particular onde poderiam ser geradas possíveis economias, das quais algumas poderiam ser realocadas para o financiamento do SUS:¹⁰ (i) redução das despesas fiscais e subsídios ineficazes; (ii) aumento da eficácia das transferências sociais, (iii) geração de despesas elevadas com salários e (iv) revisão do tratamento tributário preferencial concedido a alguns atores específicos do sistema de saúde.

O Relatório Econômico da OCDE sobre o Brasil de 2020 destacou uma série de áreas para possíveis economias que não impediriam o Brasil de atingir os principais objetivos políticos. Os subsídios e despesas fiscais aumentaram para 4,8% do PIB. Vários deles, como o regime tributário das PMEs, a Zona Franca de Manaus ou isenções de imposto de renda para serviços privados de saúde e educação,

poderiam ser reconsiderados e ajustados. No conjunto, uma redução dos subsídios e despesas fiscais de aproximadamente 2% do PIB parece viável.

Da mesma forma, alguns programas sociais no Brasil não são muito bem direcionados ou são muito caros, com impacto limitado para reduzir as desigualdades (OECD, 2020^[11]). Uma melhor orientação poderia aumentar o impacto do sistema de benefícios sociais e, ao mesmo tempo, reduzir os gastos. Nesse contexto, registraram-se progressos no sentido de melhorar a sustentabilidade do sistema previdenciário, aumentando a idade efetiva de aposentadoria e tornando os respectivos pagamentos mais progressivos. No entanto, um passo adicional importante para tornar o pagamento de aposentadoria, mas também alguns outros programas, como pensão por morte, mais sustentável seria mudar a sua regra de indexação, afastando-se do critério baseado no salário mínimo, o qual aumentou muito mais rapidamente que a renda per capita. Curiosamente, esses benefícios, ao contrário do programa “Bolsa Família”, que não tem ajustes automáticos, beneficiam predominantemente pessoas que não são carentes. Como consequência, o reajuste do mecanismo de cálculo de alguns benefícios sociais poderia ser alcançado sem prejudicar os grupos populacionais desfavorecidos.

Uma segunda questão na qual economias substanciais para o erário público poderiam ser geradas está relacionada ao emprego público. A comparação internacional sugere que os custos com pessoal do setor público são extremamente altos e que existem diferenciais salariais substanciais em vantagem dos funcionários federais em comparação aos do setor privado (OECD, 2020^[11]). Além disso, os salários públicos superaram os ganhos do setor privado recentemente. A mudança das regras de ajuste salarial anual e a revisão dos salários iniciais podem gerar um espaço fiscal muito necessário para fortalecer os gastos com a saúde pública. A possível economia do gerenciamento das altas despesas com a folha de pagamento poderia totalizar aproximadamente 2% do PIB.

Por fim, uma questão mais diretamente relacionada à saúde é o tratamento tributário preferencial concedido a algumas despesas de certos atores do setor da saúde. Isso se refere, por exemplo, à dedutibilidade fiscal de prêmios de seguro de saúde privados e desembolsos diretos das famílias com serviços de saúde, bem como isenções fiscais para alguns profissionais de saúde e outros instrumentos.

No total, as despesas tributárias na área de saúde foram estimadas em R\$ 41,3 bilhões em 2019 (Receita Federal, 2018^[19]), representando 13,5% de todos os impostos não pagos ou 0,6% do PIB. Dentre todos os impostos não recolhidos em saúde, as despesas médicas e prêmios de seguro para planos de saúde individuais que podem ser deduzidos das rendas sujeitas ao imposto de renda da pessoa física (IPRF) representaram mais de um terço do montante (R\$ 15,5 bilhões) e a economia tributária proveniente do imposto de renda pessoa jurídica (IPRJ), para a aquisição de seguro saúde pelos empregadores, representa cerca de R\$ 5,6 bilhões do total. Outras isenções fiscais importantes estão relacionadas a organizações de saúde sem fins lucrativos (R\$ 3,6 bilhões) que têm isenções de imposto de renda pessoa jurídica (IPRJ) e contribuição social federal incidente sobre a receita de negócios (COFINS), além de contribuições previdenciárias (R\$ 6,8 bilhões), na condição de que tais organizações forneçam pelo menos 60% de sua atividade para o SUS. Por fim, a produção e comercialização de produtos farmacêuticos selecionados (identificados por meio de uma lista positiva) estão isentas de PIS (contribuição para o seguro-desemprego) e COFINS. Juntos, representam uma economia tributária de R\$ 6,7 bilhões. Tomados em conjunto, a soma de todas as despesas fiscais com a saúde equivaleria a cerca de um terço de todo o orçamento federal para o SUS em 2019.

As isenções do imposto de renda da pessoa física são altamente regressivas, pois dependem da alíquota individual. Além disso, 90% dos brasileiros possuem renda abaixo do limite em que pagariam imposto de renda e apenas em torno de um quarto dos brasileiros assinam planos privados de saúde, enquanto a maior parte da população depende do sistema público de saúde. Em 2017, foram declaradas despesas médicas da aproximadamente R\$ 70 bilhões. Dos R\$ 12,8 bilhões resultantes da economia tributária, 75% beneficiaram pessoas na faixa mais alta do imposto de renda, 27,5% (Tesouro Nacional, 2018^[15]). No contexto brasileiro, é importante entender que não há um teto legal para a dedutibilidade fiscal das

despesas médicas. Além disso, com algumas poucas exceções (por exemplo, medicamentos), todas as despesas de saúde, incluindo cirurgias estéticas realizadas fora do país, são elegíveis para dedutibilidade. Isso é excepcional, mesmo no Brasil. Para outras despesas não relacionadas à saúde, como educação, existem tetos de dedutibilidade.

Embora tratamentos fiscais preferenciais para bens e serviços de saúde também existam nos países da OCDE, seu alcance no Brasil parece notável em termos de volume e gera perguntas sobre a sua adequação. A eliminação gradual da dedutibilidade fiscal para despesas de saúde e com planos de serviços de saúde do imposto de renda de pessoas físicas proporcionaria um espaço fiscal de aproximadamente 0,2% do PIB. As vantagens fiscais para prestadores de serviços de saúde sem fins lucrativos (que também incluem “organizações sociais” que administram instalações públicas) também parecem abundantes. Os prestadores de serviços de saúde podem ganhar a condição de “sem fins lucrativos” e lucrar com as amplas vantagens fiscais se se comprometerem a dedicar 60% de sua atividade aos pacientes do SUS. Revisar algumas dessas vantagens e avaliar cuidadosamente se elas aumentam a eficiência na prestação de serviços também pode ser uma opção. Embora o tratamento fiscal preferencial na área de prestação de serviços de saúde exista em muitos países da OCDE (por exemplo, os serviços de saúde são isentos do imposto de valor agregado; redução do imposto sobre o valor agregado para produtos farmacêuticos), isentar os prestadores de serviços sem fins lucrativos de contribuições para a previdência social para seus empregados parece excepcional.

3.4. Existe potencial para aumentar os gastos privados com a saúde no Brasil?

Caso nenhum financiamento público adicional ou insuficiente possa ser gerado para financiar o crescimento futuro projetado dos gastos com a saúde, a opção alternativa é contar com o financiamento privado, seja por meio de seguros de saúde privados ou diretamente pelas famílias através de pagamentos diretos. Dito isso, a parcela do financiamento privado no Brasil já é relativamente alta (consulte a Seção 3.2) e quaisquer aumentos futuros podem exacerbar as desigualdades já existentes no país. A participação do seguro de saúde privado voluntário no total dos gastos com a saúde era de 30% no Brasil em 2019, muito maior que a média da OCDE (5%) e muito maior que qualquer outro país da OCDE.¹¹ A proporção paga diretamente pelos pacientes no Brasil (25%) também está acima da média da OCDE (20%), mas abaixo dos valores observados no Chile (33%), na Grécia (35%) ou no México (42%).

3.4.1. O mercado de seguro saúde privado já está muito desenvolvido e tem implicações patrimoniais

O seguro de saúde privado é anterior ao estabelecimento do SUS e a Constituição Federal de 1988 garante que a cobertura do seguro de saúde privado pode complementar a cobertura automática do SUS.

O mercado de seguro de saúde privado está bem estabelecido e desenvolvido no Brasil. Em setembro de 2020, 47 milhões de brasileiros tinham cobertura médica ou assistência médica privada (22% da população) e 26 milhões tinham cobertura odontológica adicional.¹² Existe uma grande variação de planos de saúde, dependendo dos tipos de serviços cobertos (por exemplo, “hospitalar e ambulatorial”, “apenas hospitalar”, “indicação”), bem como do tipo de contrato (por exemplo, “seguro de grupo” via empregador, “contrato individual/familiar”). Além disso, muitos tipos diferentes de empresas podem oferecer cobertura de seguro privado; isso inclui cooperativas médicas sem fins lucrativos, empregadores na forma de autogestão, organizações filantrópicas, redes de provedores de saúde ou medicina de grupo e empresas de seguro de saúde. Em 2019, 711 empresas com beneficiários ofereciam mais de 36 mil planos de cobertura médica no Brasil (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020^[6]). Isso significa que o mercado de seguros é muito fragmentado, com muitas pequenas operadoras: 6% das seguradoras cobrem 50% dos segurados e mais de 2/3 de todas as empresas cobrem apenas 10% dos beneficiários (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020^[6]).

Embora a cobertura de seguro de saúde privado tenha aumentado nas últimas décadas, ela está correlacionada aos ciclos econômicos, com o número de beneficiários diminuindo durante a última recessão. A cobertura também está distribuída de forma desigual por todo o país. As taxas são muito mais altas nos estados mais ricos da região sudeste (35%) que na região mais carente do norte (11%) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019^[20]). Além disso, uma notável divisão urbano-rural na cobertura de seguros privados pode ser observada em todos os estados. Ademais, o mercado de seguro saúde é caracterizado por fortes desigualdades socioeconômicas na adesão ao seguro de saúde privado. Em 2013, 64,7% das pessoas no quintil de renda mais alta tinham cobertura privada em comparação a apenas 5,5% entre as pessoas carentes (Montaya Diaz and Sarti, 2020^[7]).

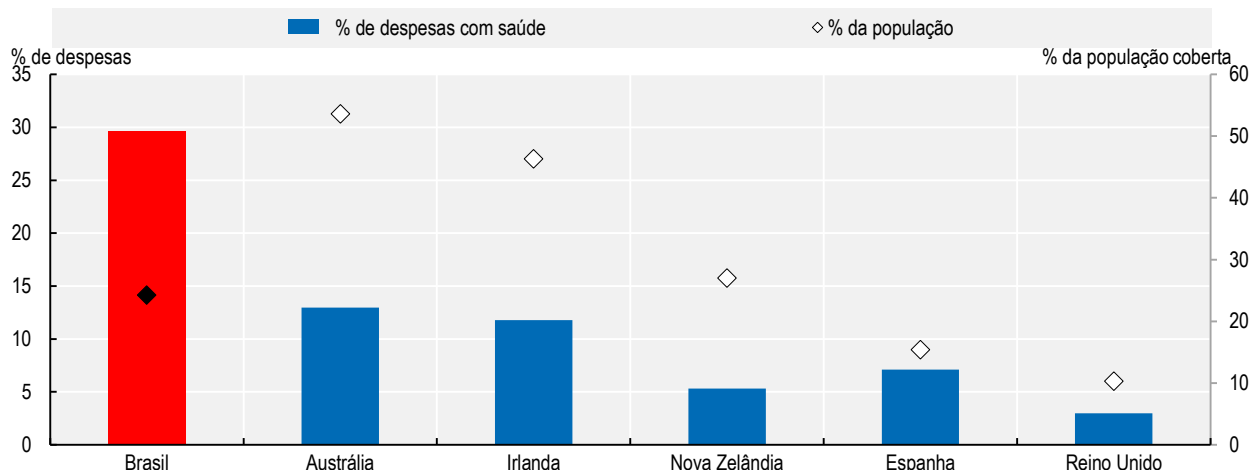
Parece haver pelo menos três razões pelas quais a proporção de pessoas com cobertura de seguro de saúde privado cresceu desde o início do SUS e é particularmente proeminente entre as classes média e alta. Em primeiro lugar, presumiu-se a falta de qualidade na rede pública do SUS também como resultado da rápida expansão no início da década de 1990 e subsequente subinvestimento. Em segundo lugar, uma tradição histórica de aquisição de serviços no mercado privado no âmbito dos contratos de trabalho e, em terceiro lugar, a dedutibilidade fiscal dos prêmios de seguros privados (Piola and Diniz Barros, 2016^[17]).

De modo geral, o mercado de seguro saúde privado brasileiro é diferente daqueles dos países da OCDE com características semelhantes de sistema de saúde, em particular aqueles com direitos universais baseados na residência, financiados principalmente pela tributação. Em países como o Reino Unido, a Austrália, a Irlanda, a Nova Zelândia ou a Espanha, a cobertura privada *duplicada* também é popular, mas parece ser muito mais limitada a serviços específicos com médicos privados, em particular para a escolha de serviços de internação e ambulatoriais em hospitais particulares. No entanto, embora as parcelas de cobertura da população sejam semelhantes às observadas no Brasil, esse setor é, do ponto de vista do financiamento, muito menos importante nesses países (Figura 3.8). Muito provavelmente, isso reflete o fato de que pessoas com planos de saúde privados voluntários geralmente usam serviços públicos e só recorrem a seguros privados para uma faixa muito estreita de atividades (hospitalares). O caso do Brasil parece excepcional no sentido de que um quarto da população abdica de seu direito constitucional de buscar atendimento médico público gratuito.

Consequentemente, o mercado de seguro saúde privado já é mais desenvolvido no Brasil que na maioria dos países da OCDE. Sem alterar as configurações atuais desse mercado, um aumento da cobertura de seguro privado não parece ser desejável do ponto de vista patrimonial. Uma maior absorção na cobertura privada ou um aumento dos pacotes de benefícios, levando a prêmios mais elevados, pode representar um “escoamento adicional” de fundos públicos escassos. Isso resultaria em crescentes desigualdades, a menos que as políticas de isenção fiscal sejam alteradas. Também não está claro se mais gastos com cobertura privada contribuiriam para melhorar a eficiência e o desempenho geral do sistema de saúde, uma vez que uma alta cobertura privada pode levar ao uso excessivo de procedimentos e exames de alto custo. Por exemplo, em 2019 o número de exames de ressonância magnética (RM) por pessoa com seguro privado no Brasil (179 por 1 000) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021^[21]) foi 2,3 vezes maior do que a média de RM por população na OCDE (79 por 1 000) e consideravelmente acima da taxa da Áustria (148 por 1000), que foi a mais alta da OCDE naquele ano.

Figura 3.8. Seguro de saúde privado voluntário no Brasil e em alguns países da OCDE em 2019 ou no ano anterior

Parcela da população com planos de saúde privados e parcela de gastos com planos de saúde privados nas despesas totais com a saúde



Observação: o seguro saúde privado pode ser complementar e em duplicidade na Austrália.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020^[6]), "Dados Consolidados da Saúde Suplementar", <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>; Ministério da Saúde do Brasil.

3.4.2. Um aumento adicional nos desembolsos diretos das famílias pode levar a um aumento na quantidade de pessoas com dificuldades financeiras

Uma última possibilidade de atender aos aumentos de gastos previstos com a saúde seria deixar mais responsabilidades de financiamento para as famílias. Na verdade, essa é a alternativa caso nenhuma outra opção de financiamento for encontrada. Como visto antes, o nível de gastos diretos das famílias como parcela do gasto total com a saúde no Brasil (25%) está acima da média da OCDE (20%), mas é inferior ao de alguns países da OCDE e de muitos outros países da América Latina. Ainda assim, como parcela do PIB (2,4%), os gastos diretos das famílias são comparativamente altos no Brasil. Ao analisar a composição dos pagamentos diretos, verifica-se que dois terços de todos os gastos diretos estão relacionados aos custos com medicamentos no Brasil. Em comparação aos países da OCDE, essa é uma parcela muito alta e indica falta de cobertura efetiva nesta área.

A estrutura do pagamento direto das famílias no Brasil pode ser explicada pela natureza do pacote de benefícios do SUS e outras características do sistema. O SUS oferece, implicitamente, um pacote abrangente de benefícios na atenção primária, hospitalar e outros serviços, que não requer o compartilhamento de custos. Para os produtos farmacêuticos, foi definida uma lista positiva de medicamentos essenciais, que estão disponíveis gratuitamente ou com alguns co-pagamentos limitados sob certas condições. No entanto, eles podem não estar disponíveis quando necessário e os pacientes podem ter que recorrer a medicamentos pagos. Além disso, os contratos privados de seguro de saúde excluem medicamentos ambulatoriais, que exigem que as pessoas que renunciam à cobertura do SUS paguem por esses produtos. Além disso, além dos medicamentos, a cobertura do SUS exclui uma série de prestadores de serviços particulares que podem ser contatados pelos pacientes para ter um acesso mais rápido.

O problema com os altos desembolsos diretos das famílias é que eles, em geral, afetam os grupos populacionais carentes e desfavorecidos mais que outros (WHO Regional Office for Europe, 2019^[22]).

Para esses grupos, os altos custos diretos de bens e serviços de saúde têm maior probabilidade de representar uma alta carga financeira. Por esse motivo, as Nações Unidas decidiram medir o progresso com relação à cobertura universal de saúde, monitorando a incidência de famílias que vivenciam gastos com a saúde “catastróficos” como um indicador de proteção financeira (WHO and World Bank, 2019^[23]).

Os dados incluídos no relatório de monitoramento da proteção financeira da OMS e do Banco Mundial sugerem que a dificuldade financeira devido aos custos de saúde é um problema no Brasil (WHO and World Bank, 2019^[23]). Em 2008, 25,6% das famílias brasileiras relataram que os custos com a saúde representavam mais de um décimo do consumo/renda familiar total e 3,5% relataram que os custos representavam um quarto do consumo/renda familiar. Essa parcela era muito maior que em quase todos os países da OCDE e acima da média da região da América Latina. No entanto, outros estudos descobriram que os gastos catastróficos com a saúde no Brasil não eram mais problemáticos em comparação a outros países latino-americanos (Roa, 2016^[24]). No entanto, independentemente da proporção exata de famílias que enfrentam gastos catastróficos com a saúde, a forte correlação entre o nível geral de gastos diretos em um país e a proporção de famílias com dificuldades financeiras foi amplamente estabelecida (WHO Regional Office for Europe, 2019^[22]). Portanto, uma decisão política que leva a um aumento na divisão de custos ou redução na cobertura provavelmente terá como resultado um aumento no percentual da população que enfrenta dificuldades financeiras, especialmente entre a população carente. Alternativamente, também pode levar a um aumento no atraso ou na privação do atendimento se as pessoas não puderem mais pagar pelos serviços (WHO Regional Office for Europe, 2019^[22]).

Portanto, de uma perspectiva de equidade, permitir que as próprias pessoas arquem com mais custos de saúde acabará por aumentar as inequidades em saúde em um país que já enfrenta grave problema de desigualdades. Também há dúvidas sobre até que ponto o aumento dos gastos diretos é eficiente. Em muitos casos, os prestadores de serviços privados cobram preços mais altos pelos mesmos serviços que são fornecidos publicamente, sem uma diferença clara de qualidade. Por esse motivo, um aumento deliberado na parcela dos gastos com a saúde financiados pelo próprio bolso não parece ser uma opção desejável.

3.5. Onde podem ser encontrados ganhos de eficiência no sistema de saúde brasileiro?

Uma última possibilidade para abordar o aumento projetado nos gastos com a saúde é gerar ganhos de eficiência e reduzir o desperdício no setor da saúde. Um maior custo-benefício poderia amenizar as pressões de gastos emergentes, garantindo que a intervenção certa seja realizada no ambiente certo, usando a combinação de insumos mais econômica e baseada em evidências para tratar doenças e limitando o desvio de recursos financeiros do sistema de saúde que não são utilizados para promover a saúde, prevenir doenças e tratar os pacientes. Em todo o mundo, cerca de 20% dos gastos com a saúde podem ser considerados “desperdícios” no sentido de que, se alguns serviços responsáveis por esses custos não ocorressem, isso não faria diferença para os resultados de saúde dos pacientes (OECD, 2017^[25]).

3.5.1. O sistema de saúde brasileiro é amplamente considerado ineficiente

Trabalhos anteriores comparando o potencial de ganhos de eficiência internacionalmente descobriram que há espaço para melhorias no Brasil. Ao quantificar os possíveis ganhos na expectativa de vida ajustada à saúde usando técnicas de análise envoltória de dados com base em dados do Banco Mundial e da OMS, o *Relatório Econômico da OCDE sobre o Brasil de 2015* descobriu que mais de cinco anos de expectativa de vida poderiam ser ganhos com a melhoria da eficiência, mantendo o valor atual de despesas per capita com a saúde (OECD, 2015^[26]). Isso foi mais que em qualquer país da OCDE. O

potencial de ganhos de eficiência no sistema de saúde brasileiro também foi analisado em outros estudos. O Banco Mundial, por exemplo, estimou a possível economia total de cerca de 0,62% do PIB até 2026 em cinco áreas distintas da saúde, com efeitos neutros ou positivos sobre a equidade (World Bank, 2017^[27]). No cálculo dos gastos necessários para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Flamini e Soto estimam que o setor da saúde tem espaço para uma economia de até 2,5% do PIB até 2030 por meio de maior eficiência de gastos sem comprometer a qualidade (Flamini and Soto, 2019^[28]).

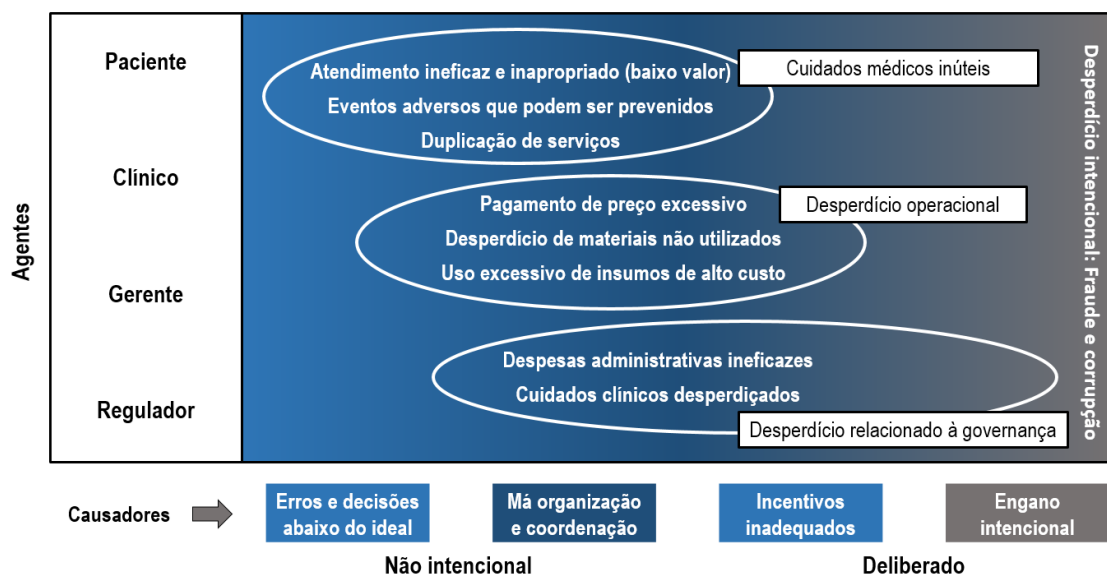
Aumentar a eficiência e o desempenho são metas importantes do sistema de saúde e têm sido incluídas em iniciativas de gestões recentes e atuais no Brasil. Neste contexto, o atual Plano Nacional de Saúde 2020-23 destaca, por exemplo, a necessidade de melhorar a contratação do serviço público para aumentar a eficiência na gestão do SUS, uma melhor integração da atenção primária e secundária, cooperação reforçada no nível regional ou uma aplicação mais ampla de ferramentas eletrônicas. Anteriormente, houve iniciativas, como a introdução da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no SUS e a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) em 2011. A introdução de incentivos financeiros para melhorar o acesso aos serviços como parte da estratégia Previne também visava a aumentar o desempenho do sistema de saúde.

3.5.2. A OCDE desenvolveu um marco conceitual para discutir gastos desnecessários em todo o sistema de saúde

Apesar dessas iniciativas e ambições, ainda há a percepção de que mais pode ser feito para encontrar a melhor relação custo-benefício. No Brasil, assim como em todos os outros países, ineficiências podem ser encontradas em todos os aspectos do sistema de saúde e a OCDE desenvolveu um estudo abrangente para analisar sistematicamente as possíveis fontes de ineficiências, seus direcionadores e causas, e discute o que pode ser feito sobre isso (OECD, 2017^[25]). *Cuidados médicos inúteis* abrangem casos em que os pacientes não recebem o atendimento correto, por exemplo, atendimento inadequado ou de baixo valor. Também incluem eventos clínicos adversos que poderiam ser evitados. O *desperdício operacional* ocorre quando o atendimento poderia ser oferecido usando menos recursos dentro do sistema, mantendo os benefícios. Os exemplos incluem situações em que preços mais baixos podem ser obtidos para os insumos adquiridos ou onde insumos caros são usados em vez de outros mais baratos e sem benefício para o paciente. O *desperdício relacionado à governança* se refere ao uso de recursos que não contribuem diretamente para o cuidado do paciente, seja porque se destinam a apoiar a administração e gestão do sistema de saúde e seus vários componentes ou porque são desviados de sua finalidade pretendida por meio de fraude, violação e corrupção. Essa estrutura básica também será usada na avaliação subsequente de possíveis fontes de ineficiência no Brasil (Figura 3.9).

Normalmente, todos os participantes do sistema de saúde contribuem para gastos desnecessários, mas em graus diferentes. Não satisfeitos com o resultado, os pacientes podem solicitar a repetição redundante dos exames. Os médicos podem escolher um procedimento de tratamento desnecessário e caro, mesmo que exista uma alternativa mais barata. Os gerentes de sistemas podem contratar prestadores de serviços a um preço mais alto que o necessário e os reguladores podem ser responsáveis por obstáculos administrativos ineficazes e onerosos no planejamento da assistência médica.

Figure 3.9. Categorias de desperdício mapeadas para os participantes e causas envolvidos



Fonte: OECD (2017^[25]), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

O restante desta seção identificará algumas áreas de gastos potencialmente desperdiçados e ganhos de eficiência no Brasil em todo o sistema de saúde, incluindo atenção primária e secundária à saúde, atendimento hospitalar, produtos farmacêuticos, cuidados de longo prazo, administração e governança.

3.5.3. A atenção primária à saúde é um componente fundamental do SUS, mas ainda não apresenta todo o seu potencial

A implantação do SUS vem sendo acompanhada por diversas iniciativas de fortalecimento da atenção primária à saúde

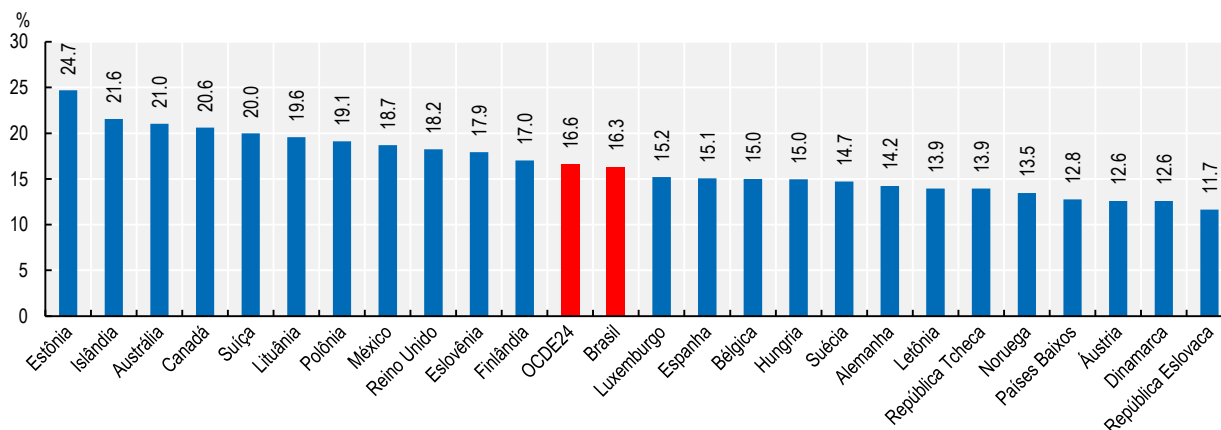
Desde o seu início, um forte foco do SUS foi fortalecer o papel da atenção primária à saúde e se distanciar de um sistema que era historicamente muito centrado em hospitais. Em 1994, o Programa Saúde da Família foi criado, estabelecendo padrões para a composição de equipes de profissionais da saúde, incluindo clínicos gerais, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, prestando uma ampla gama de serviços, como cuidados intensivos, promoção da saúde, tratamento de doenças crônicas e assistência médica materno-infantil (Castro et al., 2019^[4]). Essas equipes tornaram-se o principal elemento da atenção primária à saúde no SUS, mas os problemas de pessoal retardaram a expansão desse modelo de atendimento. Para abordar os problemas de acesso, especialmente nas zonas rurais, o programa Mais Médicos foi adotado em 2013, o que resultou no recrutamento temporário de cerca de 18 mil médicos adicionais, principalmente de outros países. Embora tenha conseguido aumentar o acesso à atenção primária à de saúde em algumas regiões desfavorecidas (Gonçalves et al., 2019^[29]), o programa está atualmente desativado e foi substituído pelo programa “Médicos pelo Brasil”. Essa iniciativa visa centralizar o recrutamento de médicos para comunidades carentes e fortalecer as oportunidades de desenvolvimento profissional desses médicos recém-contratados.

Uma estratégia para melhorar a eficiência na atenção primária à saúde e expandir o acesso foi a iniciativa Previne Brasil introduzida em 2020. Essa iniciativa marcou uma mudança importante no método de cálculo de como os fundos federais são transferidos aos municípios para a compra de serviços de atenção primária, mas também aumentou os recursos federais gerais para a atenção primária à saúde. No SUS, o governo federal financiou cerca de um terço do total dos custos da atenção primária à saúde, com o

restando sendo financiado predominantemente por municípios (61%) (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018^[30]).¹³ Antes da estratégia Previne Brasil, as transferências federais para os municípios eram compostas por um componente de capitação fixa e variável, um bônus voluntário de pagamento por desempenho baseado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e pagamentos para a prestação direta de serviços por meio de agentes comunitários de saúde e do programa Mais Médicos. A estratégia Previne Brasil recalibrou os pagamentos de capitação para melhor levar em conta as diferenças nas necessidades de saúde entre os municípios, simplificou os indicadores de pagamento por desempenho e revisitou as ações estratégicas a serem financiadas pela União (OECD, 2021^[31]). Uma mudança importante no Previne Brasil é que os pagamentos por capitação são feitos apenas para pessoas cadastradas nas eSFs, o que deve incentivar os municípios a se engajarem ainda mais nesta forma de atendimento. Embora seja muito cedo para realizar uma avaliação geral desse programa, o número de pessoas registradas nas eSFs aumentou substancialmente, chegando a 127 milhões em novembro de 2020 (OECD, 2021^[32]).

Analisar a composição dos gastos gerais com saúde em um contexto internacional pode ajudar a avaliar se um país prioriza os gastos com atenção primária à saúde. Em 2019, o Brasil dedicou cerca de 16% de seus recursos financeiros a “serviços básicos de saúde” – definidos como atendimento ambulatorial geral, atendimento odontológico, atendimento em domicílio para a realização de tratamentos e atividades preventivas,¹⁴ uma parcela semelhante à média da OCDE (Figura 3.10).

Figura 3.10. Gastos com atendimento médico básico como parcela dos gastos atuais com a saúde (2019 ou ano mais próximo)



Observação: Os serviços básicos de saúde combinam atendimento ambulatorial geral, atendimento odontológico, atendimento em domicílio para a realização de tratamentos e atividades preventivas fornecidas independentemente do ambiente. Eles podem ser usados como substituição à atenção primária à saúde para comparações internacionais.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Ministério da Saúde do Brasil.

Apesar dessas conquistas, o desempenho da atenção primária à saúde pode ser ainda mais fortalecido

Ao comparar os níveis de eficiência na atenção primária entre os municípios do Brasil, o Banco Mundial identifica possíveis ganhos de eficiência de 37% (World Bank, 2017^[27]). Portanto, há um potencial significativo para expandir a prestação de serviços usando a mesma quantidade de recursos. Outras questões que devem ser abordadas incluem acessibilidade limitada aos serviços e deficiências na coordenação entre a atenção primária e secundária.

A falta de disponibilidade de médicos pode levar a necessidades não atendidas, e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 trouxe alguns esclarecimentos sobre o assunto. Em 2019, cerca de 14% de todos os brasileiros que procuraram assistência médica nas duas semanas anteriores à pesquisa não a receberam (IBGE, 2020^[33]). Particularmente relevante para a atenção primária é o fato de 21% de todos os brasileiros com diabetes diagnosticada não terem recebido atendimento médico nos 12 meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2020^[33]). Curiosamente, embora haja pouca variação estatística para necessidades não atendidas desse tipo entre os estados, ruralidade ou renda (IBGE, 2020^[34]), parece haver diferenças na qualidade do atendimento. Pacientes diabéticos têm maior probabilidade de complicações (conforme medida em hospitalizações) no Nordeste que no Sudeste e essa probabilidade é sistematicamente maior para aqueles cuja renda familiar é de um salário mínimo ou inferior que aqueles com mais de três salários mínimos (IBGE, 2020^[35]).

Algumas dessas necessidades não atendidas estarão relacionadas à disponibilidade de médicos. Embora tenha aumentado substancialmente nas últimas décadas, a quantidade de médicos no Brasil ainda está aquém da média da OCDE. Em 2017, cerca de 2,2 médicos por 1.000 habitantes estavam registrados no Brasil (Scheffer and al., 2018^[36]). Isso se compara a 3,5 médicos em atividade¹⁵ em toda a OCDE (OECD, 2019^[8]). Semelhante à maioria dos países da OCDE, há uma grande disparidade geográfica na disponibilidade de médicos no Brasil, refletindo também diferenças socioeconômicas. Em municípios com menos de 5 mil habitantes, a densidade geral de médicos é de apenas 0,3, em média; para municípios com mais de 500.000 habitantes, a proporção é de 4,3 (Scheffer and al., 2018^[36]). Devido ao fato de que os especialistas são mais propensos a atuar em aglomerações, a distribuição espacial desequilibrada dos profissionais da saúde é um pouco menos pronunciada ao considerar apenas clínicos gerais (ou seja, médicos sem especialização). No entanto, ainda existem diferenças significativas. No nível estadual, a proporção de um clínico geral para cada 1.000 habitantes varia de 0,4 no Maranhão, na região nordeste, a 1,6 no Rio de Janeiro. Uma grande variação geográfica de profissionais da saúde pode sugerir uma alocação ineficiente de recursos, levando a necessidades não atendidas, menor qualidade de atendimento em regiões carentes e à prestação em excesso de serviços em outras partes do país.

A experiência dos países da OCDE informa que diferentes estratégias ajudam a corrigir o desequilíbrio geográfico dos médicos (OECD, 2016^[37]). Uma primeira abordagem tenta resolver o problema no longo prazo, com foco em futuros profissionais durante a sua formação médica. Isso pode ser feito oferecendo bolsas de estudo ou acesso preferencial a alunos que se comprometam a atuar em áreas ou comunidades rurais por um período definido depois de se formar, como é o caso da Austrália, do Japão, do Canadá, da Inglaterra e do Chile (OECD, 2021^[32]). Para os profissionais atuais, existe uma abordagem do “castigo e da recompensa”. Muitos países da OCDE usam incentivos financeiros, sejam pontuais ou relacionados a salários, para atrair médicos para a atuação em áreas rurais ou desfavorecidas. No Canadá e na Dinamarca, algumas dessas políticas estão em vigor. Por outro lado, alguns países, incluindo a Alemanha, algumas províncias do Canadá e da Noruega, restringem o local onde os médicos podem atuar. Na Alemanha, os médicos autônomos não têm permissão para estabelecer a sua atuação e atender pacientes públicos em uma área de captação que é considerada “superestimada” com base na proporção de pacientes para médicos. De qualquer forma, lidar com o desequilíbrio regional dos médicos, em particular dos clínicos gerais, requer um planejamento cuidadoso e coerente da força de trabalho. No nível nacional, isso tem estado amplamente ausente no Brasil (OECD, 2021^[32]).

Pode haver potencial para obter mais atividades de atenção primária com os recursos existentes

Curiosamente, o aumento substancial da quantidade de médicos no Brasil não se traduziu necessariamente em um aumento proporcional na atividade de atenção primária no SUS. A proporção de consultas anuais de atenção primária cadastradas no SUS dividida pela população total era de 2,2 em 2019, ante 2 em 2000, mas abaixo do valor de 2014 (2,8)¹⁶ (Ministério da Saúde, 2020). Embora esse número não deva ser confundido com o número médio de consultas por pessoa, deve ser analisado mais

detalhadamente o fato de essa proporção ter aumentado apenas 10% nas últimas duas décadas, enquanto a quantidade de médicos cresceu mais de 50%. Tal descompasso pode significar que muitos médicos recém-formados não desejam seguir uma carreira na atenção primária, mas pode sinalizar algumas ineficiências na prestação de atendimento.

Uma questão que pode explicar o crescimento reduzido na consulta de atenção primária e os problemas associados no acesso aos serviços do SUS ¹⁷ é o uso generalizado de “dupla atuação”, o que significa que muitos médicos dividem o seu tempo entre pacientes públicos e particulares. A regulamentação recente no Brasil proíbe os médicos de terem mais de dois empregos no setor público; no entanto, ainda há a opção de assumir tarefas adicionais no lucrativo setor privado. Um estudo recente descobriu que 51% de todos os médicos no Brasil trabalham em regime de dupla atuação, 27% somente no setor privado e apenas 22% exclusivamente no SUS (Miotto et al., 2018^[38]). Também mostra que aqueles que trabalham apenas no setor público tendem a ser mais jovens, menos experientes e mais propensos a ganhar menos que aqueles que trabalham no setor privado ou em dupla atuação. A dupla atuação também é comum em muitos países da OCDE e pode criar problemas para reduzir o acesso ao serviço de pacientes públicos se não for devidamente regulamentada e monitorada (Mueller and Socha-Dietrich, 2020^[39]). Os países que recentemente adotaram medidas para aumentar o tempo do médico para tratar pacientes públicos incluem a Irlanda e Israel. Parte de suas estratégias inclui aumentos salariais para médicos públicos que renunciam à opção de trabalhar no setor privado.

Uma consequência da aplicação generalizada da dupla atuação pode ser o absenteísmo dos médicos durante a jornada de trabalho de seus empregos públicos (Socha and Bech, 2011^[40]). Pesquisas recentes sugerem que isso pode ser um problema no Brasil. A análise do uso do tempo de 47 médicos que atuam em 27 eSFs em 12 municípios indica que eles faltam ao trabalho durante os turnos em cerca de um terço do tempo, em média (dos Santos Matsumoto, 2018^[41]). Esse fenômeno também é uma preocupação em alguns países da OCDE, mas a literatura sobre este tópico menciona a dificuldade de separar claramente a dupla atuação da má gestão geral como fonte de absenteísmo (Socha and Bech, 2011^[40]). Dito isso, se médicos empregados publicamente desempenham as suas obrigações de trabalho contratuais é claramente algo que deve ser monitorado estreitamente. Mais análises são necessárias para avaliar se esse é um fenômeno comum no Brasil. Em caso afirmativo, a implementação de ferramentas de monitoramento consistentes poderia ser um instrumento para melhorar a produção e o desempenho do sistema.

A atenção primária à saúde ainda está fragmentada e problemas persistem na coordenação do atendimento entre os níveis de serviço

A última Pesquisa Nacional de Saúde destaca a fragmentação da atenção primária. Por exemplo, cerca de 50% da população diabética identificaram unidades básicas de saúde como o último contato com o sistema de saúde, 11% utilizaram unidades públicas especializadas dentro de hospitais, 6% foram a unidades públicas de atendimento de emergência e 30% visitaram consultórios ou clínicas particulares (IBGE, 2020^[33]). Existe um claro gradiente socioeconômico para isso: embora as unidades básicas de saúde tenham sido a provedora mais recente de atendimento a pacientes com diabetes para cerca de 60% ou mais das pessoas mais carentes, essas unidades são provedoras de serviços de saúde essenciais para apenas 15% ou menos das famílias de alto poder aquisitivo (IBGE, 2020^[42]). A diferença nos padrões de utilização da atenção primária à saúde e na experiência do paciente entre idosos brasileiros é constatada em estudos recentes (Macinko et al., 2018^[43]). Aqueles com planos de saúde privados (que não usam o SUS) relatam menos problemas em termos de acesso, coordenação do atendimento, continuidade do atendimento e coordenação do provedor que aqueles que usam as eSFs do SUS. A maioria dos problemas é encontrada por pacientes que usam o SUS, mas não consultam as eSFs.

Os últimos exemplos mostram que, apesar do progresso contínuo para promover a implementação da ESF, muitos brasileiros ainda usam outros provedores como ponto regular de atendimento para doenças

crônicas. Por outro lado, a maioria das pessoas com cobertura de plano de saúde privado não usa o SUS e recorre a consultórios privados. Porém, mesmo para aqueles sem cobertura privada, boa parte deles utiliza unidades públicas especializadas ou prontos-socorros para a prestação de serviços para pacientes com condições de saúde crônicas. Isso é ineficiente, pois esses tipos de condições são mais bem tratados em ambientes de atenção primária (OECD, 2020^[44]). Para promover ainda mais a ESF, pode ser necessário mais apoio financeiro, em particular nas áreas rurais desfavorecidas. Além disso, as opções fora do horário de funcionamento das unidades de atenção primária devem ser mais bem elaboradas, como no programa Saúde na Hora, para que as pessoas com quadros agudos não precisem recorrer ao pronto-socorro. Além disso, o acompanhamento do câncer e as atividades preventivas, como check-ups de saúde, devem receber maior atenção na atenção primária (OECD, 2021^[32]). Essas são uma boa relação custo-benefício, uma vez que tais intervenções reduzem o tratamento mais caro posteriormente.

Em vários países da OCDE (incluindo, por exemplo, o Chile, Portugal, a Itália ou a Noruega), fortes sistemas de controle são vistos como uma forma de garantir que os pacientes recebam o melhor atendimento possível para as suas condições e para alcançar uma maior adequação e coordenação do atendimento (OECD, 2020^[44]). O maior desenvolvimento da atenção primária à saúde no Brasil também pode implicar em dar aos clínicos gerais um papel mais forte de “controle de entradas”, por meio do qual controlam e orientam a entrada de pacientes na atenção secundária. Isso implica que os pacientes devem se registrar com o médico ou consultório de atenção primária e os clínicos gerais controlam o acesso à atenção secundária com um sistema de indicação.

Relacionada ao “controle de entrada” está a necessidade de fortalecer a coordenação do atendimento em todos os sistemas de saúde, também para lidar com os longos tempos de espera para consultar especialistas ou obter diagnósticos. Historicamente, a coordenação entre os diferentes níveis de atendimento tem sido relativamente fraca no Brasil. Para abordar essas questões, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) temáticas em 2010 no âmbito do SUS. Essa iniciativa busca integrar a prestação de serviços por meio de suporte técnico, logístico e de gestão na atenção primária, secundária e terciária, bem como nos serviços auxiliares. No momento, existem redes de atendimento pré-natal e parto, atendimento de urgência e emergência, atenção psicossocial e para pessoas com deficiência e condições crônicas, mas a centralidade da atenção primária nessas redes não é clara.

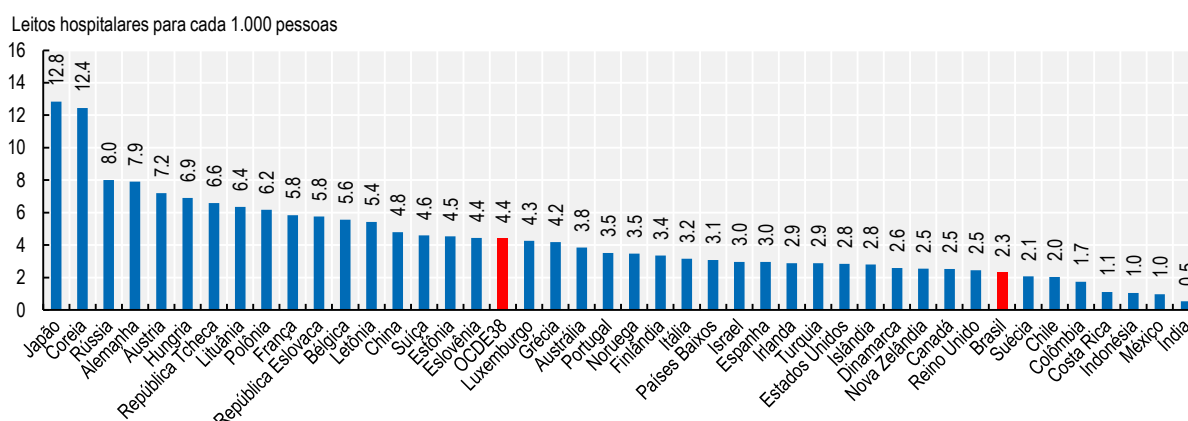
Os modelos de atenção integrados podem ter sucesso na melhoria da continuidade do atendimento levando a melhores resultados, mas requerem o compartilhamento de informações entre os níveis de atendimento e respectivas vias baseadas em evidências. No entanto, a rede temática de atendimento integrado opera dentro do ambiente complexo e rígido dos princípios de planejamento, gestão e financiamento do SUS. Isso pode ser uma barreira para uma implantação bem-sucedida da rede de saúde. Dentro da OCDE, os países seguiram em caminhos diferentes para operacionalizar a integração do atendimento (OECD, 2016^[45]). Nos Estados Unidos e na Alemanha, por exemplo, os provedores se juntaram à “Accountable Care Organization” (ACO), onde são coletivamente responsáveis pelos pacientes em uma área de captação definida. Essas ACOs recebem um orçamento virtual para uma ampla gama de serviços e são incentivadas por contratos de economia de compartilhamento com os pagadores para coordenar o atendimento em diferentes níveis de forma eficiente. Elas podem manter parte da economia se mantiverem os custos totais abaixo do orçamento virtual, desde que atendam aos critérios de qualidade predefinidos. Outros bons exemplos de integração de atendimento existem no País Basco da Espanha e como redes de atenção primária à saúde no Reino Unido (OECD, 2021^[32]).

3.5.4. As ineficiências persistem no atendimento especializado ambulatorial e hospitalar

O setor hospitalar brasileiro tem muito excesso de capacidade em épocas normais, mas a distribuição é desigual

No geral, o Brasil tinha cerca de 474 mil leitos hospitalares em 2019, valor próximo ao verificado em 2007, mas abaixo dos 501 mil em 2010. Isso equivale a 2,3 leitos para cada 1.000 habitantes, cerca de metade da média da OCDE (Figura 3.11). No entanto, a densidade de leitos é semelhante a alguns países europeus, como a Dinamarca (2,6), o Reino Unido (2,5) e a Suécia (2,1), e acima de outros países da América Latina, como o Chile (2,0), a Colômbia (1,7) ou a Costa Rica (1,1). Como em muitos países da OCDE e, também, no Brasil, há alguma variação na disponibilidade de leitos no país. No nível estadual, a densidade de leitos hospitalares varia por um fator de 2, com uma variação entre 1,5 leitos por cada 1.000 habitantes no norte do estado do Amapá e 2,9 leitos no sul do estado do Rio Grande do Sul (Ministério da Saúde, 2020).

Figura 3.11. Leitos hospitalares por cada 1.000 habitantes (2019 ou no ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Ministério da Saúde do Brasil.

Uma diferença importante entre o Brasil e os países da OCDE parece ser o nível de atividade. Em 2019, houve 58 altas hospitalares por cada 1.000 habitantes no Brasil (Ministério da Saúde do Brasil, 2020), cerca de um terço dos níveis de atividade observados na OCDE e apenas um quinto da taxa de hospitalização observada na Alemanha ou na Áustria. O baixo número no Brasil também reflete o fato de o país ter uma população relativamente jovem. No entanto, há mais altas por população no Brasil que na Colômbia ou no México.

Como resultado da atividade de internação muito baixa, a taxa de ocupação de leitos hospitalares no Brasil está muito abaixo de todos os países da OCDE, destacando um grande excesso de capacidade em épocas normais (sem considerar os picos de demanda associados à pandemia da COVID-19). Apenas cerca de 52% dos leitos hospitalares foram usados, em média, para tratamentos em determinado dia em 2019. Essa participação tem aumentado lentamente recentemente, mas ainda está muito abaixo da média de 76% da OCDE. Na Costa Rica, em Israel, na Irlanda e no Canadá, as taxas médias de ocupação estão acima de 85%, o que é amplamente considerado como o limite de ocupação seguro para pacientes em alguns países (OECD, 2012^[46]).

A baixíssima taxa de ocupação de leitos hospitalares no Brasil sugere grande potencial de ganhos de eficiência e tem sido o foco de inúmeras análises de eficiência nacionais e internacionais. Devido à grande quantidade de hospitais muito pequenos no Brasil, o relatório do Banco Mundial de 2019 constatou uma

ineficiência média impressionante de 71%, destacando o escopo substancial para expandir a prestação de serviços com os recursos existentes. Com base nesse modelo, os serviços hospitalares ambulatoriais poderiam aumentar em 140% e as internações em 79%, mantendo os gastos constantes, se a eficiência fosse maximizada. Alternativamente, o mesmo nível de resultados em hospitais poderia ser alcançado com gastos 34% menores, gerando uma economia em torno de R\$ 12,7 bilhões (World Bank, 2017^[27]). Não é uma surpresa que o relatório conclui que as ineficiências são muito mais pronunciadas em municípios pequenos e principalmente impulsionadas por hospitais com menos de 100 leitos.

Em uma avaliação de desempenho de hospitais públicos, o Tribunal de Contas da União também encontrou ampla evidência de prestação de serviços ineficiente (Tribunal de Contas da União, 2020^[47]). Aplicando o mesmo método do Banco Mundial, mas diferenciando por tipo de hospital, os resultados desta avaliação indicam ainda que a eficiência aumenta com o tamanho dos hospitais, mas sem diferença entre as regiões. Curiosamente, o relatório também conclui que (i) hospitais públicos sob administração direta são menos eficientes que aqueles sob administração indireta; (ii) hospitais administrados por estados são mais eficientes que aqueles administrados por municípios ou pela União; e (iii) que os hospitais públicos administrados por organizações sociais de saúde apresentam uma pontuação de eficiência melhor que outros hospitais públicos. No entanto, para a última constatação, é importante observar que isso também pode ser devido ao viés de seleção e ao fato de os hospitais administrados por OSS serem quase três vezes maiores que a média de hospitais públicos (151 leitos em comparação a 61 leitos).

A forma como é planejada a internação pelo SUS contribui para o excesso de capacidade

Mesmo considerando que a pandemia da COVID-19 mostrou que alguma capacidade de reserva de pacientes internados que possa ser facilmente mobilizada pode ser vantajosa em circunstâncias excepcionais, a baixa eficiência do setor hospitalar no Brasil tem efeitos negativos.¹⁸ De uma perspectiva puramente econômica, a solução simples para melhorar a eficiência no setor hospitalar seria fechar muitos hospitais pequenos. Na realidade, isso é mais complicado. Em áreas com densidade populacional muito baixa, as instalações de tratamento alternativas podem estar a centenas de quilômetros de distância. Além disso, do ponto de vista da economia política, prefeitos e secretários municipais de saúde têm pouco a ganhar com o fechamento de unidades de saúde existentes, pois isso não agradaria os eleitores. Uma abordagem mais viável poderia ser a conversão de alguns hospitais pequenos localizados em áreas rurais em unidades de saúde mais intermediárias que podem tratar casos urgentes e pacientes com necessidades de cuidados de caráter agudos por um período limitado. Isso deve ser acompanhado por um fortalecimento das oportunidades de transporte para hospitais gerais mais bem equipados em centros urbanos para pacientes que requerem internação urgente por um período prolongado. Esse modelo também pode ser vinculado ao lançamento de *softwares* de telessaúde para ajudar na triagem de pacientes, distinguindo aqueles que precisam de transporte imediato para hospitais gerais daqueles que podem ser tratados localmente.

Sobre como encontrar o equilíbrio certo entre a provisão eficiente de cuidados intensivos e a acessibilidade em áreas rurais, lições podem ser aprendidas com alguns países da OCDE com desafios de espaço semelhantes. No Canadá, espera-se que todos os planos provinciais e territoriais do Medicare forneçam acesso uniforme ao atendimento hospitalar também em áreas rurais e remotas (Marchildon, Allin and Merkur, 2020^[48]). Eles conseguem isso por meio de padrões extensos de encaminhamento envolvendo transporte médico de áreas rurais e remotas para hospitais terciários em áreas urbanas. Isso envolve uma ampla rede de serviços médicos de emergência rodoviários e aéreos. Na Austrália, alguns estados e territórios desenvolveram o serviço de saúde de propósito múltiplo (MPHS) como um serviço de atendimento flexível. É uma carteira de serviços, incluindo cuidados hospitalares de caráter agudo, atendimento em domicílio para idosos, saúde comunitária, atendimento a domicílio para a comunidade e outros serviços relacionados à saúde e geralmente estabelecidos em populações não grandes o suficiente para sustentar um hospital separado, atendimento em domicílio para idosos e para a comunidade (Queensland Government, 2018^[49]). Um outro conceito popular na Finlândia é incorporar uma ala de

internação nas unidades de atenção primária à saúde dos municípios (Keskimäki et al., 2019^[50]). Essas instalações administradas por clínicos gerais são normalmente equipadas com 30 a 60 leitos. Nos últimos anos, essas instalações têm desempenhado um papel mais ativo na reabilitação e no tratamento do câncer. Cerca de metade dos leitos é usada para cuidados de caráter agudo e crônico.

A existência de muitos hospitais pequenos que levam aos problemas de eficiência descritos parece ser também o resultado do modo atual de planejamento hospitalar no Brasil. A Lei nº 8.080/1990 atribui aos municípios um papel central no planejamento e na gestão dos serviços do SUS, em cooperação com estados e regiões de saúde. No entanto, os municípios diferem muito em tamanho e, também, na capacidade de desempenhar tarefas de gestão complexas, como a operação de unidades de atenção secundária e terciária. Em vários países da OCDE, o planejamento hospitalar é delegado a um nível governamental superior. Na Austrália, a administração e o desempenho dos hospitais públicos são de responsabilidade dos estados e territórios como gestores do sistema. No Canadá, os ministérios provinciais são responsáveis por novo capital de maior porte (por exemplo, hospitais) e algum planejamento de infraestrutura (Marchildon, Allin and Merkur, 2020^[48]). Esse também é o caso em alguns sistemas de saúde baseados no seguro social. Na Alemanha, por exemplo, o planejamento hospitalar é realizado pelos 16 estados, enquanto a maioria dos hospitais públicos é administrada por municípios. Assim, o Brasil poderia considerar a transferência de competências de planejamento hospitalar para outro nível governamental, sejam os estados, regiões ou macrorregiões de saúde (consulte a Seção 3.5.5). O que precisa ser estabelecido são diretrizes federais claras que estipulem processos de planejamento e responsabilidade transparentes.

Existem poucos incentivos para um melhor desempenho no atendimento hospitalar

O cenário hospitalar no Brasil é diverso. Os hospitais públicos podem ser de propriedade do governo federal, dos estados e dos municípios, e podem ser administrados diretamente por gerentes de sistemas ou gerentes de hospitais contratados. A gestão de hospitais públicos também pode ser terceirizada para “Organizações Sociais” (OSS) privadas. Além disso, gestores de saúde estaduais ou municipais também contratam hospitais privados sem e com fins lucrativos para prestar serviços pelo SUS. Os dois últimos tipos de hospitais também atendem pacientes particulares que usam a sua cobertura de seguro ou pagam diretamente. No geral, em 2019, os hospitais públicos e os hospitais privados sem fins lucrativos representaram, cada um, cerca de 38% de todos os leitos hospitalares, com os restantes 24% fornecidos por hospitais privados com fins lucrativos.

Em consonância com o cenário hospitalar diversificado, a forma atual de financiamento de atividades especializadas e internações no Brasil é muito complexa e difere entre os estados e municípios. Em média, entre os anos de 2010 e 2014, o financiamento do SUS para internações foi de 39% dos recursos federais, 48% dos recursos estaduais e 13% dos recursos municipais (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018^[30]). A maior parte dos recursos federais para o financiamento de atividades de média e alta complexidade (MAC) é repassada aos estados e municípios, e esses repasses são subdivididos em diferentes componentes: (i) pagamentos de taxas por serviço com base em uma tabela de preços nacional para procedimentos; (ii) incentivos relacionados às políticas nacionais; (iii) e um orçamento global para um conjunto de atividades. Os municípios e os estados devem complementar o financiamento federal para o componente de pagamento por procedimento. Em alguns estados, existem pagamentos de incentivos adicionais relacionados às prioridades do estado. Por fim, pode haver bônus de desempenho concedidos a hospitais a critério do gestor estadual ou municipal contratante.

O mecanismo atual de compra de serviços hospitalares não parece incentivar a melhoria do desempenho hospitalar. As transferências do governo federal para estados e municípios são parcialmente baseadas em orçamentos históricos e pagamento por procedimento por meio de uma tabela de taxas nacional (SIGTAB) que, no entanto, é atualizada apenas de forma irregular, principalmente para procedimentos de custos elevados no contexto de “judicializações”. Como resultado, a tabela de taxas envia sinais

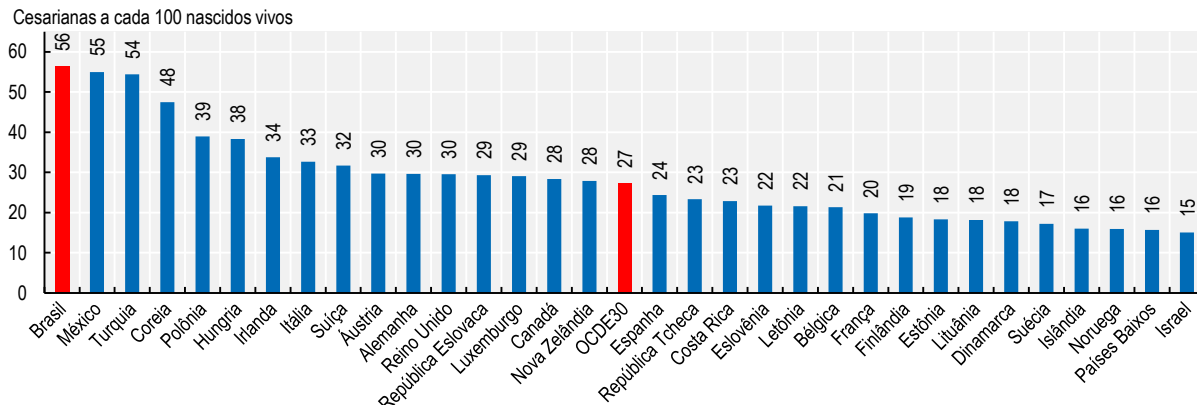
distorcidos de preços e os pagamentos não refletem necessariamente o uso de recursos. Portanto, uma alocação eficiente de recursos entre diferentes hospitais se torna um desafio. Alguns hospitais podem receber financiamento insuficiente para os serviços que prestam. Geralmente, os pagamentos por procedimento também incentivam os hospitais a oferecer mais procedimentos que o necessário.

Para melhorar a eficiência técnica, muitos países da OCDE introduziram sistemas de pagamento com base em casos prospectivos baseados em Grupos Relacionados em Diagnósticos (GRDs) para pagar pela atividade hospitalar (OECD, 2016^[45]). Para a operacionalização desta forma de pagamento, os pacientes são divididos em diferentes grupos, refletindo a intensidade dos recursos do tratamento levando em consideração o diagnóstico e outros fatores, denominados GRD. Pesos diferentes estão associados aos vários GRDs que refletem os custos médios de tratamento. Após a alta, o hospital recebe um pagamento que reflete o peso do GRD. De outra forma, os GRDs também podem ser usados para a alocação de orçamentos hospitalares. Nesse caso, os orçamentos hospitalares são definidos por meio da soma dos pesos de GRDs (ou “combinação de casos”) que refletem a diferença na complexidade dos casos entre os hospitais. Dependendo de como os GRDs são usados, eles podem incentivar os gerentes de hospitais a reduzir os custos por paciente, aumentar a receita por paciente e aumentar a quantidade de pacientes (Quentin et al., 2011^[51]). Para evitar qualquer possível redução no atendimento, a sua qualidade deve ser monitorada. Para um cálculo preciso do uso médio de recursos por paciente, sistemas de contabilidade de custos hospitalares precisam estar implantados. O Brasil poderia explorar opções para avançar em direção a esse modelo de classificação de pacientes e usá-lo para pagar pela prestação de serviços. Existe uma vasta experiência no uso de GRDs em países da OCDE e como adaptar as classificações existentes às circunstâncias nacionais. Os conjuntos de dados hospitalares existentes no Brasil sobre procedimentos podem servir como um bom ponto de partida; o que parece estar faltando até agora são informações detalhadas dos custos.

O atendimento de baixo valor continua sendo um problema no Brasil

O Brasil também enfrenta problemas com gastos clínicos desnecessários. Um exemplo de atendimento de baixo valor são os duplos exames ou procedimentos caros que podem ser clinicamente desnecessários. As cesarianas podem se enquadrar na última categoria. Embora possam salvar a vida de mães e bebês por razões clínicas indicadas, esses procedimentos cirúrgicos podem causar complicações que levam a deficiências físicas e óbitos, especialmente se feitos em instalações sem condições para realizar cirurgias seguras. Com base em uma revisão sistemática, a OMS conclui que as taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal no nível populacional (WHO, 2015^[52]). O Brasil é um dos países líderes nesse tipo de intervenção. Em 2019, o parto cesárea representou 56% de todos os nascimentos vivos no Brasil, com alguma variação significativa em todo o país, de 35% no estado de Roraima, no Norte, a 67% no estado de Goiás, no Centro-Oeste (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021^[53]). The. A participação no Brasil está acima de qualquer país da OCDE e mais que o dobro da média da OCDE (Figura 3.12). Em muitos países europeus e em Israel, a proporção é inferior a 20%. O número elevado e crescente no Brasil sugere que outros fatores, além da indicação médica, desempenham um papel importante na tomada de decisão do atendimento. Isso pode ser devido a diferenças culturais nas expectativas dos pacientes, disponibilidade de parteiras e enfermeiras, prática médica, mas também incentivos financeiros para profissionais de saúde. Existem também algumas evidências internacionais de que os hospitais particulares tendem a realizar mais cesarianas que os hospitais públicos (OECD, 2019^[8]).

Figura 3.12 Taxas de cesariana (2019 ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[1]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Secretaria de Vigilância em Saúde (2021^[53]), “Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos”, svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/.

A redução da taxa de cesariana é uma meta no Brasil e consta no Plano Nacional de Saúde (2020-2023). Alguns países da OCDE também adotaram medidas para lidar com a tendência de aumento das cesarianas. Na Austrália, por exemplo, vários estados desenvolveram diretrizes clínicas e exigiram relatórios de taxas de cesarianas em hospitais, incluindo a investigação do cumprimento em relação às diretrizes. Essas medidas desencorajaram variações na prática e contribuíram para desacelerar o aumento de cesáreas (OECD, 2019^[8]). Alguns países, incluindo a França, o Reino Unido e a Coreia, introduziram incentivos financeiros para reduzir a quantidade de cesarianas desnecessárias, por exemplo, diminuindo a diferença de preços ou alinhando os preços entre parto normal e cesariana que os hospitais podem cobrar (OECD, 2014^[54]). O Brasil deve considerar essas opções regulatórias para reduzir as taxas de cesariana, mas também pode intensificar os esforços para aumentar a conscientização sobre esse problema entre as mulheres jovens.

De forma mais geral e indo além das cesáreas, incentivar a conversa entre paciente e provedor sobre se determinados tratamentos são adequados pode ser uma maneira de reduzir o atendimento de baixo valor. Esse é o foco da campanha *Choosing Wisely*[®], iniciativa liderada por médicos que começou nos Estados Unidos em 2012 e que, desde então, se espalhou para vários outros países, incluindo o Brasil (OECD, 2017^[25]). Essa iniciativa fornece uma lista baseada em evidências “do que não fazer” em várias especialidades médicas para ajudar a identificar os cuidados inadequados que são de pouco valor para os pacientes. As recomendações incluídas nessas listas abrangem muitas áreas clínicas diferentes, por exemplo, em que condições os caros exames de diagnóstico por imagem para dor lombar não se justificam ou quando antibióticos não devem ser prescritos.

Uma ferramenta importante para melhorar a qualidade do atendimento médico e reduzir os cuidados desnecessários é o estabelecimento de diretrizes de prática clínica baseadas em evidências e o monitoramento de seu cumprimento. Pesquisas recentes sugerem que, embora avanços importantes tenham sido feitos no Brasil no desenvolvimento dessas diretrizes nos últimos anos, ainda falta transparência e rigor metodológico em muitas, além de não seguirem necessariamente os padrões internacionais (Colpani et al., 2020^[55]). A alta variação geográfica nas práticas médicas em um país pode sinalizar um atendimento ineficiente e baixa adesão às diretrizes clínicas. Para monitorar a variação na atividade de saúde que pode não ser clinicamente justificada, muitos países da OCDE, incluindo a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e os Estados Unidos, desenvolveram atlas (OECD, 2017^[25]).

3.5.5. O acesso a medicamentos pode ser problemático no Brasil

O SUS fornece acesso a uma gama de medicamentos essenciais com base em uma lista positiva (conhecida pela sigla “Rename”) que é atualizada anualmente após a avaliação da CONITEC, uma vez que o financiamento é acordado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).¹⁹ A lista de 2020 inclui 921 itens financiados pelos três níveis do governo.

Esses medicamentos são divididos em vários grupos, de acordo com o mecanismo de financiamento aplicado. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) cobre medicamentos e outros insumos médicos para condições relacionadas à atenção primária. O Componente Estratégico (CESAF) se refere a produtos farmacêuticos para o controle de doenças específicas com possível impacto endêmico, frequentemente relacionadas a situações de vulnerabilidade social (por exemplo, tuberculose, malária, HIV). O Componente Especializado (CEAF) cobre medicamentos usados para tratar condições clínicas mais especializadas, principalmente doenças crônicas de alto custo. Os medicamentos do CBAF são cofinanciados pelos três níveis do governo. A União faz transferências aos municípios com base no tamanho da população, ajustado pelo índice de desenvolvimento humano do município. Os estados e os municípios também devem contribuir para esse programa. A compra e a distribuição são de responsabilidade dos municípios (Ministry of Health, 2019^[56]). Os medicamentos do CESAF são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados, que, por sua vez, são responsáveis pela distribuição em seus territórios (Ministry of Health, 2019^[56]). O financiamento dos medicamentos do CEAF é mais complexo por serem subdivididos em três grupos, sendo alguns financiados exclusivamente pela União, alguns apenas pelos estados e outros pelos três níveis do governo (Ministry of Health, 2019^[56]).

Existem vários canais de distribuição de medicamentos no Brasil, principalmente farmácias públicas e privadas. Desde 2004, o Programa Farmácia Popular oferece acesso a medicamentos gratuitos e subsidiados pelo SUS. Nesse programa, as pessoas podem obter medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, sem compartilhamento de custos. Para alguns outros medicamentos, por exemplo, para tratar dislipidemia, doença de Parkinson ou osteoporose, são necessários coparticipações, com subsídios governamentais fixados em 90% do preço de referência. Mais de 31 mil farmácias (incluindo farmácias privadas) em 79% dos municípios participam desse programa, que demonstrou reduzir as internações hospitalares e a mortalidade por hipertensão e diabetes (OECD, 2015^[26]). Além do programa Farmácia Popular e dependendo do município, os pacientes também podem obter medicamentos nas suas unidades básicas de saúde (gratuitamente) ou em farmácias privadas (às suas custas).

Apesar da diversidade de canais de distribuição e da abrangência da lista positiva de medicamentos essenciais do SUS, há problemas de acesso a medicamentos no Brasil. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 destacaram que 15% dos que receberam receitas médicas na última consulta não conseguiram obter todos os itens listados nelas (IBGE, 2020^[3]). A pesquisa também fornece informações sobre onde as pessoas obtêm seus medicamentos. Curiosamente, em média, apenas cerca de 30% de todas as pessoas que receberam uma receita na última consulta utilizaram o serviço público (IBGE, 2020^[3]), variando de 42%, na faixa populacional mais carente, a 7%, entre os ricos. Essa baixa proporção de uso de serviços públicos entre a população carente é notável, pois pode sugerir que ela recorra a farmácias privadas (às suas próprias custas) para comprar os seus medicamentos por falta de alternativas. Essa conclusão está de acordo com pesquisas anteriores sobre o assunto. Ao comparar preços, a acessibilidade e a disponibilidade de 50 produtos farmacêuticos essenciais no sul do Brasil, Bertoldi et al. encontraram menos disponibilidade no setor público de genéricos ou similares²⁰ que o esperado, exigindo que os pacientes fossem mais frequentemente a farmácias privadas onde os medicamentos estão mais prontamente disponíveis, porém com preços mais altos (e não cobertos pelo SUS) (Bertoldi et al., 2012^[57]). Além disso, a sua pesquisa destacou que os preços no Brasil para produtos patenteados, genéricos e similares eram mais altos que os preços de referência internacionais. Assim, a baixa disponibilidade em instalações públicas e os preços comparativamente altos ajudam a explicar por

que os produtos farmacêuticos representam a maior parcela dos gastos diretos no Brasil (consulte a Seção 3.2), embora teoricamente sejam cobertos pelo SUS.

O acesso a medicamentos pode ser problemático no Brasil e melhores modelos de aquisição podem ajudar

Dada a dimensão do país, garantir o acesso a medicamentos essenciais para todos sempre é um desafio logístico. No entanto, a forma como as compras são organizadas pode agravar esse problema e parece haver algum espaço para ganhos de eficiência. Embora tornar os municípios responsáveis pela aquisição de medicamentos “básicos” (CBAF) possa permitir que eles respondam melhor às necessidades da população local, também leva a maior fragmentação do mercado de compradores. Com um quinto dos municípios tendo menos de 10 mil habitantes, muitos não têm capacidade para se envolver adequadamente em uma atividade tão complexa e não têm tamanho para estar em uma posição forte para negociar preços com os fabricantes. Embora existam muitos “consórcios de compradores” entre os municípios (e até mesmo estados, para medicamentos especializados), as responsabilidades do SUS pela aquisição de produtos farmacêuticos poderiam ser reconsideradas em conjunto. Para medicamentos na categoria CBAF, a aquisição pode ser geralmente delegada aos estados ou à União. Alternativamente, o Brasil poderia desenvolver negociações nacionais ou processos de licitação para medicamentos CBAF no nível federal, onde os municípios comprariam medicamentos diretamente de fabricantes contratados (nacionalmente) pelo preço acordado (nacionalmente). A aquisição de produtos farmacêuticos nas maiores quantidades possíveis para alcançar uma economia de escala, tanto em sistemas de saúde centralizados como descentralizados, está entre os princípios da boa aquisição de produtos farmacêuticos da OMS (WHO, 1999^[58]). Esses princípios também destacam que o desempenho das aquisições locais deve ser monitorado estreitamente, pois a descentralização pode ameaçar a seleção correta de medicamentos e o potencial de descontos por meio de compras a granel, garantia de qualidade e responsabilidade. O Tribunal de Contas da União também vê a descentralização como um desafio para as compras de produtos farmacêuticos e emitiu algumas diretrizes para melhorá-las nos diferentes níveis do governo (Tribunal de Contas da União, 2018^[59]).

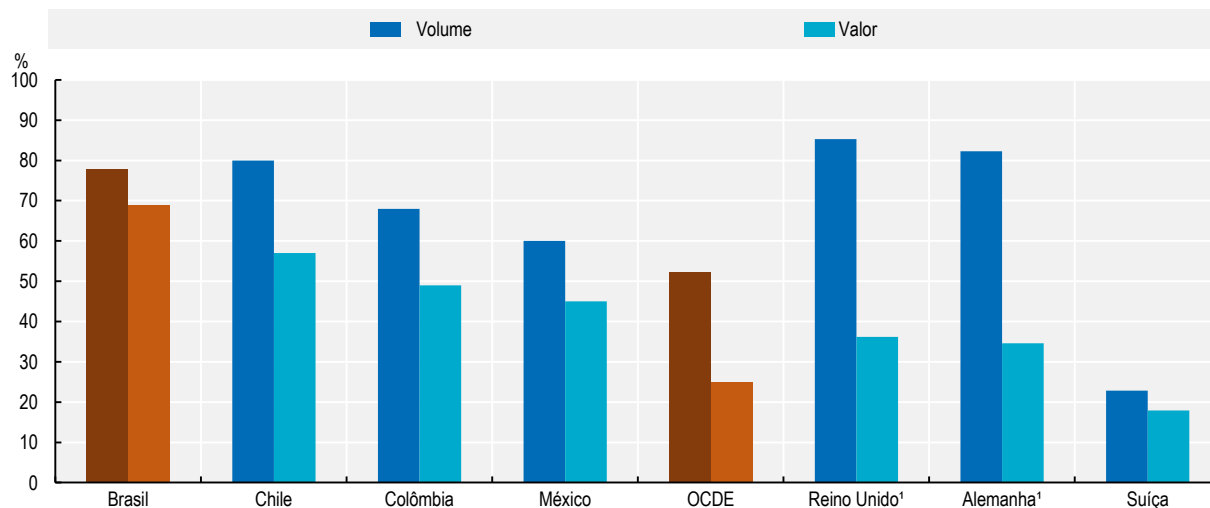
Há espaço para um maior uso de genéricos não patenteados

Produtos médicos (incluindo farmacêuticos) são um componente de custo substancial dos gastos gerais com a saúde no Brasil (20%) e podem ser uma carga financeira para os governos e as pessoas. Geralmente, o desenvolvimento de mercados de genéricos é uma oportunidade para aumentar a eficiência nos gastos farmacêuticos. A subutilização de medicamentos genéricos pode ser uma fonte substancial de ineficiência, pois eles têm os mesmos efeitos terapêuticos que as alternativas de marca, mas são normalmente muito mais baratos.

No Brasil, o desenvolvimento do mercado de genéricos avançou rapidamente desde a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos em 1999. A lei exigia testes de bioequivalência de produtos genéricos para a autorização de comercialização, o que tornava os requisitos para a entrada no mercado brasileiro relativamente rígidos em comparação aos de outros países latino-americanos (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017^[60]). A mudança legal levou a uma diminuição na participação de mercado de medicamentos originais e reduções de preços para produtos originais e similares (que já existiam antes de 1999) nos dez anos após a introdução dessa lei (Bertoldi et al., 2019^[61]). Em 2019, a participação de mercado de genéricos no varejo no Brasil era de 78% em volume, bem acima da média da OCDE de 52%, e de 69% de todas as vendas no varejo de produtos farmacêuticos em valor, ou seja, quase três vezes a média da OCDE (26%) (Figura 3.13). No entanto, é importante observar neste contexto que a maioria dos genéricos usados no Brasil, como na maioria dos países latino-americanos, são os denominados “similares”.²¹ Similares são cópias de produtos sem patente que usam um nome comercial em vez do nome da molécula. No Brasil, a maioria dos similares pode ser entendido como genéricos de marca, pois tem que comprovar a sua bioequivalência para renovar o registro desde 2003 (esse não é necessariamente o caso

em outros países latino-americanos). Seus preços são geralmente mais altos que os dos genéricos sem marca. Em contraste, nos países da OCDE, os genéricos de marca ou sem marca não fazem uma grande diferença de custo, principalmente porque os sistemas de saúde oferecem cobertura para eles independentemente dessa classificação. Isso também implica que os diferenciais de preço entre medicamentos originais e genéricos (incluindo de marca) são menores nos países latino-americanos que em toda a OCDE.

Figura 3.13. Volume e participação de valor de genéricos no mercado de varejo farmacêutico em países selecionados



Observação: 1. Refere-se ao mercado farmacêutico reembolsado.

Fonte: OECD (2019^[81]), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, <https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en>; OECD/The World Bank (2020^[62]), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, <https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en>.

Embora o uso de genéricos sem marca seja relativamente alto no Brasil em comparação a outros países latino-americanos (OECD/The World Bank, 2020^[62]), parece haver algum espaço para conter os gastos farmacêuticos. Em uma comparação de preços de produtos farmacêuticos em seis países latino-americanos entre 2010 e 2015, Álvarez e González constataram que, no nível agregado, os observados no Brasil foram superiores aos da Argentina, do Chile, da Colômbia, do México e do Peru, tanto para preços de fábrica quanto para varejo. Essa classificação é confirmada ao observar os preços dos genéricos sem marca (Álvarez and González, 2020^[63]). Preços internacionais acima da média para genéricos sem marca e de marca no Brasil também foram encontrados (Bertoldi et al., 2012^[57]). Trabalhos anteriores (Danzon and Furukawa, 2008^[64]) sugerem que os preços dos genéricos (de marca e sem marca) no Brasil estavam acima dos observados nos Estados Unidos, na França e na Espanha e no mesmo nível que no Canadá e no Reino Unido. Os preços comparativamente altos dos genéricos podem ser parcialmente explicados pela forma como os preços são fixados. Enquanto um medicamento genérico que entra no mercado precisa estar pelo menos 35% abaixo do preço do produto original, não há a previsão de que ocorram atualizações de preço regulares uma vez que a autorização é emitida (Bertoldi et al., 2019^[61]). Como resultado, o preço de um genérico pode, na verdade, ultrapassar o do medicamento original. Além disso, a diferença de 35% não é aplicável a genéricos de marca (Bertoldi et al., 2019^[61]) e as receitas de genéricos de marca estão atualmente isentas de substituição por genéricos sem marca (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017^[60]).

Revisões mais regulares dos preços máximos dos genéricos e o aumento da abrangência de substituição para incluir similares com bioequivalência comprovada poderiam ser maneiras de o Brasil conter os gastos

gerais com produtos farmacêuticos e melhorar a acessibilidade entre grupos populacionais desfavorecidos. Expandir campanhas para educar médicos e enfermeiros que prescrevem medicamentos e pacientes sobre a intercambiabilidade dos genéricos também pode ser uma opção, uma vez que estudos sugerem que há falta de confiança na qualidade dos genéricos e confusão sobre como diferenciar entre produtos originais, similares e genéricos (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017^[60]). O governo tentou resolver isso em 2014 propondo adicionar o rótulo “EQ” à embalagem de produtos intercambiáveis, também esperando que isso aumentasse a concorrência e, assim, reduzisse os preços. No entanto, essa proposta não foi promulgada, cedendo às preocupações do setor de que o símbolo “EQ” enviaria uma mensagem aos pacientes para ignorar os medicamentos de marca (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017^[60]).

3.5.6. O Brasil enfrentará o desafio de lidar com as necessidades futuras de atendimento de longo prazo no contexto de uma sociedade que está envelhecendo

O Brasil passará por uma transição demográfica fundamental nas próximas décadas que terá um impacto na saúde e no sistema social. Em 2050, projeta-se que a proporção da população com 65 anos ou mais aumente para 21,9% e a proporção de idosos com 80 anos ou mais para 6,5% (OECD, 2019^[8]). Essa transição não só aumentará o número de pacientes com doenças crônicas, como diabetes, mas também aumentará o número de pessoas com necessidades de cuidados de longo prazo, ou seja, aquelas que precisam de ajuda para realizar atividades de vida diária (AVD) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD).²² Mesmo agora, essas necessidades já são visíveis no Brasil. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 6,8% dos idosos tinham limitações físicas que requerem suporte nas AVD, enquanto 17,3% necessitavam de ajuda com AIVD (Ministerio da Saúde, 2018^[65]).

Ao revisar as evidências das políticas de cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe, um relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento concluiu que políticas abrangentes de cuidados de longo prazo na região basicamente não existem no momento, com regulamentação muito limitada ou prestação pública de serviços de longa permanência (Bloeck, Galiani and Ibararán, 2017^[66]). Para atender às necessidades de cuidados de longo prazo dos idosos e grupos dependentes, o Brasil conta principalmente com a prestação de cuidados informais por familiares e parentes. O setor formal de cuidados de longo prazo no Brasil ainda é subdesenvolvido e fragmentado. O Ministério da Saúde é responsável pela saúde do idoso e elaborou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006, com a prioridade de promover, manter e recuperar a autonomia dos idosos no contexto da atenção primária à saúde integral. No entanto, pesquisas recentes sugerem que a implementação dessa política ainda enfrenta uma série de desafios nos municípios, incluindo a falta de ações específicas, acessibilidade limitada e a falta de treinamento para profissionais de saúde (Damaceno and Chirelli, 2019^[67]). O Ministério da Cidadania (ex-Ministério do Desenvolvimento Social), por outro lado, é responsável pelas políticas relativas às Instituições de Longa Permanência para Idosos, mas o papel do Estado nessa área se limita a fornecer abrigo para a população carente (Ministerio de Saúde, n.d.^[68]). Uma pesquisa de 2009 revelou mais de 3.500 instalações residenciais registradas com cerca de 100 mil residentes, representando cerca de 1% da população idosa. Dois terços das instalações eram administrados por organizações sem fins lucrativos e apenas 7% eram públicas. Em média, apenas 20% dos custos foram cobertos por financiamento público, sendo grande parte do restante arcado pelos próprios pacientes (Garcez-Lemell and Deckers Lemell, 2014^[69]).

As experiências dos países da OCDE destacam o valor de uma estratégia abrangente para atender às crescentes necessidades de cuidados de longo prazo, avançando em direção a um atendimento mais formal. Um elemento importante dessa estratégia seria reduzir a dependência de familiares para prestar cuidados. Manter esses cuidados se tornará cada vez mais difícil no futuro, com a redução do tamanho da família e o aumento da participação das mulheres na força de trabalho. Esses regimes informais de cuidado também dificultam o crescimento econômico e estão associados a um maior impacto negativo na saúde mental dos cuidadores.

Os modelos de cuidado profissional de longo prazo em domicílio variam entre os países da OCDE. Em muitos casos, os profissionais da saúde serão contratados por provedores de ajuda a domicílio dedicados que se concentram no apoio a AVDs, AIVDs e assistência médica. Dependendo do país, esses provedores podem ser administrados por municípios, organizações sem fins lucrativos ou empresas privadas. Para pessoas com necessidades graves de longo prazo ou que não têm um ambiente adequado para serem cuidadas em casa, os países da OCDE tentam fornecer uma quantidade suficiente de leitos em instituições de cuidados de longo prazo em domicílio. Esses regimes de cuidados podem assumir diferentes formas, dependendo das limitações de atividades dos idosos, variando de instalações de vida assistida, onde a assistência está disponível no local a lares de idosos que permitem a prestação de cuidados 24 horas por dia para pessoas com as formas mais graves de limitação de atividades.

Para garantir que esses serviços sejam acessíveis àqueles com necessidades, a maior parte do custo de cuidados de longo prazo nos países da OCDE é financiado pelo governo ou por planos de aposentadoria. Em média, os países da OCDE alocaram cerca de 1,5% de seu PIB (ou o equivalente a US\$ 760 per capita) para cuidados de longo prazo em 2018, do qual quase quatro quintos foram cobertos por planos públicos (OECD, 2020^[70]). No entanto, em alguns países, lacunas importantes na cobertura de cuidados de longo prazo ainda permanecem e pesquisas recentes da OCDE destacam que os altos custos dos cuidados podem representar um encargo financeiro significativo para pessoas com necessidades de cuidados de longo prazo (Oliveira Hashiguchi and Llena-Nozal, 2020^[71]).

A transição para cuidados de longo prazo mais formais levará tempo e exige muitos recursos, mas permanecer despreparado para a mudança demográfica custará mais caro no longo prazo. A maioria dos países da OCDE tem usado uma abordagem em fases, introduzindo e aumentando gradualmente os benefícios públicos de cuidados de longo prazo. Inspirando-se nos desenvolvimentos no Chile, um primeiro passo para o Brasil seria apoiar mais os cuidadores familiares (com melhor treinamento e oportunidades de assistência temporária) e, ao mesmo tempo, expandir os asilos e implementar os cuidados em domicílio. Como um método de transição para atender às necessidades de cuidados de longo prazo no Brasil, transferências condicionais de dinheiro ou vales para pessoas dependentes poderiam ser introduzidas, com os quais elas poderiam adquirir serviços de cuidados de longo prazo do setor público ou privado. Em alguns países da OCDE, os benefícios em dinheiro permitem que os beneficiários adquiram serviços profissionais ou os repassem a seus cuidadores informais. No entanto, ao usar esses tipos de benefícios, deve-se monitorar para que não afetem negativamente a participação das mulheres na força de trabalho. De qualquer forma, como ponto de partida, os benefícios de cuidados de longo prazo devem ser definidos de forma mais explícita no Brasil, com critérios de elegibilidade baseados nas avaliações das necessidades de AVDs/AIVDs, e as responsabilidades entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cidadania devem ser esclarecidas.

3.5.7. A administração e a governança do sistema são complexas e caras

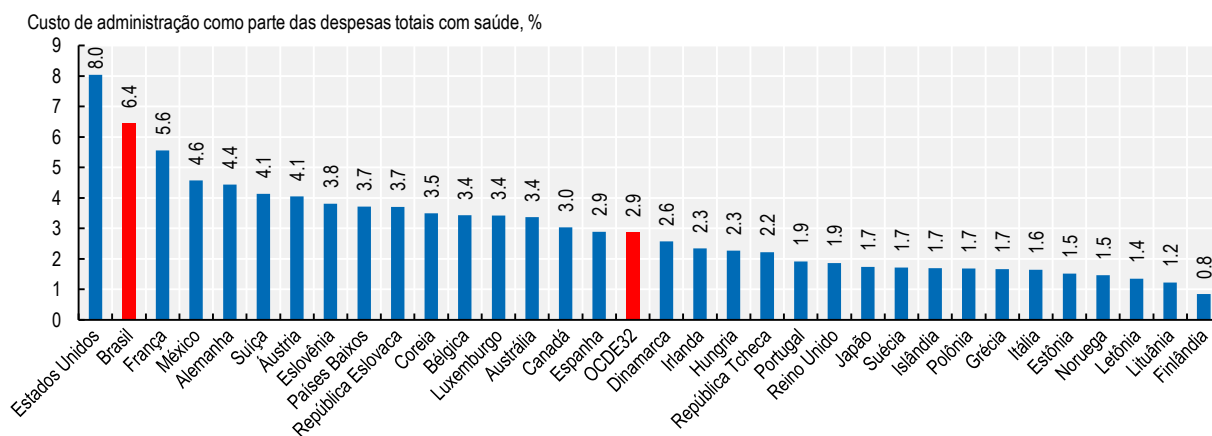
Como pode ser visto ao longo do capítulo até agora, a administração e a governança do sistema de saúde brasileiro são complexas e a sua utilização de recursos é intensiva. No setor público, a gestão, o planejamento e o financiamento do SUS são compartilhados entre os três níveis do governo, exigindo ampla coordenação entre os participantes. Isso se refere tanto à coordenação vertical, conforme vista pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) em nível estadual, mas também à coordenação horizontal entre os estados (por exemplo, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS) e municípios (por exemplo, com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)). Além disso, o Pacto pela Saúde 2006 introduziu novas entidades encarregadas de institucionalizar o planejamento da prestação de serviços em um nível mais regional, as macrorregiões de saúde e as regiões de saúde. Tais entidades são compostas por vários municípios vizinhos apoiados pelos estados. Além disso, há também um grande número de órgãos permanentes para proteger a participação da sociedade civil em todos os três níveis do governo, como conferências e conselhos de saúde. Além disso, existe um setor privado altamente desenvolvido, tanto do ponto de vista

do pagador quanto do provedor, o que aumenta a complexidade da governança, mas também da prestação de serviços de saúde. Embora seja óbvio que tentar fornecer acesso igualitário a cuidados de saúde de alta qualidade em um país como o Brasil, caracterizado pela diversidade cultural, uma grande divisão geográfica e grandes desigualdades sociais, requer uma coordenação substancial, parece haver algumas áreas onde a administração poderia ser simplificada e a governança reforçada para melhorar a eficácia ou reduzir os custos.

A administração do complexo sistema de saúde brasileiro tem um custo

A complexidade da gestão do SUS e o forte papel do mercado de planos de saúde privados no Brasil resultam em uma parcela muito elevada dos recursos necessários para administrar o sistema de saúde. No total, mais de 6% dos gastos atuais com saúde são usados para a governança e a administração do sistema e o financiamento da saúde.²³ Essa participação é maior que em quase todos os países da OCDE e mais que o dobro de sua média (Figura 3.14). O fato de o Brasil ter um importante mercado de seguro saúde privado explica, em parte, por que o país tem uma classificação muito alta em uma comparação geral, uma vez que o seguro saúde privado está normalmente associado a custos administrativos muito mais altos que os planos públicos (OECD, 2017^[25]). No entanto, o que é surpreendente no caso do Brasil é que, para os regimes governamentais, a parcela das despesas administrativas também é substancial, ficando em 5,7% do total das despesas governamentais com a saúde. Outros países com sistema financiado principalmente por impostos e direitos baseados na residência, como o Reino Unido, a Itália ou os países escandinavos, dedicam uma proporção muito menor de seus recursos à administração do sistema de saúde. Uma hipótese cabível para explicar por que a participação no Brasil é tão alta é que ela reflete a complexidade do SUS.

Figura 3.14. Custos de administração como parcela das despesas atuais com a saúde (2019 ou ano mais próximo)



Observação: os custos de administração se referem apenas à governança, administração e financiamento do sistema de saúde e excluem os custos de administração que ocorrem em prestadores de serviços de saúde específicos, como hospitais.

Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021^[11]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Ministério da Saúde do Brasil, 2021.

Em primeiro lugar, deve-se esclarecer que os gastos com governança e administração do sistema de saúde e de financiamentos não são ruins por si só. A administração e a supervisão são necessárias para garantir que os serviços sejam prestados com segurança e eficácia em todo o país. No entanto, os países com altos custos administrativos devem avaliar cuidadosamente se obtêm benefícios correspondentes em troca. No caso do Brasil, isso não é óbvio. Ao contrário, parece que as responsabilidades conjuntas entre os três níveis do governo na gestão do SUS contribuem para uma situação caracterizada por uma

complexidade desnecessária, tarefas redundantes e pela falta de clareza e responsabilidade. A partir deste momento, o Brasil deve mapear e avaliar criticamente todos os processos relacionados à gestão e ao planejamento do SUS em todos os níveis do governo. Isso pode contribuir para identificar procedimentos administrativos supérfluos, ajudar a agilizar as competências de cada nível do governo e ser o ponto de partida para discutir mudanças na governança e responsabilidades entre os níveis do governo, para aumentar a eficiência e a responsabilidade no SUS. Nesse contexto, o Brasil também deve revisar cuidadosamente os requisitos de dados para um melhor planejamento da prestação de serviços no SUS. Embora as atuais lacunas de conhecimento que foram identificadas devam ser abordadas (Capítulo 4), também parece haver uma desconexão no país entre a disponibilidade e o uso de dados por autoridades de planejamento e tomadores de decisão. Melhorar o intercâmbio e a comunicação de dados pode evitar que o Brasil se torne “rico em dados, mas carente de informações”.

Um foco mais forte no planejamento regionalizado pode derrubar algumas barreiras de ineficiência

Um importante tema na revisão das responsabilidades de gestão do SUS é o papel dos municípios. São participantes importantes no financiamento e na gestão do SUS, bem como no planejamento da prestação de serviços em consonância com o princípio da “descentralização” em que se baseia o SUS. Ainda assim, o tamanho dos municípios difere enormemente em todo o país, o que afeta a capacidade dos funcionários municipais de saúde de organizar e administrar o SUS de maneira eficaz. A existência de muitos municípios pequenos levanta a questão de saber se algumas das funções do SUS não deveriam ser melhor delegadas do nível local para o regional.

A necessidade de uma melhor coordenação regional para melhorar o planejamento da prestação de serviços foi realizada no Brasil com o Pacto pela Saúde 2006 e com a Lei nº 7.508 de 2011. Essa lei prevê diretrizes para o estabelecimento de regiões de saúde compostas por uma quantidade variável de municípios (vizinhos) dentro dos estados. Essas regiões de saúde são definidas no plano estadual de saúde plurianual e devem combinar, pelo menos, atenção primária, atendimento de urgência e emergência, atendimento psicossocial, atendimento ambulatorial e hospitalar especializado, bem como vigilância sanitária. Para organizar o atendimento de média e alta complexidades, as regiões devem se organizar em macrorregiões.²⁴ No papel, parece que a instalação de tais regiões de saúde pode ser uma ferramenta poderosa para melhorar a coordenação do atendimento e a prestação eficiente de serviços, além de facilitar o funcionamento das redes de assistência médica. No entanto, até agora, não parece que a regionalização tenha mostrado todo o seu potencial. Um problema parece ser que essas entidades não têm poder de decisão, autoridade orçamentária ou recursos humanos e dependem inteiramente do apoio municipal e estadual. Também pode haver relutância entre as autoridades estaduais e municipais em delegar as competências de financiamento e planejamento às regiões de saúde, por medo de perder a sua influência. No entanto, o fortalecimento dos papéis e responsabilidades das regiões de saúde parece ser um elemento vital para a melhoria do desempenho do SUS.

O acesso aos serviços de saúde por meio de processos judiciais é um desperdício dos recursos disponíveis

Um desafio específico para o sistema de saúde brasileiro é o fato de uma elevada quantidade de pessoas recorrer ao sistema judiciário para ter acesso à saúde às custas do SUS.²⁵ É o que acontece quando tratamentos ou medicamentos são negados às pessoas, pois elas recorrem à Constituição Federal que estipula que “...a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Essas chamadas “judicializações” vêm crescendo constantemente há muitos anos e representam um desperdício considerável dos escassos recursos do SUS. Entre 2010 e 2015, os gastos federais com base em decisões judiciais aumentaram dez vezes, atingindo R\$ 1 bilhão (Tribunal de Contas da União, 2017^[72]) ou cerca de 1% do orçamento federal para a saúde, principalmente relacionados ao acesso a medicamentos de alto custo.²⁶ No nível estadual, os custos agregados para esses casos parecem ser ainda maiores (Tribunal de Contas da União, 2017^[72]).

No entanto, obter acesso a serviços de saúde que não são considerados eficazes em termos de custos com base em intervenções judiciais é problemático, tanto do ponto de vista da eficiência como da equidade. É um uso ineficiente de recursos porque complica o estabelecimento de prioridades na saúde e vai contra o propósito da ATS realizada pela CONITEC. Como exemplo, com base em decisões judiciais, uma quantidade substancial de “gastos judiciais” em 2014 foi com o medicamento Soliris®, que não tinha autorização para ser comercializado na época e cujos custos anuais de tratamento são estimados em mais de R\$ 1 milhão por pessoa (Tribunal de Contas da União, 2017^[72]). Além disso, o número elevado e crescente de processos judiciais também pressionou os recursos judiciais. Ao final de 2018, todos os processos judiciais pendentes relacionados à saúde em todas as instâncias no Brasil somavam mais de 2,2 milhões (Vieira, 2019^[73]).²⁷ Além de impedir o uso eficiente de recursos com base em critérios como a relação entre custo e eficácia, a “judicialização” também é um problema do ponto de vista da equidade, uma vez que quem tem acesso a cuidados de saúde com base em decisões judiciais são normalmente aqueles que podem pagar as custas judiciais ou sabem navegar no sistema jurídico, principalmente os ricos e os mais instruídos.

Para observadores internacionais, a magnitude do problema e o fato de juízes darem regularmente decisões favoráveis ao acesso ao tratamento experimental para medicamentos não autorizados parecem intrigantes, especialmente porque a criação da CONITEC foi uma conquista importante para o sistema de saúde brasileiro.²⁸ Ao fazer isso, os juízes se tornam de fato gestores conjuntos do orçamento da saúde. O Ministério da Saúde também está preocupado com o aumento de “judicializações” e adotou uma série de medidas para ajudar os juízes a tomarem decisões informadas. A título de exemplo, foi celebrado um acordo de cooperação com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) com o objetivo de assessorar os diversos tribunais competentes do sistema judiciário. Embora o sistema legal possa desempenhar um papel importante na garantia da saúde universal em muitos países, os tribunais dos países da OCDE normalmente não contornam sistematicamente os processos padronizados de ATS, mas responsabilizam as agências de ATS caso encontrem falhas nos processos de avaliação. Uma mudança na cultura judicial no Brasil parece fundamental para solucionar esse problema. Uma análise recente de decisões judiciais concluiu que o estabelecimento da CONITEC teve pouco impacto sobre a tendência dos tribunais de decidirem em favor dos pacientes (Wang et al., 2020^[74]). Na maioria dos casos, as decisões da CONITEC foram simplesmente ignoradas e nem mesmo citadas nas decisões judiciais. Tornar o conceito de custo-eficácia na provisão do SUS mais explícito também poderia ser uma opção para reduzir o tamanho do problema, mas os críticos argumentariam que a atual estrutura legal já é suficiente para limitar as “judicializações”.²⁹

Os problemas orçamentários prevalecem no nível federal e em outros níveis do governo e apresentam dúvidas quanto à possibilidade de acomodar as mudanças nas prioridades

O conjunto de recursos disponíveis para financiar a atividade do SUS é decidido nos três níveis do governo, levando em consideração as leis e emendas constitucionais pertinentes que, por um lado, definem o piso de gastos de cada entidade governamental, mas, por outro, limitam o crescimento anual do gasto público federal em relação à inflação. No nível federal, o orçamento geral é normalmente considerado muito rígido, com 93% dos gastos previstos por lei, seja por meio de vinculação, indexação ou pisos de gastos obrigatórios (OECD, 2020^[11]).

O orçamento federal executado para a saúde em 2018 ficou em torno de R\$ 121 bilhões, financiando cerca de 42% de todos os gastos do SUS (SIGA Brasil, n.d.^[75]). Devido à natureza descentralizada da gestão do SUS, cerca de dois terços dos gastos federais com saúde se referem a transferências aos estados e municípios para a aquisição de bens e serviços de saúde. A maior parte dessas transferências é direcionada aos municípios. Desde 2007, as transferências federais estão estruturadas em seis blocos de financiamento (atenção primária, atendimento hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidades, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, gestão e investimento do SUS), incluindo subcomponentes, sendo as transferências individuais determinadas pelo tamanho da população, mas, para alguns blocos,

como a atenção primária, outros fatores que refletem a diferença nas necessidades também desempenham um papel. Embora alguma flexibilidade no uso de recursos tenha sido permitida ao longo dos anos, existe uma questão em nível estadual e municipal para realocar recursos federais destinados a outras finalidades (dos Santos and de Luiz, 2016^[76]). A prática orçamentária atual também não é condizente com os papéis previstos das redes de saúde e é difícil ver como as regiões ou macrorregiões de saúde podem desempenhar uma função maior no planejamento no ambiente atual sem ter algum tipo de autonomia orçamentária.

Mais flexibilidade orçamentária tornaria mais fácil perseguir as prioridades políticas. Além disso, há um uso generalizado de alterações ao orçamento federal por parlamentares como uma ferramenta para aumentar os gastos em seu eleitorado. Essa prática prejudica a eficiência e a transparência dos gastos e faz com que as autoridades locais dependam dos deputados e senadores (OECD, 2020^[11]). Normalmente, esses itens de gastos também não são auditados. As implicações fiscais dessas alterações vêm crescendo nos últimos anos, com os compromissos de gastos atingindo R\$ 12,9 bilhões em 2019 (Portal da Transparência, 2019^[77]). Mais da metade do valor comprometido é proveniente de alterações na área de saúde (R\$ 6,7 bilhões), principalmente na atenção primária ou em hospitais.

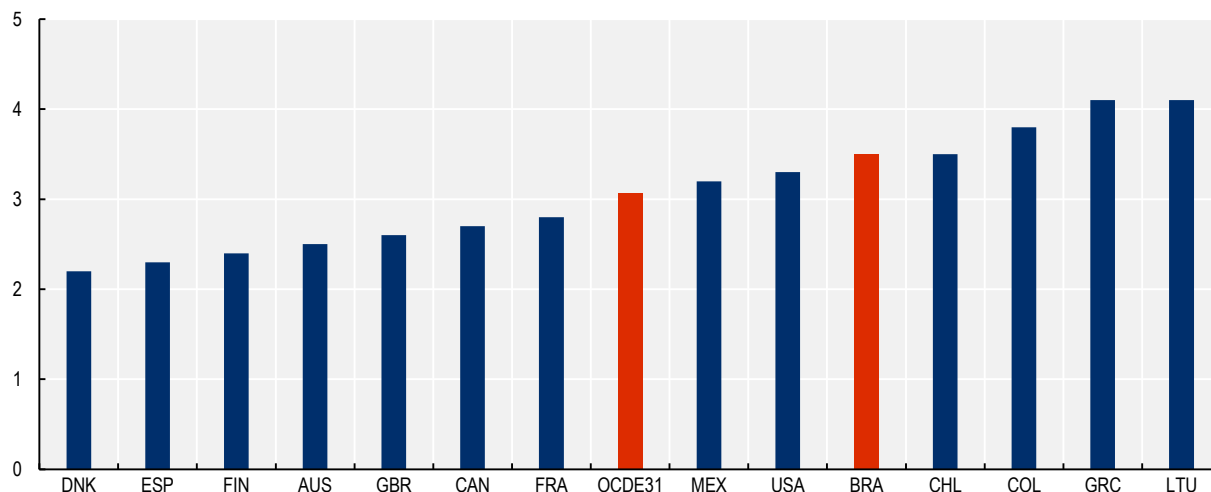
Recursos substanciais são desviados da prestação de serviços de saúde

O uso indevido intencional de fundos e a corrupção são comuns em diferentes graus em todo o mundo em muitas áreas da vida pública e o Brasil não é exceção. Na verdade, o Brasil teve alguns grandes escândalos de corrupção envolvendo figuras públicas proeminentes na última década. Em 2020, o Brasil ocupa a 94ª posição entre 180 países no nível observado de corrupção no setor público, ³⁰ muito mais baixo que quase todos os países da OCDE (Transparency International, 2020^[78]). Quando se trata de saúde, fraude e desvio de fundos podem adotar formas diferentes. Os prestadores de serviços e profissionais de saúde podem cobrar serviços de compradores que não prestam, os gerentes de sistemas podem contratar prestadores de serviços de saúde a preços artificialmente altos ou desviar produtos de saúde para o seu próprio benefício e os pacientes podem oferecer subornos para prestadores de serviços ou profissionais da saúde para “furar a fila” para conseguir um tratamento mais rápido. Essa prática é problemática por vários motivos. É um gasto ineficiente, frequentemente cria problemas de equidade e prejudica a confiança das pessoas no sistema público de saúde. Em 2013, a corrupção na saúde foi percebida como mais disseminada no Brasil que na média entre os países da OCDE (Figura 3.15). Era semelhante aos Estados Unidos e ao Chile, mas abaixo da Colômbia, da Grécia ou da Lituânia (Transparency International, 2013^[79]). Por outro lado, era muito maior que na Dinamarca, na Espanha, na Finlândia ou na Austrália.

Como as informações sobre atividades ilegais são, na melhor das hipóteses, irregulares, é muito difícil quantificar o problema. Ao olhar para a população disposta a se envolver em violações de integridade, 5% dos brasileiros relataram ter pagado subornos em clínicas públicas e centros de saúde em 12 meses em 2019, em comparação a 7% em 2017 (Transparency International, 2019^[80]). Entre os países latino-americanos e caribenhos, essa participação era muito baixa. No entanto, o uso indevido de fundos não exige necessariamente a presença do paciente. Uma pesquisa recente estimou os custos totais de fraude, corrupção e uso indevido de fundos no setor da saúde no Brasil em cerca de R\$ 14,5 bilhões ou 2,3% do gasto total com a saúde (Instituto Ética Saúde, 2020^[81]). Por sua natureza complexa, que envolve diversos participantes em diferentes níveis do governo, o uso indevido de recursos pode ser mais difícil de ser detectado no SUS que em outro sistema de saúde. De fato, em um relatório de 2017, o Tribunal de Contas da União destacou importantes deficiências do Sistema Nacional de Auditoria do SUS como um instrumento de fiscalização em municípios e estados (Tribunal de Contas da União, 2017^[72]). Observou-se, ainda, que 55% das entidades federativas auditadas não implantaram o componente de auditoria interna do SUS.

Figura 3.15. Nível percebido de corrupção na área médica e de saúde (2013) no Brasil e em países selecionados da OCDE

Nível em uma escala de 1 a 5; em que 1 significa nada corrupto e 5 significa extremamente corrupto



Fonte: Transparência Internacional (2013^[79]), “Global Corruption Barometer 2013”, <https://www.transparency.org/en/gcb/global/global-corruption-barometer-2013>.

O Brasil tem tentado resolver essas questões. Por exemplo, para detectar o uso indevido de fundos públicos, a Controladoria-Geral da União realiza um número significativo de auditorias especiais a cada ano. Entre 2002 e 2018, os recursos associados às irregularidades somaram R\$ 23,8 bilhões, dos quais 28% (R\$ 6,6 bilhões) estavam sob a alçada do Ministério da Saúde (Controladoria-Geral da União, n.d.^[82]).

Existem diferentes ações políticas usadas nos países da OCDE para mitigar as violações de integridade na saúde que abordam as diferentes partes interessadas (OECD, 2017^[25]). Uma resposta é basicamente organizacional, no sentido de que envolve a atribuição de responsabilidades para detectar ou lidar com violações de integridade na prestação de serviços e financiamento a instituições específicas. Dependendo do país, podem ser programas ou instituições centrais ou governamentais, ou essas responsabilidades são delegadas a contribuintes públicos ou privados. Em alguns casos, a detecção de fraudes é muito proativa, indo além de simples auditorias. O Instituto Nacional Belga de Saúde e Seguro por Invalidez, por exemplo, usa mineração de dados para detectar violações de integridade na prestação de serviços e no pagamento. Para lidar com práticas comerciais inadequadas, as respostas dos países são normalmente de natureza regulamentar e consistem em limitar ou banir determinadas práticas. Os principais domínios em que alguns países introduziram regulamentação procuram limitar as referências de interesse próprio por prestadores de serviços de saúde e os meios pelos quais a indústria farmacêutica pode promover as vendas, incluindo os regulamentos do Sunshine.³¹ Nos últimos 15 anos, vários países introduziram legislação específica e abrangente, especialmente a França, Portugal, a República Eslovaca e os Estados Unidos.

Mais clareza sobre o papel do setor privado pode melhorar o desempenho do sistema de saúde

Tradicionalmente, o Brasil possui um importante setor privado de saúde anterior ao início do SUS e a Constituição Federal de 1988 garantiu a continuidade da prestação de serviços privados e de planos de saúde privados. Os prestadores de serviços privados desempenham um papel fundamental para garantir o acesso dos pacientes do SUS, em especial a internações. Além disso, organizações privadas são

contratadas para gerenciar hospitais públicos ou outras instalações, e seguros de saúde privados podem “complementar” a cobertura do SUS. No entanto, a coexistência entre os setores público e privado gera atritos e pode ser fonte de ineficiência.

As “organizações sociais” (OSS) privadas se tornaram uma ferramenta popular entre alguns gestores do SUS para administrar unidades públicas de saúde. Ao contratar uma empresa privada para administrar uma unidade de saúde, isso dá mais flexibilidade na contratação de pessoal. Alguns estudos destacam que as instalações públicas sob gestão de OSS têm mais atividade ou oferecem serviços a custos mais baixos que aqueles sob gestão direta (World Bank, 2017^[27]), mas outras pesquisas não podem descartar algum viés na seleção ao descobrirem que OSS operam de forma mais eficiente (Tribunal de Contas da União, 2020^[47]). No entanto, a gestão de contratos de OSS parece ser um desafio para o gestor do SUS, uma vez que os tribunais de contas frequentemente destacam a insuficiência do mecanismo de monitoramento (dos Santos and Servo, 2016^[83]).

O fato de alguns hospitais particulares tratarem pacientes do SUS e particulares simultaneamente pode levar à redução do acesso dos pacientes públicos e às questões de equidade associadas. Isso acontece quando os hospitais (ou médicos hospitalares) recebem pagamentos mais altos quando tratam de pacientes particulares. Os problemas de acesso para pacientes públicos foram a razão pela qual a Irlanda introduziu uma proibição desta prática e promoveu a separação clara entre os hospitais que tratam pacientes públicos daqueles que tratam pacientes particulares (Mueller and Socha-Dietrich, 2020^[39]). Uma maneira de resolver esse problema seria definir uma tabela de taxas aplicável a todos os pagadores. É o caso, por exemplo, da Alemanha, onde, para o tratamento hospitalar, as tarifas de GRDs são idênticas para pacientes públicos e particulares e aplicadas independentemente de serem tratados em hospitais públicos, particulares com ou sem fins lucrativos.³²

O mercado de planos de saúde privados bem desenvolvido no Brasil apresenta algumas peculiaridades que o distinguem dos países da OCDE. Tal plano fornece principalmente duplo seguro para a cobertura do SUS, mas, na verdade, é usado por muitos como um seguro substituto ao SUS, pois a gama de serviços oferecidos por planos privados pode ser extremamente ampla. Esse papel pouco claro de planos de saúde privados é acentuado pelo fato de que o SUS pode exigir, sob certas condições, o reembolso dos custos das seguradoras privadas, caso os pacientes utilizem os serviços do SUS em vez da cobertura de seguro privado (“ressarcimento ao SUS”). Isso é incomum em comparação aos países da OCDE, com um sistema financiado por impostos e seguro duplicado. O Brasil poderia se beneficiar de uma discussão aberta para esclarecer o papel que planos de saúde privados devem desempenhar dentro do sistema de saúde. Como já mencionado, os generosos subsídios fiscais são altamente regressivos. Além disso, a coexistência do SUS com seguros privados também é problemática para a integração da assistência. Até o momento, há muito pouca comunicação ou troca de dados entre os prestadores de serviços (ou planos) no caso de os pacientes migrarem do tratamento pelo SUS para o particular. A introdução de um identificador único do paciente e de prontuários médicos com interoperabilidade entre o SUS e o seguro privado facilitaria a coordenação do atendimento.

3.6. Conclusão

A implantação do SUS tem sido um sucesso no Brasil ao proporcionar a milhões de pessoas o acesso aos serviços de saúde que antes não tinham. Ainda assim, com o envelhecimento da população e o aumento associado na quantidade de pacientes com condições crônicas, o sistema de saúde brasileiro enfrentará pressões crescentes de gastos para garantir que as necessidades futuras de saúde sejam atendidas, mesmo no cenário mais otimista. A análise do sistema de saúde brasileiro mostrou que uma combinação de abordagens pode tornar os gastos com a saúde no Brasil mais sustentáveis. O resultado final dessa análise é: o Brasil precisa reequilibrar a distribuição entre os gastos públicos e privados em

saúde com um investimento de uma maior parte dos recursos públicos no setor da saúde, mas também precisa gastar melhor.

O capítulo mostrou que a participação pública nos gastos gerais com a saúde no Brasil é muito baixa em comparação à maioria dos países da OCDE, mas um aumento geral nos gastos do governo não é realista no atual clima econômico brasileiro. No entanto, existem algumas possibilidades de disponibilizar mais gastos públicos à saúde sem comprometer o caminho para a recuperação fiscal. Novas fontes de gastos com a saúde no nível federal poderiam ser geradas pela realocação de gastos de outras áreas fora da saúde para o SUS. Isso está relacionado, por exemplo, ao ajuste das regras de indexação para alguns programas sociais e salários públicos. Na mesma linha, existe a proposta de limitar as despesas tributárias com a saúde. Um ponto de partida seria a introdução de um teto para a dedutibilidade de despesas com a saúde e pagamentos de prêmios de planos de saúde privados de receitas sujeitas ao imposto de renda/tributação de empresas (ou aboli-lo por completo). Essa economia deve ser reinvestida no SUS.

Por outro lado, há um amplo espaço para possíveis ganhos de eficiência em todas as áreas do sistema de saúde. Os esforços contínuos para fortalecer a atenção primária à saúde devem continuar. Isso se refere à implantação das eSFs e à colocação da atenção primária no centro para coordenar a prestação de serviços de saúde em todos os níveis de atendimento. As “redes de saúde” podem desempenhar um papel importante nesse conceito.

O planejamento da prestação de serviços em hospitais deve ser repensado no Brasil. Uma grande quantidade de hospitais muito pequenos, principalmente na área rural, não pode ser administrada de forma eficiente. É claro que as pessoas precisam de acesso a serviços de cuidados intensivos, mas a questão é se isso não pode ser organizado de forma diferente, transformando pequenos hospitais em instalações intermediárias e fortalecendo as opções de transporte e telemedicina. De forma mais geral, os sistemas de pagamento para a prestação de serviços em hospitais poderiam ser reconsiderados para incentivar o desempenho do prestador.

Embora a cobertura de medicamentos essenciais pelo SUS seja teoricamente muito ampla, a obtenção de acesso é um problema real para muitas pessoas, gerando também altos custos diretos. Aqui, a forma como as compras são organizadas ou a definição de preços pode ser reconsiderada.

Para estar mais bem preparado para as necessidades crescentes de longo prazo associadas ao envelhecimento da população, o Brasil deve começar a investir em regimes mais formais de atendimento de longo prazo. Dependendo de trabalhadores informais será cada vez mais difícil, além de prejudicar o crescimento econômico.

Uma questão abrangente que o Brasil precisa abordar é a imensa complexidade de administrar o SUS. Isso se reflete nos custos de administração muito elevados. As competências e responsabilidades são frequentemente compartilhadas entre os níveis do governo, no entanto, parece que nem sempre são esclarecidas, o que afeta a prestação de contas. Essa complexidade permeia todos os níveis de planejamento e operação da assistência médica. Parece haver potencial para melhorar isso. Um caminho a seguir é aumentar os esforços para implementar a “regionalização” no planejamento. Para que isso seja bem-sucedido, o escopo das “regiões de saúde” poderia ser ampliado com a delegação de algumas responsabilidades dos municípios a elas, acompanhadas de financiamento e recursos diretos. Finalmente, a relação entre o setor público e privado deve ser esclarecida.

Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021), *Mapa Assistencial da Saúde Suplementar*. [21]
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020), *Dados Consolidados da Saúde Suplementar*, <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. [6]
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019), *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*, http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf. [20]
- Álvarez, R. and A. González (2020), *Análisis comparativo de los precios de los medicamentos en América Latina*, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45423-analisis-comparativo-precios-medicamentos-america-latina>. [63]
- Bertoldi, A. et al. (2012), “Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines?”, *Globalization and Health*, Vol. 8/6, <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-8-6.pdf>. [57]
- Bertoldi, A. et al. (2019), “The Brazilian private pharmaceutical market after the first ten years of the generics law”, *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, Vol. 12, <https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-019-0179-9>. [61]
- Bloeck, M., S. Galiani and P. Ibararán (2017), *Long-Term Care in Latin America and the Caribbean? Theory and Policy Considerations*, Inter-American Development Bank, <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Long-Term-Care-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Theory-and-Policy-Considerations.pdf>. [66]
- Busse, R. et al. (eds.) (2011), *Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe*, Open University Press, https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf. [51]
- Castro, M. et al. (2019), “Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future”, *Lancet*, Vol. 394, pp. 345-56, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). [4]
- Colpani, V. et al. (2020), “Clinical practice guidelines in Brazil – developing a national programme”, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 18/69, <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00582-0>. [55]
- Controladoria-Geral da União (n.d.), *Realizações na Auditoria de Tomada de Contas Especial*, <https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/tomadas-de-contas-especiais/realizacoes>. [82]
- Couttolenc, B. and T. Dmytraczenko (2013), *Brazil’s Primary Care Strategy*, <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13287>. [5]
- Damaceno, M. and M. Chirelli (2019), “The Implementation of Senior Health Care in the Family Health Strategy: The View of Professionals and Managers”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 24/5, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019>. [67]
- Danzon, P. and M. Furukawa (2008), “International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005”, *Health Affairs*, Vol. 27/1, pp. 221-233, <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.27.1.221>. [64]

- dos Santos Matsumoto, K. (2018), *Parâmetros para dimensionamento de médicos na Estratégia de Saúde da Família*, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [41]
- Flamini, V. and M. Soto (2019), “Doing More with Less: How Can Brazil Foster Development While Pursuing Fiscal Consolidation?”, *IMF Working Paper*, Vol. 236, <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/11/01/Doing-More-with-Less-How-Can-Brazil-Foster-Development-While-Pursuing-Fiscal-Consolidation-48540>. [28]
- Garcez-Lemell, L. and M. Deckers Lemell (2014), “Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies”, *MedicalExpress*, Vol. 1/1, pp. 3-8, <http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.01.02>. [69]
- Gonçalves, R. et al. (2019), “Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health services access and use in Northeast Brazil”, *Rev Saude Publica*, Vol. 53/110, <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001571>. [29]
- IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Module Q - Tabela 3.17*, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> (accessed on 10 February 2021). [34]
- IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.18*, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> (accessed on 10 February 2021). [42]
- IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.25*, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados> (accessed on 10 February 2021). [35]
- IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saúde 2019- Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. [3]
- IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saude 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões*, IBGE, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes>. [33]
- Instituto Ética Saúde (2020), *Fraudes na Saúde geram prejuízo de mais de R\$ 14,5 bilhões por ano no Brasil, estima Instituto Ética Saúde*, <https://eticasaude.org.br/Noticias/NoticiaDetalhe/355>. [81]
- Lima, S., C. de Brito and C. de Andrade (2019), “Health technology assessment in Brazil – an international perspective”, *Ciência saúde coletiva*, Vol. 24/5, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017>. [84]
- Lorenzoni, L. et al. (2019), “Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology”, *OECD Health Working Papers*, No. 110, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en>. [10]
- Macinko, J. et al. (2018), “Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil)”, *Revista de Saúde Pública*, Vol. 52/2, <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>. [43]

- Marchildon, G., S. Allin and S. Merkur (2020), *Canada: Health system review. Health Systems in Transition*, WHO Regional Office for Europe, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf>. [48]
- Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços*, Ministério de Saúde. [83]
- Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul*, Ministério da Saúde. [24]
- Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *O financiamento dos serviços de saúde no Brasil*, ABrEs/Ministerio de Saúde/OPAS/OMS, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. [17]
- Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *O SUS e seu financiamento*, ABrEs/Ministerio de Saude, PAHO. [18]
- Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *Transferências federais no financiamento da descentralização*, ABrEs, Ministerio de Saude, PAHO. [76]
- Massard da Fonseca, E. and K. Shadlen (2017), “Promoting and regulating generic medicines: Brazil in comparative perspective”, *Pan-American Journal of Public Health*, Vol. 41, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612747/#B26>. [60]
- Massuda, A. et al. (2018), “The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience”, *BMJ Global Health*, Vol. 3/e000829, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>. [14]
- Ministerio da Saúde (2018), *Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa*, https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. [65]
- Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (2018), *Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil 2010-2014*, <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/22/CONTAS-DO-SUS.pdf>. [30]
- Ministerio de Saúde (n.d.), *Saúde da pessoa idosa*, <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-idosa>. [68]
- Ministry of Health (2019), *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2020*, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. [56]
- Miotto, B. et al. (2018), “Physician’s sociodemographic profile and distribution across public and private health care: an insight into physicians’ dual practice in Brazil”, *BMC Health Services Research*, Vol. 18/299, <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3076-z>. [38]
- Mueller, M. and K. Socha-Dietrich (2020), “Reassessing private practice in public hospitals in Ireland: An overview of OECD experiences”, *OECD Health Working Papers*, No. 118, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/111171d3-en>. [39]
- OECD (2021), *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt>. [32]

- OECD (2021), *OECD Health Statistics*, OECD Publishing, Paris, [1]
<https://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- OECD (2021), *Payment models in Primary Health Care in Brazil*. [31]
- OECD (2020), "Focus on Spending on long-term care", <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>. [70]
- OECD (2020), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, OECD Publishing, Paris, [11]
<https://doi.org/10.1787/250240ad-en>.
- OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, [44]
 OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, [8]
<https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD (2018), "Spending on Primary Care: First Estimates", <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-Primary-Care-Policy-Brief-December-2018.pdf>. [85]
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, [25]
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD [45]
 Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
- OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, [37]
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- OECD (2015), *OECD Economic Surveys: Brazil 2015*, OECD Publishing, Paris, [26]
https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2015-en.
- OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD [54]
 Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards*, OECD [46]
 Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris,
<https://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en>.
- OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, [62]
 OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en>.
- Oliveira Hashiguchi, T. and A. Llana-Nozal (2020), "The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?", *OECD Health Working Papers*, No. 117, OECD Publishing, Paris, [71]
<https://dx.doi.org/10.1787/2592f06e-en>.
- Policies, E. (ed.) (2019), *Finland: Health system review*, Health in Transition, [50]
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HiT-21-2-2019-eng.pdf>.
- Portal da Transparência (2019), *Emendas Parlamentares*, [77]
<http://www.portaltransparencia.gov.br/emendas?ano=2019>.

- Queensland Government (2018), *Rural multi-purpose health services*, [49]
<https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/engagement/networks/rural-remote/rural-facilities/rural-mphs> (accessed on 5 March 2021).
- Receita Federal (2018), *Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA 2019*. [19]
- Rocha, R., I. Furtado and P. Spinola (2019), *Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Necessidades de Financiamento e Projeção de Gastos*. [9]
- Scheffer, M. and E. al. (2018), *Demografia Médica no Brasil 2018*, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. [36]
- Secretaria de Vigilância em Saúde (2021), *Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos*, [53]
<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/> (accessed on 22 January 2021).
- SIGA Brasil (n.d.), *Saúde - Despesa Executada 2018*, [75]
<http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcamentoVisaoGeral>.
- Socha, K. and M. Bech (2011), “Physician dual practice: A review of literature”, *Health Policy*, [40]
 Vol. 102, pp. 1-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.017>.
- Tesouro Nacional (2018), *Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil*, [15]
<https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>.
- Thomson, S., A. Sagan and E. Mossialos (eds.) (2020), *Private health insurance in Brazil*, [7]
 Cambridge University Press, <http://dx.doi.org/10.1017/9781139026468>.
- Transparency International (2020), *Corruption Perception Index*, [78]
<https://www.transparency.org/en/cpi/2020/index/bra>.
- Transparency International (2019), *Global Corruption Barometer, Latin America and the Caribbean 2019*, [80]
https://www.transparency.org/files/content/pages/2019_GCB_LatinAmerica_Caribbean_Full_Report.pdf.
- Transparency International (2013), *Global Corruption Barometer 2013*, [79]
<https://www.transparency.org/en/gcb/global/global-corruption-barometer-2013>.
- Tribunal de Contas da União (2020), *Hospitais públicos maiores, estaduais e da administração indireta tendem a ser mais eficientes - TC 015.993/2019-1*, [47]
<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/hospitais-publicos-maiores-estaduais-e-da-administracao-indireta-tendem-a-ser-mais-eficientes.htm>.
- Tribunal de Contas da União (2020), *Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde - TC 014.791/2019-6*, [16]
<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-realiza-levantamento-sobre-a-sustentabilidade-do-sus.htm>.
- Tribunal de Contas da União (2018), *Orientações para aquisições públicas de medicamentos*, [59]
 República Federativa do Brasil, <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-aquisicoes-publicas-de-medicamentos.htm>.

- Tribunal de Contas da União (2017), *Relatório Sistemático de Fiscalização - Saúde 2015/2016*. [72]
- Vieira, F. (2019), *Direito à saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça*, https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf. [73]
- Vieira, F. and R. de Sá e Benevides (2016), “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*, Vol. 10/3, <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. [13]
- Vieira, F., S. Piola and R. de Sá e Benevides (2019), *Vinculação Orçamentária do Gasto em Saúde no Brasil: Resultados e Argumentos*, https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/td_2516.pdf. [12]
- Wang, D. et al. (2020), “Health technology assessment and judicial deference to priority-setting decisions in healthcare: Quasi-experimental analysis of right-to-health litigation in Brazil”, *Social Science & Medicine*, Vol. 265, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113401>. [74]
- WHO (2015), *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. [52]
- WHO (1999), *Operational principles for good pharmaceutical procurement*, <https://www.who.int/3by5/en/who-edm-par-99-5.pdf>. [58]
- WHO and World Bank (2019), *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019*, <https://www.who.int/publications/i/item/global-monitoring-report-on-financial-protection-in-health-2019>. [23]
- WHO Global Health Expenditure Database (2020), , <https://apps.who.int/nha/database>. [2]
- WHO Regional Office for Europe (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. [22]
- World Bank (2017), *A fair adjustment : efficiency and equity of public spending in Brazil : Volume I : síntese (Portuguese)*, World Bank Group, <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-sintese>. [27]

Observações

¹ O financiamento público da saúde se refere aos gastos com saúde por parte dos planos de saúde com cobertura automática ou obrigatória.

² Atualmente, 3% de todos os gastos com a saúde no Brasil não podem ser alocados a nenhum regime de financiamento.

³ Os Estados Unidos também têm um importante mercado de planos de saúde privados, mas com o Affordable Care Act, a compra de cobertura privada se tornou obrigatória a partir de 2014 (mas foi revogada em 2018).

⁴ Mas, dado que 3% dos gastos totais com a saúde não podem atualmente ser alocados para um regime de financiamento, a parcela real dos gastos diretos pode ser maior.

⁵ O *duplo* convênio voluntário privado oferece cobertura de plano de saúde para uma variedade de serviços que também estão disponíveis na cobertura pública, mas expande a lista de profissionais (principalmente particulares). A cobertura de convênio *complementar* fornece acesso a serviços não cobertos pelo pacote de benefícios público.

⁶ Os serviços odontológicos também podem ser incluídos como um elemento das apólices de seguro saúde.

⁷ Os empregadores podem deduzir os pagamentos de prêmio que fazem da tributação das empresas.

⁸ O fato de que, no cenário de “Envelhecimento Saudável”, o aumento projetado de gastos com a saúde é muito mais limitado, constitui um argumento poderoso para fortalecer as medidas de saúde pública, conforme discutido no Capítulo 5 e no Capítulo 6.

⁹ No mínimo, a pandemia da COVID-19 ampliou esses desafios.

¹⁰ Uma recente avaliação de gastos públicos do Banco Mundial encontrou muitas outras áreas onde os fundos públicos poderiam ser usados de forma mais eficiente (World Bank, 2017^[27]), mas listar todos aqui ultrapassaria a abrangência deste capítulo.

¹¹ Os Estados Unidos não são considerados aqui, pois é difícil distinguir entre seguro privado obrigatório e voluntário nesse país.

¹² Pode haver alguma sobreposição entre os dois grupos populacionais, mas a cobertura médica também pode incluir cobertura odontológica, dependendo do plano individual.

¹³ Os valores se referem ao valor médio de 2010-14.

¹⁴ Em conjunto, o atendimento ambulatorial geral, o atendimento odontológico, o atendimento a domicílio para a realização de tratamentos e a prevenção são classificados como serviços de “atendimento básico” nas estatísticas de gastos com a saúde da OCDE. Isso pode ser tomado como substituição à atenção primária à saúde (uma análise mais significativa também levaria em consideração a localização da prestação do serviço, mas as limitações nos dados de gastos internacionais com a saúde do Brasil não permitem essa análise no momento). De qualquer forma, a comparação internacional dos gastos com a atenção primária é desafiadora devido às diferentes noções de quais serviços envolvem a atenção primária, bem como questões de dados (OECD, 2018^[85]). Além disso, como 4% de todos os serviços de saúde não estão alocados no Brasil, a parcela dedicada aos serviços de atenção básica pode, na verdade,

ser maior.

¹⁵ Para comparações internacionais, normalmente é usada a quantidade de médicos em exercício. A quantidade de médicos registrados está superestimada a quantidade de médicos em exercício.

¹⁶ A proporção é calculada dividindo todas as consultas de atenção primária por ano registradas no SUS pelo total da população. A quantidade total de consultas médicas, incluindo clínicos gerais, especialistas e o setor privado para usuários do SUS, foi estimada em 4, em 2017, pelo Tribunal de Contas da União (Tribunal de Contas da União, 2020^[16]) com variação substancial entre os estados.

¹⁷ No entanto, esse problema é normalmente mais pertinente no atendimento especializado que na atenção primária.

¹⁸ Entretanto, deve-se observar que, na maioria dos países o gargalo no tratamento de casos graves de COVID-19 era a disponibilidade de leitos de UTI, ventiladores, oxigênio e equipe de UTI, e não leitos hospitalares normais.

¹⁹ Além disso, os pacientes têm acesso a medicamentos que são usados como parte de um tratamento hospitalar. Eles não estão incluídos na Rename e seus custos são cobertos pelo orçamento hospitalar.

²⁰ Similares são cópias de produtos não patenteados que, dependendo do país, podem ser aprovados sem demonstrar bioequivalência e comercializados com uma marca. No Brasil, novos similares devem comprovar a sua bioequivalência desde 2003 e, portanto, podem ser considerados genéricos de marca.

²¹ No Brasil, em termos de volume, 34% do mercado são de genéricos sem marca e 44% de genéricos de marca (refletindo 28% e 41% do valor, respectivamente)

²² As AVDs se referem a atividades como levantar da cama, se vestir, higiene pessoal e locomoção, enquanto as AIVDs se referem a atividades como fazer compras, limpar a casa ou preparar refeições.

²³ Essa participação pode até ser maior, já que 4% de todos os gastos com a saúde no Brasil não são alocados e podem incluir algumas atividades administrativas.

²⁴ Atualmente, o Brasil possui 438 regiões e 118 macrorregiões de saúde.

²⁵ Uma grande quantidade de ações judiciais, no entanto, também existe para atendimento no setor de saúde privado.

²⁶ Os dados disponíveis para os anos mais recentes sugerem uma redução dos custos de “gastos judiciais” com produtos farmacêuticos em 2017 (Oliveira Hashiguchi and Llana-Nozal, 2020^[71]).

²⁷ Nesse contexto, cabe destacar que, com cerca de 1,4% do PIB, o Brasil gasta de três a seis vezes mais recursos em seu sistema judiciário que a maioria dos países europeus (OECD, 2020^[11]).

²⁸ A função e os processos da CONITEC são semelhantes aos observados pelas autoridades de ATS na Austrália, no Canadá e no Reino Unido, países geralmente considerados como tendo processos de ATS avançados (Lima, de Brito and de Andrade, 2019^[84]).

²⁹ A Lei 12 401/2011 cria a CONITEC e define a sua competência. Mesmo o Artigo 196 da Constituição poderia ser interpretado de forma que o “direito à saúde para todos” está sob reserva, pois também menciona as “políticas econômicas” como um trampolim para garantir esse direito. Melhorar a relação

entre custo e benefício dos recursos do SUS é um exemplo de política econômica.

³⁰ Com o primeiro lugar indo para o país com menos corrupção percebida.

³¹ Os regulamentos do Sunshine consistem em exigir que os pagamentos feitos pelas indústrias farmacêutica e de dispositivos às partes interessadas no setor da saúde sejam sistematicamente informados às autoridades.

³² Pacientes particulares podem, entretanto, pagar taxas adicionais por melhores comodidades ou visitas do chefe do departamento.



From:
OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2022), “Sustentabilidade financeira dos gastos e eficiência no setor da saúde”, in *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/6ef8a39d-pt>

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of OECD member countries.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.