



**INSTITUTO DE ESTUDOS
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

**SAÚDE SUPLEMENTAR
FRENTE ÀS DEMANDAS DE UM
MUNDO EM TRANSFORMAÇÃO**

Série IESS - 001/2006

São Paulo, setembro de 2006

Elaboração:

Ernesto Marujo

Carina Burri Martins

Cristiana Checchia Saito

Clarissa Côrtes Pires

José Cechin

Superintendente Executivo

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

APRESENTAÇÃO

O IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar - foi fundado com a missão de organizar informações e produzir conhecimento sobre o segmento de saúde suplementar, na expectativa de contribuir para a melhoria das condições de atendimento e de atuação de todos os colaboradores do setor de saúde, em benefício da sociedade brasileira.

Este documento integra a série de publicações técnicas patrocinadas pelo IESS e foi preparado com base em dados e informações obtidos junto a fontes públicas, incluindo a OMS – Organização Mundial de Saúde, o Banco Mundial, o IBGE e bibliografia pertinente devidamente referenciada.

A metodologia e os procedimentos de análise estão explicitados ao longo do texto. As conclusões apresentadas derivam diretamente dos dados utilizados, tendo sido evitadas inferências ou conjecturas não demonstradas a partir de dados e metodologias julgados confiáveis e apropriados.

Este e demais textos publicados pelo IESS são de responsabilidade de seus autores. A cópia ou reprodução deste texto para fins acadêmicos é permitida, desde que referenciada.

RESUMO

Apresenta-se estudo comparativo dos sistemas de saúde ao redor do mundo, enfocando a questão de seus financiamentos. Observam-se profundas transformações resultantes das tensões criadas pela escalada de custos e crescentes demandas em saúde. A análise indica existir no setor clara tendência a um modelo híbrido de financiamento público conjugado ao privado. Essa tendência aparece como associada ao desenvolvimento de mecanismos de incentivo ao controle de custos e à eficiência alocativa de recursos, também abordados neste trabalho.

Os aumentos de gastos mostram-se estatisticamente correlacionados aos progressos nos indicadores de saúde, como o de expectativa de vida. O Brasil, por exemplo, vem apresentando notável melhoria nesse indicador, apesar de ainda apresentar-se mal colocado em relação a outros países. Uma análise de eficiências comparadas mostrou que o melhor *benchmark* para orientar o aprimoramento do sistema de saúde para o Brasil é o próprio caso do progresso brasileiro na década passada.

Ao discutir a participação da Saúde Suplementar no sistema geral de saúde, frente às transformações analisadas, conclui-se que esse segmento deverá representar um papel muito significativo, ao contribuir para a incorporação e difusão de melhores práticas de assistência à saúde e de eficiência alocativa dos recursos, que reverterão em benefícios para a sociedade em geral.

ABSTRACT

A comparative study of health systems around the world is presented. The focus is on models for their funding. Deep transformations are resulting from tensions created by escalating costs and rising demands in the sector. The analyses indicate a clear trend towards adoption of hybrid models where public and private financing coexist in the sector. This trend is associated with the development of cost containment and efficiency incentive mechanisms also discussed in the text.

Rising costs in health are statistically correlated with progress in indicators such as life expectancy. Brazil, for instance, presented formidable improvement in this criterion. Even though the country is still poorly ranked in terms of life expectancy, an analysis of comparative efficiency shows that perhaps the best benchmark to use in the design of a health system for Brazil would be the Brazilian progress in the last decade.

The participation of the Private Health Insurance segment in the system is discussed and concluded that this segment shall play a very significant role in the full health system of a country like Brazil due to its contribution to the incorporation and dissemination of best practices in the areas of health care and efficient resource allocation that will benefit the society as a whole.

APRESENTAÇÃO	1
RESUMO	2
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO	4
1 TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS E TECNOLÓGICAS	6
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	8
1.2 EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA.....	12
2 ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	14
2.1 MODELOS DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	14
2.1.1 <i>Contribuições Salariais (Seguridade Social)</i>	16
2.1.2 <i>Impostos e Contribuições Gerais</i>	16
2.1.3 <i>Seguros e Planos Privados</i>	18
2.1.4 <i>Gastos diretos da população</i>	19
2.2 MÉTODOS DE PAGAMENTO A PRESTADORES	19
2.2.1 <i>Mecanismos de Pagamento e Incentivos</i>	20
2.2.2 <i>Pagamento a Hospitais</i>	23
2.2.3 <i>Pagamento a Médicos</i>	23
3 AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DE SISTEMAS INTERNACIONAIS DE SAÚDE	25
3.1 QUADRO SITUACIONAL	25
3.2 AVALIAÇÃO COMPARADA FEITA PELA OMS	27
3.3 ANÁLISES MULTIDIMENSIONAIS DE EFICIÊNCIAS COMPARADAS	28
3.3.1 <i>Dimensões de Análise (Critérios)</i>	29
3.3.2 <i>Modelo DEA-1</i>	32
3.3.3 <i>Modelos DEA-2</i>	32
3.3.4 <i>Resultados</i>	33
3.4 ANÁLISES DE CUSTO-EFETIVIDADE.....	37
3.5 BENCHMARKS E ENSINAMENTOS.....	39
4 EVOLUÇÕES E REFORMAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE	40
4.1 GARANTIA DE ACESSO	40
4.2 COMPARTILHAMENTO DE CUSTOS.....	41
4.3 SISTEMAS DE PAGAMENTO AOS PROVEDORES.....	41
4.4 DIMINUIÇÃO DA DEMANDA INDUZIDA	42
4.5 OUTROS MECANISMOS DE CONTROLE DE CUSTOS	43
4.6 LIMITES DO FINANCIAMENTO PÚBLICO	44
5 CONVERGÊNCIA DE MODELOS	46
5.1 SEGUROS E PLANOS PRIVADOS.....	49
6 CONCLUSÕES	53
6.1 ESCALADA DE CUSTOS E A SUSTENTAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE	53
6.2 FORMAS ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO À SAÚDE	53
6.3 PRINCIPAIS LIÇÕES DA ANÁLISE COMPARADA DE SISTEMAS DE SAÚDE	54
6.4 TRANSFORMAÇÕES EM CURSO	55
6.5 O PAPEL DA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	56
6.6 CONVERGÊNCIA	57
REFERÊNCIAS	58
REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	61

INTRODUÇÃO

Nunca o mundo experimentou um período de progressos tão expressivos na área da saúde como agora. Estatísticas de longevidade superam-se ano a ano; novos procedimentos melhoram significativamente a qualidade de vida das pessoas e o acesso à assistência médica, se ainda está aquém do desejado, é incentivado e seu atendimento acelera-se em quase todos os países, especialmente no Brasil.

Causa ou reflexo dessas tendências, o setor de saúde está demandando parcelas crescentes, por vezes indisponíveis, da renda de governos, empresas e famílias. Resolver esta equação econômica não é trivial. Governos, reguladores, agentes da cadeia de atendimento e promoção da saúde, bem como a comunidade acadêmica, estão mobilizados no enfrentamento da questão do financiamento da saúde.

Neste trabalho, pretende-se analisar o papel da Saúde Suplementar no financiamento de importante parcela dos gastos com saúde no Brasil bem como discutir como este segmento está contribuindo para a solução de problemas decorrentes das transformações por que passa o atendimento à saúde no mundo.

Parece adequado focar a análise nos aspectos conceituais e quantitativos relativos ao financiamento da atenção à saúde e nos indicativos da qualidade de saúde da população em vários países, compará-los, discutindo riscos e benefícios à luz de princípios de equidade, garantia de acesso, diversidade e liberdade de escolha.

Não é foco deste trabalho abordar os aspectos técnicos da ciência médica, mas apenas discutir como algumas tendências nesse campo estão impactando a organização de sistemas de saúde e suas formas de financiamento, bem como ressaltar a importância de um correto entendimento da relação entre o agente financiador, o consumidor e os provedores de serviços de atenção à saúde.

Sem esgotar o tema, a análise endereça os aspectos da organização e gestão de sistemas de saúde para o desenvolvimento de políticas sustentáveis.

Igualmente, não se pretende neste trabalho exaurir a discussão sobre todas as formas de financiamento à saúde. O objetivo é apontar tendências observáveis de reformas no setor e descrever experiências internacionais que possam contribuir para a construção de uma visão de futuro do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, investigamos a tese de que, globalmente, as pressões de custos estão levando os países a buscarem arranjos híbridos para o financiamento dos sistemas de saúde, com participação pública e privada.

A estrutura do texto é a seguinte. Primeiramente, comentamos sobre as tendências mundiais de encarecimento dos custos no atendimento à saúde e discutimos o que a literatura aponta como seus fatores determinantes. Em seguida, tratamos da questão do financiamento à saúde e as formas de organização que o setor vem recebendo ao redor do mundo. Em futura publicação, apresentaremos um resumo da organização do sistema de financiamento à saúde em vários países, mas no corpo deste texto dedicamo-nos a apresentar análises comparativas envolvendo alguns indicadores clássicos de saúde e de eficiência. O trabalho apresenta ainda uma discussão das reformas e experiências internacionais sobre sugestões de mecanismos de controle de custo e vieses que diferentes sistemas de financiamento podem carregar para alimentar ou frear tendências a crescentes pressões de custo no atendimento à saúde. Por fim, apresentamos uma análise da evolução da participação dos agentes financiadores dos sistemas de saúde de vários países e sua dinâmica entre os

anos de 1990 e 2004 e apontamos a tendência geral da busca de um modelo de financiamento híbrido, público e privado, para saúde.

1 TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS E TECNOLÓGICAS

O aumento dos gastos com saúde, sempre acima do crescimento geral da economia, é uma tendência observada universalmente. Segundo dados do Banco Mundial, no agregado mundial, em 1998 o mundo utilizava 9% do PIB para financiar os gastos com saúde. Em 2002, esse percentual sobe para 10%. Enquanto países com baixa renda costumam alocar em média 5% do PIB para gastos em saúde, os países de renda média alocam 6% e os de alta renda alcançam uma participação de 11%.

Parece que ainda estamos longe de haver atingido um patamar máximo, pois mesmo nos países desenvolvidos e com grandes dispêndios em saúde, os percentuais de suas rendas gastos com saúde continuam crescendo sistematicamente desde 1960.

Tabela 1. Evolução dos Gastos com Saúde em Países da OECD¹ (% do PIB)

	1960	1970	1980	1990	2000	2003
Austrália	4,0	4,5	6,8	7,5	8,8	9,2
Áustria	4,3	5,2	7,5	7,0	9,4	9,6
Bélgica		3,9	6,3	7,2	8,6	10,1
Canadá	5,4	7,0	7,1	9,0	8,9	9,9
República Tcheca				4,7	6,7	7,5
Dinamarca		7,9	8,9	8,3	8,3	8,9
Finlândia	3,8	5,6	6,3	7,8	6,7	7,4
França	3,8	5,3	7,0	8,4	9,2	10,4
Alemanha		6,2	8,7	8,5	10,4	10,9
Grécia		6,1	6,6	7,4	9,9	10,5
Hungria				7,1	7,1	8,3
Islândia	3,0	4,7	6,2	7,9	9,2	10,5
Irlanda	3,7	5,1	8,3	6,1	6,3	7,2
Itália				7,7	7,9	8,2
Japão	3,0	4,5	6,5	5,9	7,6	8,0
Coréia do Sul			4,4	4,4	4,8	5,5
Luxemburgo		3,1	5,2	5,4	5,8	7,7
México				4,8	5,6	6,3
Holanda		6,6	7,2	7,7	7,9	9,1
Nova Zelândia		5,1	5,9	6,9	7,7	8,0
Noruega	2,9	4,4	7,0	7,7	8,5	10,1
Polônia				4,9	5,7	6,5
Portugal		2,6	5,6	6,2	9,4	9,8
Eslováquia					5,5	5,9
Espanha	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	7,9
Suécia		6,8	9,0	8,3	8,4	9,3
Suíça	4,9	5,5	7,4	8,3	10,4	11,5
Turquia			3,3	3,6	6,6	7,6
Reino Unido	3,9	4,5	5,6	6,0	7,3	7,9
Estados Unidos	5,1	7,0	8,8	11,9	13,3	15,2

Fonte: OECD Health Data 2006

Entre os países da OECD com informações disponíveis desde 1960, os gastos com saúde ao menos dobram ao longo das últimas quatro décadas, quando não atingiram crescimentos superiores a três vezes o crescimento do PIB, como é o caso dos Estados Unidos e da Noruega, onde os gastos com saúde em 1960 representavam 5,1% e 2,9% do PIB de cada país respectivamente e alcançaram 15,2% e 10,1% do PIB em 2003.

¹ Organisation for Economic Co-operation and Development

Entre os países em desenvolvimento como México e Turquia, o crescimento também foi expressivo e superior ao crescimento do PIB de cada um dos países. Dentre os países da OECD, o único que não apresentou crescimento expressivo da participação do PIB com gastos em saúde foi a Coreia do Sul que ainda assim subiu de 4,4% em 1980 para 5,5% em 2003. No período entre 1990 e 2003 a Finlândia foi o único país que conseguiu diminuir o crescimento dos gastos com saúde.

Segundo dados da OMS, o Brasil investe em saúde de 7,6% do seu PIB. Em relação aos países da América do Sul, só fica atrás da Argentina com 8,9% e do Uruguai com 9,8%. Porém, o Brasil² representa 46,3% dos gastos absolutos com saúde da América do Sul, seguidos pela Argentina com 15,76% e pelo Chile com 14,24%.

Hall e Jones (2004) projetam uma participação de gastos em saúde no PIB dos Estados Unidos para 2050 entre 27% a 34% do PIB. Esses percentuais sugerem grandes dificuldades para financiar os gastos com saúde projetados, ao considerarmos o grande déficit fiscal americano. Para o Brasil, Ferraz (2006) indica tendências de que em 2025 o Brasil deve alocar 12% do PIB para cobrir gastos em saúde, considerando a participação da saúde suplementar e nenhuma ruptura do cenário atual.

Evidentemente, a evolução dos gastos em saúde é afetada por variações econômicas e demográficas, sociais, culturais e outros, próprios de cada país. A literatura sugere alguns fatores principais que seriam as causas desse aumento de gastos, dentre esses fatores destacam-se o envelhecimento populacional e a evolução tecnológica.

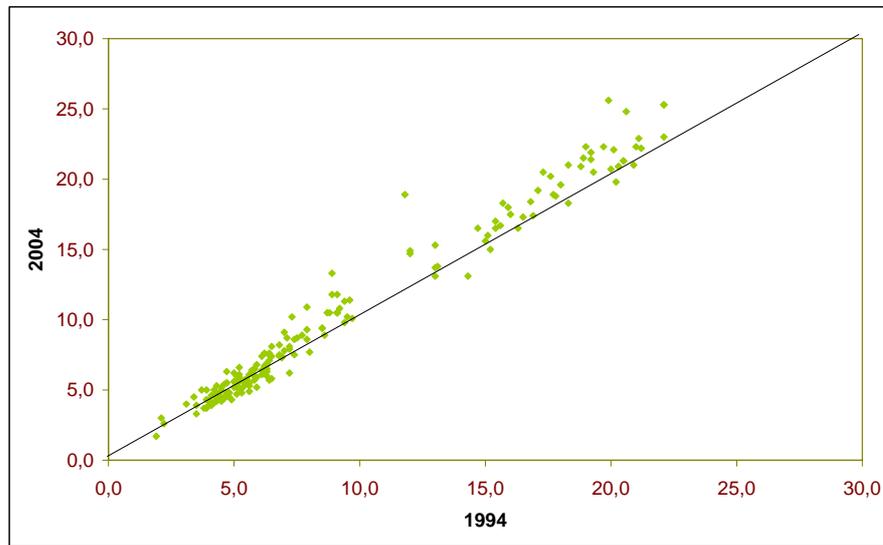
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Na grande maioria dos países, a participação de idosos na população vem crescendo de forma expressiva nas últimas décadas. É importante observar o processo de envelhecimento da população, pois esse fator tem sérias implicações tanto no aumento dos gastos com saúde *per capita* como na diminuição percentual da PEA – População Economicamente Ativa, segmento geralmente responsável pela geração de recursos para o pagamento dos gastos com saúde de toda população.

O gráfico a seguir compara a participação da população com mais de 60 anos nos países membros da OMS. Em 2004, a maioria dos países teve sua população idosa aumentada. Esse processo é mais acelerado nos países que em 1994 a população já era mais envelhecida, como pode se notar pela distância dos pontos na bissetriz do gráfico.

² Programa de Cooperações Internacionais da América Latina indica, IBGE (2006)

Gráfico I. Participação da população com + 60 anos nos países membros da OMS (1994 e 2004)

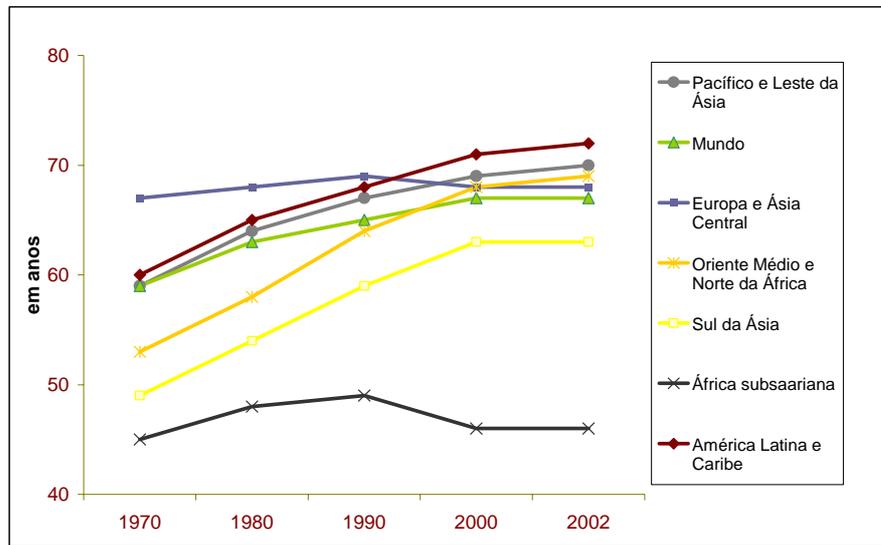


Fonte: World health report 2006, Anexo I

Um dos principais fatores indutores do envelhecimento populacional é a queda na taxa de fecundidade, o que interrompe o ritmo de reposição populacional e produz um aumento da proporção de idosos frente à população total. Outro fator particularmente importante é o declínio da mortalidade de indivíduos com idades acima de 50 anos, fenômeno que está sendo observado nas populações de todos os países, desenvolvidos ou não. No Brasil, por exemplo, segundo dados do IBGE, enquanto a população com mais de 60 anos representava apenas 6,7% em 1990, em 2004, a mesma faixa já atinge 8,7% do total.

A expectativa de vida ao nascer é um dos principais indicadores do aumento da longevidade. Percebe-se, no gráfico a seguir, que o crescimento da expectativa de vida ao nascer nos últimos 30 anos na média mundial foi de 8 anos, com grandes variações na dinâmica demográfica por região.

Gráfico II. Evolução da expectativa de vida ao nascer no mundo e em regiões geográficas – 1970 - 2002³



Fonte: Banco Mundial, base de dados on line

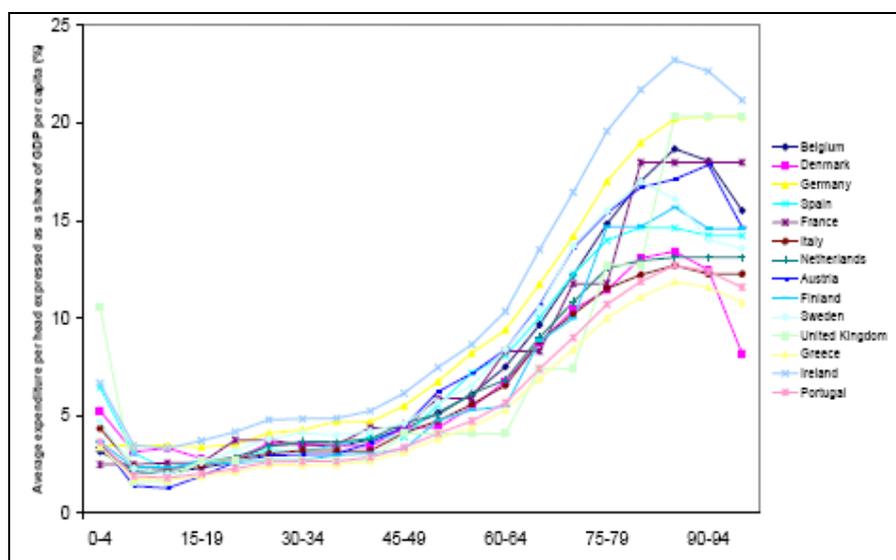
Regiões que apresentavam baixo desenvolvimento sócio-econômico no início, em 1970, apresentaram crescimento acima de 10 anos, com destaque para o Oriente Médio e o Norte da África que conseguiram, até 2002, prolongar em 16 anos a vida média do cidadão. Isso representa um acréscimo de 1 ano de vida para a população a cada 2 anos. Na outra ponta, destaque negativo para a África Sub-saariana que, após crescentes ganhos até a década de 1990, viu o processo de aumento da longevidade reverter-se até a expectativa de vida da população diminuir aos níveis da década de 1970. Dentre os principais fatores que podem explicar esse fenômeno estão as guerras civis entre grupos étnicos antagônicos e a epidemia de AIDS.

A rápida mudança do padrão demográfico constitui, sem dúvida, uma das mais importantes transformações sociais recentes com amplas conseqüências para as políticas públicas, especialmente no setor previdenciário e de saúde.

Uma população proporcionalmente mais velha tem maiores gastos com saúde. O gráfico seguinte é resultado de um estudo realizado pela Enepri - European Network of Economic Policy Research Institute (2005) e apresenta dados para gastos com saúde por grupos de idade para o conjunto de 15 países da União Européia. O estudo dividiu os custos em saúde em dois tipos: a) cuidados curativos: custos associados a atividades de tratamento; b) cuidados de longo prazo: gastos com atividades requeridas para ajudar pessoas a realizar as tarefas básicas da vida por estarem comprometidas por alguma deficiência ou doença grave. Os gráficos a seguir apresentam o resultado do estudo.

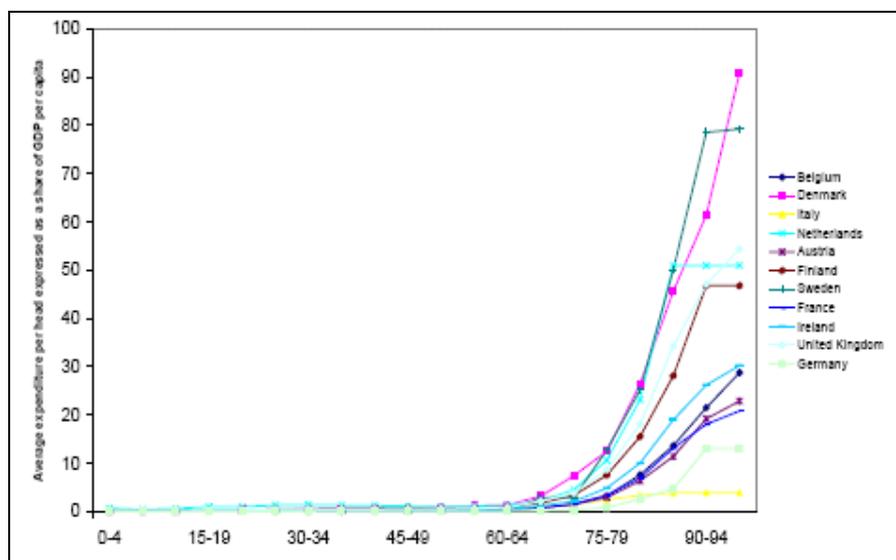
³ O gráfico surpreende com a América Latina apresentando expectativa de vida maior que outras regiões. No entanto, nas consolidações do banco mundial, a América do Norte não aparece na análise e a Europa foi incluída num bloco maior, juntamente com países da Ásia Central.

Figura 1. Gastos com Cuidados Curativos em Países da União Europeia, por perfil de idade



Fonte: Westerhout e Pellikaan (2005: pg.8)

Figura 2. Gastos com Saúde em Países da União Europeia, Cuidados de Longo Prazo, por perfil de idade



Fonte: Westerhout e Pellikaan (2005: pg.8)

Enquanto os gastos com tratamentos curativos crescem moderadamente ao longo da vida dos indivíduos, os cuidados associados a doenças crônicas são acentuadamente concentra-

dos nas faixas etárias mais elevadas. Na literatura especializada, parece haver consenso que os gastos desta componente ainda vão crescer em importância.

Além dos fatores demográficos, como o envelhecimento populacional outro importante determinante na evolução dos gastos com saúde é a rápida evolução tecnológica e sua incorporação na área da saúde.

1.2 EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA

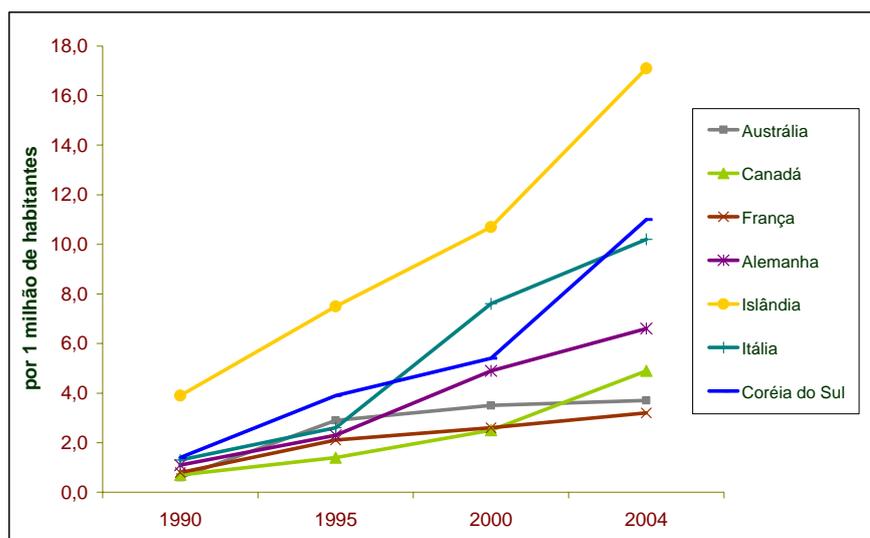
O progresso tecnológico é um dos importantes *drivers* do crescimento da atividade de saúde no mundo e certamente um dos determinantes do aumento da longevidade que observamos nas últimas décadas. Novas tecnologias na área de saúde não se restringem a alguns caros equipamentos, diagnósticos ou terapêuticos: englobam toda uma gama de insumos utilizados no diagnóstico e tratamento, incluindo fármacos, próteses, órteses, materiais sintéticos para as mais variadas finalidades, equipamentos de tecnologia da informação e comunicação, instrumental cirúrgico e muitos outros.

A velocidade das inovações na área de saúde neste início de milênio não tem paralelo com outros momentos da história da humanidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 50% de todos os avanços terapêuticos disponíveis hoje em dia não existiam há dez anos.

Até a invenção da penicilina em 1928, pode-se dizer que o impacto médico-tecnológico na redução da mortalidade era pequeno. Desde então, tornou-se possível prevenir e tratar diversas enfermidades, cujo desfecho era frequentemente fatal: tuberculose, poliomielite, sarampo, gastroenterites e pneumopatias na infância, entre muitas outras.

Diferentemente de outros setores da economia, a introdução de novas tecnologias, embora permita significativa melhora na saúde das pessoas, nem sempre agregam ganhos de escala ao sistema.

Gráfico III. Número de Ressonâncias Magnéticas por 1 milhão de Habitantes



Fonte: OECD Health Data 2006

Além disso, a obsolescência na área médica tende a ocorrer em horizontes de tempo muito inferiores à obsolescência funcional dos equipamentos. Se esta última foi tomada como base para a decisão de custo-efetividade à época de introdução da inovação anterior, então advêm depreciações não projetadas, prejuízos e dificuldades de caixa que, por sua vez, induzirão práticas condenáveis de utilização forçada.

Boddenheimer (2005) comenta estudos realizados nos EUA que mostram haver uso excessivo e inapropriado de inovações tecnológicas na área de saúde. A grande questão não é a incorporação tecnológica em si, mas como esse processo deve ser avaliado e incorporado.

Mesmo o conceito de custo-efetividade é motivo de debate, uma vez que envolve critérios e valores de ordem ética e moral. Países como o Canadá e o Reino Unido estão apresentando soluções inovadoras para avaliar e controlar o processo de incorporação tecnológica na área de saúde, utilizando o instrumento de agências reguladoras financiadas pelo poder público, mas independentes.

Em alguns estudos realizados em áreas específicas de aplicação, Cutler e McClellan (2001) examinaram os impactos da mudança tecnológica no tratamento de cinco enfermidades (ataques cardíacos, baixo peso em recém nascidos, depressão, catarata e câncer de mama) para determinar se os benefícios do crescimento dos gastos superaram os custos. Utilizando como premissa que um ano adicional na vida de um paciente equivale a US\$ 100.000, eles demonstraram que, para 4 dos 5 procedimentos avaliados, os benefícios superaram os custos, enquanto em apenas um (câncer de mama) os custos e os benefícios foram aproximadamente os mesmos.

Entretanto, a questão central não é exatamente a da avaliação de custo-efetividade e de suas discutíveis premissas sobre o valor atribuído, por exemplo, aos chamados “anos de vida saudável”. O problema, como coloca o Prof. Gafni, do Center of Health Economics and Policy Analysis do Canadá (Gafni e Birch 1993), é que mesmo em situações onde se comprove o resultado favorável da análise custo-efetividade de um procedimento, a introdução da tecnologia pode estar limitada pela escassez de recursos da sociedade.

Atualmente, as estatísticas parecem mostrar que as sociedades dos mais diversos países e culturas continuam valorizando a introdução de tecnologias em saúde porque percebem que os benefícios compensam os custos. Porém, o impacto da incorporação tecnológica nos custos e, conseqüentemente, na sustentabilidade dos sistemas financeiros que os atendem, não parece estar bem compreendido. Pode-se estar criando uma situação de desequilíbrio e de transferência de grandes ônus às futuras gerações.

2 ORGANIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os sistemas de saúde, privados e públicos, desenvolveram-se em paralelo ao processo de industrialização e a urbanização da sociedade. Esse ambiente proporcionou a aprovação de leis de seguridade social, inclusive os serviços de atenção à saúde, inspiradas no pioneiro modelo alemão instituído por Bismarck no final do século XIX.

Antes do processo de industrialização, boa parte do atendimento médico era prestada por instituições religiosas, atuando em circunstâncias locais. Talvez os pioneiros na organização abrangente de redes e sistemas de saúde tenham sido os militares. Aos governos cabia prioritariamente o papel de cuidar dos problemas sanitários advindos da urbanização.

Após a implantação da seguridade social, a assistência médica começou a ser organizada também por empresas privadas e governos, em proporções variadas. Além das funções diretas de prestador de serviços de saúde, aos governos, normalmente, eram reservadas as funções de formulação de políticas de saúde e a proteção da população contra epidemias, funções normalmente não exercidas pela iniciativa privada. Desde a criação dos primeiros sistemas de saúde modernos, nos primórdios do século XX, os formuladores de políticas tentam responder às demandas da sociedade, atendendo a princípios como ampliação do acesso, equidade, diversidade e liberdade de escolha.

A organização do sistema de saúde, bem como o nível de intervenção governamental e de outros agentes, deve levar em consideração as particularidades de cada nação e a relevância para a política da saúde de fatores como: a economia, a situação política e a visão cultural, variáveis que se influenciam mutuamente. A condição sócio-econômico-cultural dos países afeta tanto a demanda quanto a oferta de serviços de saúde.

Alguns trabalhos buscam qualificar a organização dos sistemas de saúde em dimensões como o nível de desenvolvimento econômico e as políticas de saúde em relação a intervenção dos agentes (Roemer, 1991), enquanto outros procuram identificar as relações entre os indivíduos e potenciais pacientes, terceiros pagadores e provedores de serviço de saúde (Benedict, HPCG).

A seguir, vamos discutir como se organizam sistemas de saúde em diversos países, identificando semelhanças entre os tipos de organização, estrutura do serviço de atendimento à saúde e a solução de financiamento encontrada.

Em futura publicação, apresentaremos um breve resumo sobre a estrutura do atendimento à saúde em vários países.

2.1 MODELOS DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Para facilitar a análise dos vários sistemas de saúde existentes no mundo, vamos descrever alguns sistemas paradigmáticos. Como se verá, apenas excepcionalmente um país adota integral e exclusivamente um desses paradigmas.

Os estudiosos do setor costumam caracterizar os modelos de financiamento aos serviços de atenção à saúde a partir das idéias originárias da Europa, primeiro com Bismarck⁴, depois com Beveridge⁵.

⁴ Otto von Bismarck (1815 – 1898) chanceler alemão que impulsionou a legislação social no final do século XIX

Como vimos, as pressões de custo em saúde constituem-se em questões desafiadoras em praticamente todos os países. A análise da organização de sistemas de saúde deve sempre vislumbrar o efeito das várias alternativas organizacionais sobre as finanças e indicadores de saúde.

A operação de serviços de saúde apresenta uma particularidade relevante frente a outras formas de organização comercial, que é a figura do terceiro pagador. Trata-se da situação em que, entre o “comprador” (usuário de serviços) e o “vendedor” (prestador de serviço), existe uma terceira figura, o agente financiador, que paga a conta. Esse agente é denominado terceiro pagador e pode ser um ente governamental, uma empresa seguradora ou operadora de plano de saúde. Nesse contexto o comprador e o vendedor têm poucos incentivos para racionalizar o uso dos serviços. Por outro lado, o usuário também tem pouca capacidade de julgar se os serviços que lhe são prestados são adequados, muitas vezes confundindo sofisticação com qualidade. Além do mais, por não pagar diretamente a conta, pode preferir não se envolver neste tipo de questionamento.

Segundo Evans R (2002), os sistemas de financiamento à saúde podem ser representados por um perfil de acordo com os valores relativos dos parâmetros da seguinte fórmula:

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

Onde:

TF: é a fração das receitas arrecadadas por impostos e contribuições gerais dedicada à saúde

SI: é o valor arrecadado pela seguridade social dedicado à saúde

UC: gastos diretos do consumidor dedicados à saúde

PI: prêmios de seguro privado

P: um vetor que mede a média de preços por serviço de saúde

Q: um vetor que mede a média de utilização de cada serviço de saúde

Z: um vetor com as quantidades de recursos utilizadas para oferecer os serviços de saúde

W: um vetor com as médias de preço desses recursos

A maioria dos países apresenta mais de uma forma de financiamento, podendo apresentar um sistema com um *mix* das quatro fontes apresentadas. Sistemas onde as proporções somadas de TF e SI sejam elevadas são “de financiamento público”. No caso de prevalecer a soma entre UC e PI, são caracterizados como “de financiamento privado”.

O produto (P x Q) representa o valor total dos gastos com saúde sob a ótica dos preços dos serviços prestados. Esse produto iguala-se em valor ao produto (W x Z) que representa a ótica do consumo de recursos e seus custos.

Cabe estudar se diferentes arranjos entre os mecanismos de financiamento, expostos do lado esquerdo da equação, têm o mérito de induzir à maior eficiência do sistema pela diminuição dos produtos do lado direito, seja por incentivar a redução do consumo excessivo, seja pelo barateamento de custos unitários ou ainda pela melhor alocação dos recursos.

⁵ Baseado nas idéias de Sir William Beveridge, parlamentar britânico cujas idéias foram responsáveis pelas políticas de Welfare State após a Segunda Guerra Mundial

2.1.1 CONTRIBUIÇÕES SALARIAIS (SEGURIDADE SOCIAL)

O financiamento à saúde através da chamada seguridade social teve sua origem na Alemanha durante o governo de Bismarck. Em seu início, era articulado pela lógica expressa na seguinte frase: “a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade”. Segundo Normand e Busse (2002) o paradigma da assistência à saúde baseado na seguridade social tem duas características principais: a) segurados pagam contribuições regulares, normalmente com base no salário; b) entidades independentes, ou quase-públicas, administram os recursos dos denominados “Fundos de Doença”.

Essas duas características apresentam-se dentro de limitações e adaptações conforme o país onde esse sistema é encontrado. No sistema francês as contribuições são arrecadadas com base na renda da população, enquanto no sistema suíço, seguradoras privadas podem administrar os Fundos de Doença.

Os autores também definem a seguridade social como um sistema de fundos mandatórios estabelecidos por lei para obter prestação de serviços de saúde através de um seguro estatutário de terceiro pagador, através de contribuições ou prêmios não relacionados com o risco, à parte de outros sistemas legais de impostos e contribuições.

Um sistema bismarckiano rígido pode causar exclusão de indivíduos mais pobres ou desempregados, como parece ocorrer na Turquia e na Índia. Este caso também ocorreu na Alemanha após a unificação, quando os índices de desemprego alcançaram níveis recordes no pós-guerra. Nesse caso, o governo alemão promoveu a inclusão de pobres e desempregados no sistema de saúde, gerando conflitos sociais entre a população contribuinte e os não contribuintes.

Em alguns países os indivíduos podem escolher livremente a empresa seguradora ou o Fundo de Doença, como na Alemanha, Grécia e Suíça. Porém, isso não ocorre no Japão e Turquia onde cada grupo de indivíduos é coberto por um fundo pré-determinado.

Como as contribuições são descontadas diretamente dos salários dos indivíduos e com destinação estabelecida, existe mais liberdade para o acesso ao serviço e normalmente o próprio paciente escolhe o prestador de serviço.

Sendo o embrião dos sistemas de saúde modernos, muitos países ainda permanecem nesse sistema como Alemanha, França, Argentina e Suíça ou em países onde essa forma de financiamento mantém uma importante participação (a exemplo de México, Chile e Espanha), apesar de não ser o principal agente financiador: México, Chile e Espanha.

2.1.2 IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES GERAIS

Os sistemas de saúde financiados por impostos gerais são conhecidos como modelos Beveridgeanos, onde sistemas de saúde centralizados ofereceriam serviços médicos vitais gratuitamente a toda a população de forma igualitária.

O recolhimento dos recursos via impostos é realizado normalmente por um órgão governamental que posteriormente repassa os recursos para os sistemas de saúde que os distribuem de acordo com um plano orçamentário pré-definido e políticas de saúde já estabelecidas.

No Reino Unido, o sistema de saúde é totalmente centralizado e a responsabilidade e a administração do sistema é feita pelo governo central. Já no Canadá, o sistema é descentra-

lizado de forma que, com alguns repasses do governo central, a responsabilidade pelo custeio e pela organização do sistema de saúde de cada província é do próprio governo provincial.

O grau de controle da população sobre a utilização dos recursos destinados à saúde varia bastante. Em países como a Austrália, onde existe um imposto específico para a saúde, existe maior controle sobre os recursos captados. A população pode aferir com mais clareza a eficiência da alocação desses recursos. Já em sistemas tributários não vinculados, como o brasileiro, parece difícil que a população compreenda as implicações de alocações orçamentárias sobre a cadeia produtiva da saúde e, conseqüentemente, medir a eficiência do sistema.

Em tese, os sistemas de saúde financiados por impostos gerais devem exercer a função de provedor universal a toda a população. Entretanto, nem sempre se garante o acesso de fato a toda população. Este pode ser o caso de vários países da América Latina, onde as populações mais pobres e isoladas vivem à margem do sistema de saúde. Nos Estados Unidos, o sistema público de saúde também só atende a uma parte da população, deixando cerca de 60 % da população sob a guarda de sistemas privados e uma significativa parcela (45 milhões, ou cerca de 17%) sem garantia de acesso⁶ (US Census Bureau, 2005).

Embora tendam a promover a equidade, os sistemas de financiamento à saúde *beveridgeanos* não garantem que o sistema de saúde atenda aos indivíduos de forma igualitária. Como os recursos são alocados anteriormente aos eventos, os sistemas de saúde baseados em impostos podem limitar a realização de procedimentos conforme a disponibilidade orçamentária, o que acaba gerando filas de atendimento. Em alguns países, como no Reino Unido e no Canadá, onde esses sistemas são predominantes, as populações de mais alta renda optam por seguros privados para evitar as filas do sistema público e obter serviços de internação com maior grau de conforto. Também em países onde o sistema público é considerado ineficiente pela população, como no caso do México, muitas famílias acabam por não utilizar o sistema público, demandando boa parte dos serviços diretamente dos provedores.

Nos sistemas *beveridgeanos*, os serviços podem ser oferecidos tanto por prestadores privados quanto públicos. Dentre alguns países cuja principal prática de financiamento à saúde são os impostos gerais temos: Canadá, Finlândia, Suécia, Reino Unido e Brasil, este último também com significativa parcela privada.

⁶Essa parcela da população americana de 45 milhões de pessoas, embora formalmente classificada como *uninsured*, acaba recorrendo, sobretudo em casos de urgência e emergência, a hospitais que fazem parte da chamada *Safety Net*. Trata-se de um vasto grupo de hospitais que funcionam como último recurso a que essa parcela da população pode se valer. Esses hospitais acabam de alguma forma sendo remunerados, ainda que parcialmente, através de fundos governamentais (*Disproportionate Share Hospital Funds*) de compensação por serviços voltados à população vulnerável (Mechanic, 2004). Embora essa população possa eventualmente valer-se dos serviços da *Safety Net*, de qualquer maneira, não há a eles garantia de acesso, quer seja através de planos públicos ou privados.

2.1.3 SEGUROS E PLANOS PRIVADOS

Os seguros e planos privados são contribuições voluntárias feitas pelos próprios indivíduos, ou por seus empregadores, para obtenção eventual de serviços de assistência à saúde. A administração desses recursos pode ser realizada por empresas, com ou sem fins lucrativos, e normalmente atuam em conjunto com uma rede privada de prestadores de serviços.

Em alguns países, especialmente na Europa, não se atribui importância, ou necessidade, a esse sistema. Em outros, a saúde privada é um dos pilares do sistema de saúde.

Nos Estados Unidos, Holanda e Alemanha, a saúde privada é uma fonte de cobertura primária para grupos da população sem acesso ao sistema público. Nos Estados Unidos o sistema público é oferecido pelo Medicare e Medicaid para grupos restritos de idosos, deficientes e população de baixa renda, sendo 60% da população atendida pela saúde privada.

Na Holanda, quase 30% da população, aqueles com mais alta renda, não era atendida pela saúde pública. Como alternativa, a maioria das pessoas dessa classe de renda comprava seguro de saúde privado. Na Alemanha, a população acima de certa renda pode optar por não participar do sistema público e então costuma adotar um plano privado.

Na Austrália, Irlanda, Nova Zelândia e Reino Unido, o sistema privado opera paralelamente ao sistema público, duplicando o serviço de atendimento público universal. Quase metade dos australianos e irlandeses possuem um plano de saúde privado.

A saúde privada em alguns países tem um importante papel para complementar o financiamento público da saúde, cobrindo os custos de co-pagamentos, como no caso da França onde 90% da população tem esse tipo de cobertura. Nos Estados Unidos, indivíduos elegíveis pelo Medicare (pessoas com mais de 65 anos) podem comprar seguros privados para cobrir os co-pagamentos e outros serviços que o atendimento público não oferece.

Em muitos países da Europa, a saúde privada tem função suplementar para financiar bens e serviços que são excluídos da cobertura pública. No Canadá, 65% da população possui algum plano suplementar de saúde privada, nas províncias onde são permitidas a comercialização desse produto. Na Holanda, quase toda a população coberta pelo seguro social possui um plano privado suplementar. Na Suíça, 80% da população suplementa o plano mandatório com um plano privado voluntário.

Em alguns países, os serviços de saúde financiados por planos privados são prestados pelos mesmos provedores dos serviços públicos. Em outros, como no caso do Brasil, o atendimento é realizado majoritariamente por uma rede referenciada ou por prestadores autônomos privados.

O seguro voluntário é limitado pela capacidade de pagar do indivíduo ou de seu patrocinador. O valor do prêmio, por sua vez, decorre de cálculos atuariais e dos custos estimados da assistência médica. Em países como a Austrália os prêmios não são determinados a partir dos riscos individuais. Já nos Estados Unidos e na Suíça, o sistema permite a discriminação por perfis de risco.

Nos planos voluntários, o indivíduo possui maior poder para controlar e exigir qualidade dos serviços prestados, mesmo em uma atividade caracterizada pela figura do terceiro pagador. Os indivíduos também possuem maior liberdade para escolher quem será o prestador do serviço médico. Esses benefícios, por outro lado, acabam por se traduzirem em incentivo ao uso perdulário de recursos, o que acaba gerando pressões de custos para todo

o sistema. Adiante, discutiremos mecanismos que vêm sendo estudados para conter as pressões de custos.

Sendo um setor sujeito a inúmeras das chamadas “imperfeições de mercado”, dentre as quais citamos a assimetria de informação e a figura do terceiro pagador, vários países adotaram a solução de constituir uma agência reguladora do setor de saúde suplementar. O grau de intervenção dessas agências, entretanto, varia bastante. Nos Estados Unidos, a regulação atinge profundidade variada: há estados em que o governo não interfere e a regulação segue acordos entre operadoras, prestadoras e empresas contratantes de seguro saúde para seus empregados; em outros casos, como nos planos do Medicare-Gap a regulação é bastante profunda. Na Austrália, o setor é fortemente regulado. Na Rússia e no México o setor praticamente não sofre intervenções regulatórias.

2.1.4 GASTOS DIRETOS DA POPULAÇÃO

Os gastos em saúde diretamente pagos pelos usuários aos provedores é a única forma de financiamento que não envolve a figura do terceiro pagador.

A ausência de um terceiro pagador cria incentivos para que o usuário seja mais criterioso no gasto com o seu dinheiro. Da mesma maneira, o usuário também tende a controlar a qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, o sistema não protege o indivíduo dos riscos normais envolvidos com a atenção à saúde. O risco individual desse tipo de sistema é considerado inaceitável para a grande maioria das pessoas. Desta forma, parece que em qualquer sociedade organizada do mundo atual, existe um mecanismo que garanta um nível mínimo de cobertura, seja pelo governo, seja por planos de saúde, de forma que os eventos catastróficos ao nível familiar sejam isentos do pagamento direto do usuário ao prestador.

Nos países mais desenvolvidos, os gastos pagos diretamente são, em sua maioria, serviços não cobertos pelos sistemas de saúde organizados, como cirurgias cosméticas, uma gama de medicamentos (já que mesmo países desenvolvidos garantem cobertura diretamente a uma série de medicamentos) e co-pagamentos de serviços.

Em países menos desenvolvidos e de grande desigualdade social, a falta de estrutura dos sistemas de saúde obriga a população a pagar diretamente pelos serviços aos prestadores privados. Tal parece ser o caso da Índia e México. Em alguns casos, como na Grécia, os gastos não cobertos pelo sistema de seguridade são realizados pelos próprios indivíduos e parece existir uma resistência cultural para a implementação de planos suplementares.

2.2 MÉTODOS DE PAGAMENTO A PRESTADORES

Nas seções anteriores discutimos o papel dos agentes financiadores dentro do sistema de saúde de acordo com a organização do sistema. Nesta seção discutiremos a forma como os prestadores⁷ são remunerados em cada tipo de sistema e incentivos correspondentes.

⁷ A palavra provedor designa os agentes prestadores do serviço de assistência médica como: hospitais, clínicas, laboratório e médicos.

2.2.1 MECANISMOS DE PAGAMENTO E INCENTIVOS

Mecanismo é a maneira como se denomina o tipo de contrato entre dois ou mais atores do sistema de saúde – paciente, provedor, pagador. Mecanismos de pagamento devem objetivar incentivos específicos para a prestação de serviços de saúde e/ou para a minimização de risco de comportamento oportunista. Dependendo de como os mecanismos de pagamento são usados, podem exacerbar diferenças entre os objetivos dos atores do sistema ou oferecer meios para que os diferentes objetivos se alinhem e haja menos conflito.

O quadro a seguir resume as características de alguns mecanismos de pagamento dos operadores, público ou privado, ao provedor. Embora deva existir um sem-número de outros mecanismos de incentivos ainda não bem estudados, o exame desses casos é suficiente para compreender os riscos de um sistema de pagamento mal estruturado entre operadores e prestadores.

A definição do método de pagamento leva em conta a especificação de quando os valores da remuneração são estabelecidos; antes ou depois da prestação de serviço. Quando os valores para a remuneração de um atendimento à saúde são acordados antes da prestação de serviços, refere-se a pagamento prospectivo. Pagamentos prospectivos, incluindo baseados por caso (comumente chamados de pacotes) ou pagamento por capitação, geram incentivos para aumento de eficiência porque o provedor assume riscos financeiros mais altos, pois será remunerado um montante pré-estabelecido, independentemente da composição de fato do serviço prestado. Quando a remuneração é estabelecida durante ou depois da prestação do serviço de saúde, refere-se a pagamento retrospectivo, ou reembolso baseado em custo, e é conhecido por ser estimulador da elevação dos custos, em vez de contendor. *Fee-for-service* é o mecanismo exemplo-típico de remuneração retrospectiva.

Quadro 1. Métodos de pagamentos a prestadores e incentivos criados

Método de pagamento	Unidade de serviço	Pagamento Prospectivo ou Retrospectivo	Incentivos
Orçamento por item	Orçamento por categorias funcionais	Ambos	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca flexibilidade no uso dos recursos • Controle de custos totais • Não incentiva melhoras de produtividade • Algumas vezes resulta em racionamento
Orçamentação global	Orçamento por entidade ou instalação prestadora	Prospectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Nível de gastos determinado arbitrariamente • Poderia melhorar se atrelado à performance • Itens fora do escopo podem ser pagos por <i>cost-shifting</i> • Racionamento pode ocorrer
Capitação	<i>Per capita</i> , número de pessoas designadas ao prestador	Prospectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Incentiva a sub-oferta • Fortes incentivos à eficiência podem levar prestadores a sacrificar qualidade • Pode ocorrer racionamento • Melhora continuidade de tratamentos
Baseado em caso	Caso ou episódio	Prospectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Incentiva redução do custo por caso, mas aumenta número de casos (se preço por caso for maior que custo marginal) • Incentiva eficiência no tratamento por caso
<i>Per diem</i>	Por dia	Prospectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Incentiva redução serviços por dia mas aumenta permanência (se preço por dia for maior que custo marginal)
<i>Fee-for-service</i>	Por unidade de serviço	Retrospectivos	<ul style="list-style-type: none"> • Incentiva aumento das unidades de serviço por caso ou por dia

Fonte: Maceira (1998 pg 5).

Do exame das observações tabuladas, talvez seja possível concluir que um mecanismo ainda muito tradicionalmente usado (*fee for service*) seja o menos adequado se desejamos incentivar o controle do aumento de custos. Outros mecanismos apresentam também sérias deficiências nesse sentido, mas a literatura está apontando como é possível conjugar cada um desses mecanismos com medidas adicionais de controle, de metas e de competição, para gerar a eficiência e a contenção de custos desejada.

Segundo Maceira et al (1998), alterações nos mecanismos de pagamento provocam um realinhamento no modo de atender e prestar os serviços de saúde, alterando a alocação de riscos, a tendência à especialização ou atenção generalista, o equilíbrio competitivo entre membros de mesmas categorias ou de diferentes posições na cadeia da saúde, além de afetar o nível de integração. Essas alterações, evidentemente, vão afetar a atenção à saúde e o ambiente em que ela se processa. Ao mesmo tempo, diferentes condições no setor de saúde afetam a efetividade dos mecanismos de incentivo imaginados.

Esse autor considera que países europeus estejam escolhendo combinar vários métodos de pagamento a prestadores com foco na eficiência. De certa forma, para esses países, os principais objetivos sugeridos pela OMS de um mecanismo de pagamento em um sistema de saúde, já estão atendidos, faltando perseguir a produtividade. A título de informação, a OMS sugere que além da eficiência, o mecanismo de pagamento incentive a qualidade, a acessibilidade, a escolha do prestador pelo paciente e seja fácil de implementar. Em 10 dos 16 países europeus considerados, a tendência observada por ele foi a de introduzir mecanismos de orçamento global por instituição (hospital) e controle de custos para o pagamento de internações.

Estudos estatísticos (Cole et al, 1994) tentaram medir os efeitos das alterações de *fee-for-service* para capitação. Comparativamente ao grupo de controle, houve significativa redução do número de dias de hospitalização sem diferenças significativas nas medidas de qualidade dos resultados de saúde. Outros estudos comprovaram que esses efeitos são praticamente independentes da categoria de tratamento (*diagnosis related group*). Em estudo empírico de modelação econômica, Ellis e McGuire (1986) sugerem que uma forma mista de reembolso, que combine tanto elementos de pagamento prospectivo quanto retrospectivo, pode ser a melhor alternativa para atingir um balanço entre os objetivos dos atores envolvidos.

Em outro artigo deveremos aprofundar a discussão sobre eficiência de mecanismos de pagamento e focalizar o caso das operadoras e prestadoras brasileiras. Para o presente artigo, pareceu-nos interessante mostrar a importância do tema e indicar pelo menos esse conjunto de iniciativas de contenção de custo no setor, em contrapartida aos fatores já apresentados de indução ao aumento de custos.

De fato, estudiosos de economia da saúde começam a questionar se realmente os aumentos de gastos com saúde são atribuíveis à introdução tecnológica ou se há um fator anterior que induz à utilização perdulária do sistema e à própria introdução tecnológica inadequada. O fator original, sugerem especialistas como Amy Filkenstein, talvez seja a expansão do sistema com terceiro pagador. É inegável que a introdução de tecnologias causa aumentos de custos: alguns estimam em 65% a parte dos aumentos de custos devidos à introdução de tecnologias em saúde. Mas médicos, hospitais e usuários adotam novas tecnologias tão livremente, sobretudo porque as empresas de seguro ou os governos é que vão pagar pela despesa. Desta forma, parece que o estudo de mecanismos de pagamento e controle que induzam economia de custos no ambiente peculiar da saúde foca uma área de estudos muito promissora.

2.2.2 PAGAMENTO A HOSPITAIS

Convém classificar os hospitais em 3 categorias: públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos.

Os hospitais públicos são administrados por algum órgão governamental e atendem, em sua maioria, sem cobrar diretamente do paciente pelo serviço. Essa organização hospitalar é mais concentrada em países que utilizam o sistema *beveridgeano*, tais como Irlanda, Reino Unido e países Escandinavos.

Os hospitais privados sem fins lucrativos são uma característica do sistema de saúde holandês. Os hospitais privados com fins lucrativos são encontrados em praticamente todo o mundo, mas varia a porcentagem de leitos oferecidos para usuários dos sistemas públicos e privados. Países como França, Itália, Brasil e México têm uma forte penetração de hospitais privados. Nestes casos, há hospitais que são contratados pelo sistema público de saúde, aqueles que atendem exclusivamente os financiadores privados e aqueles que atendem a ambos.

Independentemente da figura jurídica do hospital, estes recebem remuneração através de quaisquer dos mecanismos expostos na seção anterior, variando desde a forma menos indutora de contenção de custos, o *fee for service*, até a forma menos popular e usual entre os hospitais, que seria a capitação.

2.2.3 PAGAMENTO A MÉDICOS

Tradicionalmente, o médico vê a “arte de curar” como algo que não deve estar submetido a restrições orçamentárias, com base no princípio que a vida de um ser humano não tem preço. De modo geral, não prevalece a preocupação com o custo-efetividade dos serviços prestados ou solicitados.

Nos dias de hoje, em que os serviços médicos podem ser prestados por um especialista ou por um clínico geral, o papel do clínico geral volta a ganhar importância sobre a tendência da especialização da medicina. Em muitos sistemas, o clínico geral tem função de “*gate keeper*” agindo como um primeiro filtro de triagem e atendimento no sistema. Além de prover algum grau de resolutividade, esse profissional direciona e racionaliza a demanda de serviços médicos.

Em linhas gerais, o financiamento dos serviços médicos pode ser feito de forma prospectiva, nos quais as tarifas pelos serviços são pré-fixadas, como no caso dos salários e da capitação, ou em modelos nos quais o valor da conta é estabelecido após a prestação dos serviços, são os caso do *fee for service* ou pagamento por pacote (nesses caso, embora o valor total do “pacote” seja estabelecido prospectivamente, isto é, antes da prestação de serviço, o médico só receberá a remuneração efetivamente após a prestação).

Em países com sistema de saúde baseado em seguridade social, como Alemanha e França, os médicos são autônomos e trabalham por contrato, enquanto nos sistemas nacionais de saúde os médicos tanto podem ser autônomos (Reino Unido), como assalariados (Finlândia e Portugal).

O quadro a seguir resume algumas características da forma de contratação do clínico geral em alguns países da Europa. A análise consiste em comparar se os profissionais são assalariados ou independentes e a forma como eles são remunerados. O quadro também indica a presença de medidas de eficiência a atenção a saúde, se o médico tem sua própria lista de

pacientes e se existe alguma função de “*gatekeeping*”. Na primeira coluna também aparece a forma de financiamento predominante praticada no país.

Quadro 2. Características do serviço de clínico geral por tipo de sistema de saúde

	Países	% CG autônomos	Forma de pagamento*	Lista Pessoal	Gate-keeping
Sistema de Saúde Nacional	Dinamarca	100	Capitação + <i>fee for service</i>	Sim	Sim
	Finlândia	2	Salário	Não	Não
	Grécia	30	Salário (se autônomo <i>fee for service</i> + capitação)	Não	Não
	Islândia	25	Salário + <i>fee for service</i> (se autônomo <i>fee for service</i> + capitação)	Não	Sim
	Itália	98	Capitação	Sim	Sim
	Noruega	58	<i>Fee for service</i> (se assalariado, salário)	Não	Sim
	Portugal	1	Salário	Sim	Sim
	Espanha	4	Salário	Sim	Sim
	Suécia	1	Salário	Não	Não
	Reino Unido	99	Captação + <i>fee for service</i>	Sim	Sim
Seguridade social	Áustria	99	<i>Fee for service</i>	Não	Não
	Bélgica	97	<i>Fee for service</i>	Não	Não
	França	97	<i>Fee for service</i>	Não	Não
	Alemanha	100	<i>Fee for service</i>	Não	Não
	Irlanda	91	Capitação	Sim	Sim
	Luxemburgo	98	<i>Fee for service</i>	Não	Não
	Holanda	93	Capitação + <i>fee for service</i>	Sim	Sim
	Suíça	99	<i>Fee for service</i>	Não	Não

* Predomínio de uma forma de pagamento: se é superior a 25%, porém inferior a 50% existe mais de uma forma predominante

Nota do autor: É preciso destacar que o quadro foi consolidado em 2002 com base em referência e estudos anteriores a essa data, e pode ter sofrido alguma alteração no decorrer do período.

Fonte: Groenewegen (2002, pg. p205)

3 AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DE SISTEMAS INTERNACIONAIS DE SAÚDE

Este capítulo é dedicado à análise comparada de sistemas de saúde encontrados ao redor do mundo.

Iniciamos mostrando um resumo da situação em diversos países e depois apresentamos análises apoiadas em métodos quantitativos. Deve-se reconhecer que não é razoável esperar construir um *benchmark* consensual de sistema de saúde, dada a complexidade dos fatores intervenientes no tema. Entretanto, ensinamentos importantes podem ser extraídos da aplicação desses métodos e das análises de seus resultados.

3.1 QUADRO SITUACIONAL

Nesta seção, apresentamos uma consolidação comparativa das principais características dos sistemas de saúde de países selecionados. A seleção de países obedeceu ao critério da confiabilidade de dados e informações e da importância potencial para a análise do caso brasileiro. Os quadros foram apresentados para facilitar a comparação entre sistemas de países de condições sócio-econômicas similares.

Quadro 3. Características gerais dos sistemas de saúde – Parte I - Países de alta renda

Características	EUA	França	Canadá	Reino Unido
Tipo predominante de sistema	Empresarial permissivo ou pluralista de mercado	Seguro público ou pluralista solidário	Seguro nacional	Serviço nacional
Acesso	Segmentado	Universal	Universal	Universal
Fonte dos recursos	66% privados	76% públicos (seguridade)	70% públicos (fiscais)	83% públicos (fiscais)
Modalidade de pagamento	Multiplicidade de arranjos, com muito <i>fee for service</i> e DRG	Orçamento e por serviços (hospitais públicos) e pagamento por serviços (consultas e setor privado)	Orçamento e salário (hospitais públicos) por serviços nos consultórios	Orçamento e salário (hospitais públicos) lista de pacientes com complementos para generalistas
Regulação	Federal – seguro (Medicare); Estadual – assistência (Medicaid) Seguros privados (Managed care)	Ministério da Saúde; Agências regionais	Federal com gestão provincial; regionalização em Quebec.	Departamento de saúde / Direção do NHS; gestão distrital com Primary Care Trusts na Inglaterra.
Organização / prestação	Fragmentação, multiplicidade de arranjos	Fragmentação, multiplicidade de prestadores	Organização de redes no Quebec	Regiões / Distritos
Porta de entrada	Consultórios sem vínculo obrigatório	Consultórios com vínculo obrigatório	Consultórios sem vínculo obrigatório	Consultórios com vínculo obrigatório
Problemas / tendências	Desigualdades, custos elevados	Custos elevados, pouca prevenção Integração, controle e avaliação	Dificuldades de acesso Integração, avaliação	Dificuldades de acesso Integração, avaliação, investimentos

Quadro 4. Características gerais dos sistemas de serviços – Parte II - Países de baixa renda

Características	Colômbia	Brasil	Argentina	Chile
Tipos predominantes de sistema	Sistema geral de seguridade social em saúde (SGSSS) Plano obrigatório de saúde (POS)	Sistema único de saúde (SUS) Sistema de atenção médica supletiva (SAMS ou SS – saúde suplementar)	Seguros públicos (Obras Sociais) e seguros privados. Plano médico obrigatório (PMO)	Sistema nacional de serviços de saúde Seguros privados (Isapre). Sistema geral de garantias explícitas (Auge)
Acesso / cobertura	Segmentado, ainda sem universalização 30% contributivo e 26% subsidiado	Universalização com segmentação 75% SUS 25% SS	Segmentado: 50% Obras sociais 46% Hospitais públicos	Universalização com segmentação 20% Isapre
Financiamento	Contribuições, impostos e pagamentos diretos	Impostos, seguros privados e pagamentos diretos	Contribuições, impostos, seguros privados e pagamentos diretos	Contribuições (público, privado) impostos e pagamentos diretos
Regulação / gestão	Ministério da saúde / Superintendência nacional Competição regulada	Ministério da Saúde com gestão municipal (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	Ministério da saúde, descentralização para províncias.	Ministério da saúde, descentralização para regiões.
Organização / prestação	Empresas promotoras de saúde (EPS) Mix público-privado	Rede pública com APS* na porta de entrada / integralidade Mix público-privado Diversidade de prestadores com especialização na saúde supletiva	APS em alguns municípios Mix público-privado	APS nos serviços municipais Mix público-privado
Problemas / tendências	Brecha de cobertura com aumento de custos	Diferenças de qualidade nos subsistemas público e privado. Estratégia de saúde da família	Segmentação / pouca integração	Desigualdade. Recuperação da capacidade instalada e da legitimidade do setor público. Integração e equidade.

*APS: Atenção primária à saúde
Fonte: Unifesp/EPM 2006.

A seguir vamos examinar algumas análises quantitativas sobre a eficiência dos sistemas de saúde de vários países.

3.2 AVALIAÇÃO COMPARADA FEITA PELA OMS

A iniciativa mais notória de avaliação e comparação de sistemas internacionais de saúde foi tomada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que publicou os achados de seu levantamento em junho de 2000, através do World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. Foi a primeira iniciativa formal e de larga divulgação de que se tem notícia de avaliação de sistemas de saúde, considerando 191 países membros da OMS. Ao desenhar a estrutura de medição de desempenho dos sistemas de saúde, a OMS abriu fronteiras metodológicas pois empregou técnicas nunca antes testadas.

No entender da OMS, um bom sistema de saúde vai refletir em boa saúde da população. Para medir o nível geral de saúde da população, a OMS optou por usar o indicador DALE (*disability-adjusted life expectancy*). Esse indicador tem a vantagem de ter comparabilidade com expectativa de vida e é prontamente comparável entre diferentes populações (OMS, 2000). Más condições de saúde reduzem a expectativa de vida saudável entre 5 a 11 anos para os 191 países estudados pela OMS.

A metodologia de avaliação dos sistemas usada pela OMS, contudo, contempla outros indicadores além de nível geral de saúde da população. São eles: disparidades de saúde dentro da população, nível geral de responsividade do sistema, distribuição da assistência entre grupos de diferentes situações econômicas, incluindo a percepção de serviço, e justiça na distribuição da carga financeira entre a população.

Por usar um indicador que combina 5 diferentes dimensões, algumas conclusões acabam sendo intrigantes. Os Estados Unidos, cujo sistema de saúde consome a parcela mais expressiva do próprio PIB e também despontam em primeiro lugar no quesito responsividade, terminam na 37ª colocação no ranking geral, já que são pobremente avaliados nas dimensões: justiça da distribuição da carga financeira e disparidades de saúde dentro da população.

Os 10 primeiros colocados no ranking da OMS são: França, Itália, San Marino, Andorra, Malta, Singapura, Espanha, Omã, Áustria e Japão. O Reino Unido, que gasta somente cerca de 6% de seu PIB em serviços de saúde, posiciona-se na 18ª colocação.

Grande parte dos países com pior avaliação são os da África sub-saariana, onde a expectativa de vida é baixa, sobretudo em função de epidemias como a de HIV/AIDS.

Na Europa, sistemas de saúde em países mediterrâneos como França, Itália e Espanha são melhor avaliados que outros no continente. A Noruega é o país escandinavo mais favoravelmente avaliado, em 11º lugar.

Colômbia, Chile, Costa Rica e Cuba são os sistemas que apresentam melhores indicadores entre os da América Latina (22ª, 33ª, 36ª e 39ª posições respectivamente). O sistema do Brasil posiciona-se na 125ª colocação, tendo sido um dos mais negativamente avaliados no quesito justiça na distribuição da carga financeira.

Singapura e Japão são os únicos países asiáticos dentre os 10 sistemas melhor colocados. No Pacífico, a Austrália está na 32ª colocação, enquanto a Nova Zelândia está em 41º lugar.

No Oriente Médio, incluindo Norte da África, muitos países são positivamente avaliados: Omã (8ª colocação), Arábia Saudita, Emirados Árabes Unidos, Israel e Marrocos (ocupando consecutivamente da 26ª à 29ª colocação).

As críticas mais contundentes a respeito da metodologia formulada pela OMS referem-se à falta de transparência na elaboração do trabalho, usando definições ambíguas e não suficientemente explicadas, e “uso de critérios de avaliação de relevância e cientificidade discutíveis” (Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, 2000). Por outro lado, os mesmos críticos reconhecem a importância da iniciativa da OMS ao, pioneira e corajosamente, formularem e implantarem uma metodologia de avaliação e comparação de sistemas de saúde.

Uma recomendação chave do relatório da OMS é a de que países aumentem a cobertura a serviços de saúde à maior extensão possível da população. A Organização defende que os mecanismos de pré-pagamentos são melhores para assegurar assistência à saúde, seja na forma de seguros, tributos ou seguridade social.

3.3 ANÁLISES MULTIDIMENSIONAIS DE EFICIÊNCIAS COMPARADAS

O objetivo desta seção é apresentar um estudo alternativo para comparar eficiências entre sistemas de saúde em vários países do mundo, buscando-se identificar eventuais fatores determinantes da maior ou menor eficiência desses sistemas de saúde.

A metodologia a ser empregada é conhecida como Análise Envoltória de Dados (em inglês, DEA – *Data Envelopment Analysis*) e é particularmente apropriada para fazer comparações de eficiência relativa de diferentes entidades de um gênero comum, além de estabelecer metas (*benchmark*s) para as entidades consideradas aquém da fronteira de eficiência. Desta forma, pode-se dizer que uma análise DEA trata de uma sofisticação dos comuns estudos de *benchmark*.

A idéia básica da metodologia DEA é a de que se existe uma unidade A, que a partir de recursos caracterizados por um vetor input $x(A)$, pode produzir um produto, caracterizado por um vetor output $y(A)$, então todas as demais unidades podem fazer o mesmo se dispuserem das condições expressas em $x(A)$. A metodologia pressupõe que, se a natureza do conjunto de inputs de uma outra unidade, B, difere daquela do conjunto de inputs da unidade A, então é preciso encontrar um *benchmark* válido para B, o que pode envolver montar um *benchmark* para B a partir da combinação dos inputs das demais unidades e dos outputs das demais unidades. (Cooper et al., 2000).

Por exemplo, suponhamos que estivéssemos interessados na eficiência olímpica de vários países. Cada país (unidade avaliada) poderia ser caracterizada como tendo os inputs: renda *per capita* e tamanho de sua população, e como output: número de medalhas. É de se esperar que um país populoso e de alta renda *per capita* obtenha muitas medalhas. Uma análise DEA dessa situação revela que a eficiência olímpica dos EUA é bem próxima da eficiência do Uruguai, pois a grande diferença no número de medalhas entre esses países é proporcional à diferença em renda e tamanho da população desses dois países.

Neste trabalho, a metodologia DEA foi utilizada na comparação dos sistemas de saúde de 23 países que englobam aproximadamente dois terços da população mundial. Além disso, possuem sistemas de assistência à saúde administrados de maneira distintas, e variados níveis de desenvolvimento econômico, social, cultural e político. O Brasil está incluído na amostra.

3.3.1 DIMENSÕES DE ANÁLISE (CRITÉRIOS)

A primeira etapa da análise foi dedicada a buscar conjuntos de parâmetros que caracterizassem o output e o input para o caso da saúde. Saúde é uma qualidade cuja caracterização não é trivial e cuja mensuração costuma ser feita na forma de alguns poucos indicadores universais, tais como os de sobrevivência infantil e os de idade média da população.

Com relação aos fatores de input, existe uma grande lista de fatores determinantes da saúde. Pois a saúde de cada indivíduo é resultante de uma composição das diferentes condições a que ele se sujeita: da cultura em que está inserido à economia; da política assistencial às condições da infra-estrutura de saneamento. Para conduzir nossa investigação, adotamos conjuntos clássicos de indicadores para output e para input. Os seguintes indicadores foram utilizados:

Índice de Gini, é um coeficiente desenvolvido pelo estatístico italiano Corrado Gini para medir o grau de concentração de renda numa população. Consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de renda (onde todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda, e as demais não têm nada). Dessa forma, o coeficiente (1-Gini) mede a equidade da distribuição de renda.

Gastos com saúde como porcentagem do PIB: é a soma total de gastos públicos e gastos privados com saúde. É medida percentualmente em relação ao PIB.

Expectativa de Vida: é a projeção da média, em anos, da duração de vida um indivíduo recém nascido no país.

Taxa de Mortalidade Infantil: é o quociente entre número de mortes em crianças de idade inferior a 1 ano e o número de nascimentos no mesmo período, geralmente de um ano. Claramente, quanto menor esse indicador, melhor a condição de saúde da população. Como a metodologia DEA do tipo orientada à saída parte do pressuposto que quanto maior o valor da saída é melhor será o resultado da análise, transformamos a taxa de mortalidade infantil em taxa de sobrevivência infantil.

Os dados foram extraídos de publicações oficiais da OMS e da ONU. Os indicadores utilizados foram submetidos a avaliações estatísticas para evitar quaisquer vieses.

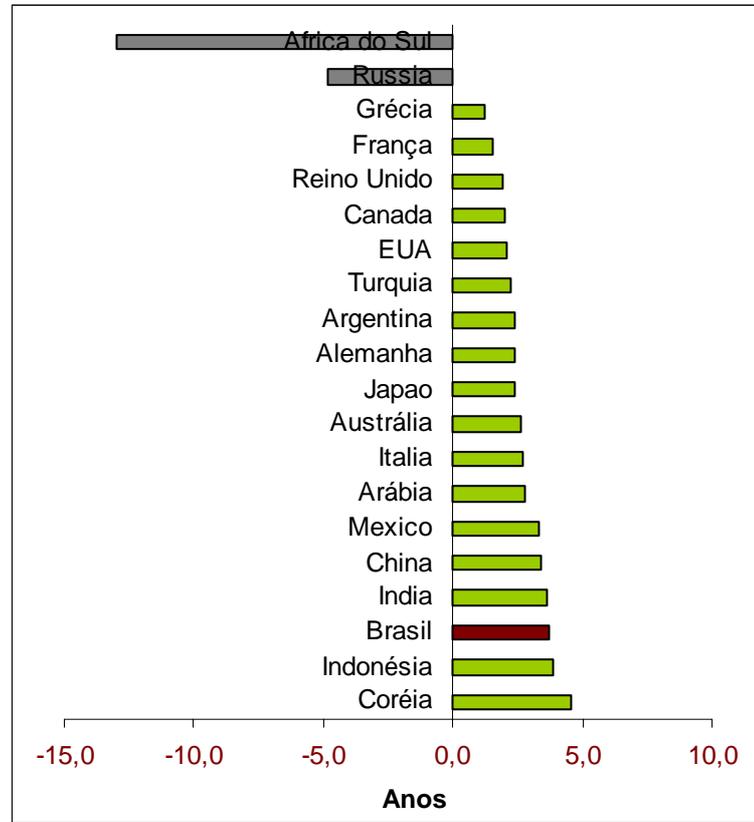
Tabela 2. Indicadores utilizados na análise DEA – ordenação por expectativa de vida 05

	Equidade (=1-Gini) 05	Gastos Saúde PIB 05 (%)	Expectativa de Vida 95 (anos)	Sobrevivência Infantil 95 (por 1,000)	Expectativa de Vida 05 (anos)	Sobrevivência Infantil 05 (por 1,000)
Japão	0,751	7,90	79,50	0,996	81,90	0,997
Suíça	0,669	11,50	77,80	0,994	80,40	0,996
Austrália	0,648	9,50	77,60	0,993	80,20	0,995
Itália	0,727	8,40	77,30	0,993	80,00	0,995
Canadá	0,685	9,90	77,90	0,994	79,90	0,995
França	0,673	10,10	77,50	0,993	79,40	0,996
Alemanha	0,700	11,10	76,20	0,994	78,60	0,996
Holanda	0,691	9,80	77,30	0,994	78,30	0,995
Reino Unido	0,639	8,00	76,40	0,992	78,30	0,995
Chile	0,429	6,10	74,10	0,986	78,30	0,992
Grécia	0,647	9,90	77,00	0,992	78,20	0,994
EUA	0,592	15,20	75,20	0,992	77,30	0,993
Coréia	0,684	5,60	72,20	0,987	76,80	0,996
México	0,481	6,20	71,60	0,967	74,90	0,979
Argentina	0,478	8,90	71,90	0,976	74,30	0,985
China	0,597	5,60	68,10	0,953	71,50	0,965
Brasil	0,409	7,60	66,60	0,957	70,30	0,973
Peru	0,502	4,40	66,40	0,945	69,80	0,967
Turquia	0,585	7,60	66,10	0,946	68,60	0,958
Indonésia	0,660	3,10	62,60	0,941	66,50	0,957
Rússia	0,544	5,60	66,80	0,979	65,40	0,983
Índia	0,622	4,80	59,50	0,915	63,10	0,932
África do Sul	0,420	8,40	62,00	0,954	49,00	0,957

Fonte; World health report 2006 - OMS e Human Development Indicators - ONU.

O gráfico a seguir relaciona a evolução dos indicadores de saúde, entre 1995 e 2005 para a Expectativa de Vida de vários países.

Gráfico IV. Evolução da Expectativa de Vida entre 1995 e 2005 (em anos)

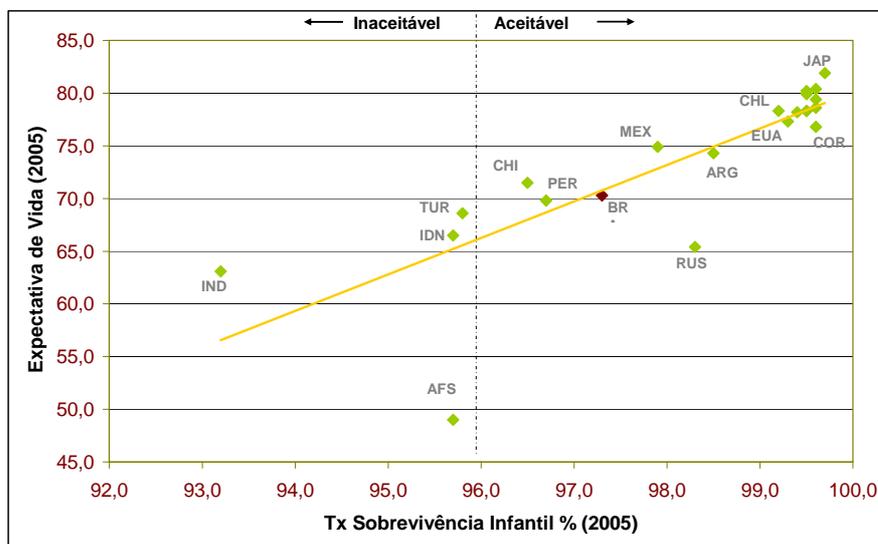


Exceto pela África do Sul e Rússia, todos países da amostra apresentaram aumento de Expectativa de Vida.

A Taxa de Sobrevivência Infantil é um indicador que apresentou melhoria em todos os países da amostra. No entanto, os valores absolutos em 2005, concernentes, Índia, Indonésia, África do Sul e Turquia, apresentam-se inaceitáveis pelos padrões da ONU, como demonstrado no gráfico V. O gráfico também mostra que o Brasil apresenta expectativa de vida em linha com seu indicador de taxa de sobrevivência infantil, embora relatórios do IBGE indiquem que o nível de mortalidade por causas externas, inclusive violência no país, seja alto. As epidemias na África do Sul, já comentadas, explicam sua baixa expectativa de vida.

Estes indicadores apresentam, naturalmente, certa correlação positiva, ou seja, quanto maior a Taxa de Sobrevivência Infantil, maior a Expectativa de Vida.

Gráfico V. Taxa de Sobrevivência Infantil vs Expectativa de vida (2005)



Para comparar os sistemas de saúde usando as variáveis de input e output descritas, foram aplicados dois modelos DEA, descritos a seguir. Os modelos são do tipo “retorno de escala constante” e foram aplicados limites aos pesos das variáveis, que ditam a importância relativa de cada input e output.

3.3.2 MODELO DEA-1

Com este modelo, visamos avaliar a eficiência do sistema de saúde de cada país considerando o quanto se gasta com saúde e distribuição de renda como inputs e, como outputs, quanto estes fatores influenciam nas taxas de sobrevivência infantil e longevidade do país. Para tanto, utilizaram-se:

- Variáveis de input: o índice (1-Gini) e os gastos com saúde como porcentagem do PIB.
- Variáveis de output: a expectativa de vida e a taxa de sobrevivência infantil.

No Modelo DEA-1, a hipótese de referência é que alta equidade e alta porcentagem de gastos em saúde proporcionem altas taxas de sobrevivência infantil e altas expectativas de vida. Os países mais eficientes serão aqueles que, com relativamente piores equidades e menores gastos em saúde consigam produzir altas taxas de sobrevivência infantil e expectativa de vida.

3.3.3 MODELOS DEA-2

Neste modelo adotamos, como hipótese de referência, que os indicadores de saúde em 2005 são função direta das mesmas condições de saúde em 1995. A ideia de se usar como input os indicadores de saúde em 1995 é baseada na premissa de que inúmeros fatores determinantes da saúde, como hábitos alimentares, estilo de vida e outros que possam até incluir fatores genéticos prevalentes nas populações analisadas, possam ser condensados

nas condições dos indicadores de saúde em 1995. A evolução dos indicadores de saúde ao longo do período de uma década seria então explicada apenas pela maior ou menor eficiência do sistema de saúde do país.

Desta forma, as variáveis escolhidas no modelo 2 foram as seguintes:

- Variáveis de input: Expectativa de Vida 1995 e Taxa de Sobrevivência Infantil 1995.
- Variáveis de output: Expectativa de Vida 2005 e Taxa de Sobrevivência Infantil 2005.

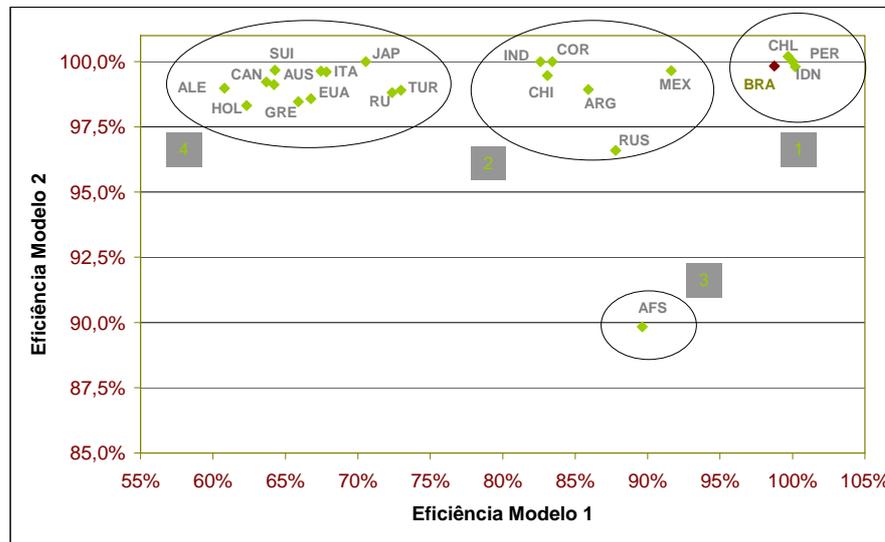
3.3.4 RESULTADOS

Com o auxílio dos dois modelos, procuramos comparar a eficiência entre países com características culturais, sócio-econômicas e políticas distintas. No primeiro modelo o foco está no atingimento de bons indicadores de saúde em 2005. No segundo, o foco está na melhoria das condições de saúde ao longo da década 1995-2005.

É importante notar que neste segundo modelo, os países que vierem a se destacar serão aqueles que deram um salto nos valores dos indicadores de 1995 para 2005. Esse aspecto é importante para medir os efeitos de um sem número de fatores, além dos efeitos de gastos com saúde na promoção de melhorias.

Por outro lado, um país que tenha mantido indicadores estáveis de saúde entre 1995 e 2005, pode apresentar-se ineficiente à luz do modelo 2, ainda que apresentasse bons indicadores de saúde. De fato, só merece a classificação de ineficiente o país que tiver desempenho ruim nos dois modelos. Os resultados obtidos com os dois modelos estão mostrados no gráfico seguinte.

Gráfico VI. Resultados das eficiências dos países nos dois modelos



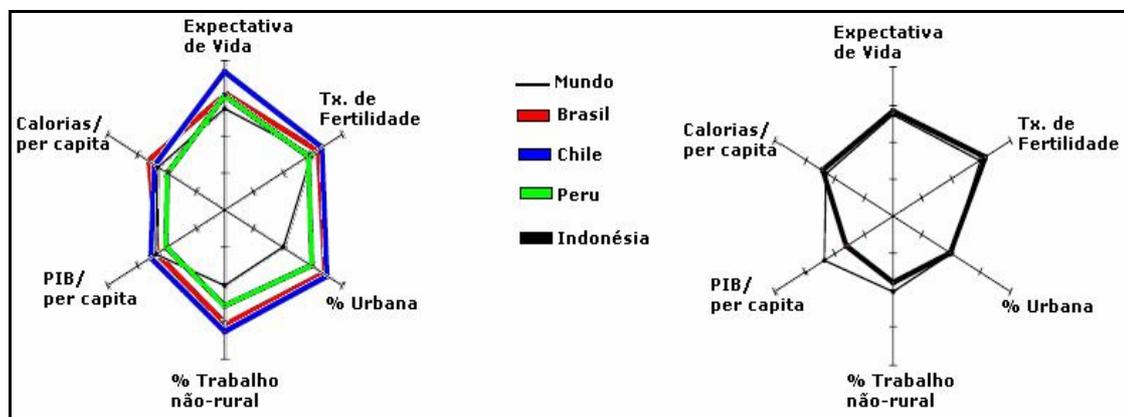
É interessante analisarmos os resultados das análises DEA agrupando os países da amostra em 4 conjuntos, como apresentado na figura acima.

No grupo 1 Indonésia, Peru, Chile e Brasil estão incluídos. Esses quatro países se destacaram nos dois modelos, ou seja, obtiveram um desempenho bom no Modelo DEA 1 (bons indicadores de saúde em se considerando o alto indicador de desigualdade desses países e o pouco que investem em saúde) e um desempenho também bom no Modelo DEA 2 (que mede a eficiência na evolução temporal nos quesitos de saúde entre 1995 e 2005). Esses países apresentaram boas condições relativas de saúde, considerando as precárias condições econômicas (esses países apresentam indicadores de Gini e de gastos com saúde muito ruins). O bom resultado no modelo DEA 2 indica que esses países experimentaram significativas melhorias recentes.

O que se percebe pela utilização da ferramenta DEA para analisar os indicadores e sistemas de saúde é que os países menos desenvolvidos, com baixa participação de gastos com saúde conseguem indicadores satisfatórios frente ao montante financeiro despendido. Por possuírem uma população proporcionalmente mais jovem, esses países deveriam incorrer em menores gastos com saúde, o que redundaria numa aparente eficiência.

É importante refinarmos a análise dos países pertencentes ao grupo 1. A figura seguinte apresenta diagramas retirados de publicação da Divisão Populacional da ONU. É interessante observar que os três países da América Latina apresentam características sócio-econômicas semelhantes.

Figura 3. Figura : Diagramas comparando os países inseridos no grupo 1



Fonte: “United Nations Department of Economic and Social Affairs / Population Division”, 2003.

A Indonésia possui características diferentes, principalmente na taxa de urbanização e PIB *per capita*. Apesar do país ainda investir muito pouco no seu sistema de saúde (em 2003, o gasto total com saúde foi de apenas 3,1% do PIB), está-se acelerando bastante a implantação de programas de atenção à saúde nesse país, com subsídios à iniciativa privada.

O Brasil mostrou-se eficiente nos dois modelos DEA e seu sistema de saúde também foi considerado satisfatório pela análise relativa dos indicadores escolhidos. Constata-se a evolução dos indicadores de saúde de 1995 a 2005, quando a expectativa de vida da população aumentou em 4 anos e a mortalidade infantil regrediu de 43 por mil para 27 por mil em

2005. Entretanto, devemos lembrar que no Japão, por exemplo, a expectativa de média já é superior a 81 anos e, de acordo com o IBGE, somente por volta de 2040 o Brasil estaria alcançando o patamar de 80 anos de esperança de vida ao nascer.

O grupo 2 inclui os países que têm desempenho razoável nos dois modelos, mas que podem melhorar alguns dos outputs (taxa de sobrevivência infantil ou expectativa de vida) baseados nos seus valores de inputs. São eles: México, Rússia, Argentina, Coreia, China e Índia.

Esse grupo congrega países experimentando acelerado desenvolvimento econômico e onde o desenvolvimento da infra-estrutura social, incluindo atendimento à saúde da população, ainda não acompanharam os progressos econômicos. A Rússia apresenta uma particularidade frente aos outros países europeus estudados. Sua infra-estrutura na área de saúde é massiva e a taxa de utilização desses recursos também é alta (três vezes maior que o da Europa Ocidental e América do Norte). No entanto, possui indicadores de expectativa de vida e taxa de sobrevivência infantil próximas à de países como Índia e Indonésia. Com a ruptura do sistema político-econômico da União Soviética, o sistema de saúde passa por profundas transformações influenciando negativamente os indicadores e o nível de atendimento.

O México e a Argentina foram os únicos países da América Latina, na amostra, que não se classificaram para o grupo 1. No entanto o México mostrou uma eficiência próxima a do Brasil, sendo o quinto colocado na tabela. Já a Argentina apresentou uma eficiência não tão boa quando comparado com os outros países Latino-Americanos.

O grupo 3 é formado exclusivamente pela África do Sul que, apesar de ter valores de inputs próximos aos do Brasil, apresentou uma expectativa de vida muito ruim em 2005 e foi o único país da amostra cuja expectativa de vida diminuiu desde 1995 (62 anos) para 2005 (49 anos). Isto pode ser decorrente da epidemia do vírus HIV que, em 1995, atingia 2,1% da população. Além do HIV, malária e outras doenças infecto-contagiosas atingem grandes contingentes da população.

O grupo 4 representa países que se destacam por possuir altos valores de inputs. São eles: Reino Unido, Japão, Itália, Turquia, Austrália, EUA, Grécia, Suíça, França, Canadá, Holanda e Alemanha. Nesses países, as taxas de sobrevivência infantil e expectativa de vida são altas, mas não são proporcionais ao que esses países investem em saúde e às boas condições de distribuição de renda entre a população.

Ao analisarmos as taxas de evolução da expectativa de vida e de sobrevivência infantil dos países do grupo 4, com a exceção da Turquia, podemos concluir que estes países obtiveram bons ganhos de saúde na última década. Esta constatação talvez não fosse esperada, uma vez que esses países já apresentavam os melhores indicadores de saúde do mundo em 1995.

Por outro lado, esses mesmos países também apresentaram grandes aumentos de custos com a saúde. Vale lembrar que uma alta porcentagem de idosos em uma população gera uma demanda maior por gastos com saúde. Sendo assim, é de se esperar que países onde a expectativa de vida seja alta apresentem elevados gastos com saúde. Desta forma, é preciso ressaltar que a aparente ineficiência apontada no modelo DEA-1 pode ser apenas reflexo da maior proporção de idosos na população dos países do grupo 4.

Ao analisarmos os resultados obtidos, fica claro que a análise DEA apresentou um contraponto à análise dos indicadores absolutos. O ordenamento dos países, por expectativa de vida, em valores absolutos apresenta o Japão, Suíça, Austrália nas 3 primeiras posições. Mas esses países foram considerados ineficientes nos modelos DEA. A exceção da África do

Sul, os países de pior expectativa de vida em valores absolutos, como Índia e Indonésia, atingiram bons níveis de eficiência DEA.

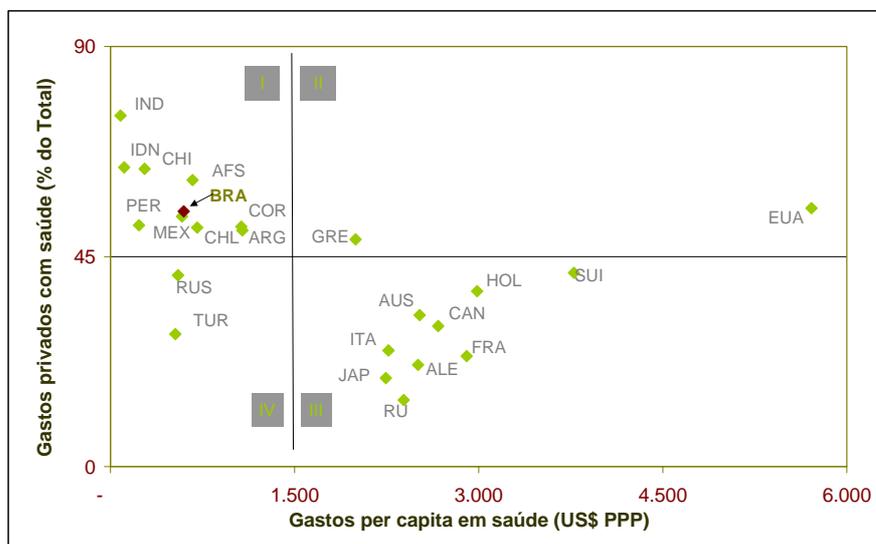
Esta aparente contradição permite extrair algumas conclusões: se a análise dos indicadores absolutos não revela as ineficiências dos sistemas em produzir saúde a partir dos recursos disponíveis, a análise das eficiências DEA também não pode ser tomada isoladamente. Países tidos como eficientes não podem ser considerados paradigmas. Nos casos apresentados, percebemos que, nos países considerados eficientes, é a escassez de recursos que, mesmo produzindo resultados sofríveis em termos de saúde, leva o país a ser considerado eficiente. Evidentemente, essa situação não pode ser considerada um paradigma a se buscar.

O exercício parece ter evidenciado uma propriedade marcante e conhecida da saúde, a da não proporcionalidade. Em termos simples: o indicador de saúde não triplica se triplicarmos os recursos a ela alocados, mesmo se mantivermos níveis iguais de eficiência alocatória e de gestão. Assim, para se conseguir pequenos acréscimos de indicadores de saúde, é natural que países ricos despendam grandes esforços.

Uma contribuição da análise DEA é permitir investigar quais seriam os determinantes de similaridade entre os membros de seus clusters, controlados os fatores de input do modelo. Foi possível estabelecer tendências e padrões que escaparam da tradicional porém reducionista análise do tipo de modelo público/privado. O refinamento da análise do grupo 2, por exemplo, composto por México, Rússia, Argentina, Coreia, China e Índia, que têm desenhos de sistemas bem díspares, aponta para países que vêm experimentando acelerado desenvolvimento econômico, não refletido ainda em seus indicadores de saúde. Os membros desse cluster provavelmente desfrutarão de melhorias em seus indicadores de saúde, independentemente de medidas ou políticas de saúde adotadas, mantidas as condições gerais que levaram ao recente progresso observado.

Análises quantitativas também podem ser úteis para averiguar a importância da participação privada. O gráfico abaixo apresenta os países dispostos conforme os gastos totais de saúde (*per capita*) e a porcentagem destes gastos que são privados.

Gráfico VII. Gastos privados com Saúde (% do total) vs Gastos per capita em Saúde (US\$ PPP)



Novamente, os EUA configuram-se como um *outlier* pelo alto gasto em saúde, mas lembremos que, descontando a parcela privada, os EUA apresentam despesas públicas de saúde que montam 6% do PIB, comparáveis à média dos gastos públicos com a saúde nos países da OECD.

O quadrante I é formado principalmente pelos países da América Latina e Ásia, exceto Japão, que está no quadrante III juntamente com os países ricos da Europa, Canadá e Austrália.

Como se poderia esperar, dada a discrepância entre os níveis de renda e gastos com saúde, a média dos indicadores de saúde são consideravelmente menores no quadrante I do que no III. Enquanto para o primeiro quadrante temos uma expectativa média de vida de 69 anos e taxa de sobrevivência infantil de 0,970, para os países do quadrante II a Expectativa de Vida é 10 anos maior e a taxa de sobrevivência infantil atinge 0,996. Ou seja, ao invés de 30 mortes para cada mil nascimentos, apenas 4.

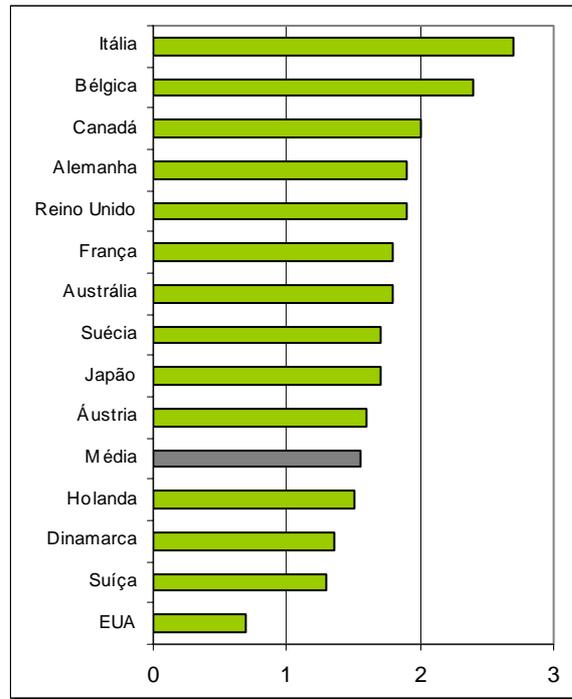
Observamos uma grande concentração de países no quadrante I e III, existindo uma correlação negativa entre o volume de gastos e a participação privada. Se a alta porcentagem pública gera altos gastos, ou são os altos gastos que causam alta participação pública não é possível inferir. Entretanto, o relatório da OECD 2004, *Towards high-performing health systems* – aponta inúmeras razões pelas quais os sistemas de financiamento mistos são mais adequados para a contenção dos custos com saúde, com qualidade e equidade, utilizando o ferramental de gestão e de incentivos característicos do setor privado.

3.4 ANÁLISES DE CUSTO-EFETIVIDADE

O Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung da Alemanha utiliza o critério do custo-eficiência para comparar os sistemas de saúde de países desenvolvidos. A eficiência é medida utilizando entre outros critérios, o conceito de DALE, desenvolvido pela OMS.

Conforme o gráfico abaixo, em 2001, o índice Fritz Beske de custo-eficiência classificou a Itália como tendo o sistema mais eficiente e os EUA como o menos eficiente na amostra.

Gráfico VIII. Índice Custo Eficiência (Fritz Beske 2001)

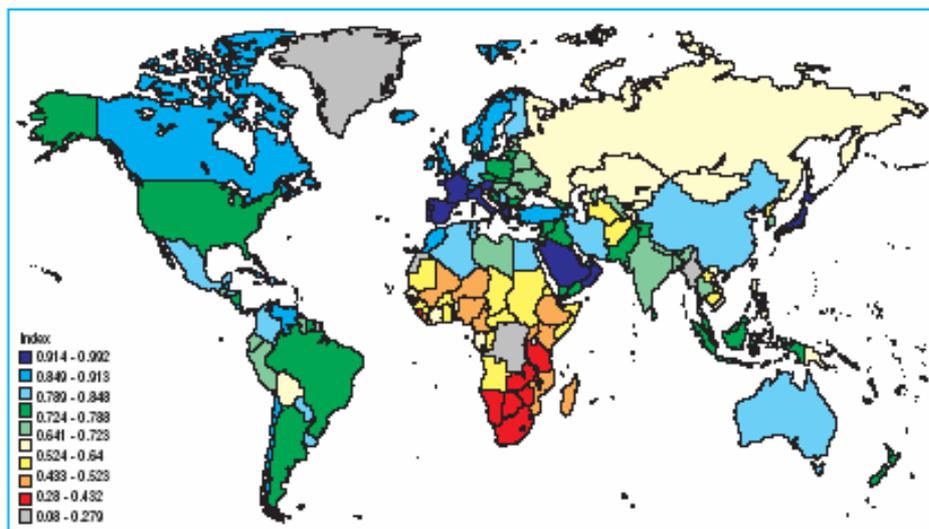


Fonte: Fritz Beske Institute 2001, apud Bergheim (2006)

A posição dos EUA é explicada pelo alto custo do sistema de saúde americano que permite maiores pagamentos aos provedores do que os outros sistemas.

Num estudo também baseado no conceito de DALE, Evans D. et al (2001) aplicaram um método de determinação de eficiências usando o critério do quociente custo/benefício. Eles empregaram métodos de regressão estatística para definir os benefícios. O resultado está expresso no mapa abaixo.

Figura 4. Distribuição global do coeficiente de Evans de Eficiência de Sistemas de Saúde



Fonte: Evans, D. (2001)

Nota-se que, por razões diversas, Brasil, Argentina, EUA e Polônia estão no grupo com eficiência em torno de 0,75, embora em outras avaliações esses países sejam classificados em níveis de eficiência distintas. Por exemplo, a ineficiência americana é devida aos altos gastos com saúde e no caso brasileiro a perda de eficiência deve-se à baixa expectativa de vida.

3.5 BENCHMARKS E ENSINAMENTOS

Além dos métodos e classificações clássicas existentes na literatura, este trabalho apresentou uma aplicação da metodologia DEA que, se não apresentou resultados muito diferentes dos de Evans, que aplicou o conceito de custo-benefício ajustado, pelo menos se apresentou como uma ferramenta importante para futuros trabalhos, talvez menos ambiciosos que a identificação de *benchmarks* mundiais para sistema de saúde.

Fica claro que não pode existir um único benchmark consensual de sistema de saúde. Se analisarmos os índices absolutos, como nos métodos de Fritz Beske e da OMS, elegeríamos França, Itália, Japão ou Canadá como paradigmas e países como a Indonésia, o Brasil e a Índia seriam os piores. Por outro lado, dadas as condições gerais, sociais e econômicas destes últimos países, eles apresentam bons desempenhos em saúde, como mostraram os modelos DEA e os de Evans D.

De fato, consideramos que o mérito das análises de desempenho não é a classificação do sistema de saúde de um país. Esses procedimentos permitiram concluir que, para alcançar melhores níveis de saúde, é necessário que o país equacione diversos outros problemas e, em termos de saúde, trabalhe na diminuição dos chamados fatores de risco e na maximização não só dos montantes alocados à saúde, mas também da eficiência alocatória desses recursos. Isto nos leva ao assunto do próximo capítulo, no qual se examina a questão da composição do financiamento e a alocação de recursos em sistemas de saúde.

4 EVOLUÇÕES E REFORMAS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Apesar da diferença entre as formas de financiar o atendimento à saúde, muitos dos problemas enfrentados pelos sistemas de saúde são semelhantes. Nos últimos anos e em diversos países, grandes esforços têm sido empreendidos para controlar custos e ao mesmo tempo aumentar a qualidade do atendimento.

Desde o início da década de 1990, muitos países têm realizado reformas em seu sistema de saúde, com variados níveis de sucesso. A aplicabilidade e o sucesso das reformas parece depender do ambiente econômico, político e social vigentes. As propostas de reforma precisam reconhecer as preferências e restrições dos consumidores e provedores. Paralelamente, os atores do sistema precisam ser reconhecidos e a sua participação em um novo sistema deve ser clara, para que os mesmos se comprometam com o sucesso da reforma.

Países onde os governos centrais detêm as principais funções do sistema, como o Reino Unido, França e Alemanha, possuem maior controle sobre as reformas. Já países como os Estados Unidos, Canadá e Austrália, cuja responsabilidade sobre os sistemas de saúde são descentralizadas, possuem maiores restrições para conseguir estabelecer reformas abrangentes e necessitam da participação de muitos agentes para conseguir atingir seus objetivos.

Segundo Ross et al (1999), as reformas dos sistemas de saúde no mundo estão visando:

- Aumentar a proporção da população com efetivo acesso a um sistema de saúde viável;
- Aumentar a responsabilidade individual dos custos, através de mecanismos de compartilhamento de custos;
- Modificar a relação entre financiadores e provedores, introduzindo sistemas de compartilhamento de risco e delegação do orçamento;
- Diminuir a demanda induzida por serviços de saúde através de esforços para controlar a introdução de novas tecnologias;
- Introduzir medidas para promover qualidade.

4.1 GARANTIA DE ACESSO

Talvez a maior preocupação ao configurar um sistema de saúde seja garantir acesso a toda a população. Canadá, Austrália e o Reino Unido adotaram um sistema para atender virtualmente a toda a população de forma igualitária. Outros países, como Alemanha, Holanda e Suíça, adotaram medidas alternativas para garantir o acesso universal. Parece que os Estados Unidos é o único, entre os países desenvolvidos, que não garante o acesso universal para toda sua população.

Nas transformações em curso, observa-se que os EUA buscam promover a ampliação dos programas públicos e subsidiar e incentivar a população a adquirir seguros privados. Quanto à ampliação dos programas públicos, em 1997 foi criado o “State Children’s Health Insurance Program” para ampliar o acesso de crianças de baixa renda que não são elegíveis ao Medicaid. Pelo lado dos seguros privados, uma lei de agosto de 2002, proporcionou créditos de impostos para subsidiar seguros privados para funcionários demitidos e aposentados.

4.2 COMPARTILHAMENTO DE CUSTOS

Em muitos países, promoveram-se reformas para aumentar a responsabilidade individual no financiamento dos sistemas de saúde. Em alguns, o compartilhamento de custos foi direcionado apenas para diminuir a participação pública nos gastos de saúde, enquanto em outros foram adotadas medidas para controlar a demanda por serviços de atendimento à saúde.

Pode-se dizer que existam três tipos de mecanismos de compartilhamento de custos:

- Co-pagamentos: pacientes pagam um valor estabelecido para cada serviço utilizado e acima desse valor, a fonte financiadora é responsável.
- Co-seguro: pacientes pagam uma fração dos custos dos serviços utilizados.
- Franquia: valor estabelecido para um montante de gastos pelo qual a fonte financiadora não é responsável. Quando a soma dos gastos com serviços de um paciente ultrapassar o valor da franquia os gastos passam a ser responsabilidade da fonte financiadora.

Na França, o sistema de co-seguro atinge toda a população com exceção dos pacientes com doenças crônicas ou que estejam sob cuidados de longo prazo. No Japão o sistema de co-pagamentos abrange todos os serviços médicos e sua principal função é desonerar o sistema público.

4.3 SISTEMAS DE PAGAMENTO AOS PROVEDORES

Se listássemos os diversos mecanismos de pagamento a prestadores numa escala de diferencial semântico, tendo num extremo o mecanismo que estimula a sobre-utilização de serviços e gastos com saúde e, no outro, aquele mecanismo mais propenso à indução de insuficiência de atenção e racionamento de serviços, teríamos respectivamente o *fee for service* e a capitação. Esses dois extremos, que incentivam a utilização inadequada de recursos são ainda empregados isoladamente.

Contudo, o uso da combinação de vários mecanismos diferentes tem se configurado como uma tendência na busca de alinhamento entre os objetivos dos diversos atores do sistema. Nações europeias têm optado por combinar vários mecanismos como uma forma de aumentar a produtividade, enquanto mantém a satisfação do paciente e controle adequado sobre custos (Maceira, 1998).

No Reino Unido, uma fórmula ponderada de capitação determina o montante de libras que receberão os PCTs (Primary Care Trusts) que, em número maior que 300 espalhados geograficamente pelo Reino são, desde de 2002, os centros do NHS responsáveis por avaliar as necessidades de saúde, além de contratar e monitorar os serviços para atender a essas necessidades. Ao contratar serviços locais, como clínicas, por exemplo, os PCTs remuneram os prestadores prioritariamente na forma de capitação. Entretanto, como são responsáveis também por manter a satisfação dos usuários locais, vêm adotando outros mecanismos de remuneração aos provedores, como forma de estimular atendimento apropriado, como é o caso de serviços de oftalmologistas e dentistas, que são remunerados no esquema de *fee for service*. Já os clínicos gerais (GPs – General Practitioners) são remunerados principalmente por capitação, mas vem aumentando a prática de pagamento de bônus e prêmios no caso de se alcançarem certos níveis pré-estabelecidos de serviços, como imunizações e testes preventivos.

Na Itália, onde o sistema também é universalizado, os GPs também são remunerados principalmente por capitação, mas chega a cerca de 20% a parcela de seus rendimentos na forma de *fee for service* ou de salário por parte do Serviço Nacional de Saúde para compensar por serviços específicos. A Alemanha também oferece exemplo de migração/combinção de diferentes mecanismos de remuneração a provedores. Desde 1996, o esquema de remuneração, tradicionalmente *fee for service*, vem sendo mudado e ainda está em processo de alterações. Para conter a quantidade de serviços, o sistema de pagamento estabelece *fees* básicos e limites de quantidade, de forma que os *fees* efetivamente pagos diminuam caso as quantidades de serviços prestados excedam os limites pré-determinados (EUGP, 2006).

O *managed care* nos Estados Unidos estabelece um exemplo clássico de indução à migração entre mecanismos de remuneração de prestadores e do uso combinado dos mesmos. Empresas privadas de seguros e planos de saúde nos Estados Unidos são aplicadores por excelência de mecanismos prospectivos de remuneração, através de ferramentas contentoras de custos próprias do *managed care*.

O setor público americano, notadamente através dos programas Medicare/Medicaid, contudo, provê um exemplo notório de uso de pagamento prospectivo aos prestadores, através dos DRGs (*Diagnosis-Related Groups*). DRGs são um sistema de codificação dos eventos de saúde prestados por um provedor, no qual há uma classificação de cada caso entre 23 principais categorias de diagnóstico (*Major Diagnostic Group*). Os MDGs são sub-divididos em mais de 470 grupos de diagnósticos (DRGs), baseados no diagnóstico ou procedimento médico utilizado, na idade do paciente, gênero e outras informações clínicas (Thorpe, 1999). No país como um todo, houve uma diminuição na adoção de contratos na modalidade *fee for service* tradicional de 73% em 1988 para somente 3% em 2005 (KFF, 2006).

No Canadá, orçamento global ainda é a forma predominante de remuneração a hospitais, mas iniciativas que atrelam financiamento ao volume de serviços e à natureza do tratamento estão emergindo. Em Ontário, o *Hospital Funding Reform Project* está desenvolvendo métodos para ajustar o orçamento global dos hospitais baseando-se em características dos pacientes e dos prestadores, conforme a participação de casos no ano anterior e expectativa de custos por parte do hospital, considerando suas particularidades (Goering, 1997).

4.4 DIMINUIÇÃO DA DEMANDA INDUZIDA

A França, Alemanha e Reino Unido são exemplos de países onde os governos são os formuladores de políticas públicas e também os principais financiadores do sistema de saúde. Nesses países está-se observando a introdução de várias medidas visando reduzir, ou pelo menos controlar, a demanda induzida pela oferta.

Assim, a oferta de médicos é controlada através de medidas regulatórias tais como: limitação no número de vagas nas faculdades de medicina, imposição de idade máxima para aposentaria dos profissionais de saúde e restrição da prática médica à formação local.

Para controlar a introdução de novas tecnologias e novos produtos farmacêuticos, alguns países criaram, como no caso do Canadá e do Reino Unido, centros especializados para determinar o custo-efetividade da utilização desses procedimentos. Esses centros financiam pesquisas próprias envolvendo, por exemplo, testes empíricos de novas práticas em hospitais selecionados e toda uma série de estudos terapêuticos e econômicos antes de emitir pareceres de ordem técnica e econômica para orientar as autoridades responsáveis pela decisão de incorporação de novas tecnologias. Adotando-se conceitos de “medicina basea-

da em evidências”, acredita-se que os impactos econômicos tenham se tornado importantes elementos de consideração nas decisões de incorporação.

Outros mecanismos de controle de custos decorrentes da introdução tecnológica têm sido notificados: autoridades financiadoras da saúde em países como o Reino Unido e Canadá vêm estudando a adoção de protocolos de procedimento, exigência de autorização prévia para procedimentos complexos, especificação de limites de quantidades de serviços, a partir dos quais diminui-se a remuneração unitária e alguns procedimentos protelatórios da introdução de tecnologias visando a contenção da demanda induzida.

4.5 OUTROS MECANISMOS DE CONTROLE DE CUSTOS

Na reforma ocorrida em 1990, o governo alemão promoveu o aumento da competição entre os Fundos de Doença e introduziu um sistema de pagamento hospitalar prospectivo. Além disso, aumentou o controle na oferta de médicos e moderou provisões para os gastos compartilhados. O governo chegou a efetivar um orçamento setorial para serviços médicos e hospitalares, mas apesar de conter custos, o sistema impôs restrições de atendimento que a sociedade não aceitou e, em 2001, cedendo às demandas públicas, o limite orçamentário para produtos farmacêuticos foi abolido.

Na Austrália, o sistema de saúde público adotou a prática de controlar custos através de uma combinação de orçamento hospitalar, limites para a difusão de tecnologia, co-pagamento para produtos farmacêuticos e listas de espera. O governo também limitou o número de estudantes de medicina e o credenciamento de prestadores de serviços para o sistema público.

No Canadá, as medidas incluem definição de orçamentos anuais para os hospitais por região, negociação de pagamentos por procedimento para os prestadores de serviço, lista de produtos farmacêuticos liberados para uso e limites para a difusão de tecnologias.

No Reino Unido, o sistema nacional de saúde (NHS) recebe dotações orçamentárias revisitas apenas a cada três anos. Para controlar a utilização e os custos, o governo controla a formação dos médicos e os clínicos gerais atuam como *gatekeepers* e são responsáveis pelo atendimento da atenção primária e serviços comunitários para uma parcela da população alocada pelo NHS, recebendo por isso um orçamento pré-definido *per capita*. Listas de espera são prática comum e parecem fazer parte da estratégia de controle de custos. Organismos nacionais controlam a difusão de tecnologia (NICE – National Institute for Clinical Excellence) e monitoram a qualidade dos serviços prestados (Healthcare Commission).

Na Holanda, os contratos de longo prazo entre os prestadores de serviço e o sistema de saúde limitam o volume de serviço, bem como os pagamentos para médicos, hospitais e casas de atendimento. Esses limites são estabelecidos pelo governo central. Está em implantação um novo sistema de pagamento (DBC – *Diagnosis Treatment Combination*), cujo objetivo é aumentar a concorrência de preço entre os hospitais, para cada tipo procedimento.

Qualquer política de contenção dos custos com a saúde, também precisa atentar para o controle da qualidade do serviço prestado. Alguns países estabeleceram comissões para garantir a qualidade dos serviços prestados, como é o caso do Canadá, França, Reino Unido e Estados Unidos.

A promoção da competição entre os provedores também parece estar no bojo de várias medidas implementadas no setor (como o caso mais paradigmático pode-se citar o do Rei-

no Unido). Através da competição, acredita-se, consegue-se um importante mecanismo para garantir a qualidade dos serviços oferecidos pois, desde que o consumidor tenha livre escolha, a qualidade percebida será fator de sucesso do próprio prestador.

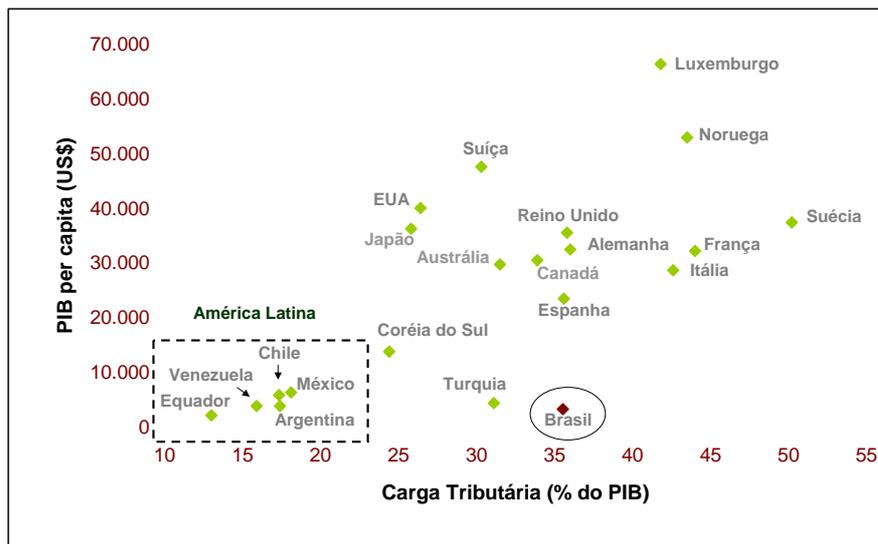
4.6 LIMITES DO FINANCIAMENTO PÚBLICO

Aumentar as despesas com saúde não é necessariamente um problema, pois produzem benefícios concretos em termos de saúde. Contudo, na medida em que $\frac{3}{4}$ dos gastos com saúde nos países da OCDE provêm de dinheiro público, os orçamentos governamentais estão se esgotando. Mesmo nos Estados Unidos, onde o setor privado desempenha um papel excepcionalmente importante no financiamento, as despesas públicas de saúde (6% do PIB, comparáveis à média dos gastos públicos com a saúde nos países da OCDE) têm sido colocados no centro dos esforços para diminuição do déficit fiscal daquele país.

O problema é particularmente complexo porque a crescente pressão dos custos em saúde reflete a contínua sofisticação da assistência médica e a crescente demanda por parte da população, especialmente a idosa. Ao mesmo tempo, o índice da população economicamente ativa decresce, provocando ainda mais tensões nas finanças públicas.

Se examinarmos a situação fiscal em vários países do mundo, vamos observar alguns poucos espaços para aumento de recolhimentos tributários para custear a saúde. A carga tributária nos países mais desenvolvidos ultrapassa 25% do PIB, chegando a 50,6% na Suécia. Nos países da América Latina esse índice fica na faixa dos 15%, exceto no Brasil e no Uruguai, onde esse índice ultrapassa os 37%.

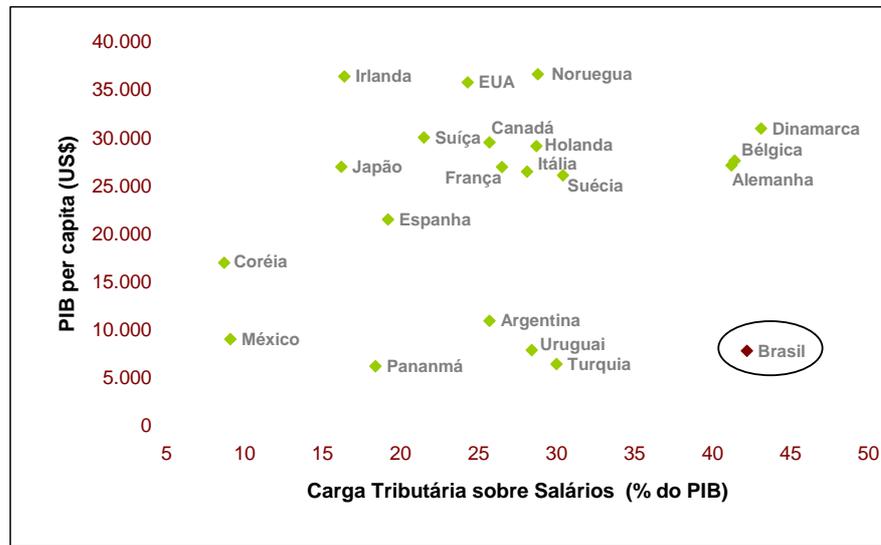
Gráfico IX. Carga Tributária % do PIB 2002



Fonte: Rosenberg & Associados

As chamadas contribuições sociais, recolhidas sobre a renda dos assalariados também dão mostras de esgotamento.

Gráfico X. Comparação da carga tributária sobre salários entre países 2003⁸



Fonte: Amaral e Olenike (2003)

Em particular, o Brasil encontra-se nos níveis mais altos, tanto de carga tributária como de contribuições sociais. Desta forma, ainda que se pudesse imaginar que o Brasil devesse aumentar a participação do financiamento público para a saúde, a realidade fiscal do país não permitiria a concretização dessa idéia. Dessa maneira, a não otimização do emprego dos recursos resulta em degeneração da qualidade e contingenciamento do acesso.

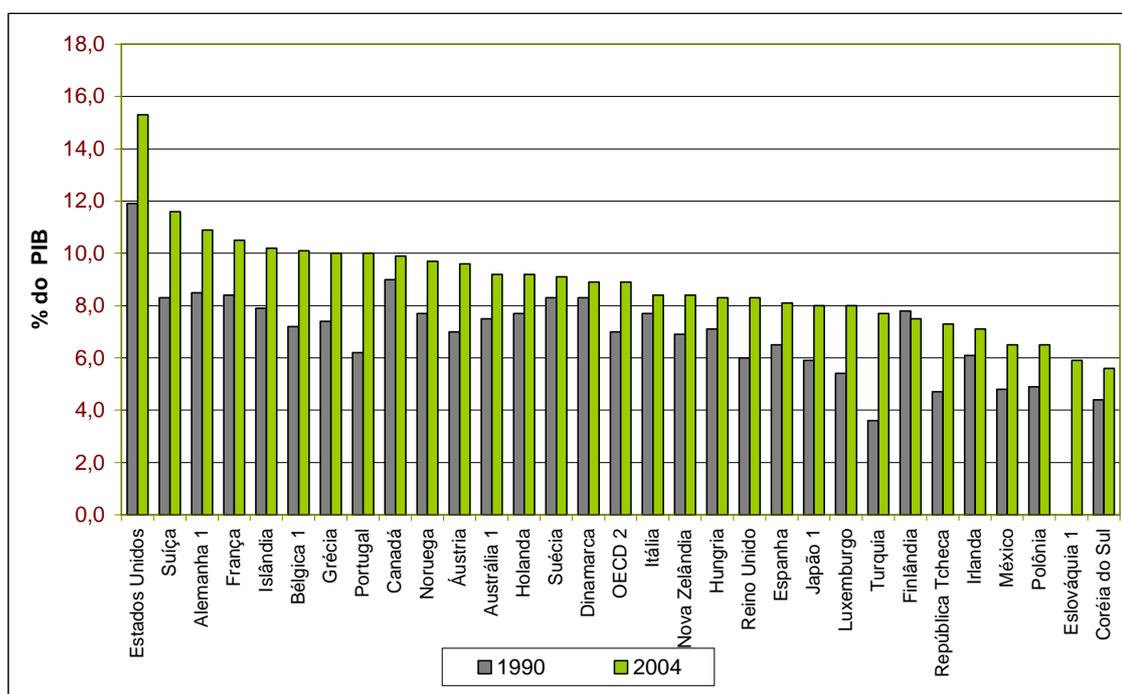
⁸ Os números do gráfico são fiéis à fonte mencionada. A complexidade do sistema tributário previdenciário em vários países suscita controvérsia a respeito dos números, de acordo com a metodologia empregada.

5 CONVERGÊNCIA DE MODELOS

Nesta seção buscamos identificar tendências gerais nas recentes alterações observadas nos sistemas de saúde de vários países do mundo. Nosso foco é o perfil do financiamento dos gastos com saúde nesses países.

Segundo a pesquisa da OECD, os gastos com saúde como porcentagem do PIB cresceram no período compreendido entre 1990 e 2004 em todos os países membros, exceto a Finlândia, onde ficou praticamente estável, conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Gráfico XI. Mudanças nos Gastos com Saúde, países da OECD, 1990 e 2004 (% do PIB)

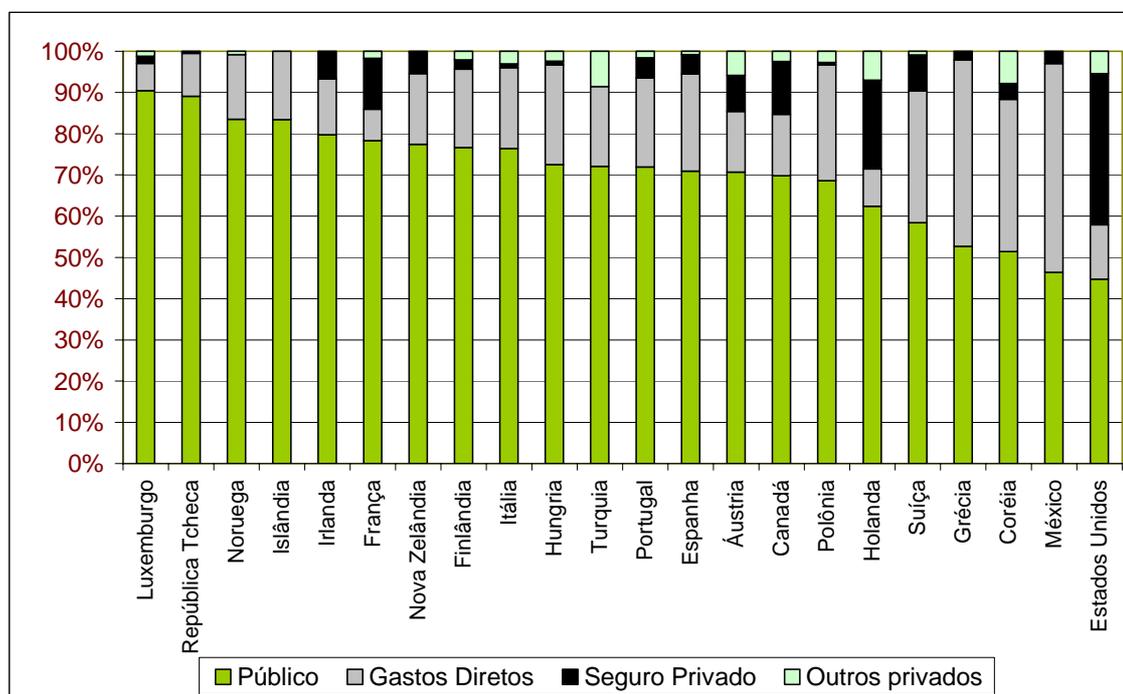


Nota: 1 - 2003, 2 - 2002
Fonte: OECD Health Data 2006

Esse alargamento da proporção da renda dedicada a gastos com saúde representa uma óbvia preocupação, cujo equacionamento passa por variadas iniciativas que ilustramos em outras seções deste documento. Neste ponto vamos fazer uma análise agregada, sob o prisma das resultantes alterações do perfil do financiamento desses gastos com saúde.

Primeiramente, pode-se notar no gráfico seguinte que, na maioria dos países da OECD, os gastos com saúde são preponderantemente financiados através de impostos ou contribuições mandatórias geridas pelos governos. Em 2004, a participação do financiamento público nos países da OECD atinge valores que vão de 45% a 90%, com média de 73%.

Gráfico XII. Porcentagem do gasto em saúde por fonte de financiamento, países da OECD, 2004



Nota: 1 - 2003, 2 - 2002
Fonte: OECD Health Data 2006

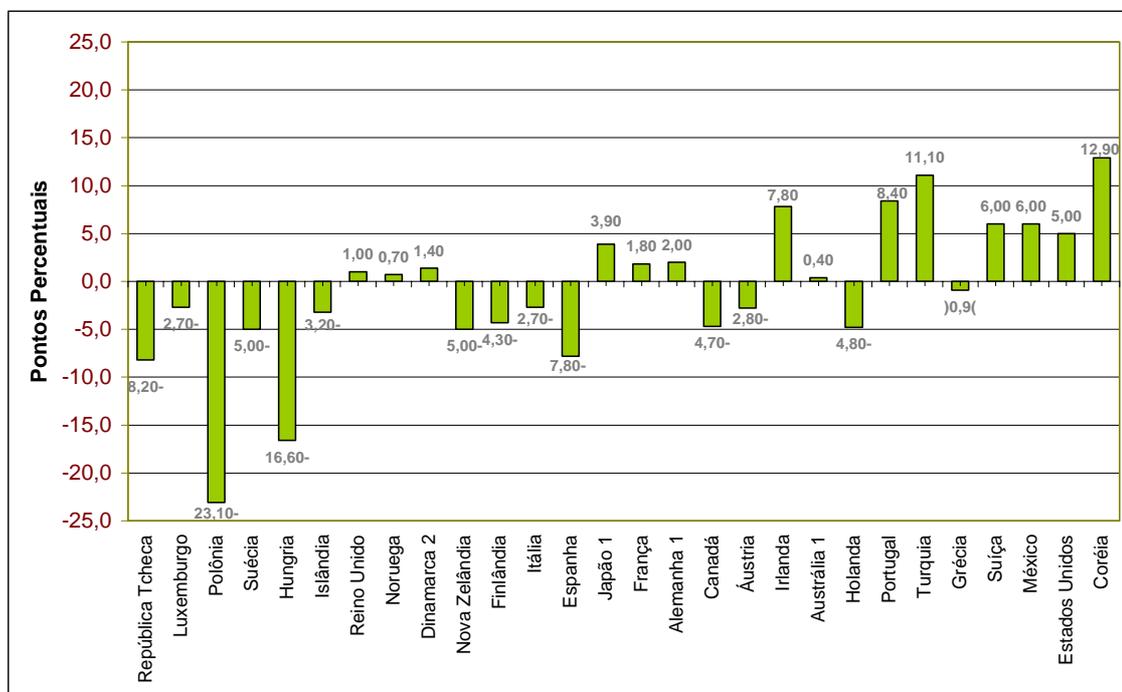
Se analisarmos a evolução da participação do financiamento público no total dos gastos com saúde, vamos notar que, na média, o financiamento público manteve-se praticamente nos mesmos níveis de participação percentual no período 1990-2004 (73%).

Entretanto, além da evolução da média de gastos públicos nesses países, talvez o aspecto mais interessante que se pode extrair das estatísticas seja a tendência à alteração da participação de financiamento público e privado, conforme veremos.

Para mostrarmos que está em curso um processo que chamamos convergência, vamos primeiramente ordenar os países da amostra pelo critério da participação pública nos gastos em saúde em 1990. Por esse critério, a República Checa seria o primeiro país em participação estatal e a Coréia o último, em 1990.

Para cada um dos países, ordenados como acima, calcula-se a alteração na participação pública nos gastos com saúde entre 1990 e 2004. Assim, por exemplo, para República Checa calcularíamos uma diminuição de 8,2 pontos percentuais enquanto para a Coréia haveria um crescimento de 12,9 pontos percentuais. O gráfico abaixo ilustra o valor das alterações no percentual do gasto em saúde financiado pelo poder público em cada país.

Gráfico XIII. Mudanças na participação dos gastos públicos em saúde, países da OECD, 1990-2004 (Ordenado a partir do maior nível participação dos gastos públicos em saúde em 1990)



Nota: 1 - 2003, 2 - 2002
Fonte: OECD Health Data 2006

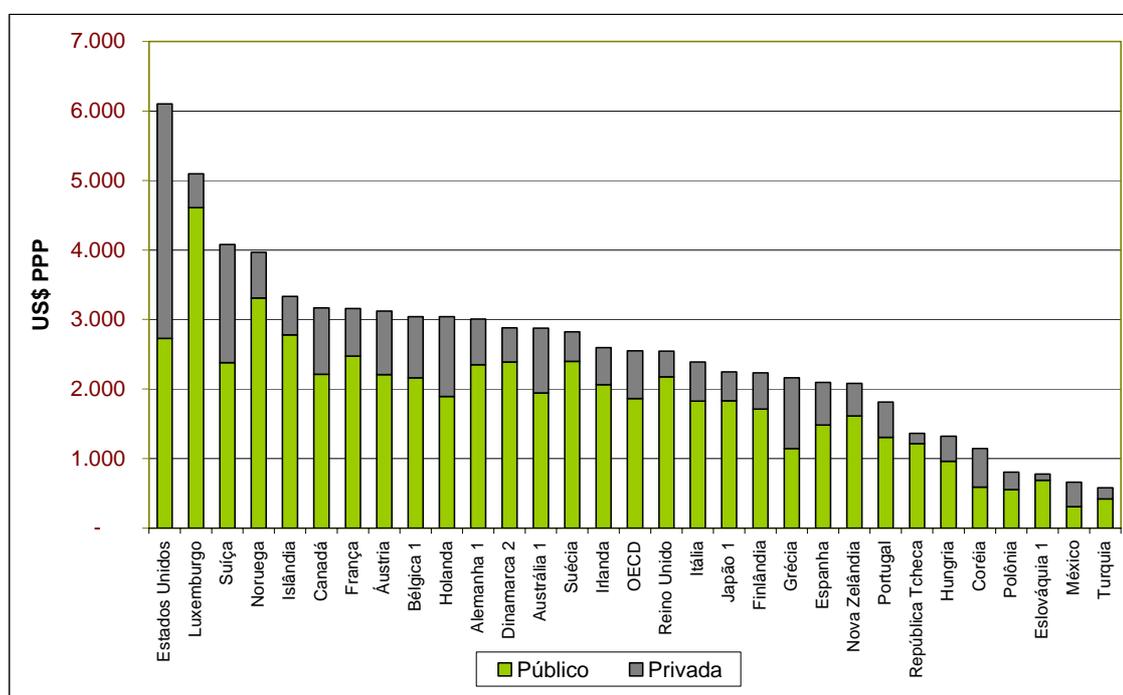
Ao fazer uma análise da evolução da participação pública e privada no financiamento dos sistemas de saúde, percebemos que os países que em 1990 apresentavam maior concentração na participação pública, diminuíram essa participação em 2004. A diminuição da participação pública é mais marcante nos países que se encontravam sob o domínio das políticas estatizantes da antiga União Soviética, República Tcheca, Polônia e Hungria. A derrocada desse sistema fez com que esses países experimentassem mudanças no sistema político e econômico e estão se adaptando a uma nova situação de mercado. Países que também sofreram reformas profundas em seus sistemas de saúde, como Espanha e Holanda, também apresentaram significativa diminuição na participação pública.

Já os países que apresentavam maior participação privada em 1990, viram a participação pública crescer em seu *mix* de financiamento em 2004. Dentre os países que apresentaram significativo aumento da participação pública estão: Turquia, México, Estados Unidos e Coréia do Sul. Um dos fatores que podem determinar essa maior participação pública é a dificuldade desses países em garantir o acesso à totalidade da população ao sistema de saúde, o que levou esses países a promoverem medidas de inclusão de parcelas da população antes desatendida.

Parece claro que está havendo uma convergência a um modelo híbrido em que a convivência dos sistemas público e privado de financiamento à saúde vai preponderar sobre os modelos puramente públicos ou privados.

Parece interessante complementar a análise investigando se, baseando-se nos dados da amostra de países apresentados, seria possível concluir se há efeito da porcentagem pública no financiamento dos gastos em saúde sobre o nível desses gastos. Do ponto de vista estatístico, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito. Estes gastos podem estar mais relacionados ao nível geral de renda e a proporção de idosos na população. Parece bastante razoável conjecturar que o financiamento privado comparece para cobrir gastos que os sistemas públicos não cobrem por restrições orçamentárias ou escopo. Vale ainda comentar que outras análises apresentadas mostram que, para países além da OECD, com baixas médias de gastos em saúde, há alta participação do setor privado por conta da precariedade dos sistemas públicos de saúde nesses países.

Gráfico XIV. Gastos com saúde per capita, gastos públicos e privados, países da OECD, 2004



Nota: 1 - 2003, 2 - 2002
Fonte: OECD Health Data 2006

Desta forma, embora não seja possível identificar o nível ótimo de participação pública ou privada no financiamento à saúde, o que claramente depende da cultura e condições de cada país, fica claro que a tendência não é a de uma polarização, quer seja a um sistema totalmente público quer a um sistema totalmente privado. O ótimo parece estar numa harmoniosa combinação entre esses dois paradigmas, resultando em um sistema de participação híbrida.

5.1 SEGUROS E PLANOS PRIVADOS

A participação de planos e seguros de saúde privados como elementos de sustentação da política de saúde varia muito de país para país. Em alguns, a saúde privada é um dos impor-

tantes pilares do sistema de saúde. Em outros, o Estado assume funções de atendimento à saúde deixando espaço apenas acessório ao setor privado. Mesmo em países onde o seguro privado tem uma função suplementar ou complementar, esse desempenha um importante papel de conter as pressões do aumento das necessidades de desembolsos diretos por parte da população.

Na Europa e Canadá, outro determinante para o aumento da participação de seguros privados é o aumento das exclusões de serviços financiáveis pelos sistemas públicos. Analistas observam que tais exclusões nem sempre se configuram como procedimentos cosméticos ou acessórios. Frequentemente, o mercado privado é alternativa a longas filas nos sistemas públicos.

Nos países da OECD, o seguro privado representa um importante papel, tanto no atendimento como na suplementação e complementação dos serviços de saúde. A tabela a seguir apresenta o grau de cobertura e o tipo de cobertura dos sistemas de seguros privados nos países da OECD.

Tabela 3. População Coberta por planos de saúde privados e por cobertura do sistema público 2000

País	% dos gastos em saúde	% População coberta	Tipos de coberturas privadas
Austrália	7,3	44,9 40,3	Duplicado, complementar Suplementar
Áustria	7,2	0,1 31,8	Principal (substituta) Complementar e Suplementar
Bélgica	n.d.	57,5	Principal (preponderante), Complementar e Suplementar
Canadá	11,4	65,0*	Suplementar
Rep. Tcheca	0	Pouco significativa	Suplementar
Dinamarca	1,6	28**	Complementar, Suplementar
Finlândia	2,6	10	Duplicado, Complementar, Suplementar
França	12,7	92	Complementar, Suplementar
Alemanha	12,6	18,2 dos quais: 9,1 9,1	Principal (substituta) Suplementar, complementar
Grécia	n.a.	10	Duplicado, suplementar
Hungria	0,2	Pouco significativa	Suplementar
Islândia	0	Pouco significativa	Suplementar

Irlanda	7,6	43,8	Duplicado, Complementar, Suplementar
Itália	0,9	15,6***	Duplicado, Complementar, Suplementar
Japão	0,3	Pouco significativa	n.a
Coréia do Sul	n.a	n.d.	Suplementar
Luxemburgo	1,6	2,4	Complementar, Suplementar
México	2,5****	2,8	Duplicado e suplementar
Nova Zelândia	6,3	35	Duplicado, Complementar, Suplementar
Noruega	0	Pouco significativa	n.a.
Holanda	15,2	92 dos quais: 28 64	Principal (preponderante) Suplementar
Polônia	n.a.	Pouco significativa	Suplementar
Eslováquia	0	Pouco significativa	Suplementar
Espanha	3,9	13 dos quais: 2,7 10,3	Principal (substituta e preponderante) Duplicado, Suplementar
Suécia	n.a.	Pouco significativa	Complementar, Suplementar
Suíça	10,5	80	Suplementar
Turquia	0,7*****	< 2	Complementar, Suplementar
Reino Unido	3,3*****	10	Duplicado, Suplementar
Estados Unidos	35,1	71,9	Principal (preponderante), Suplementar, Complementar

* Estimado; ** 1998 *** 1999 ****2001 ***** 1995 ***** 1996 n.d. informação não disponível

Fonte: OECD (2004)

Na América Latina, a população atendida pelo sistema de seguros privados representa de 12 a 25% da população local, um índice elevado se lembrarmos que boa parte da população da região se encontra à margem de qualquer sistema de saúde. A tabela a seguir apresenta os indicadores da participação do setor privado na América Latina.

Tabela 4. Indicadores da Participação do Setor de Saúde Privado, 1998 a 2004 (em % do Total)

Países	População atendida	Leitos	Gastos ^a
Argentina	7,9 ^b	44,4	14,5
Bolívia	0,5 ^c	16,1 ^g	2,6
Brasil	24,5	70,0	21,0
Colômbia	5,0 ^c	n.d.	11,9
Costa Rica	13,2 ^c	24,0 ^g	0,5-2,9 ⁱ
Cuba	0	0	0
Chile	18,5 ^d	21,2	22,6 ^d
Equador	2,2 ^c	23,1 ^h	4,7 ^h
El Salvador	1,5 ^c	n.d.	2,6
Guatemala	0,2 ^e	n.d.	2,7
Honduras	1,5	22,0	3,5-12,5
México	1,1 ^c	28,8	2,7
Nicarágua	2,8-7,7 ^f	19,0 ^g	2,1-10,3
Panamá	n.d.	n.d.	5,8
Paraguai	6,3	17,0	17,5
Peru	1,7	19,0	7,2
Rep. Dominicana	12,0	24,7	0,3-13,6
Uruguai	2,7-30,0 ^c	44,7	37,4 ^j
Venezuela	8,0 ^c	40,0 ^g	1,7

Fonte: Mesa-Lago (2005)

n.d. informação não disponível

^a Apenas gastos com seguros privados e pré-pagamentos, excluem desembolsos diretos e co-pagamentos, entre outros.

^b Porém a maioria dos filiados ao OS recebem atendimento do setor privado.

^c estimado, na Bolívia também se estima em 3,7% e 10,5%; na Colômbia 73% dos filiados em regime contributivo estão no serviço privado, porém a maioria que está no regime subsidiado recebem serviços públicos, assim como os que estão no regime vinculado; na Costa Rica estima-se o número a partir do resíduo de segurados que têm recursos e compram seguros e serviços diretos; no Equador foi estimado 2% e 20% para 1994 e 12% em 1998; no México a estimativa de 2000 era de 2,8%; no Uruguai as cifras foram estimadas a partir dos seguros parciais privados, sem levar em conta a cobertura por entidades privadas sem fins lucrativos o que aumentaria para 47,8% as estimativas; na Venezuela a informação é pouco confiável.

^d ISPAPRES e mutuais, desconhece-se a população que exerce livre opção dentro do FONADA e os que têm seguros privados.

^e em 1998 foi estimado 5%, cerca de 30% da população recebe atendimento de ONGs e outras entidades privadas.

^f Em 2002, 8,6% da população estava filiada às EMP, dessas 10% administradas pelo ministério e 90% eram privadas (7,7% dos filiados), entretanto o Ministério, através de sub-contratações, cobria 67% da atenção hospitalar deixando apenas 2,8% a cargo das EMP.

^g utilização de proxies, estabelecimentos na Bolívia, médicos na Costa Rica e Venezuela, salas de parto na Nicarágua e hospitais no Uruguai.

^h Os gastos em todas as entidades privadas com fins lucrativos era 38%.

ⁱ Só seguros, os gastos totais do setor privado foram de 31,5%.

^j Os gastos são altos, pois consideram as entidades sem fins lucrativos.

6 CONCLUSÕES

O trabalho relatado neste texto permitiu examinar a tese de que está havendo uma reforma generalizada dos sistemas de saúde no mundo, com uma tendência bem definida de convergência a um modelo híbrido, em que o financiamento do setor de saúde conta com a participação conjunta da iniciativa privada e de recursos governamentais.

Examinamos a organização dos sistemas de saúde nacionais de vários países e procedemos a uma análise da eficiência comparada desses sistemas. Ao constatar que é difícil estabelecer *benchmarks*, no sentido de escolher um país no qual pudéssemos tentar nos espelhar, ficou claro que o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro pode, no entanto, extrair lições pontuais das experiências internacionais.

Dentre essas lições, destacamos aquelas ligadas à necessidade de incentivar a adoção de procedimentos de racionalização sem racionamento da incorporação tecnológica, da adoção de procedimentos de gestão de custos que incentivem boas práticas e inibam os vícios de sobre-utilização do sistema. Outra lição retirada do estudo é que se deve, não apenas permitir, mas incentivar a participação privada no financiamento ao setor, pelas razões que recapitulamos a seguir.

6.1 ESCALADA DE CUSTOS E A SUSTENTAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

As projeções de gastos com saúde são, de fato, alarmantes. Cifras que atingem até 35% do PIB com gastos em saúde mostram a importância de empreender reformas nos sistemas de saúde de vários países do mundo. A preocupação atinge ambos agentes, públicos e privados, com funções no financiamento desses gastos. Por isso, parte importante do texto deste documento foi dedicada à análise agregada dos diferentes sistemas de saúde existentes no mundo e as transformações que eles experimentam.

Na busca de fórmulas de contenção de custos em saúde, há medidas que visam o lado da oferta e aquelas que visam o lado da demanda. Entre as do primeiro tipo, incluem-se: limitação no número de vagas em escolas de medicina, controles e auditorias de procedimentos, protocolos, limitação de reembolsos e restrições orçamentárias. Já as medidas que visam controlar a demanda incluem: co-pagamento obrigatório por procedimento, franquias, filas e limitações de acesso a serviços especializados.

Além de medidas pontuais, o próprio desenho das participações pública e privada no financiamento da saúde tem merecido muita atenção dos pesquisadores da área, como fator de controle de custos e melhoria de atendimento.

6.2 FORMAS ALTERNATIVAS DE FINANCIAMENTO À SAÚDE

Uma das recomendações mais consensuais da OMS para o desenho de políticas de saúde trata da preferência por modelos de pré-pagamentos para assegurar assistência à saúde tanto quanto possível, seja na forma de seguros, tributos ou seguridade social.

Considera-se indesejável que as famílias fiquem expostas a riscos catastróficos associados ao pagamento por cuidados à saúde no momento da necessidade. Os efeitos sociais e econômicos da exposição a esse risco são considerados inaceitáveis pela OMS e por vários pesquisadores. Assim, o modelo de pagamento direto pelo usuário só é aceito em casos não catastróficos, como o de pagamento por alguns tipos de medicamentos e/ou procedimentos que não impliquem em ruptura da estrutura econômica das famílias.

A forma de pré-pagamento pode seguir 3 diferentes modelos:

- 1- Financiamento por impostos e contribuições gerais, denominado modelo beveridgeano;
- 2- Financiamento por contribuições de seguridade social, denominado modelo bismarckiano;
- 3- Financiamento por seguros ou planos de saúde, conhecidos no Brasil como Saúde Suplementar.

Modelos puramente estatais, ao estilo beveridgeano, tendem a maximizar a equidade mas, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, podem resultar em restrições de acesso conforme as limitações do orçamento público, em comprometimento da prontidão do atendimento, em sujeição a filas e limitações sobre o rol de eventos cobertos. Modelos financiados por seguridade social, em contraposição, redundam em maior possibilidade de controle e participação direta por parte da sociedade, portanto em desenhos de sistemas que resultem em maior satisfação do usuário atendido. Por outro lado, perdem em equidade e universalização de acesso e em maiores dificuldades na contenção de seus custos. Modelos de financiamento baseados em seguros ou planos de saúde privados são mais sujeitos a instrumentos de mercado, mais sensíveis a anseios do usuário e à prática da livre escolha, mas não podem constituir a única forma de financiamento à saúde, pois tendem a excluir as populações pobres e desempregadas.

Observe-se, entretanto, que em qualquer dos três modelos de pré-pagamento aparece a figura de um “terceiro pagador”. Uma entidade, governamental ou privada, que não presta nem recebe os serviços, mas que interfere diretamente no funcionamento do sistema à medida que recolhe os fundos e distribui os mesmos aos prestadores.

As distorções criadas pela figura do terceiro pagador são conceitualmente caracterizadas como “imperfeições de mercado”. No contexto da existência do terceiro pagador, tanto o usuário quanto o prestador do serviço têm poucos incentivos para racionalizar a utilização. Outras imperfeições de mercado ocorrem no setor de saúde, mesmo sem a figura do terceiro pagador, como é o caso da “assimetria de informação”, que configura a diferença de informação entre o médico e o paciente, por exemplo. Essas “imperfeições de mercado” (a figura do terceiro pagador e a assimetria de informação), embora não sejam exclusividade da área da saúde, são peculiaridades que a afetam sobremaneira (Arrow, 1963), independentemente do modelo de pré-pagamento utilizado, de forma que devem ser consideradas em primeiro plano ao se propor o desenho de um sistema de saúde.

6.3 PRINCIPAIS LIÇÕES DA ANÁLISE COMPARADA DE SISTEMAS DE SAÚDE

Visando extrair o máximo de ensinamentos das experiências internacionais, procedemos à análise comparada de sistemas de saúde de vários países.

Observamos que os países que mais se destacam nas estatísticas de indicadores de qualidade absolutos são a Itália, Bélgica, Canadá, França, Japão, Suíça e Austrália. Existe alguma variação nessa classificação, conforme se proceda ou não a um ajuste por *disability* (perda de alguma habilidade ou função em decorrência de doença) na estatística de expectativa de vida.

Entretanto, ao analisarmos medidas relativas, considerando o estágio de riqueza de cada país, as classificações praticamente se invertem. Por exemplo, a Indonésia e o Brasil que

aparecem muito mal colocados nas classificações por indicadores absolutos, destacam-se positivamente quando se relativiza essas estatísticas com indicadores de gastos com saúde per capita e distribuição de renda. Ou seja, esses países conseguem relativamente bons resultados de saúde considerando o pouco que gastam em saúde e a má distribuição de renda que apresentam.

A análise mostrou ainda que Indonésia, Peru, Chile e Brasil são países que mais progrediram, em termos de indicadores de saúde, entre 1995 e 2005. Essa constatação é, sem dúvida, animadora, particularmente no caso brasileiro. Talvez, possamos dizer que um bom *benchmark* para orientar as transformações necessárias ao desenho do sistema de saúde para o Brasil é o próprio caso do progresso brasileiro na década passada.

6.4 TRANSFORMAÇÕES EM CURSO

Segundo a OMS, a meta de autoridades e agências reguladoras deve ser o provimento de condições para que o sistema de saúde assegure os seguintes princípios básicos: garantia de acesso, equidade, diversidade e liberdade de escolha. Pressões de custos e as demandas da própria sociedade configuram um sistema no qual há um delicado balanço na busca de garantias de qualidade e modicidade de gastos.

O grande desafio, pois, pode ser traduzido como o de estruturar um sistema que maximize o atendimento aos princípios básicos enunciados dentro de condições que o tornem sustentável no longo prazo.

A pesquisa mostrou que as tendências alarmantes de aumento de custos têm movido as autoridades de todos os países, quaisquer que sejam os modelos adotados para o financiamento da saúde, no sentido de implementar reformas estruturais em seus sistemas. Segundo Ross et al (1999), os focos dessas reformas são:

- Aumentar a proporção da população com efetivo acesso a um sistema de saúde economicamente viável,
- Aumentar a responsabilidade individual dos custos com sistemas de saúde através de mecanismos de compartilhamento de custos,
- Modificar a relação entre financiadores e provedores, introduzindo sistemas de compartilhamento de risco e delegação do orçamento
- Diminuir a demanda induzida por serviços de saúde através de esforços para controlar a introdução de novas tecnologias
- Introduzir medidas para promover a competição para baixar preços e melhorar a qualidade.

Essas reformas tendem a alterar significativamente o balanço entre o financiamento público e privado à saúde. Considerando imperfeições de mercado e peculiaridades da área da saúde, evidenciados nos diversos modelos já expostos nesse trabalho, infere-se que a maximização dos princípios citados acima não será alcançada se não através da formulação de modelos híbridos, à luz do contexto de cada país. Nesse sentido, visualiza-se possivelmente o porquê da tendência de convergência constatada na maioria dos países estudados.

6.5 O PAPEL DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A análise da evolução mundial mostra que o sistema de seguro privado não é uma anomalia no contexto do sistema de saúde de um país. Esse sistema pode ser considerado uma derivação do modelo bismarckiano de seguridade social, pois estende, ao conjunto da sociedade com capacidade contributiva, os benefícios que os trabalhadores das indústrias mais desenvolvidas auferiam.

Em geral, os seguros e planos de saúde são modalidades de pré-pagamento em regime de mutualismo, ou seja, de repartição simples. Entretanto, algumas regulamentações recentemente encontradas no mundo, como a da obrigatoriedade de renovação de apólices e restrições de preços, tendem a conferir à modalidade características de regime de capitalização. Também recentemente foram introduzidas no mercado americano as chamadas Health Savings Accounts (contas de poupança-saúde), que tem características do regime de capitalização.

O segmento de saúde suplementar propicia benefícios diretos ao atender largos contingentes da população, aliviando os orçamentos governamentais. Além disso, o segmento costuma ser incubador de boas práticas de gestão que acabam sendo difundidas também aos agentes públicos do sistema auxiliando, dessa forma, na contenção dos custos totais e na melhoria da eficiência e qualidade do provimento da saúde.

Cabe destacar que o modelo de saúde suplementar garante flexibilidade e liberdade de escolha, quesitos importantes, como se viu, quando se trata de assistência a saúde. Ademais, ao propiciar melhor controle de custos, tende a aumentar o acesso da população. Nesse quesito, fica claro que se a saúde pública não pode prescindir de suplementação com financiamento privado, também a saúde suplementar não pode prescindir de uma rede de proteção social que ampare com equidade o acesso universal a população.

A pesquisa mostra que a saúde suplementar é apreciada pela população. Nos Estados Unidos, pesquisas (Wallace, 2005) indicam que cerca de 78% dos americanos estão satisfeitos ou muito satisfeitos com os custos relativos ao seguros de saúde que pagam e têm a percepção pessoal de que o sistema de saúde funciona bem. Por outro lado, os modelos mais orientados para a assistência social estatal (Canadá e Reino Unido) já não gozam de bons índices de satisfação por parte da população. O modelo canadense, que já foi motivo de orgulho nacional, está caindo em popularidade e, em 2002, somente 20% dos canadenses consideraram que seu sistema de saúde funcionava bem e uma grande maioria acreditava que mudanças cruciais eram necessárias (The Economist Group, 2004).

Em alguns países, a saúde privada é um dos importantes pilares do sistema de saúde. Mesmo em países onde o seguro privado tem uma função suplementar ou complementar, esse segmento desempenha um importante papel de conter as pressões de aumento das despesas governamentais ou de desembolsos diretos.

Igualmente importante observar que seguros e planos privados no contexto mundial não são um item para minorias com a função de garantir luxo e conforto aos seus beneficiários. Sua abrangência e as respectivas estatísticas de atendimento permitem constatar que esse segmento desempenha um importante papel em países como Austrália, Brasil, África do Sul, Irlanda, Nova Zelândia, Argentina e Chile, além do caso mais conhecido que é o dos EUA.

6.6 CONVERGÊNCIA

Esping-Andersen (1994) observa que as reformas dos serviços de bem-estar, embora possam estar motivadas pela ampliação do leque de preferências individuais, na prática têm sido conseqüência, em muitos países, da erosão gradual dos níveis de benefícios ou dos serviços, pela contenção do gasto público.

Ao fazer uma análise da evolução da participação dos agentes financiadores dos sistemas de saúde, percebemos que os países que em 1990 apresentavam maior concentração na participação pública, diminuíram essa participação em 2004. Já os países que apresentavam maior participação privada em 1990, viram a participação pública crescer em seu *mix* de financiamento em 2004. Cuba talvez seja a única exceção. Esse desenvolvimento aponta claramente para um processo de convergência rumo a um modelo misto, no qual o grau de participação de cada um dos segmentos, público e privado, será determinado por características específicas de cada país.

A respeito, merece registro, finalmente, um comentário encontrado em Andreazzi (2002):

“A estatização total ou a curvatura ao mercantilismo selvagem são, portanto, os dois lados de uma mesma moeda...
... *mix* público-privado vem encontrando o crescente interesse dos organismos internacionais (PAHO, 1992), em contraste ao otimismo anterior sobre um progressivo rumo em direção à estatização do financiamento e prestação de serviços de saúde (Terris, 1980)”.

Comprovada a convergência para um modelo híbrido de financiamento público e privado para a saúde como tendência desejável, restaria estudar os tipos de mecanismos de incentivo ao uso das melhores práticas e à eficiência alocativa de recursos, mirando a satisfação da sociedade. Para isso, a participação e a experiência da Saúde Suplementar serão determinantes.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, A. A. M., SANT'ANNA, A. P. & LINS, M. P. E. Restringindo flexibilidade de pesos em DEA utilizando análise de regressão MSEA. *Pesqui. Oper.* vol.23 no.2 Rio de Janeiro Agosto., 2003.
- AMARAL, G. L. do . OLENIKE, J. E.Carga Tributária sobre Salários. IBPT, Brasil, 2003
- ANDREAZZI, M. F. S. de. Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social - UFRJ, Rio de Janeiro, 2002
- ANELL, A. & WILLIS, M. International comparison of health care systems using resource profiles. 2000.
- ARROW, K. “uncertainty and the welfare economics of medical care”. In *The American Economic Review*, v.3, n.5, dezembro 1963
- AVELLAR, J. V. G. de. Modelos de DEA com soma constante de inputs/outputs. 1061: Tese de mestrado – Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, 2004
- BENEDICT, I. Options for Healthcare Funding. Health Policy Consensus Group www.civitas.org.uk/pdf/hpcgSystems.pdf
- BENNETT, S. Promoting the Private Sector: a review of developing country trends. *Health Policy and Planning* 7(2):97-110, 1992.
- BERGHEIM, S. Live long and prosper! Health and longevity as growth drivers. *Deutsche Bank Research*, Alemanha, 2006
- BLANCHETTE, C. Public and Private Sector Involvement in Health Care Systems: An International Comparison. Bulletin 438E, Library of Parliament, United Kingdom, 1997
- BODENHEIMER, T. High and Rising Health Costs. Part 1 and Part 2, *Annals of Internal Medicine*, Volume 142, Number 11, 2005
- BUSE, K. & WAXMAN, A. Public-private partnerships: a strategy for WHO. *Bull. World Health Organ.* vol.79, no.8, p.748-754, 2001.
- COLE, R. S REED, H BABIGIAN, S BROWN, and J FRAY. A Mental Health Capitation Program: Inpatient Outcomes. *Hospital and Community Psychiatry* 45(11), 1994.
- COOPER W.W; SEIFORD, L.M. & TONE, K. *Data Envelopment Analysis: A comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA.* Solver Software. Kluwer Academic, Boston, 2000.
- CUTLER, D. E MCCLELLAN, M. Is technological change in medicine worth it?, *Health Affairs*, vol. 20, n0. 5, pp. 11-29, 2001.
- DRECHSLER, D. & JÜTTING, J. P. Private Health Insurance in Low and Middle-Income Countries Scope, Limitations, and Policy Responses. *OECD Development Centre*, 2005.
- DUCKETT, S. Strategic Engagement Between The Public Sector And Private Hospitals. *Australian Institute for Primary Care*, 2004.
-

- ELLIS, R e MCGUIRE, T.. “Provider Behavior under Prospective Reimbursement.” *Journal of Health Economics* 6, 1986.
- ENTHOVEN, A. C. Market Forces And Efficient Health Care Systems. *Health Affairs*, 23, n°2:25-27, 2004.
- EPM Apostila de Curso de Saúde Coletiva, Unifesp, 2006.
- ERNST & YOUNG. Health care system and health market reform in the G20 countries. Prepared for the World Economic Forum, Janeiro 2003.
- EUGP – The European Union of Medical Practitioners – informação acessada em setembro de 2006 através do URL http://www.uemo.org/gp_in_europe/index.htm 2006.
- EVANS, D. et al. Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMJ*, 2001
- EVANS, R. G. Financing health care: taxation and the alternatives. In: *European Observatory on Health Care System Series. Funding health care: options for Europe*. EUA, 2002
- FARREL M.J.; FIELDHOUSE M. Estimating efficient production functions under increasing returns to scale. 1961]2. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A* , 252-267.
- FERRAZ, M.B.. Reconciling 21st century temptations with 20th century resources and problems. *BMJ*, 332:861. 2006.
- FROGNER, B. K. e ANDERSON, G. F. *Multinational Comparisons of Health Systems Data*, 2005 Johns Hopkins University, Abril 2006
- Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde. Report of the workshop: “Health Systems Performance – The World Health Report 2000”. Rio de Janeiro, RJ, 2000.
- GAFNI, A. e BIRCH, S.: Guidelines for the adoption of new technologies: a prescription for uncontrolled growth in expenditures and to avoid the problem. *Canadian Medical Association Journal* 148. 913-917, 1993.
- GOERING, Paula. Review of Best Practices in Mental Health Reform. *Health Systems Research Unit – Clarke Institute of Psychiatry*, 1997.
- GROENEWEGEN, P. P. et alli.. The regulatory environment of general practice; an international perspective. In: *European Observatory on Health Care System Series. Regulation entrepreneurial behaviour in European health care systems*. EUA, 2002
- HALL, R. E. e JONES C. I. The value of life and the rise in health spending. *NBER Working Paper No. W10737*, Cambridge, 2004.
- HANSON, K. & BERMAN, P. Private Health Care Provision in Developing Countries: A preliminary analysis of levels and composition. Data for Decision Making Project. Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health. Boston, Massachusetts, 2000.
- Harvard School of Public Health. *The Health Care Cost Survey*. Em colaboração com Kaiser family Foundation e The USA Today, 2005.
- HOHMAN, J. *International Healthcare Systems Primer*, 2005.
-

- IBGE. First results from the International Comparison Program in South America Household Consumption in 2005, Rio de Janeiro 2006
- IWAMOTO, Y. et alli (2005) - Policy Options for Health Insurance and Long-term Care Insurance. ESRI Collaboration Projects Macroeconomic Issues, 2005.
- KFF – Kaiser Family Foundation – informação acessada em agosto de 2006 através de URL <http://www.kff.org/insurance/7031/print-sec2.cfm>.
- KUMAR, A. & OZDAMAR, L. International Comparison of Health Care Systems. 2004. International Journal of The Computer, the Internet and Management Vol.12No.3 pp 81-95, Setembro-Dezembro, 2004
- MACEIRA, D. Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Abt Associates Inc. Bethesda, Maryland EUA, 1998.
- MACEIRA, D. Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries Major Applied Research 2, Working Paper 2, Partnership for health reform, EUA, 1998
- MECHANIC, R. E. Medicaid's Disproportionate Share Hospital Program: Complex Structure, Critical Payments. NHPF Background Paper, Setembro 2004
- MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL, Chile, 2005
- NORMAND, C. e BUSSE, R. Social health insurance financing. In: European Observatory on Health Care System Series. Funding health care: options for Europe. EUA, 2002
- OCKÉ-REIS, C.O. (2005). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A reforma institucional do mercado de planos de saúde: uma proposta para criação de benchmarks. (Texto para discussão N° 1075): - Rio de Janeiro: IPEA, 2005.
- OECD. Private Health Insurance in OECD Countries, setembro de 2004
- OMS – Organização Mundial d Saúde. World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance, 2000.
- OMS – Organização Mundial d Saúde. World Health Report 2006 – Working Together for Health, 2006.
- ONU - Human development indicators. 2005. Human Development Report 2005.
- REINHARDT, U. E., HUSSEY, P. S. & ANDERSON, Gerard F. Cross-National Comparisons Of Health Systems Using OECD Data, 1999. Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc, 2002
- ROEMER, M National Health Systems of the World. Volume I – The Countries. 1991. Oxford University Press, Inc.. New York, NY.
- ROSS, B. et al. International Approaches to funding health care. Occasional Papers: Health Financing Series Volume 2, Department of Health and Aged Care, Austrália, 1999
- SEKHRI, N. “United States”. Global Healthcare Markets. Ed. Walter Weiners. San Francisco: Jossey-Bass, 382-402, 2001.

- SIADAT, B. e STOLPE, M. Reforming health care finance: What can Germany learn from other countries? Kiel Economic Policy Papers, Dezembro 2005.
- THORPE, K. E. Health Care Cost Containment: Reflections and Future Directions. in Health Care Delivery in the United States. Editors Anthony R. Kovner and Steven Jonas. Springer Publishing Company, New York EUA, 1999.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs / Population Division”, 2003.
- WALLACE, Paul. The Health of Nations – Survey: Health-Care Finance. The Economist Group, July 2004.
- WESTERHOUT, E. e PELLIKAAN F. Can we afford to live longer in better health? Enepri research report no. 10, Julho de 2005

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

- Banco Mundial: www.worldbank.org
- European Observatory on Health Care Systems Series: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>
- G-20: <http://www.g20.org/Public/AboutG20/index.jsp>
- IBGE: <http://www.ibge.gov.br>
- OECD Health Data 2006
- OECD: <http://www.oecd.org>
- OMS: <http://www.who.int>
- Rosenberg: www.rosenberg.com.br
- US Census Bureau <http://www.census.gov/>