O ingresso do capital privado no setor Saúde no Brasil: um balanço inicial e perspectivas de regulamentação.
Conjuntura em Saúde no país.

Arthur Chioro

Participação do capital internacional na saúde

- Liberação regulamentada a partir da aprovação da Lei 13.097/2015
- “Carona” na MP 656 que versava sobre isenção fiscal para aerogeradores
- **Mudança no artigo 23 da Lei 8.080/90:** é permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, inclusive em prestadores filantrópicos e clínicas brasileiras, sem restrições presentes na lei anterior.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV – demais casos previstos em legislação específica.

Como tudo começou...

- Em 1998, com a lei que regulamenta planos de saúde, houve um primeiro passo: Operadoras de capital internacional foram autorizadas a comprar planos de saúde no Brasil.
- Já estava presente: operadoras, seguros, laboratórios de análises clínicas, empresas de diagnósticos e farmácias.
- Exemplos: aquisição da Amil pela United Health e da Intermédica pelo grupo de investimentos Bain Capital

SEGMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

- **Grupo Beneficiários Amil** 5.978.057
- **Bradesco** 4.421.003
- **Notre Dame** 1.626.944
- **Sul América** 2.323.914
- **Vitallis** 261.331
- **Medisanitas** 132.045
- **Brasil Foods** 115.386
- **Qualicorp** 14.766

EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICO

- **Grupo Beneficiários OdontoPrev (Bradesco)** 6.496.919
- **Metlife** 676.492
- **INTERODONTO (Notre Dame)** 719.734

Movimentos do mercado

- UnitedHealth (proprietária da Amil), adquiriu o Hospital Samaritano (SP) - 27/11/15.
- Hospital da Bahia, em Salvador
- Santa Joana e o Memorial São José, em Recife
- Hospital Santa Helena, em Brasília.
- Hospital Espanhol (Salvador) = ????

Movimentos do mercado

- **Banco BTG Pactual -** vendeu ao **fundo soberano de Cingapura GIC** ações da Rede D'Or São Luiz (a maior rede de hospitais privados do país)
- O negócio totaliza aproximadamente R$ 2,38 bilhões. Em maio, o GIC já tinha comprado 16% do BT por 3,2 bi
- Com a venda, o BTG busca fazer caixa após a prisão de Andre Esteves (socio-controlador)

Movimentos do mercado

- consultorias e assessoramento,
- treinamento de profissionais em regras de negócios de saúde,

  (BRASSCOM, KPMG, entre outras).

- Sistemas de informações

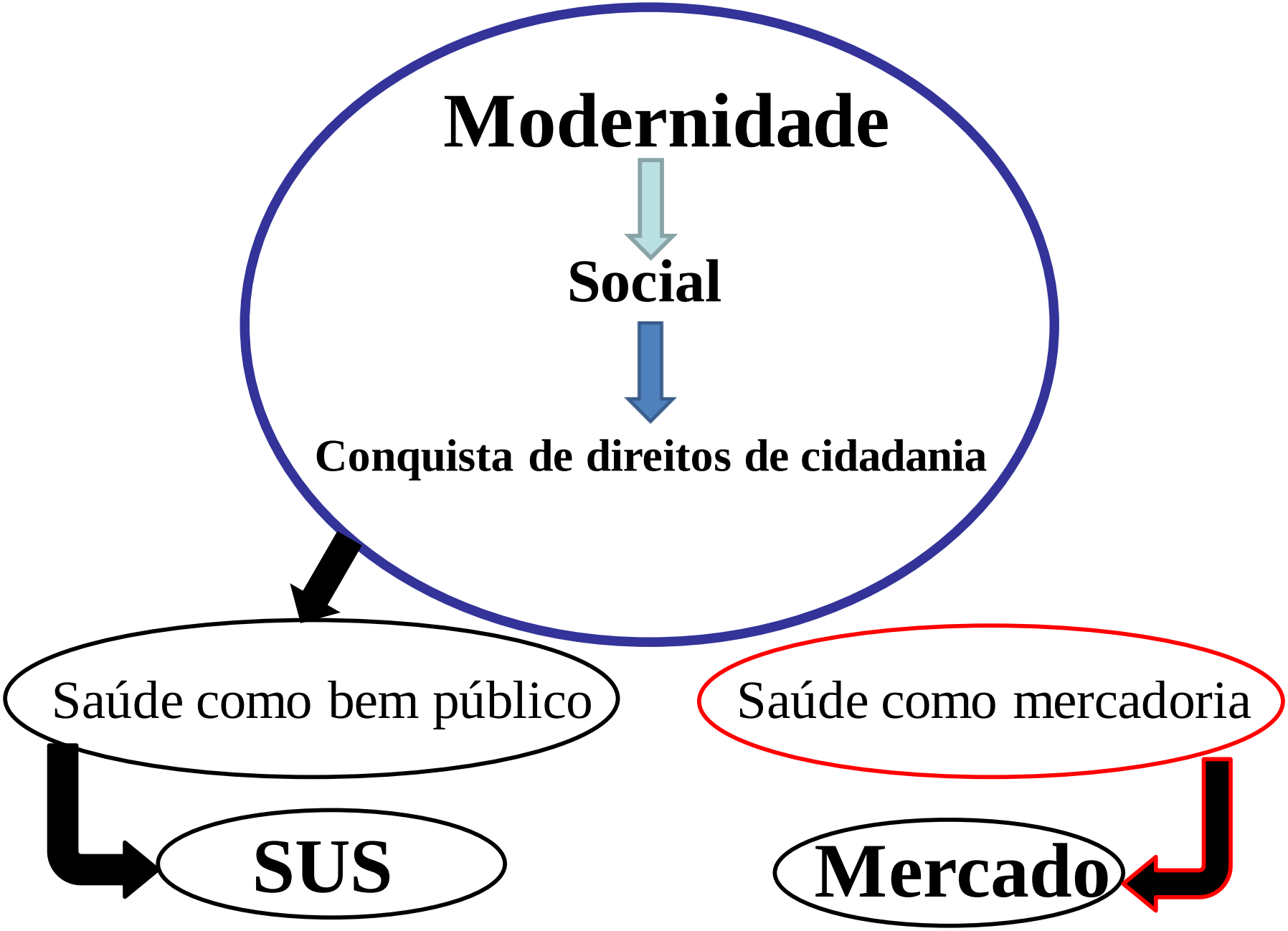
  (Optum, SulAmérica, entre outras...)

Regulação no Setor Saúde

Enquanto um conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros sujeitos sociais a **REGULAÇÃO NO SETOR SAÚDE**

é uma ação social complexa atravessada por múltiplos interesses (antagônicos) e finalidades

Setor sustentado e permeado por uma lógica econômica = MERCADO


Modernidade
Social
Conquista de direitos de cidadania
Saúde como bem público
Saúde como mercadoria
SUS
Mercado

Referências das reformas dos anos 1980

- Sistema britânico do pós-guerra
- Universalização do seguro social e expansão do neocorporativismo europeu do pós-guerra
- Inovações dos mercados de seguros privados norte-americanos
- Reforma sanitária italiana
- Substituição progressiva do seguro social europeu e reforma sanitária espanhola
- Crises dos sistemas corporativos latino-americanos
- Sistema local cubano
- Fortalecimento da agenda da atenção primária em saúde

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)

Seção II. Da saúde

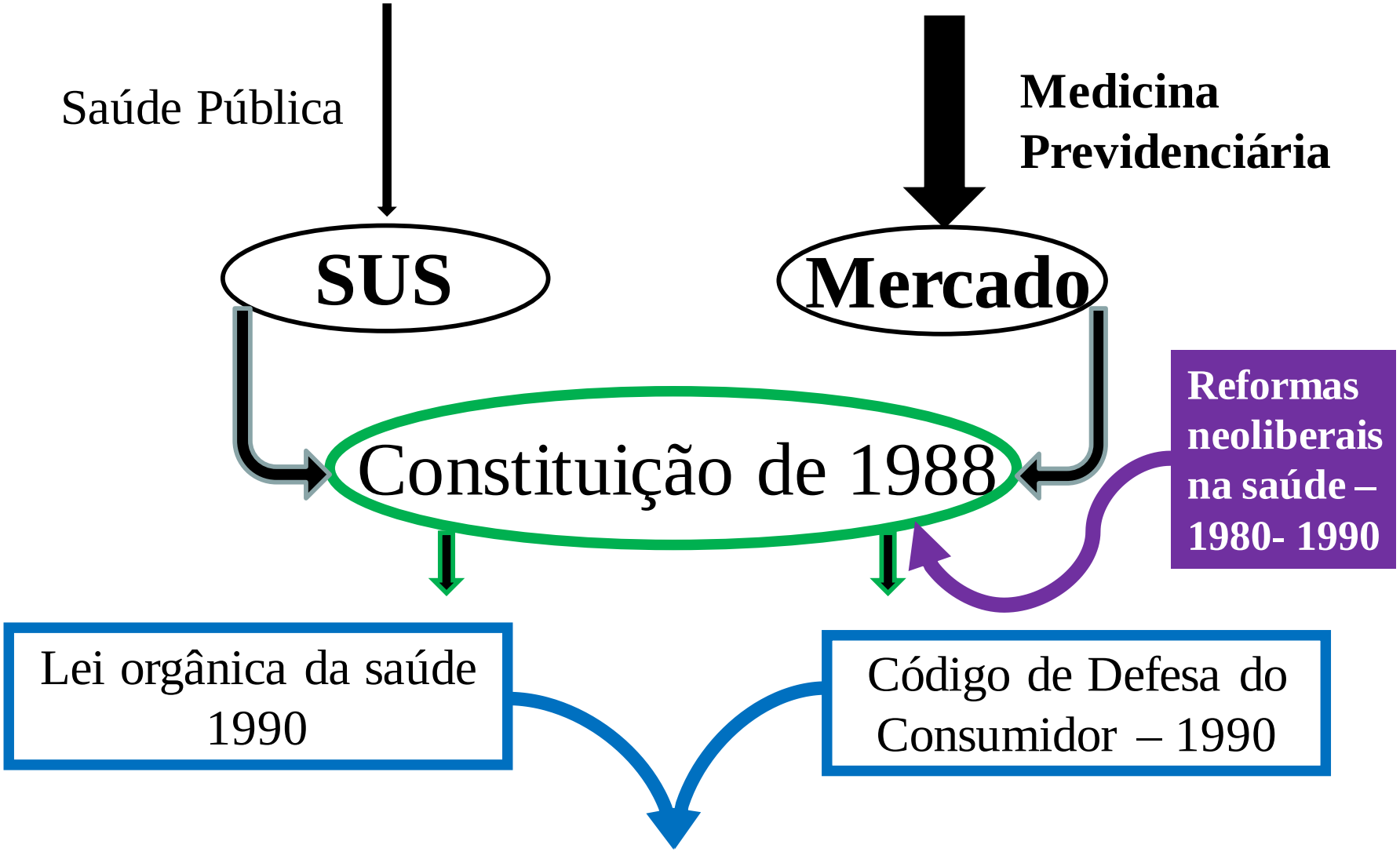
Art. 196. **A saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (1988)

Seção II. Da saúde

Art. 199. **A assistência à saúde é livre à iniciativa privada**.

§ 1º - **As instituições privadas poderão participar de forma complementar** do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.


Saúde Pública
Medicina Previdenciária
SUS
Mercado
Constituição de 1988
Reformas neoliberais na saúde – 1980- 1990
Lei orgânica da saúde 1990
Código de Defesa do Consumidor – 1990
Dualidade do sistema de saúde

SETOR SUPLEMENTAR EM SAÚDE

- Crescimento a partir da década de 60 – Medicinas de grupo
- Décadas de 70 e 80 – outras modalidades assistenciais
- Ausência de regulação pública – exceção seguradoras (SUSEP)

CRESCIMENTO SEM REGRAS

A Evolução do Processo de Regulamentação na Saúde Suplementar

1988

- Constituição / SUS
- Definição da saúde privada como setor regulado

1991

Código de Defesa do Consumidor - CDC

1997

Debates no Congresso

Foco: atividade econômica e assistência à saúde

1998

Promulgação da Lei 9656 em 03 de junho de 1998

2000

Lei 9.961/00 – ANS
Autarquia vinculada ao MS

Regulação do Setor da Saúde Suplementar

Agência Nacional de Saúde Suplementar

"A ANS terá por finalidade institucional **promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde**, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País." (Art. 3º da Lei 9.961/2000)

- Autarquia vinculada ao MS
- Atuação controlada por um contrato de gestão

Ações do órgão regulador

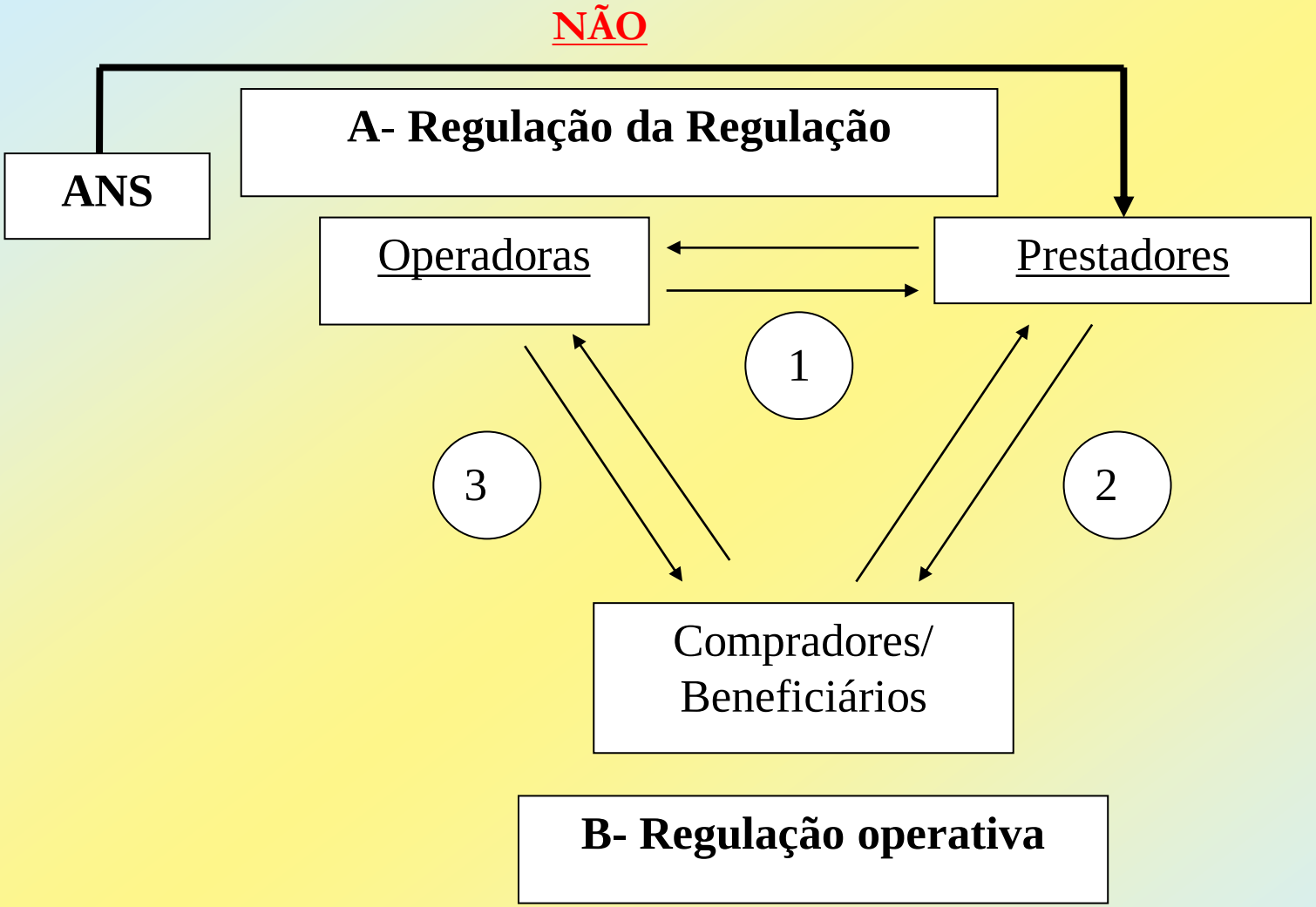
- Garantir o cumprimento da lei
- Entrada e saída de empresas no mercado
- Equilíbrio financeiro
- Intervencionista
- Definições assistenciais
- Preços
- Competitividade/equilíbrio do mercado
- informações

COBERTURA ASSISTENCIAL DO PLANO

É o conjunto de direitos (tratamentos e serviços médicos, hospitalares e odontológicos), adquiridos pelo beneficiário com a contratação do plano.

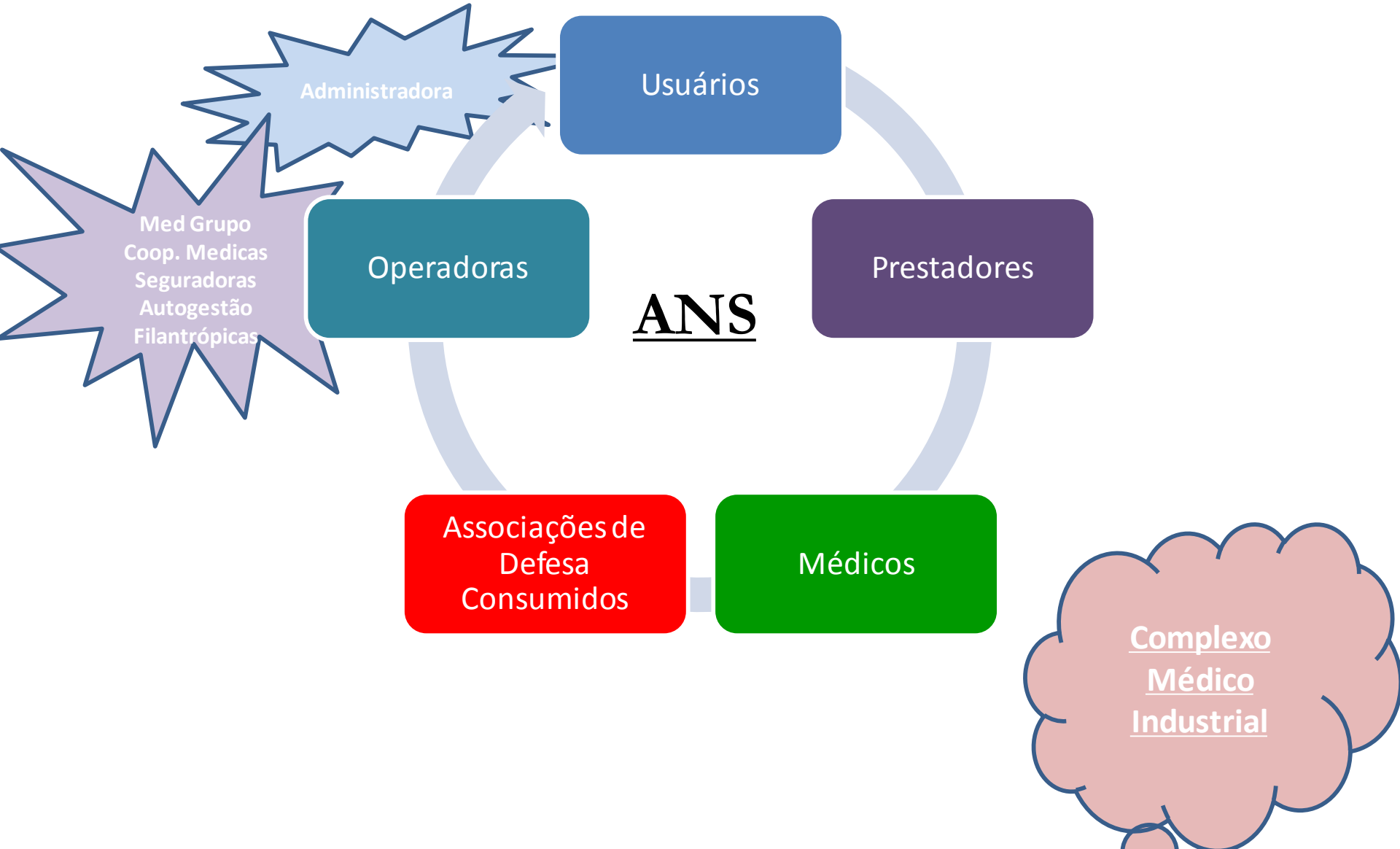
Corresponde à **segmentação assistencial do plano de saúde** que garante a prestação de serviços à saúde que compreende os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos, atendimentos de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato

CARTOGRAFIA DA SAÚDE SUPLEMENTAR



Fonte: Cecílio (2003).

QUEM SÃO OS SUJEITOS???



PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE
QUANTO À ÉPOCA DE CONTRATATAÇÃO

Planos novos: são aqueles cujos contrato foram celebrados na vigência da Lei 9656/98, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999. Estão totalmente sujeitos à nova legislação e devem ter registro na ANS para que possam ser comercializados

Planos antigos: aqueles cujos contratos foram celebrados antes da vigência da Lei 9656/98, valendo, portanto, o que está estabelecido em contrato

Regulação do Setor da Saúde Suplementar

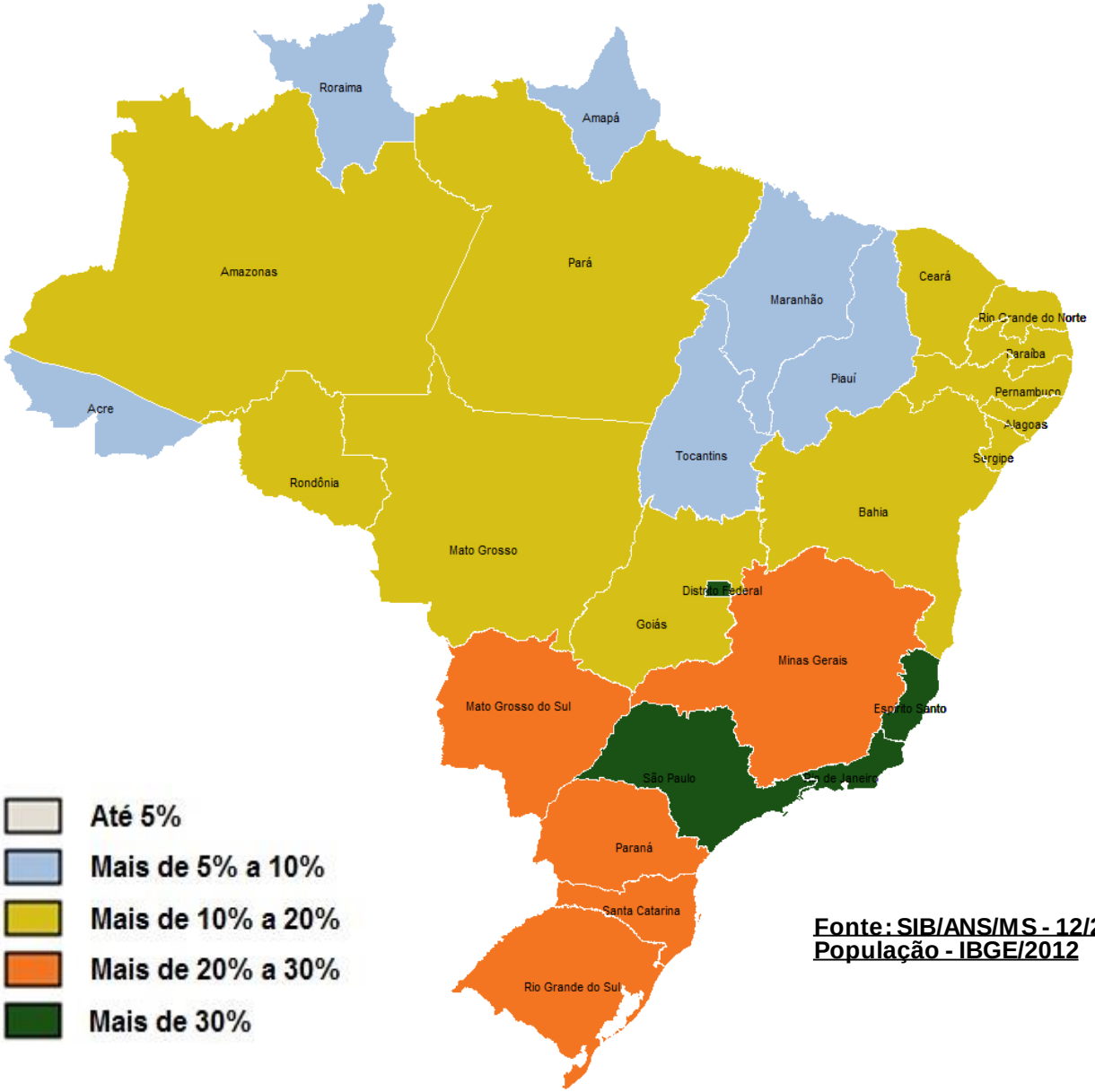
- O mercado composto por:
  - **planos de saúde privados (80%)**
  - **planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público e militar (20%)**

    (não regulados pela ANS)
- **53 milhões de beneficiários de planos de saúde** médico-hospitalares
- **72 milhões** incluindo-se odontológicos
- **974 operadoras com beneficiários**

25,9% a 35% da população

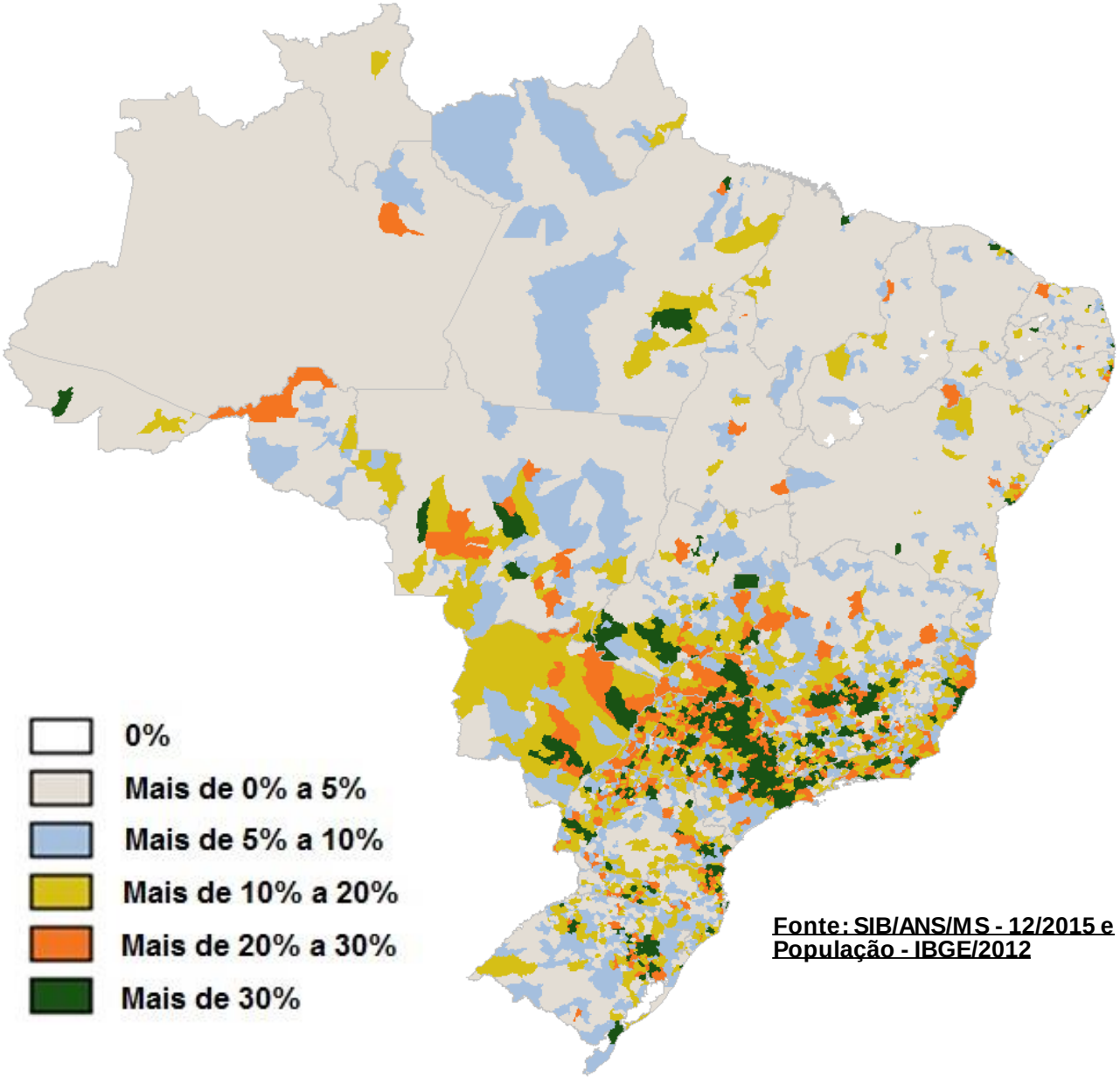
(ANS, dez/2015)

Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médica por UF (Brasil - dezembro/2015)



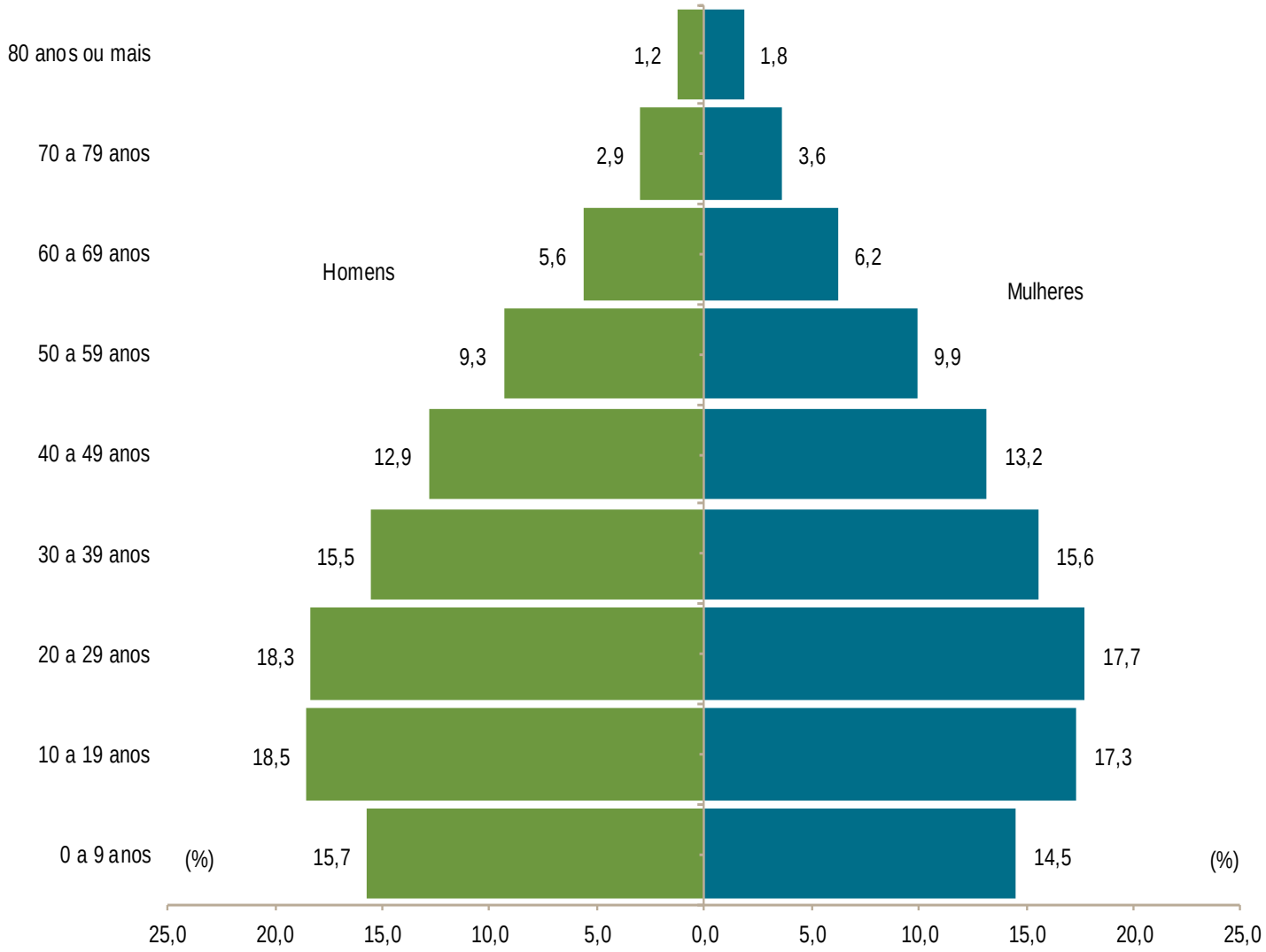
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015 e População - IBGE/2012

Taxa de cobertura dos planos privados de assistência médicapor municípios (Brasil - dezembro/2015)



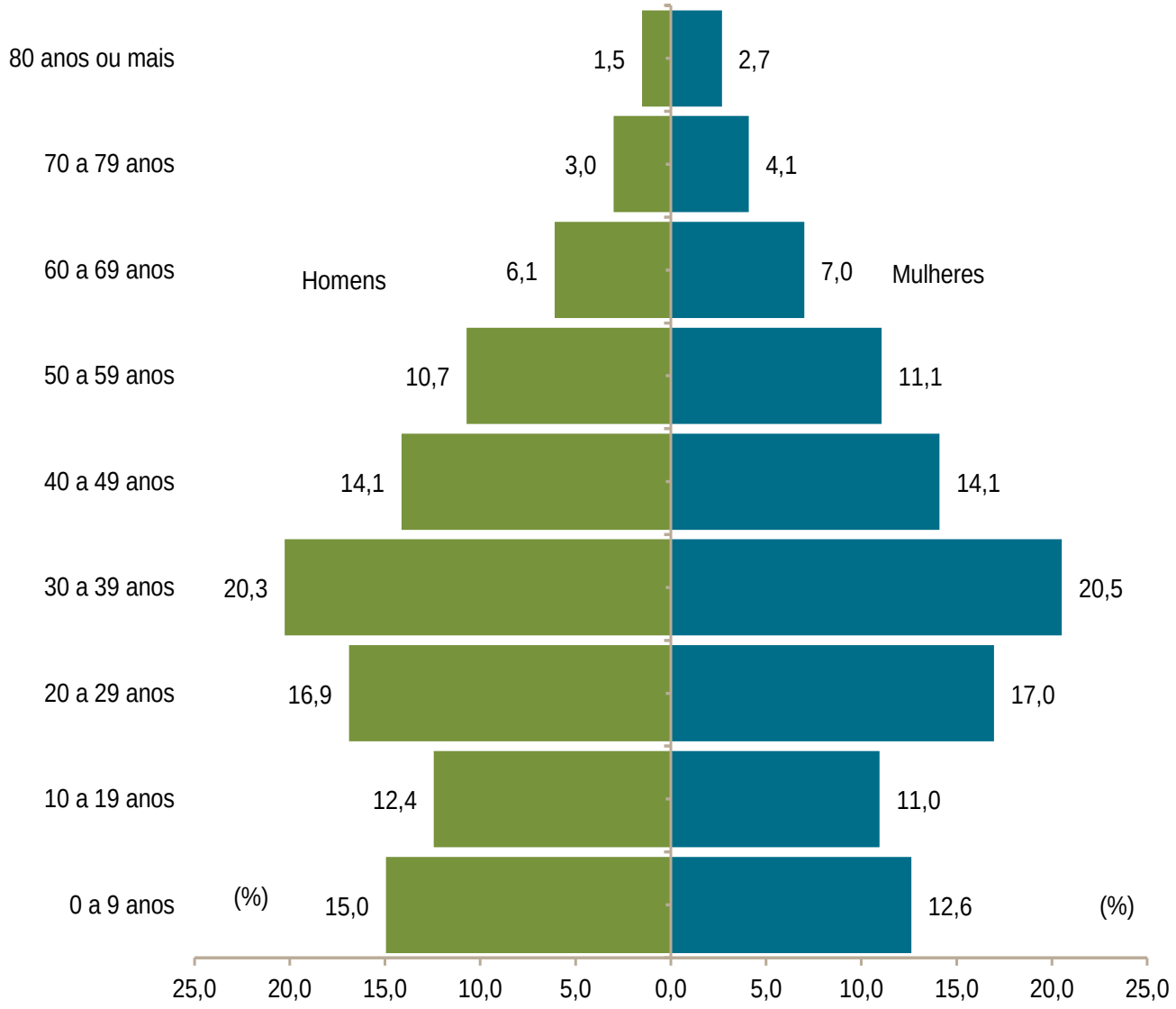
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015 e População - IBGE/2012

Pirâmide da estrutura etária da população – Brasil, 2012



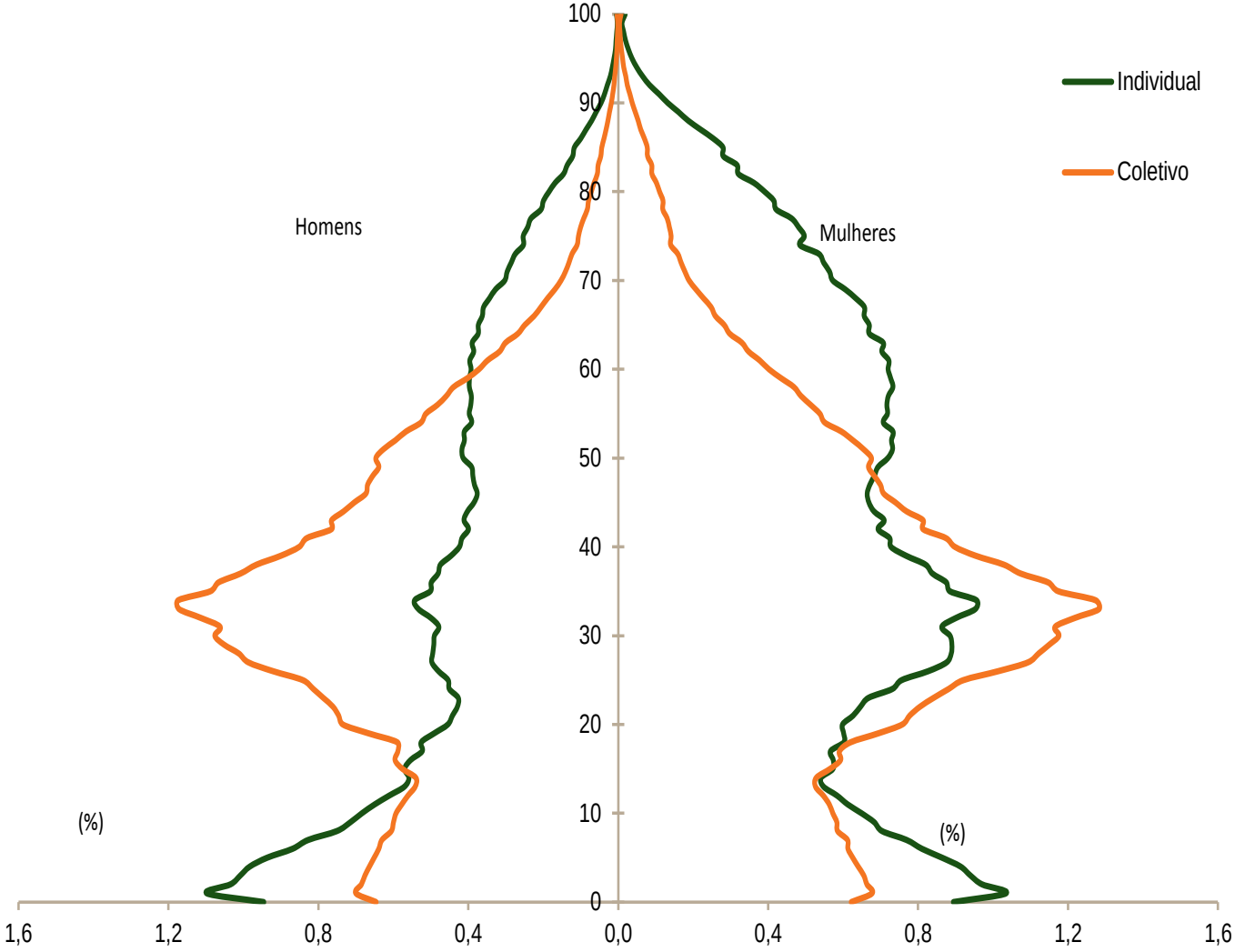
Fonte: População - IBGE/DATASUS/2012

Pirâmide da estrutura etária dos beneficiários de planos privados de assistência médica (Brasil – dezembro/2015)



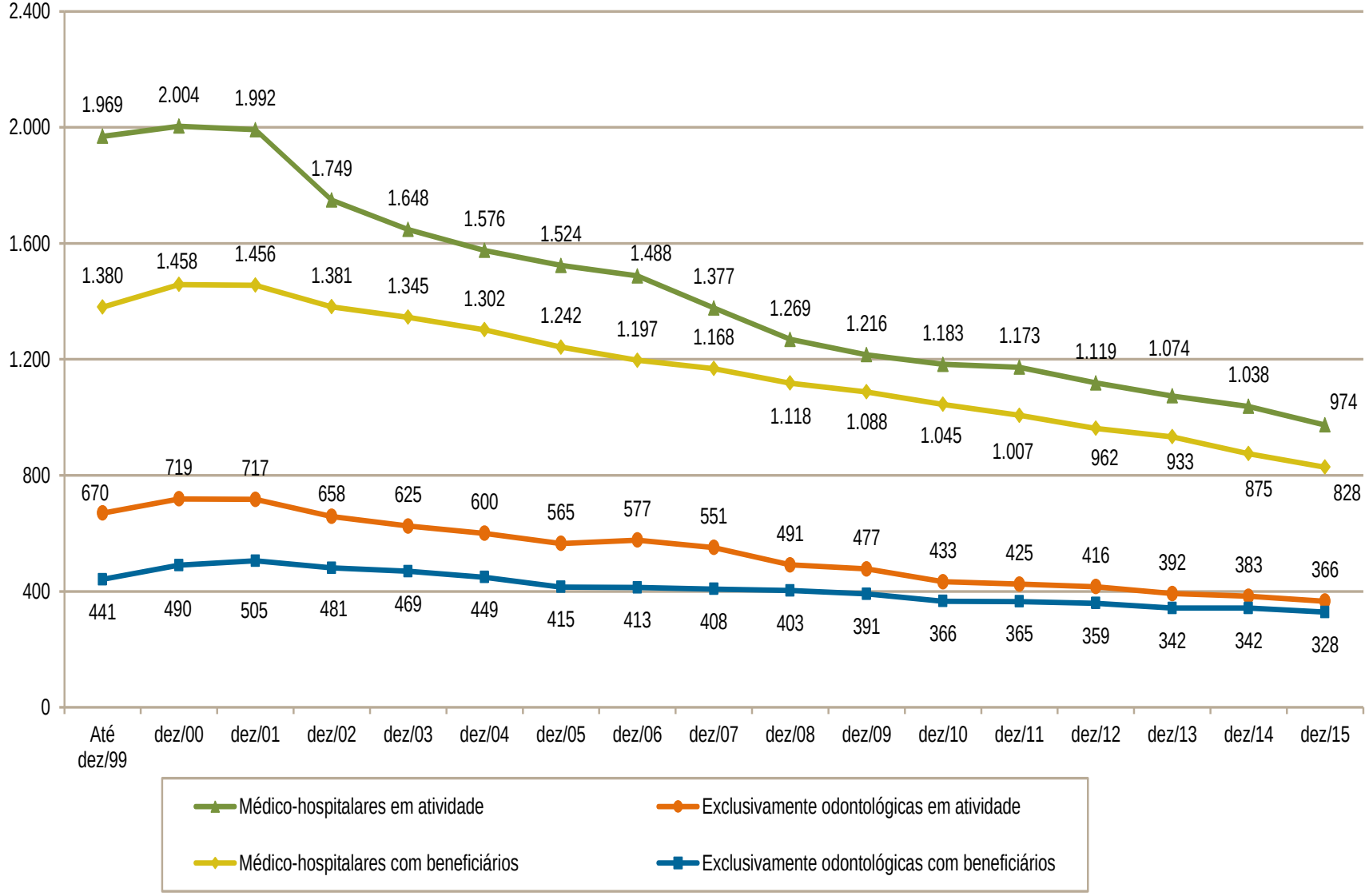
Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015

Pirâmide etária de beneficiários de planos de assistência médica, por tipo de contratação (Brasil – dezembro/2015)



Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2015 e População - Censo Demográfico/IBGE/2010

Evolução do registro de operadoras (Brasil - dezembro/1999-dezembro/2015)



Fontes: CADOP/ANS/MS - 12/2015 e SIB/ANS/MS - 12/2015

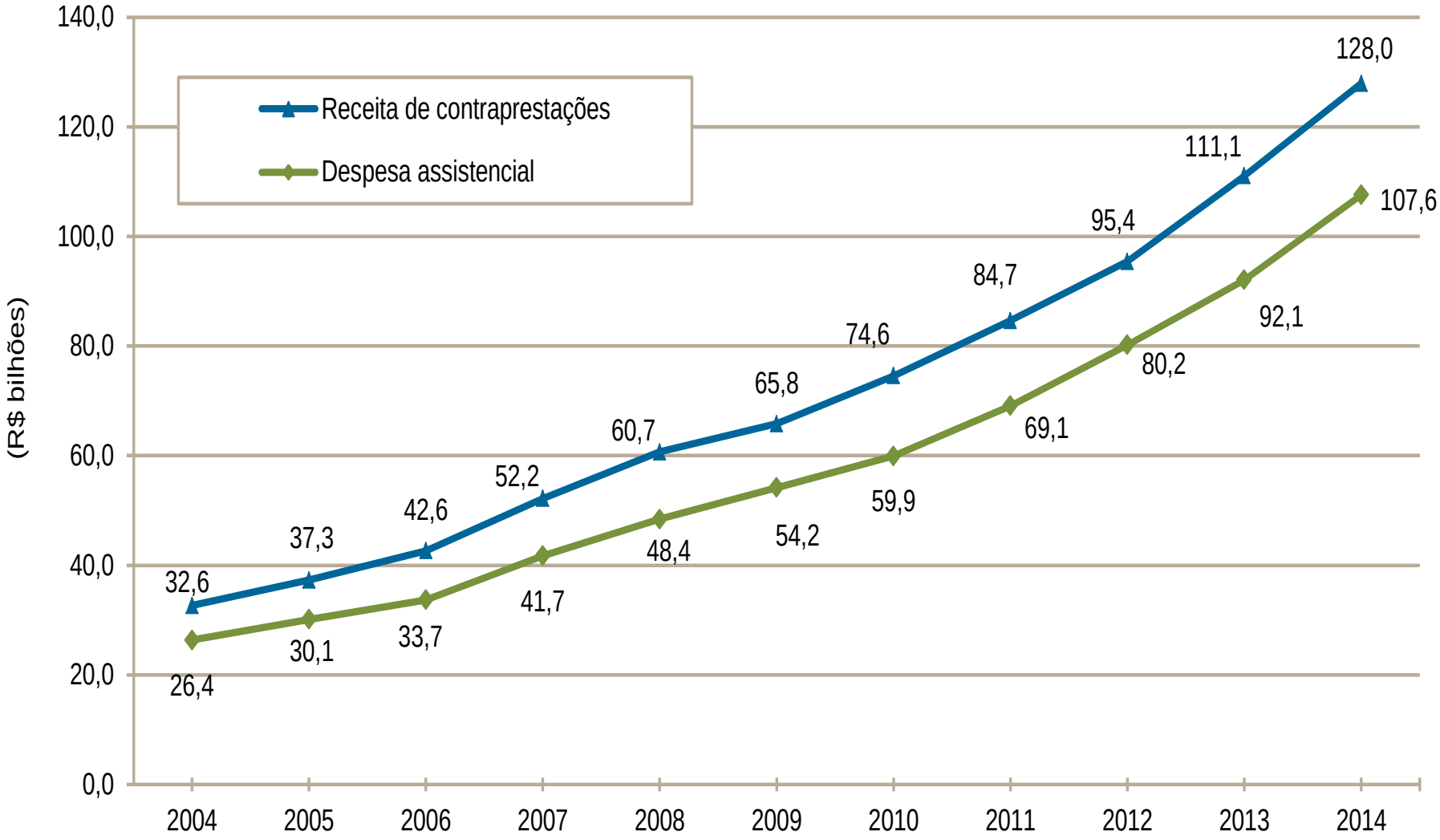
RECEITA DE CONTRAPRESTAÇÕES DAS OPERADORAS

Em 2015 : R$ 142 bilhões

Orçamento MS (2015): 91,5 bilhões

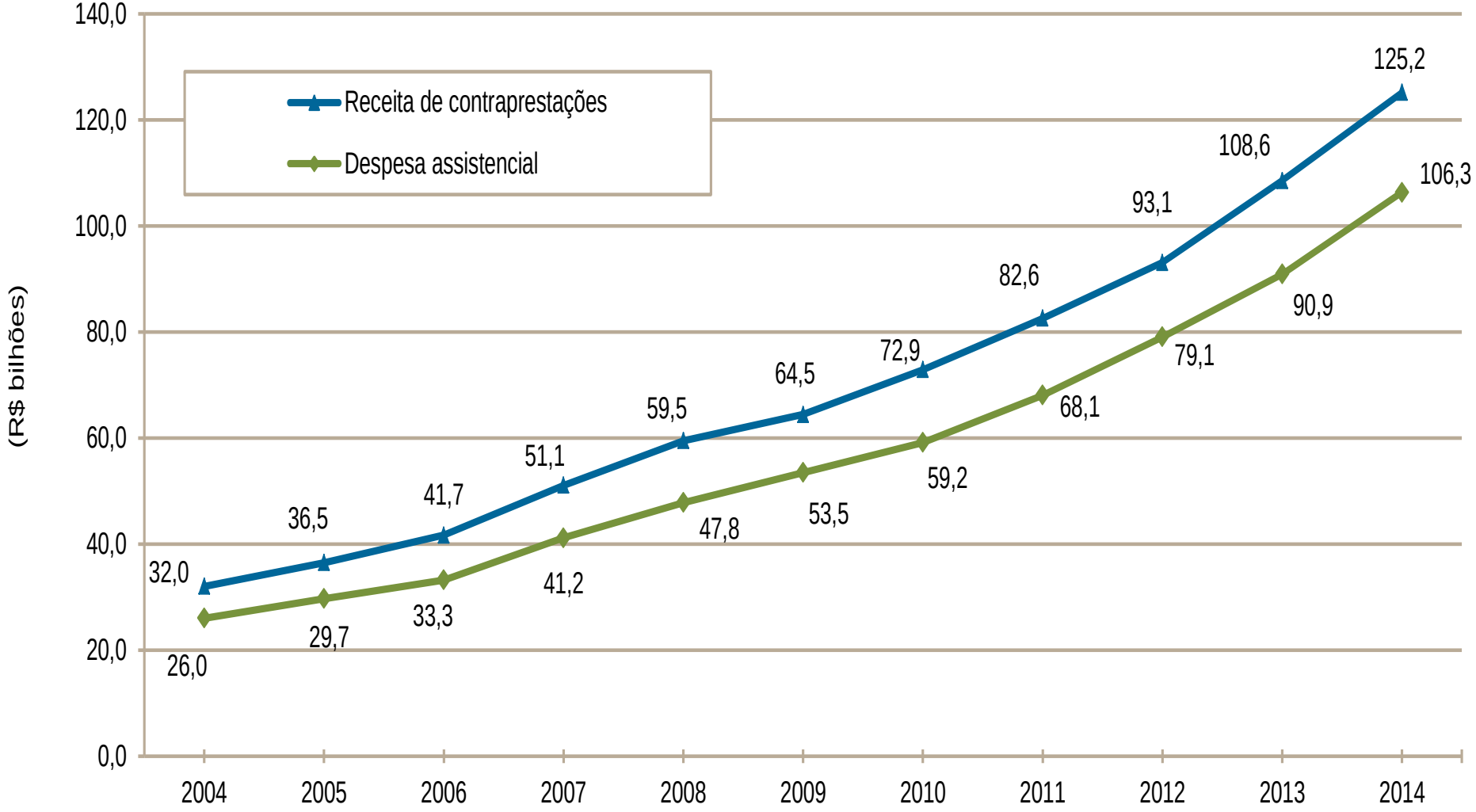
para 204 milhões de brasileiros

Receita de contraprestações e despesa assistencial de todas as operadoras (Brasil - 2004-2014)



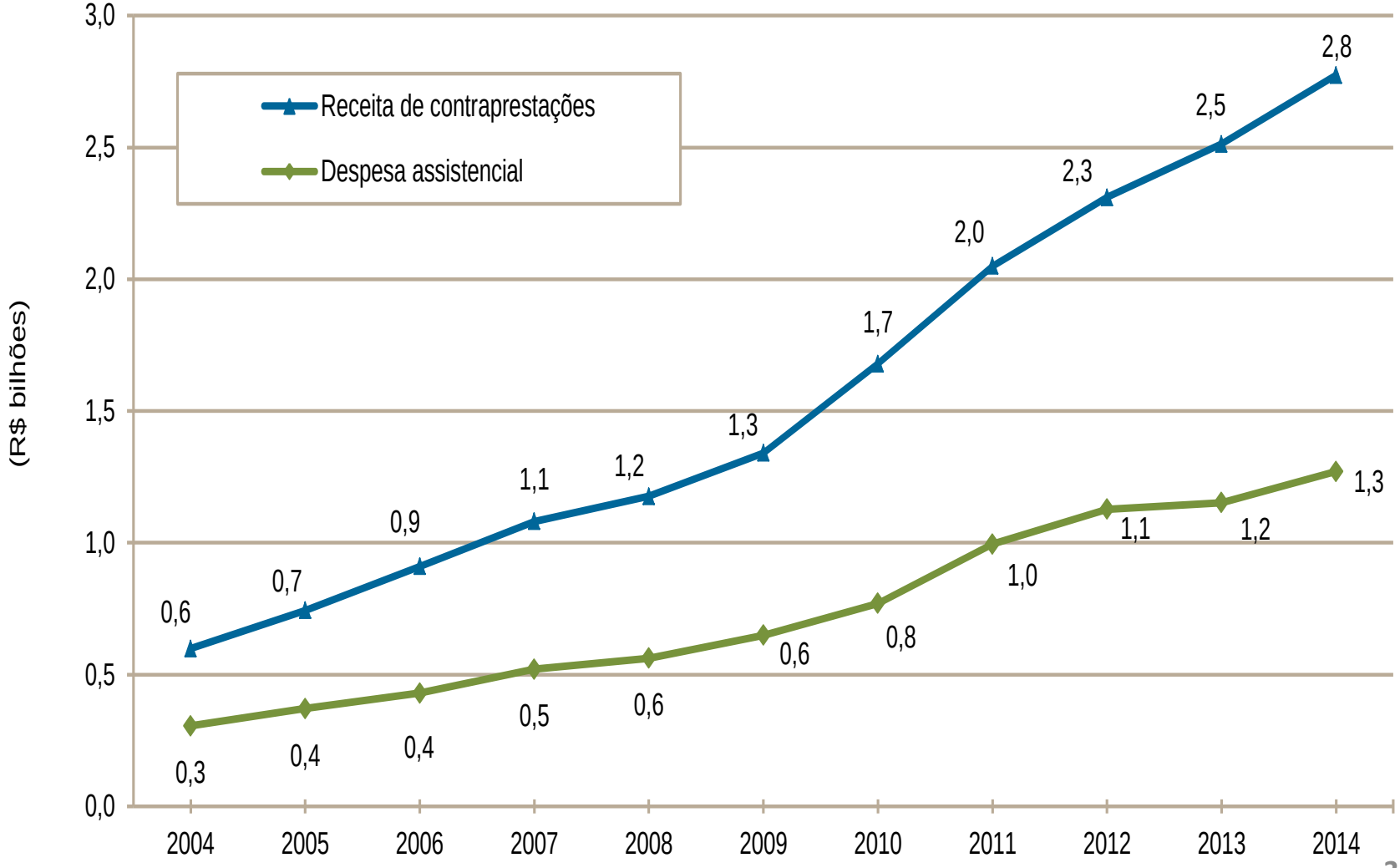
Fontes: DIOPS/ANS/MS - 24/11/2015 e FIP - 12/2006

Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras médico-hospitalares (Brasil - 2004-2014)



Fontes: DIOPS/ANS/MS - 24/11/2015 e FIP - 12/2006

Receita de contraprestações e despesa assistencial das operadoras exclusivamente odontológicas (Brasil - 2004-2014)



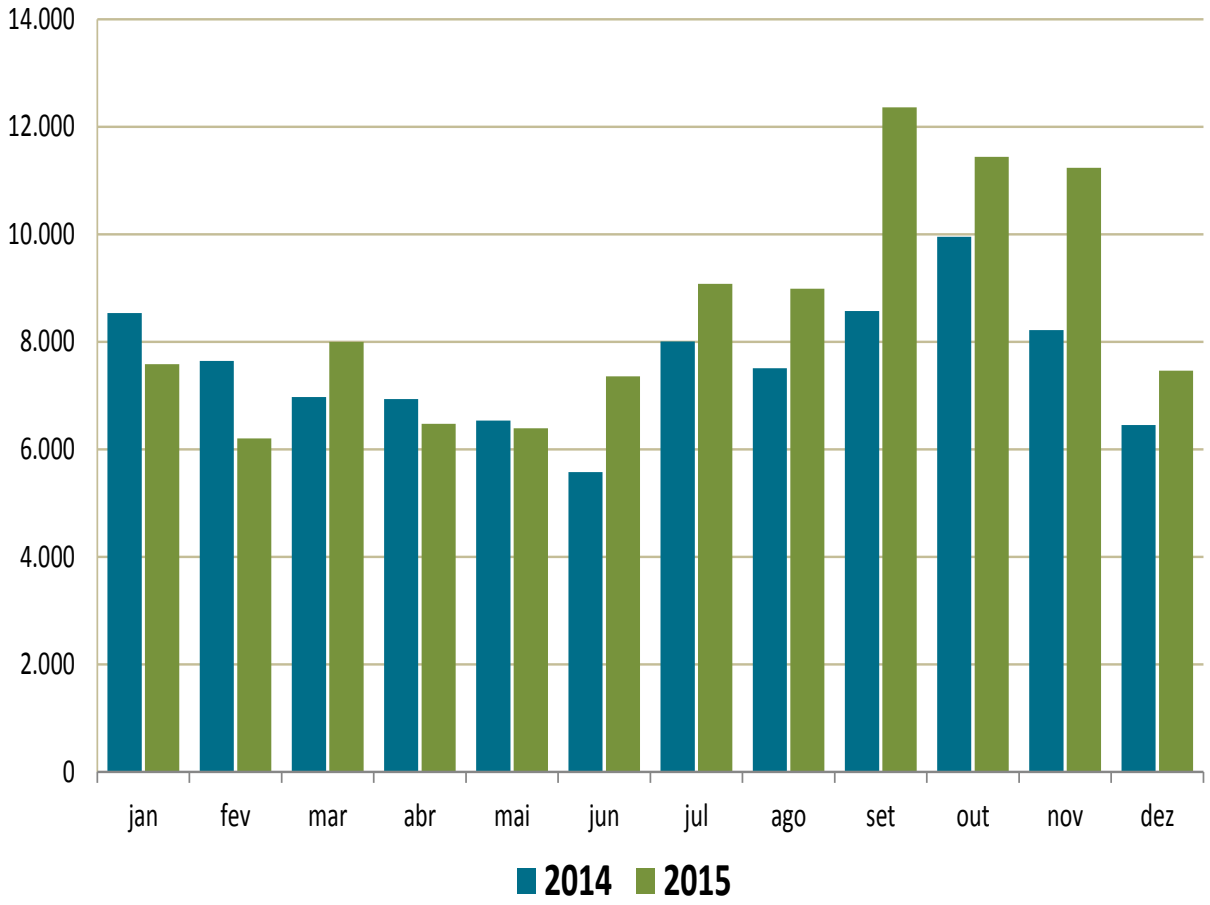
Fontes: DIOPS/ANS/MS - 24/11/2015 e FIP - 12/2006

Reclamações
(Brasil - Consolidado 2014 e 2015)

Total de reclamações 2015:

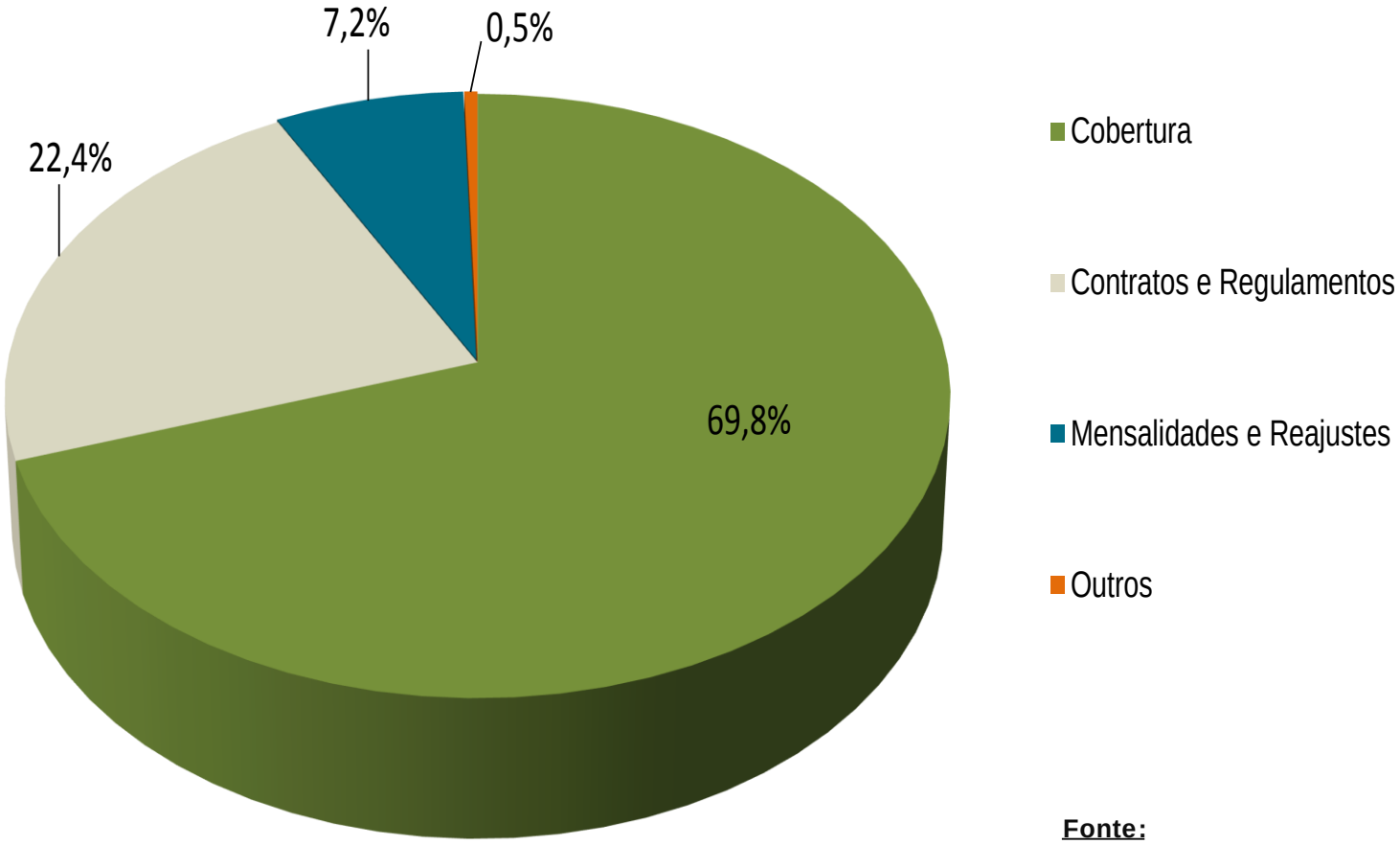
102.620

Aumento de 12,83% em relação a 2014



Fonte: Tabnet/ANS/MS
Data da Extração: 08/03/2016

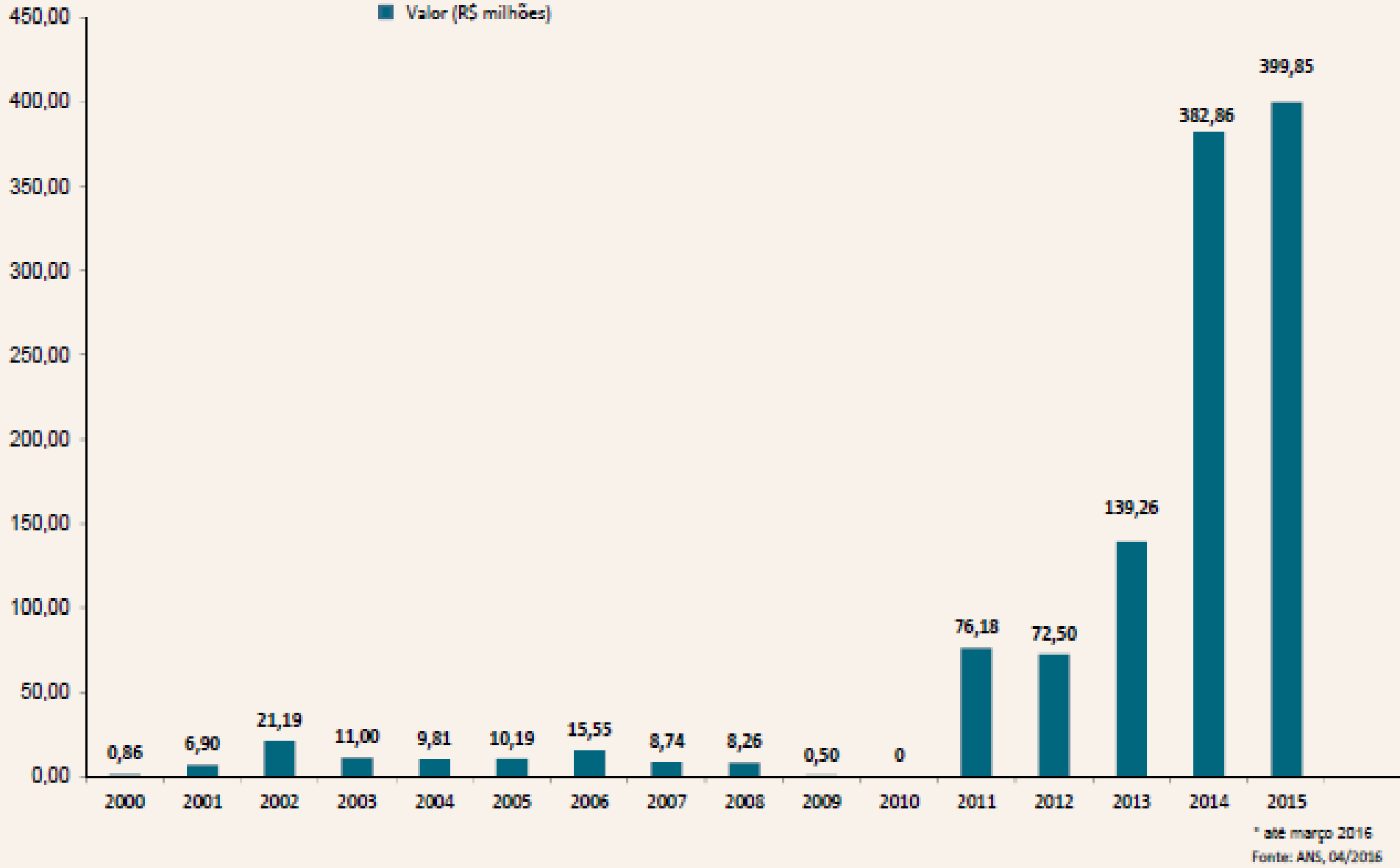
Perfil de reclamações por tema (Brasil - 2015)



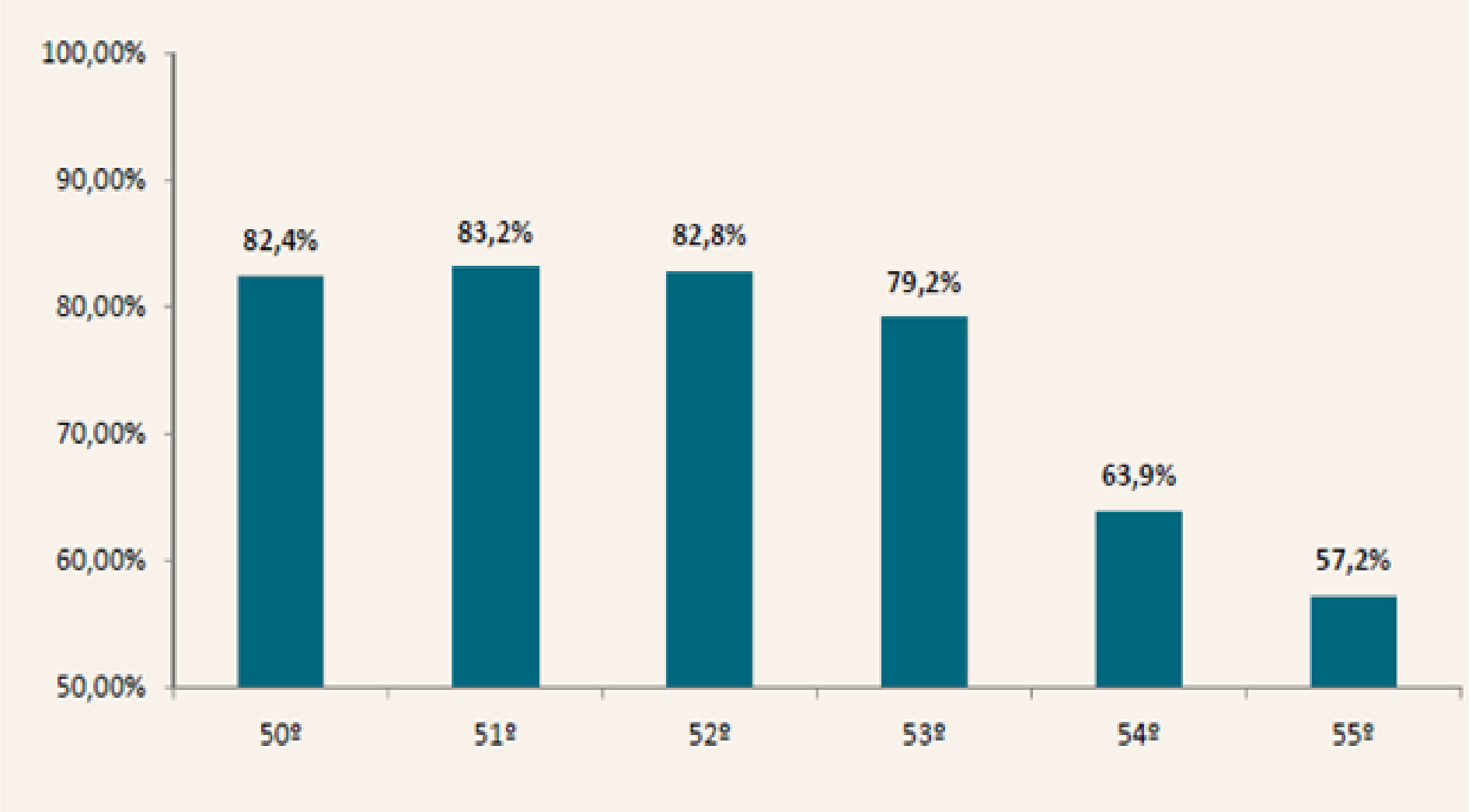
Fonte: Tabnet/ANS/MS
Data da Extração: 08/3/2016

Valor Anual Repassado ao FNS

Ressarcimento das operadoras ao SUS (2000- 2015)



Impugnações



Setor Suplementar

- **Setor sustentado e permeado por uma lógica econômica e composto por atores com interesses antagônicos**
- **Financiamento – pagamento por serviço**
- **Modelo assistencial médico – hegemônico e procedimento centrado**
- **Assistência dividida por segmentos (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia e odontológico)**
- **Pouca prática de ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde**
- **Consumo acrítico de tecnologias**

Sistema de alto custo e baixo impacto

História da Regulação

- ✓ timidez do gestor federal em formular uma política nacional de macrorregulação;
- ✓ pagamento por produção;
- ✓ frágeis serviços de controle, avaliação e auditoria nos estados e municípios;
- ✓ prestadores privados vinculados ao SUS sem contratos ou qualquer ação de controle assistencial;
- ✓ controle quando existente apenas de acesso (restrição);
- ✓ regulação mais permeável aos interesses dos produtores privados

Política de Regulação Privatista

Formas clássicas de regulação

- Regulação administrativa;
- Regulação econômica;
- Regulação da qualidade;
- Regulação social;
- Regulação consumerista;
- Regulação assistencial

Obs: Regulações consumerista e assistencial podem ser entendidas como parte ou separadas de uma regulação social

DUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Público	X	Privado
-Saúde como bem público		-Saúde como mercadoria/negócio
-Universal		
-Subfinanciamento		-Incentivos governamentais
-Ainda focalizado nos mais pobres		-Capacidades diferenciadas de pagamento/segmentação de clientelas
		Moral hazard
		Seleção adversa
		-Casos mais complexos e de maior custo voltam para o SUS

PRIVATIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE

Formas de privatização (Tipologia de Maarse):

- Da gestão
- **Do financiamento** – gasto privado de saúde (Saúde Suplementar)
- Da provisão
- Do investimento

Fonte: Contreiras e Matta, 2015

Estratégias de microrregulação

Saúde Suplementar

O direcionamento da clientela para prestadores

- Verticalização em redes próprias
- Construção de sub-redes / segmentação dos planos em função dos prestadores
- Negociação de “pacotes” com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes
- Hierarquização de encaminhamentos para prestadores individuais a partir da utilização de “padrões de custos”
- Uso intensivo das ferramentas de TI

Disciplinamento e controle da prática dos médicos em seus consultórios

- Credenciamento criteriosos dos médicos em seus consultórios a partir de critérios "mercadológicos"bem definidos pela Operadora
- Acompanhamento da "performance" do médico a partir de uma perspectiva econômica (matriz de desempenho, metas referenciais, custo agregado)
- Adoção de protocolos
- A necessidade de autorização prévia / auditoria para internações e cirurgias eletivas
- Uso intensivo das ferramentas de TI

Controle e disciplinamento das práticas da rede hospitalar contratada

- Auditoria nos hospitais
- Sistema de classificação dos hospitais para fins de credenciamento
- Negociação de pacotes com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes
- Glosas
- Intermediação na compra de órteses e próteses
- Imposição de tabela de medicamentos
- Uso intensivo das ferramentas de TI

Controle/disciplinamento da utilização do sistema por parte do usuário

- **Moral hazard:** tendência de um maior consumo, muitas vezes desnecessário, de consultas médicas e procedimentos, por parte dos beneficiários, a partir de uma lógica que poderia ser resumida pela idéia: *"já que estou pagando, vou usar"*.
- **Seleção adversa:** as pessoas com mais problemas de saúde terem tendência maior a buscar uma proteção por meio de um plano de saúde. Os planos teriam uma tendência a captarem uma clientela com consumo superior a um determinado padrão de consumo

Controle/disciplinamento da utilização do sistema por parte do usuário

- Acompanhamento da utilização de serviços por cada usuários mês a mês
- Co-pagamento / franquia
- Case management
- Programas de prevenção e controle
- Uso intensivo das ferramentas de TI

Atores sociais e os campos econômico e da saúde na Saúde Suplementar

Campo econômico

- Operadoras como Intermediadoras econômicas
- Prestador como Produtor de procedimentos
- Consumidor

Campo da Produção da Saúde qualificado

- Operadora como gestora de saúde
- Prestador como cuidador
- Cidadão com consciência sanitária

Órgão Regulador

Órgão (do SUS) regulador qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde.

Regulação em Saúde Súplementar: desafios

- Introdução da ATENÇÃO À SAÚDE como dimensão prioritária do processo regulatório
- SAÚDE – Intervenção em todos os aspectos: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação
- Relação público x privado – pautada no interesse público
- SUS e ANS – para além do ressarcimento...

ANS: movimentos em direção à regulação com foco na Saúde

- **Política de Qualificação –** avaliação e intervenção para melhoria da qualidade das operadoras e da ANS
- Estímulo a desenvolvimento de projetos de **Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças**
- Reforço à construção de uma **política de avaliação e incorporação tecnológica** no país
- **Articulação MS e ANS** em políticas de Atenção
- **Autorização de funcionamento de operadoras**
- **Regulação indutora de qualificação** da rede prestadora (Monitoramento de rede, contratualização)
- **Troca de Informações em Saúde (TISS)**
- **Pesquisas para apoio à regulação da atenção**
- **Monitoramento dos Planos de Saúde**

Principais lacunas

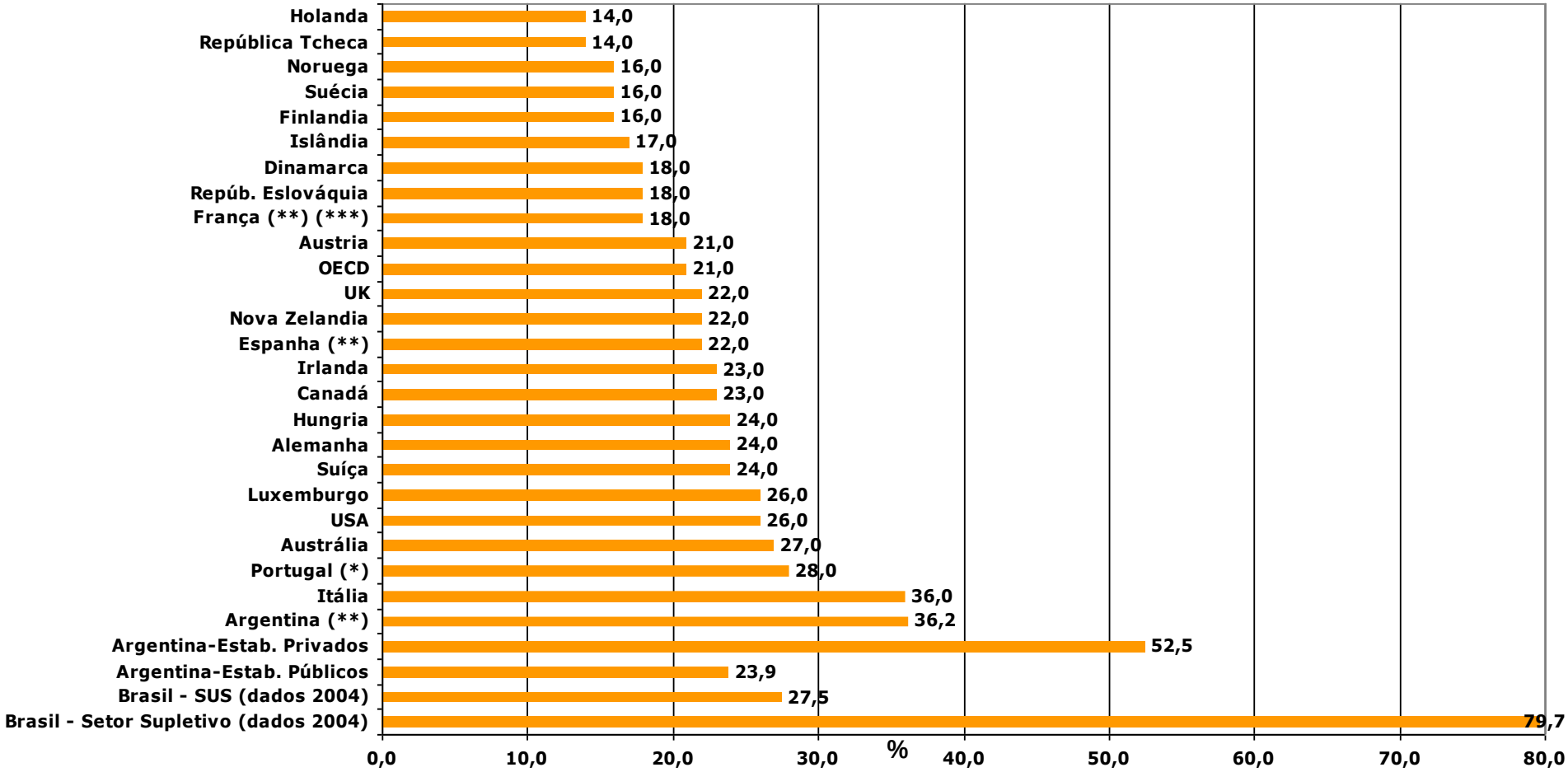
- **Relação público e privado e a autossuficiência do setor**
  - Sustentabilidade dos Planos individuais
  - A baixa efetividade do ressarcimento ao SUS
  - A deficiência dos mecanismos de avaliação e controle das redes assistenciais
  - A inexistência de base legal para regulação dos prestadores
  - A dupla porta de entrada nos hospitais públicos
  - Renúncia fiscal
  - Dispositivos médicos implantáveis
  - Judicialização

Principais lacunas

- **O modelo de atenção à saúde praticado pelas empresas**
  - A remuneração por procedimentos e a fragmentação do cuidado
  - A baixa incorporação da promoção e prevenção
  - Modelo (acrítico) de incorporação tecnológico

Parto Cesáreo

Distribuição da Proporção de Parto Cesáreo em diferentes países



Notas: (*) Somente dados de hospitais públicos, o que implica em super-estimação dos partos cesáreos, segundo a fonte
Fontes: Brasil: MS e ANS. Argentina: Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida 2001-DAlud. Demais Países: Health at Glance OECD Indicators 2005. In: OECD Publishing

Principais lacunas

- **Aspectos concorrenciais e de transparência da operação no setor**
  - Mobilidade com portabilidade
  - As diferentes condições de segurança da operação
- **A existência de planos anteriores à regulamentação**
- **Insuficiência de alguns Sistemas de Informações**
- **A introdução de novas ferramentas de TI**
- **Os institutos públicos fora da regulamentação**

Desafios na Implementação da Regulação Pública da Saúde

- **Comando único e articulado do SUS nos três níveis de governo**
- **Assumir a gestão do sistema e avançar na integração**
- **Integralidade da assistência**
- **Inter-relação entre o modelo assistencial e a regulação**
- **Avaliação como parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde - Integração dos Sistemas de Informação**
- **Instituir a regulação pública em todos os processos de atenção à saúde – público e privado**

Desafios

Três grandes agendas estão colocadas

A relação público e privado

A mudança do modelo assistencial praticado

Os aspectos concorrenciais do setor

INTERFACES ENTRE O SETOR SUPLEMENTAR E O SUS

- **A superposição da rede física de prestadores**
- **Renúncia fiscal e benefícios tributários**
- **O ressarcimento ao SUS**
- Terceirização
- Judicialização
- A transversalidade de profissionais, sobretudo médicos
- Compra de planos privados para o funcionalismo público
- A fila dupla nos hospitais universitários
- Transposição da lógica privada de mercado para o setor público de saúde.
- **A composição P-P nos itinerários feitos pelos usuários - "mapas de cuidado" mistos público-privados**

Fonte: Adaptado de Bahia, L., 2005

“MAPAS DE CUIDADO” DOS USUÁRIOS

1- Usa o SUS porque perdeu o plano de saúde, mas tem o privado no seu horizonte

2 - Começou a usar o SUS porque perdeu o plano de saúde, mas gosta do SUS

3. Usa o SUS devido à falta de cobertura para procedimentos de alta complexidade pelo plano privado

4-**Usa o privado e o SUS porque precisa de ambos para a integralização do seu cuidado/porque o SUS é bom ou está melhor que o plano privado de saúde ou “os convênios estão piores que o SUS”**

5-Uso predominante do SUS e o privado para situações específicas

[Cecilio et al, 2014]

MAPAS MISTOS PÚBLICO-PRIVADO DOS USUÁRIOS

1. Itinerários compostos público-privados=mapas de cuidado como estratégia para ampliar o acesso aos recursos
2. Uso do SUS quebra preconceitos, muitas vezes sendo visto como superior aos convênios
3. Recuperação do plano após perda não produz abandono do SUS (continua a usufruir os benefícios deste)
4. Percepção crescente da redução da qualidade do privado e dos seus mecanismos de microrregulação do acesso
5. Utilização crescente da rede pública + disputa de vagas e recursos com usuários SUS-dependentes

Fonte:

Hipóteses (ou pressupostos)

A regulação pública do setor de saúde suplementar não funciona como sub-componente (ou opera de forma apartada) do sistema de saúde brasileiro.

Não atua com o objetivo de torná-lo cada vez mais autossuficiente e integrado.

Não consegue que ele responda à perspectiva de dar uma atenção à saúde integral aos seus beneficiários, com operadoras sólidas, e que permita aos gestores da saúde no Brasil incorporá-lo no seu processo de planejamento.

Não atua de forma integrada e suplementar ao SUS. Porta-se de maneira parasitária, mas só poderá encontrar soluções para a maioria dos seus problemas em conjunto com o SUS

Desafios / Impasses para o SUS

Complexidade do Contexto

- **Dimensão geográfica do país** (8,5 milhões Km²)
- **Grandes diferenças regionais**
- **Estrutura econômica-social heterogênea**
- **Dimensão populacional**
- **As mudanças demográficas e epidemiológicas**

Cenário Epidemiológico:

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Envelhecimento da população pela redução da mortalidade precoce, da taxa de fecundidade, e do aumento da expectativa de vida.

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Crescimento das causas de adoecimento e morte na população idosa.

Aumento dos óbitos por acidentes e violências, principalmente o sexo masculino na faixa etária produtiva.

TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Declínio da desnutrição em crianças e adultos e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na população

TRANSFORMAÇÕES NOS PADRÕES DE MORBIDADE E MORTALIDADE

Acesso e qualificação do cuidado

- Limitações no acesso aos serviços
- Baixa qualidade e resolutividade insuficiente
- Inadequações no modelo assistencial (ainda centrado na doença e no procedimento)
- Baixo investimento em promoção e açoes intersetoriais
- Incorporação tecnológica intensa, acrítica e abusiva no setor saúde

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

- Deficiência de recursos humanos (quali-quantitativa)
- Distribuição desigual - serviços e profissionais
- Baixa remuneração e inadequadas condições de trabalho
- Precarização das relações de trabalho
- Inadequações do modelo de formação frente às necessidades do SUS
- Fragilidade das estratégias de EP

comprometimento dos gestores e trabalhadores com os usuários e a defesa da vida

Planejamento e organização do sistema

- **Relação paradoxal:** coexistência entre autonomia federativa e práticas político-administrativas centralizadoras

- **Pactos federativos de gestão:** meros instrumentos burocráticos e com baixa permeabilidade ao controle social

- **Desresponsabilização de gestores** no cumprimento das metas e compromissos pactuados

Planejamento e organização do sistema

- Definição da divisão de responsabilidades entre estados e municípios
- Integração entre os sistemas municipais e coordenaçao dos sistemas regionais de saúde
- Planejamento e organização funcional do sistema
- “judicialização” da saúde

A gestão do sistema

- Qualificação e racionalização da gestão
- Regulação do setor privado
- Análise criteriosa da incorporação tecnológica
- Gestão da informação e a democratização do acesso à informação
- Sub-financiamento do sistema

Sub-financiamento do setor saúde

- Baixos níveis de financiamento do sistema
- Recursos financeiros fracionados
- Critérios de alocação de recursos - orientação pelas necessidades da população
- Biaxa participação dos Estados no cofinanciamento
- Impacto financeiro da incorporação tecnológica intensa, acrítica e abusiva no setor saúde
- Pressões corporativas e empresariais
- Relação público x privado

GASTO EM SAÚDE:
Comparação internacional (% PIB)

	Gasto Total em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Público em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Privado em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Total em Saúde per capita (US$ corrente)
Brasil	9.7	4.7	5.0	1,083
MERCOSUL				
Argentina	7.3	4.9	2.3	1,074
Paraguai	9.0	3.5	5.5	395
Uruguai	8.8	6.1	2.6	1,431
Venezuela	3.4	1.0	2.5	497
SISTEMA UNIVERSAL				
Canadá	10.9	7.6	3.3	5,718
França	11.7	9.0	2.6	4,864
Suíça	11.5	7.6	3.9	9,276
Reino Unido	9.1	7.6	1.5	3,598
BRICS				
China	5.6	3.1	2.5	367
Índia	4.0	1.3	2.7	61
Rússia	6.5	3.1	3.4	957
África do Sul	8.9	4.3	4.6	593

Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US$); GDP per capita (current US$); Health expenditure per capita (current US$).

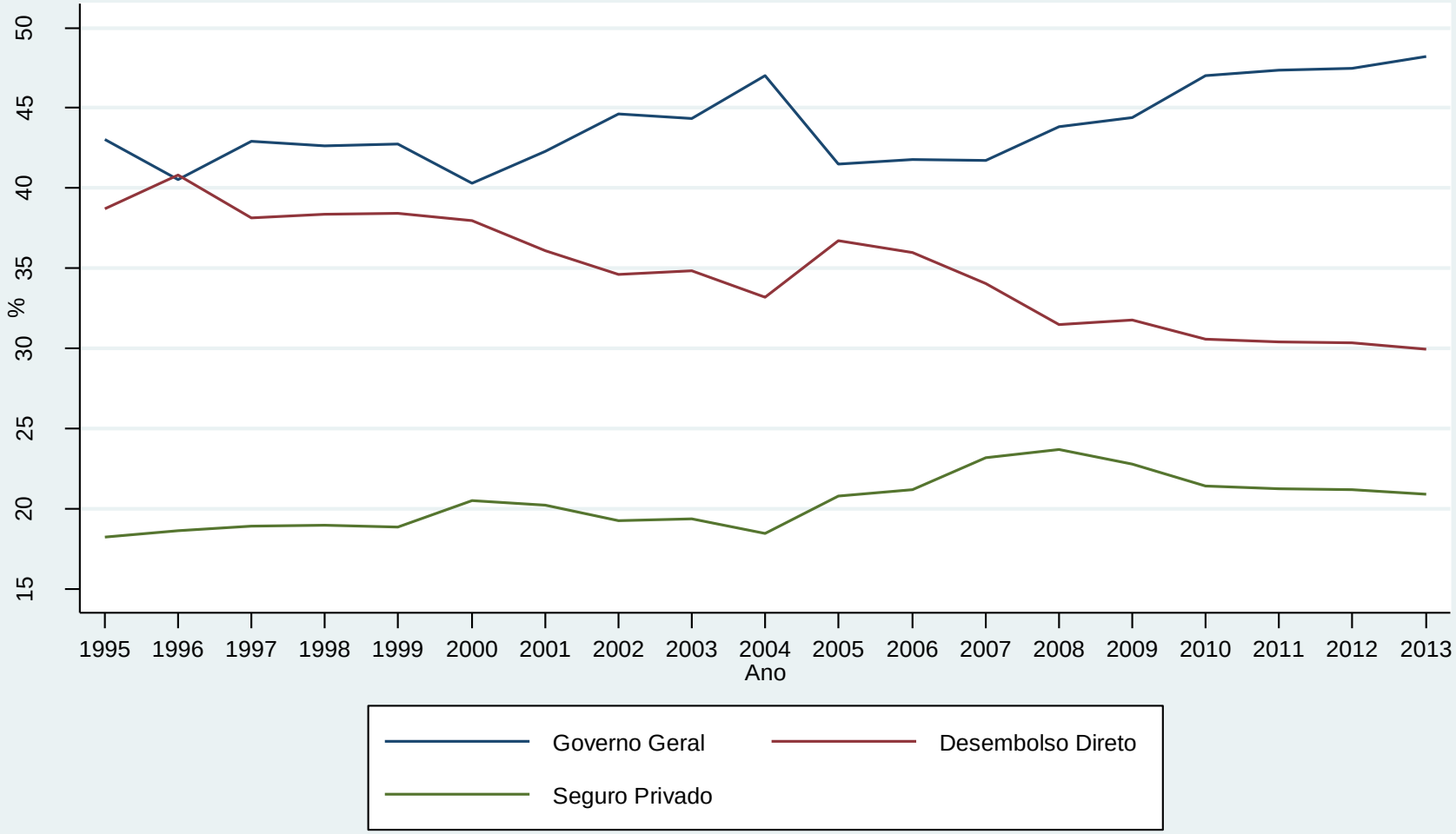
GASTO EM SAÚDE: Comparação internacional

	Gasto Público em Saúde, % em relação ao PIB	Gasto Total em Saúde per capita (US$ corrente)	Gasto Público em Saúde per capita (US$ corrente)	PIB per capita (US$ corrente)
Brasil	4.7	1.083	525	11.208
MERCOSUL				
Argentina	4.9	1.074	721	14.715
Paraguai	3.5	395	154	4.265
Uruguai	6.1	1.431	992	16.351
Venezuela	1.0	497	146	14.415
SISTEMA UNIVERSAL				
Canadá	7.6	5.718	3.985	51.964
França	9.0	4.864	3.740	42.560
Suíça	7.6	9.276	6.131	84.748
Reino Unido	7.6	3.598	3.004	41.781
BRICS				
China	3.1	367	203	6.807
Índia	1.3	61	20	1.498
Rússia	3.1	957	456	14.612
África do Sul	4.3	593	286	6.886

Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US$); GDP per capita (current US$); Health expenditure per capita (current US$).

Financiamento em Saúde, Brasil, 1995-2013

Percentuais sobre o gasto total em saúde



Ribeiro, JM "Sistemas nacionais comparados"

Fonte: World Health Organization, 2015

Sistema de saúde brasileiro
aspectos relevantes

- Para 2012, gasto direto individual *(out of pocket)* 31,0 % revela baixa comunitarização de risco *(pooling)*
- Os seguros privados foram responsáveis por 21,7% dos gasto em saúde para 2012 e variaram em torno deste ponto ao longo de 1995-2012 (média de 20,5%) o que sugere um limite para expansão destes mercados
- Segundo a POF 2008/09, famílias gastam 5,9% do seu orçamento em atenção à saúde e medicamentos respondem por 2,8% do total

Padrões clássicos de sistemas de saúde

- **Instituições de caráter sistêmico**
  - **Seguro social mandatório** – beneficiários de sistemas contributivos do mercado de trabalho formal no modelo empregador/empregado e coordenação e financiamento governamental compartilhado
  - **Sistema universal** – cidadãos beneficiários de sistema baseado de financiamento tributário de caráter progressivo
  - **Seguro privado** – beneficiários contribuintes individuais ou segundo situação de trabalho na forma empregador/empregado e subsídios fiscais
- **Acessos de caráter não sistêmico**
  - **Desembolso direto** – despesas por indivíduos e famílias do próprio bolso de caráter regressivo
  - **Mosaico** – conjunto de superposições e subsídios associados a uso superposto dos sistemas

Hibridismo, inovações e mudanças sistêmicas

Seguro social mandatório + imposto geral – políticas de equalização de institutos e de benefícios efetuada por crescente participação governamental cria o mix seguro social e imposto geral

Sistema universal + copagamento– crescente adoção por governos de contribuição de cidadãos segundo padrão de consumo e capacidade de pagamento introduzem regras contributivas diretas

Sistema universal + eficiência econômica – restrições fiscais crescente e adoção de técnicas de atenção gerenciada ampliam barreiras de acesso em sistemas públicos

Seguro privado + subsídios– incentivos governamentais a seguros privados ampliam a estratificação dos sistemas nacionais

Sistemas híbridos – mix de seguros (social e privado), impostos gerais e desembolso direto

GASTO EM SAÚDE: Comparação internacional (% gasto público em relação ao gasto total)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Brasil	44,4	44,3	47,9	41,7	42,4	41,2	44,0	43,8	46,7	46,7	47,4	48,5
MERCOSUL												
Argentina	53,6	51,5	51,5	54,4	55,2	58,5	61,2	65,8	63,6	66,7	69,1	67,1
Paraguai	34,3	34,4	37,3	39,3	41,4	41,7	43,9	44,0	35,2	38,7	42,3	38,9
Uruguai	52,7	50,5	49,4	51,2	53,0	53,8	64,6	60,0	61,4	61,0	64,0	69,3
Venezuela	38,6	37,3	41,1	42,6	42,1	45,0	42,9	43,1	38,3	37,8	34,0	29,4
SISTEMA UNIVERSAL												
Canadá	69,1	70,5	69,8	69,8	70,1	70,4	70,0	71,2	71,2	70,6	70,6	69,7
França	79,2	77,8	78,0	78,0	77,1	77,8	77,1	77,6	77,6	77,4	77,6	76,9
Suíça	57,5	58,7	58,2	59,6	58,7	58,8	65,0	65,5	65,1	64,9	65,8	66,1
Reino Unido	80,0	79,5	81,0	81,5	81,9	79,8	81,8	83,5	84,0	83,7	83,9	83,5
BRICS												
China	35,4	37,5	38,3	38,3	39,1	45,5	50,0	52,9	54,0	56,9	55,6	55,4
Índia	24,4	22,7	21,7	23,3	24,4	25,6	27,5	29,3	31,6	28,9	31,6	32,5
Rússia	58,3	58,9	59,6	61,5	64,2	64,8	54,8	54,7	53,6	53,7	50,8	47,7
África do Sul	40,0	40,7	37,1	38,6	40,0	44,9	46,3	46,0	46,0	47,7	48,3	48,3

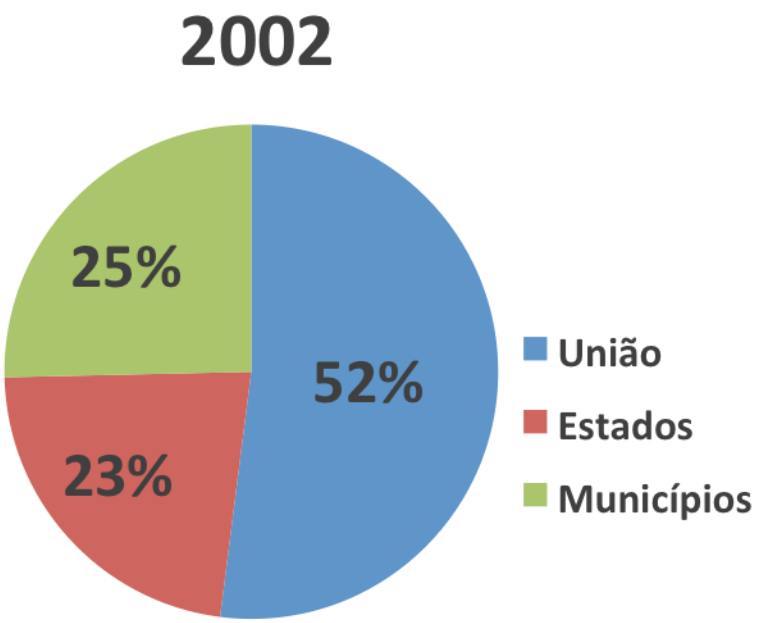
Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US$); GDP per capita (current US$); Health expenditure per capita (current US$).

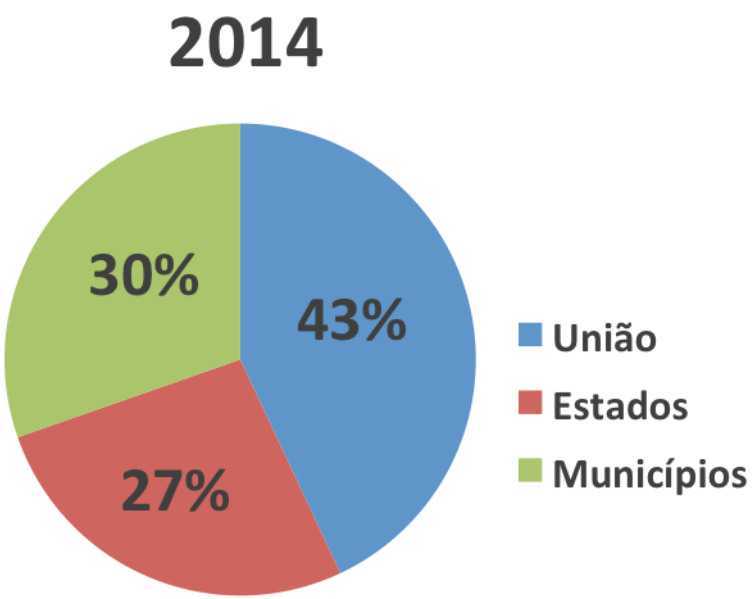
GASTO EM SAÚDE: Comparação internacional (% gasto público em relação ao gasto total)

Comparação Brasil x EUA		
Indicador	**Brasil**	**EUA**
Gasto Público (% em relação ao total)	48,5	47,1
Gasto em saúde (% do Produto)	9,7	17,1
Gasto em saúde per capita (dólar corrente)	1.083	9.146
Gasto público em saúde per capita (dólar corrente)	525	4.307

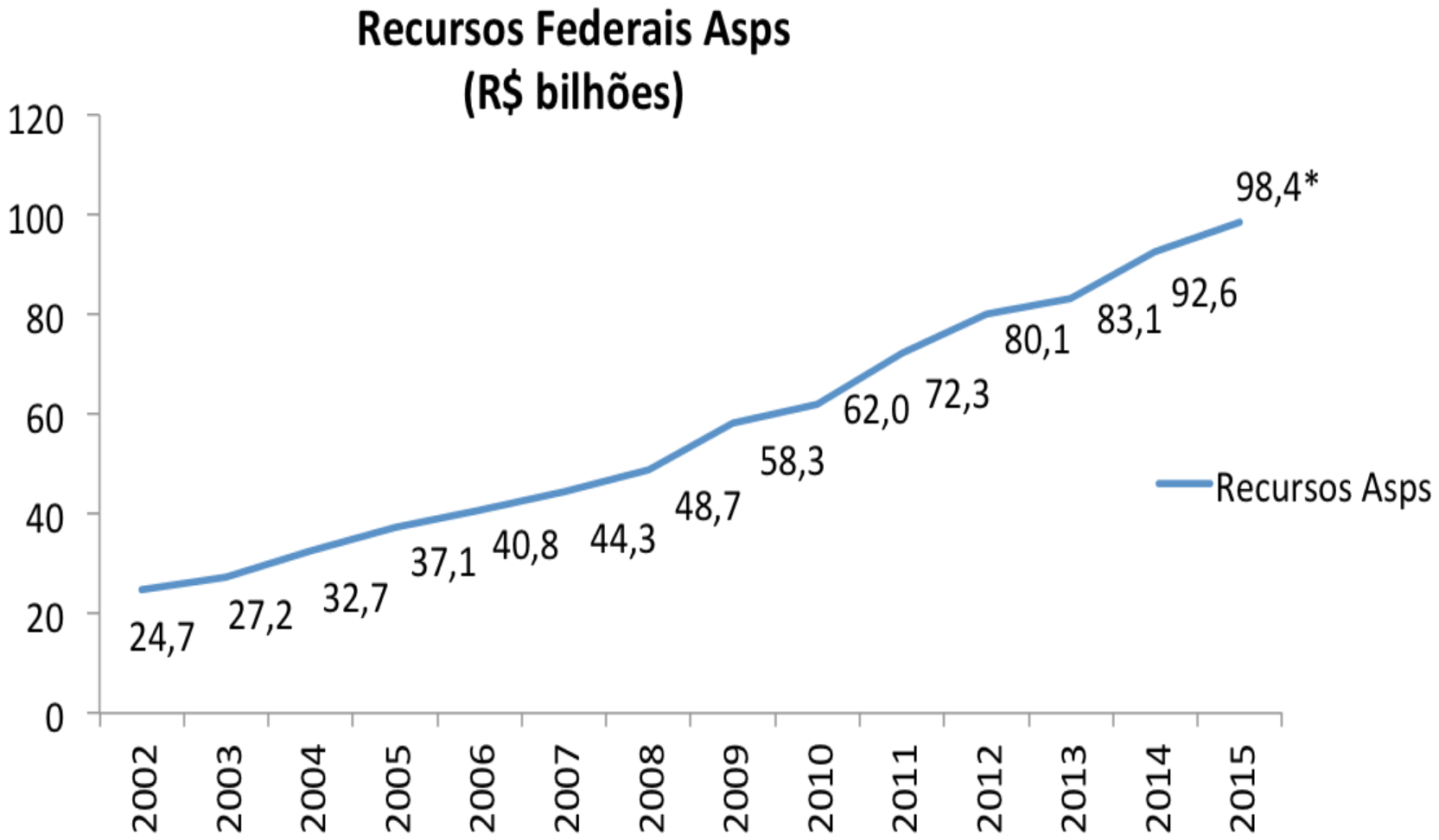
Fonte: OECD Health Data 2013. World Bank: Health expenditure, public (% of GDP); Health expenditure per capita (current US$); GDP per capita (current US$); Health expenditure per capita (current US$).

% de despesas ASPS por ente federado





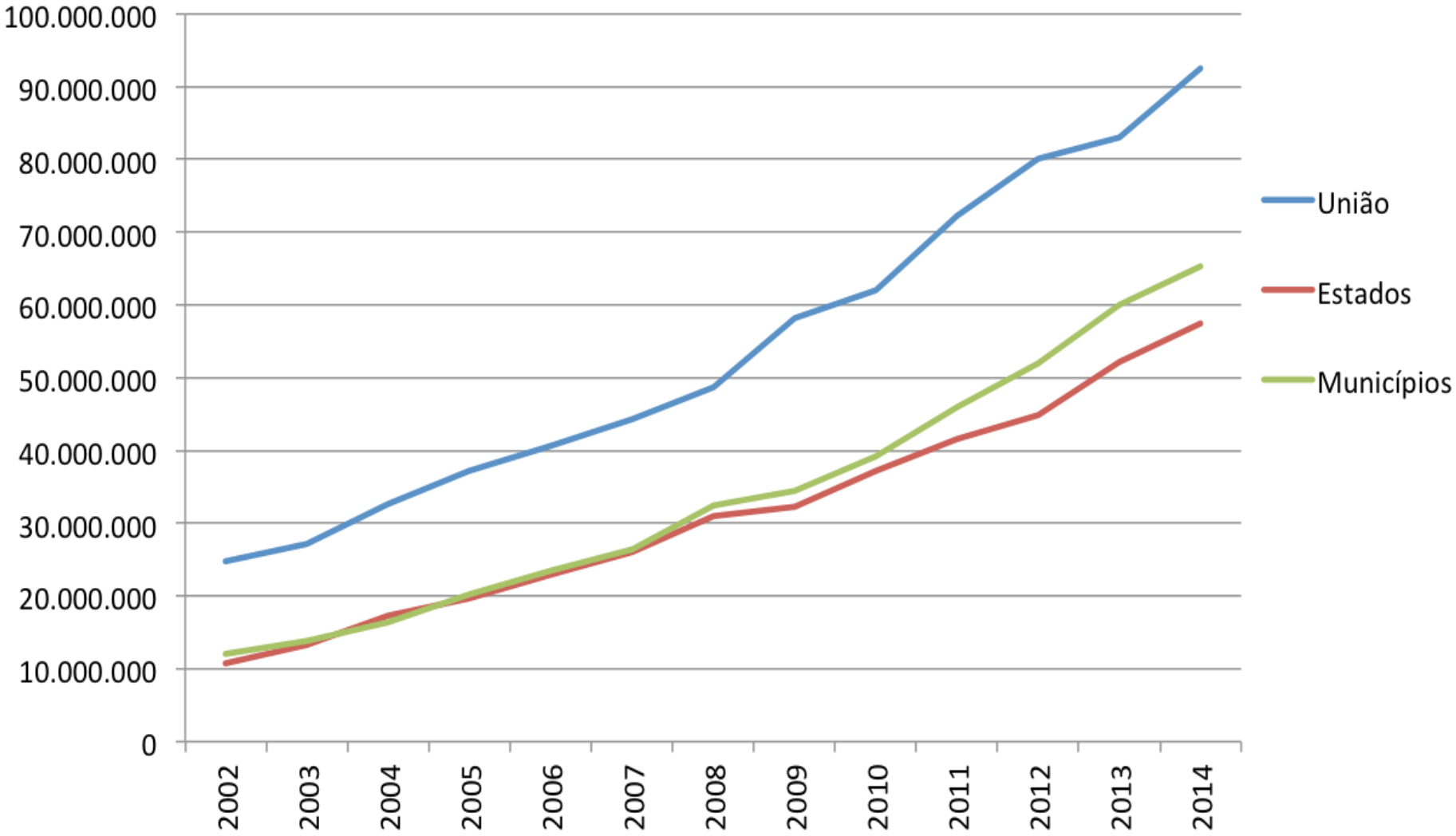
Recursos federais Asps (2002-2015) - R$ mil



Evolução nominal do gasto federal em saúde de 262% entre 2002 e 2015

*** Aplicação Mínima EC 29**

Financiamento Asps (2002-2014) - R$ mil



2014: União – R$ 92,6 bilhões; Estados – R$ 57,4 bilhões; Municípios – R$ 65,3 bilhões

Total = R$ 215 bi

Impactos negativos da extinção da CPMF

Perda para Governo Federal de arrecadação da ordem de

R$ 40 bilhões

em 2007

(mais de R$ 80 bilhões em valores atuais)

(Último ano de vigência da CPMF)

EC 86/2015

- **Obrigatoriedade da Execução das Emendas Individuais (1,2% da RCL do exercício anterior, sendo, metade em ações e serviços públicos de saúde)**

- **Vinculação da aplicação mínima de recursos da saúde (a partir de 2016)**

I - 13,2% da RCL no primeiro exercício após a promulgação da EC

II - 13,7% da RCL no segundo exercício;

III - 14,1% da RCL no terceiro exercício;

IV - 14,5% da RCL no quarto exercício;

V - 15% da RCL no quinto exercício.

- **Royalties são computados para cumprimento dos valores mínimos**

Aspectos da Gestão

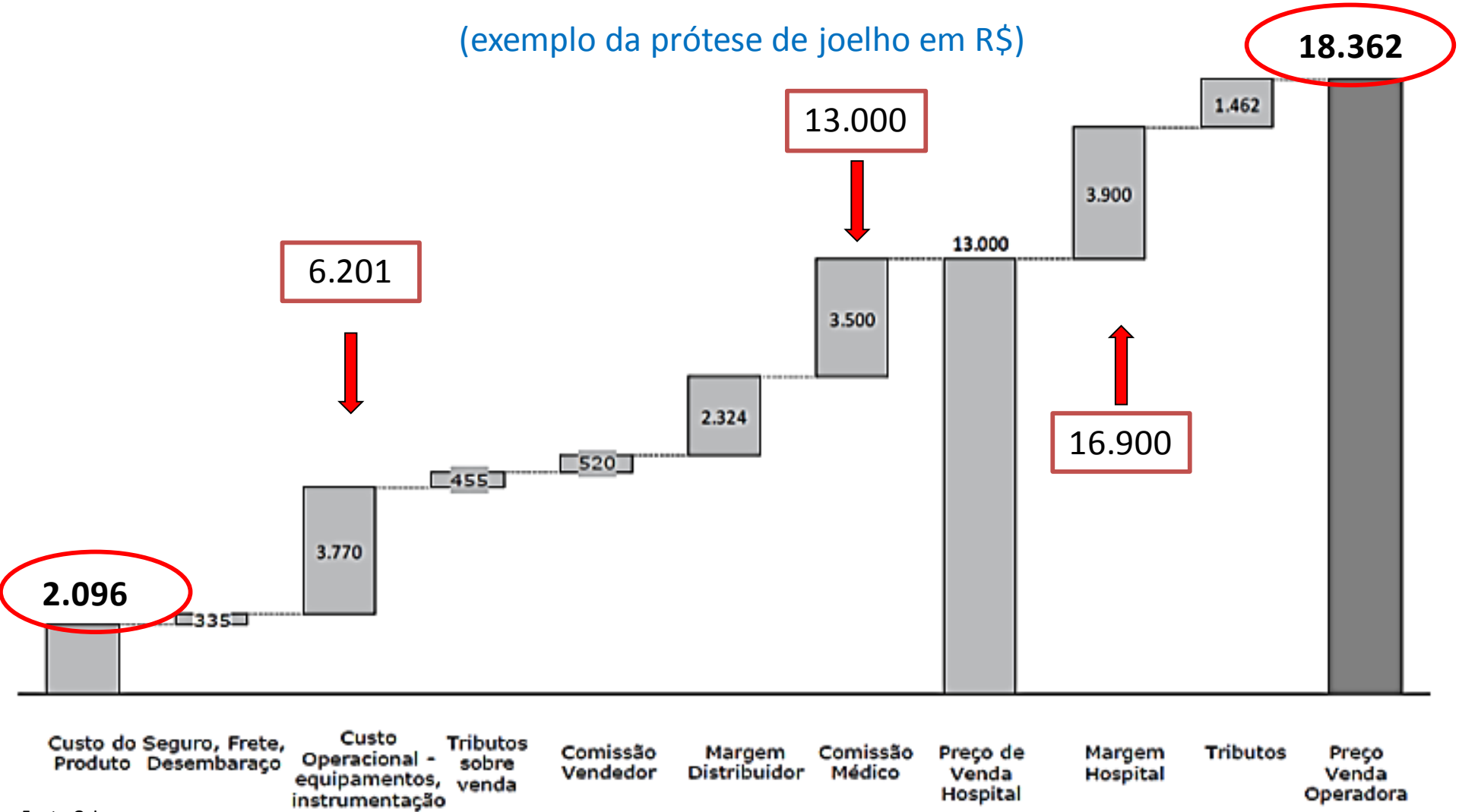
- Fragilidades na gestão do sistema e de serviços
- Fragilidade no monitoramento, controle e avaliação
- Baixa capacidade de regulação do acesso e da qualidade dos serviços
- “Modelos alternativos” de gestão de serviços de saúde

Aspectos Políticos e Institucionais

- Cultura política conservadora, clientelista e fisiológica hegemônica
- Falta de apoio dos segmentos organizados da sociedade ao SUS
- Relação público x privado:
  - pressões corporativas e empresariais
  - Interesses do Complexo Médico Industrial

Margens Agregadas na Cadeia

(exemplo da prótese de joelho em R$)



Fonte: Orizon

Comparação de Preços Pagos por Operadoras

Descrição do Material	Variação de preços (em R$)						
	Sul	Sudeste	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Preço Mínimo	Preço Máximo
Marcapasso cdi (apenas o gerador)	34 mil	40 mil	45 mil	50 mil	65 mil	29 mil	90 mil
Implante coclear (implante + processador de fala)	55 mil	65 mil	75 mil	65 mil	75 mil	45 mil	95 mil
Stent metálico coronariano não recoberto	1,2 mil	1,8 mil	2,5 mil	2,5 mil	3,5 mil	450,00	4,9 mil
Stent coronariano com droga	6,5 mil	8 mil	8,5 mil	8,5 mil	12,5 mil	4 mil	22 mil

- Os valores têm como referência grandes centros e operadoras com maior representatividade de mercado
- Operadoras menores poderão pagar valores com até 1000% de diferença dependendo da região e, principalmente, se o faturamento for realizado através de hospitais classificados como alto custo.

FONTE : Consultoria Gestão OPME

PEC
143/2015
A PEC DA
MORTE
DO SUS

PEC 241/2016

Ano	RCL		Saúde (R$ milhões)		
	R$ milhões	Variação nominal (%)	EC86 (R$ milhões)	PEC 241 (R$ milhões)	Perda com a PEC 241 (R$ milhões)
2016	697.129,2	3,35	92.021,05		
2017	749.862,2	7,56	102.731,12	98.637,37	4.093,75
2018	799.278,1	6,59	112.698,21	104.062,42	8.635,79
RCL (% PIB) média 2004-2014			Perda Acumulada 2017-18		**12.729,54**

Fonte: Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS

Observações:

Estimativa da RCL de 2016 com base na queda da receita primária total de 8,2% em relação ao total estimado na PLOA 2016 (R$ 759,4 bilhões). Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias - 2º Bimestre/2016 - Maio/2016 - Página 25. Disponível em http://www.planejamento.gov.br/relatorio-de-avaliacao-1.pdf (Acesso em 18/06/2016)

Estimativa IPCA para 2016 e 2017: Relatório Focus-Bacen de 10/06/2016

Estimativa de crescimento real anual do PIB para 2018: 2,0%

PEC 241/2016

Em milhões R$ de 2015

Ano	DESPESA SAÚDE CONFORME EC 29	ESTIMATIVA DESPESA SAÚDE CONFORME PEC 241	PERDA (-) OU GANHO (+)
2003	54.777	56.098	1.320
2004	61.251	56.984	-4.267
2005	65.826	58.014	-7.812
2006	70.014	59.448	-10.566
2007	72.869	58.697	-14.173
2008	75.592	57.899	-17.693
2009	86.763	58.781	-27.982
2010	87.116	57.893	-29.223
2011	95.484	57.572	-37.912
2012	99.858	57.931	-41.926
2013	97.807	57.893	-39.914
2014	101.704	57.621	-44.083
2015	100.055	55.403	-44.652
ESTIMATIVA DA PERDA ACUMULADA 2003-2015			-318.882

REFORMAS NO SETOR SAÚDE

Experiências Nacionais

Trajetórias singulares x agendas convergentes

Agenda política

Contenção de custos - Ganhos em eficiência
Melhora da qualidade - Responsividade
Contratualização - Autonomia de gestão
Competição gerenciada – *Internal markets*
Mecanismos de racionamento implícito e explícito
Co-pagamento - *User-fees*
Inovações Organizacionais – Parcerias Público- Privadas
Administração por resultados – Orientação por objetivos
Qualidade – protocolos e variabilidade da decisão médica
Orientação ao cidadão - consumerismo

COMENTÁRIOS FINAIS:

1.O sistema de saúde brasileiro é misto e a coexistência entre o público e o privado (vasos comunicantes) precisa ser melhor compreendida e trabalhada

2.Os mapas de cuidado dos usuários confirmam a extensão dos vasos comunicantes P-P e o caráter inadiável do tratamento dessa temática

3.O alto custo da "omissão eloquente" no texto constitucional e suas consequências

4.Necessidade de uma macrorregulação real pelo MS do mix público-privado, garantindo o sistema universal de saúde como política dominante

5.O persistente tensionamento público-privado: **novas investidas do capital no setor saúde**

Concluindo...

- Desafios inerentes à complexidade da realidade brasileira

- **Impasses:** fruto das contradições e de diferentes projetos em disputa na sociedade