



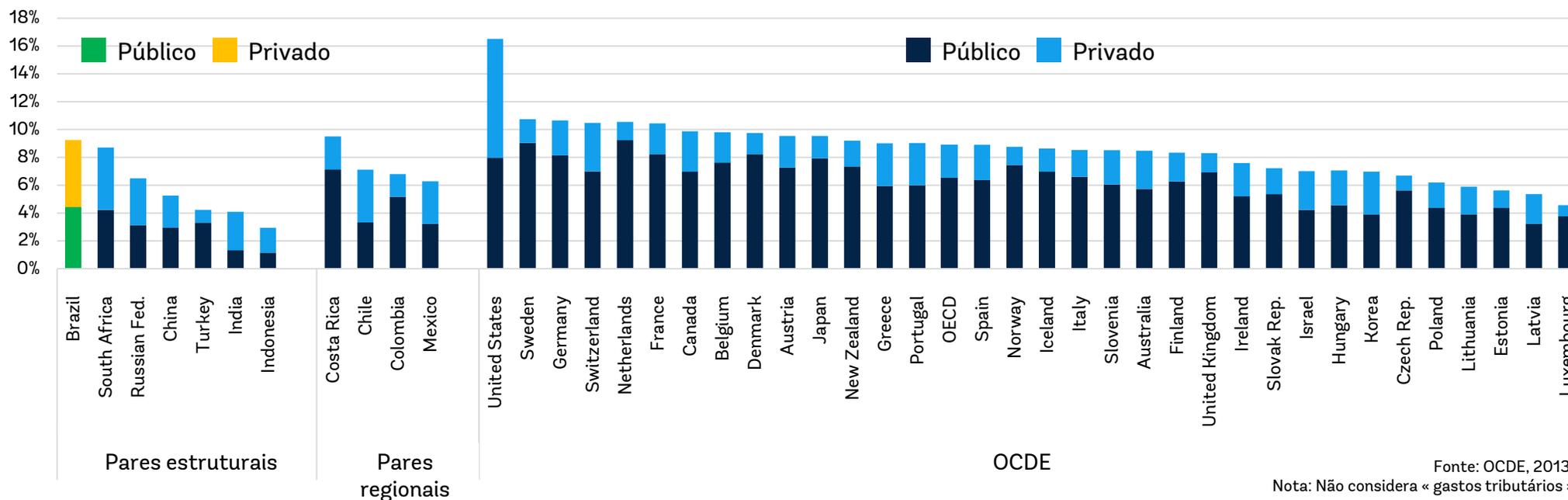
O Brasil gasta muito com saúde em proporção do PIB

O gasto total com saúde no Brasil (9,1% do PIB) é comparável à média dos países da OCDE (9%) e superior à média de seus pares, estruturais e regionais, (6,7% e 7,2%, respectivamente).

Porém, a proporção dos gastos públicos e relativamente baixa (48%), menos que a média entre os países da OCDE (73,2%), que os países de renda média (59%), e acima da média apenas dos BRICS (46%).

Além disso, cerca de 0,5% do PIB são gastos com isenções fiscais para o setor da saúde.

Gastos totais com saúde (como percentual do PIB), Brasil e países pares





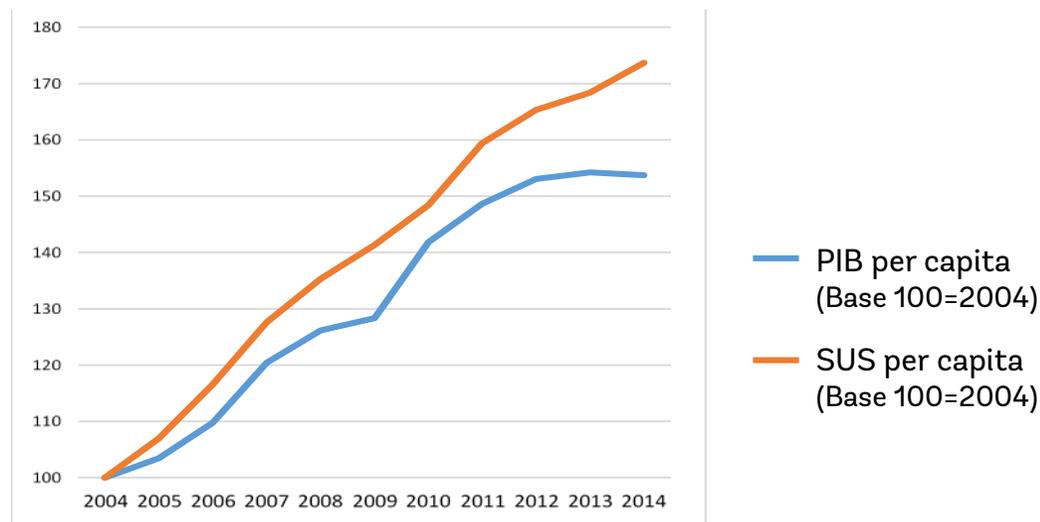
Os gastos públicos com a saúde cresceram mais rapidamente que o PIB entre 2004 e 2014

Entre 1980 e 2015, o gasto federal com a saúde cresceu mais rápido do que o PIB (a média de crescimento geométrico anual foi de 3,7% e 3,4% respectivamente).

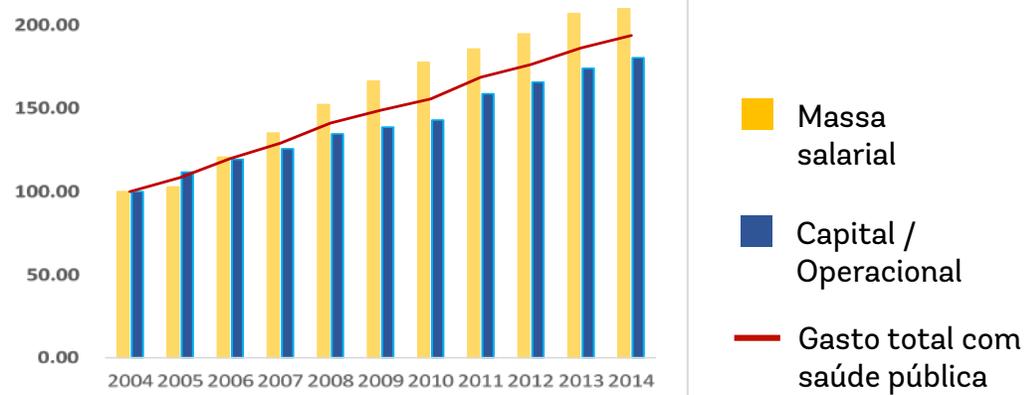
Calcula-se que, em 2050, o envelhecimento da população aumentará o gasto total com saúde em 4% do PIB.

A massa salarial tem sido o principal fator do aumento dos gastos públicos com saúde.

PIB per capita e gastos públicos per capita



Massa salarial e gastos de capital / operacionais



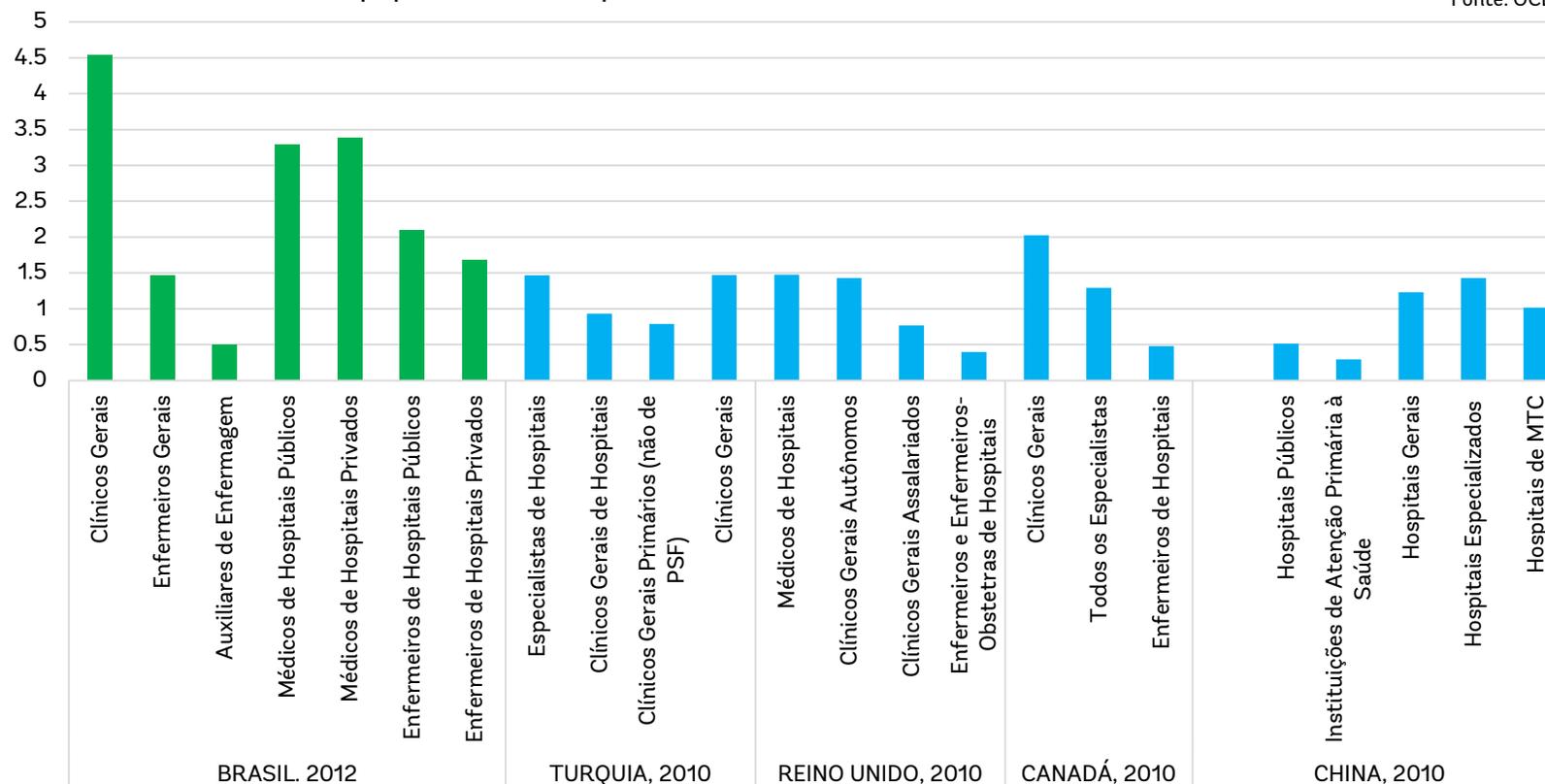


Os salários do setor são altos, particularmente dos profissionais da atenção primária à saúde

Salário dos profissionais de saúde como múltiplos da renda média per capita do decil mais rico da população. Vários países.

Salário dos profissionais de saúde como múltiplos da renda média per capita do decil mais rico da população, vários países

Fonte: OCDE





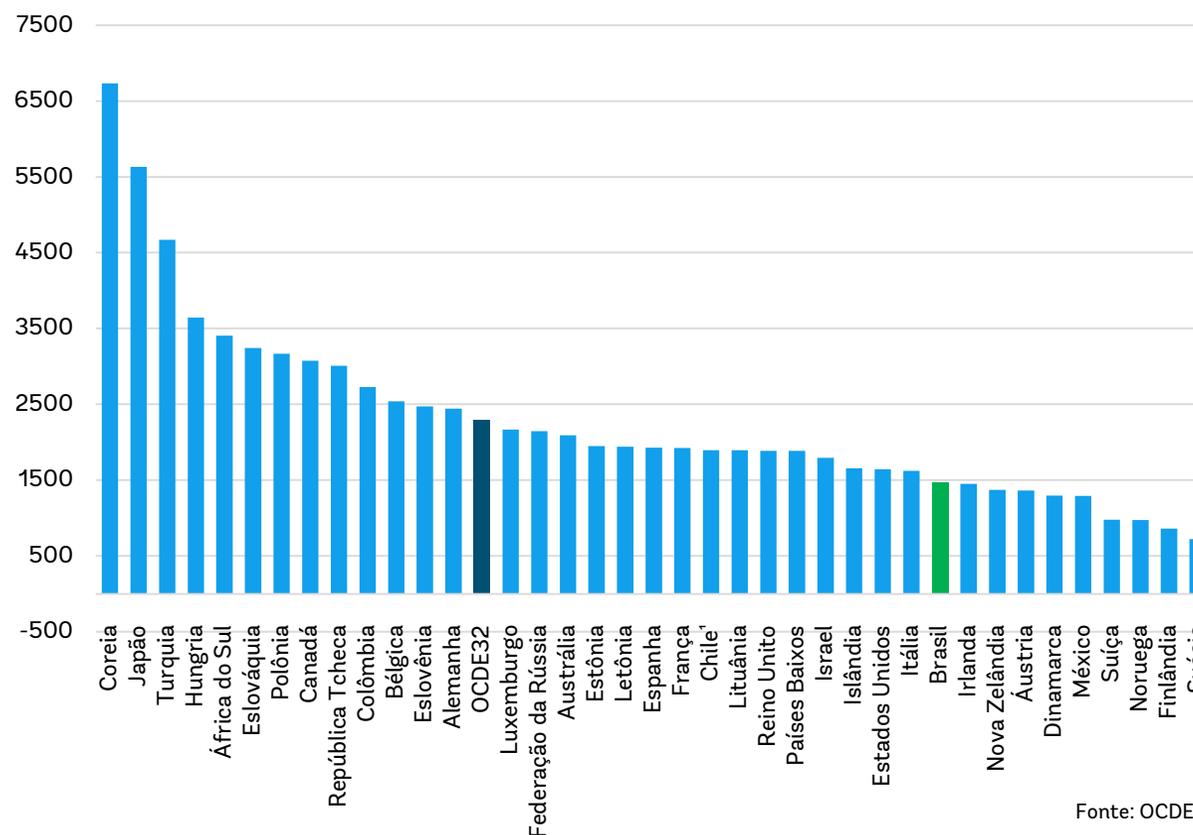
A oferta e a produtividade da força de trabalho em saúde são baixas

A razão de profissionais de saúde/população, particularmente médicos, é menor do que o encontrado em países com nível similar de desenvolvimento, e bastante inferior à média entre os países da OCDE.

Há desigualdade na distribuição geográfica da força de trabalho; há muitos médicos no setor privado de áreas urbanas ou em atendimento especializado, e particularmente nas regiões sul e sudeste.

Os salários dos profissionais da saúde são relativamente altos, especialmente na atenção básica, mas a produtividade (consultas por médico) é bastante baixa.

Número de consultas por médico no Brasil e nos países da OCDE (2013)



Fonte: OCDE.

Nota: No Chile, dados para o denominador incluem todos os médicos licenciados para a prática.



Apesar dos altos níveis de gastos, ainda há ineficiências

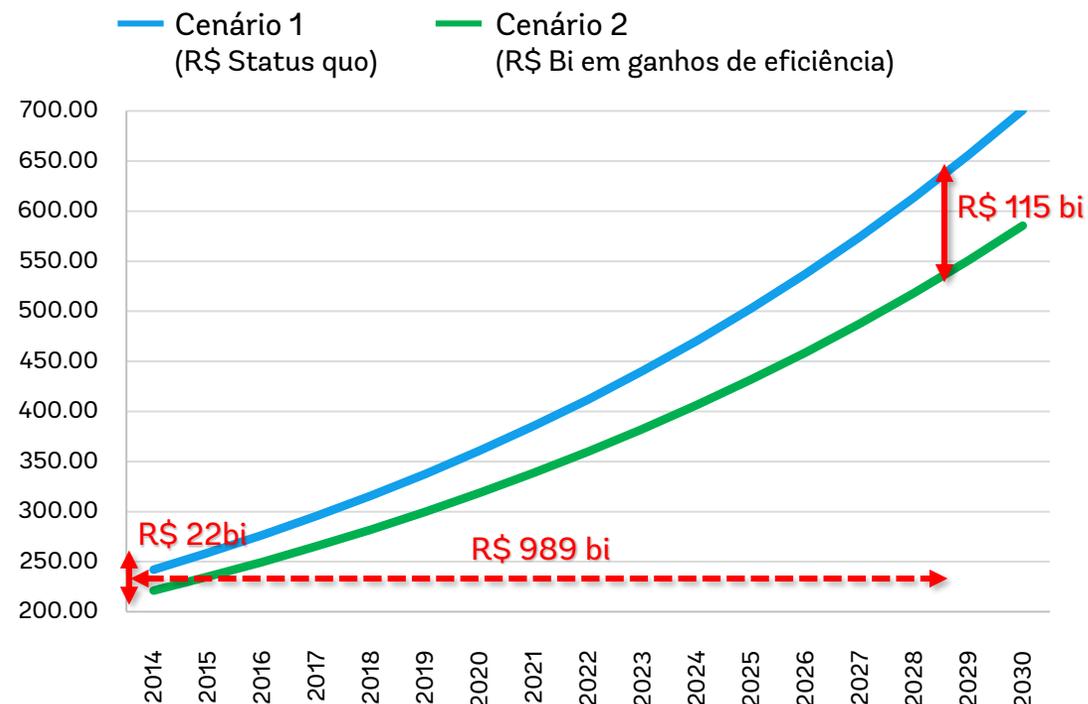
Caso sejam mantidas as tendências atuais de crescimento nominal dos gastos públicos com a saúde, os gastos com o SUS chegarão a R\$ 700 bilhões até 2030. No entanto, há uma ampla margem para melhorar a eficiência, o que poderia gerar uma economia de R\$ 115 bilhões até 2030*:

O nível de eficiência na atenção primária à saúde (APS) é estimado em 63% e para os níveis de Média e Alta Complexidade (MAC), em 29%.

Estima-se que exista uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões apenas na APS, somando os três níveis de governo.

Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$ 12,7 bilhões.

Projeção nominal dos gastos do SUS, 2014-2030



Fonte: Araujo na Lobo, 2018

* O crescimento é estimado sem considerar o envelhecimento da população, a incorporação de tecnologias e o possível aumento do orçamento do governo.



Apesar dos altos níveis de gastos, ainda há ineficiências

A eficiência do SUS está diretamente associada à escala (tamanhos dos municípios e dos hospitais).

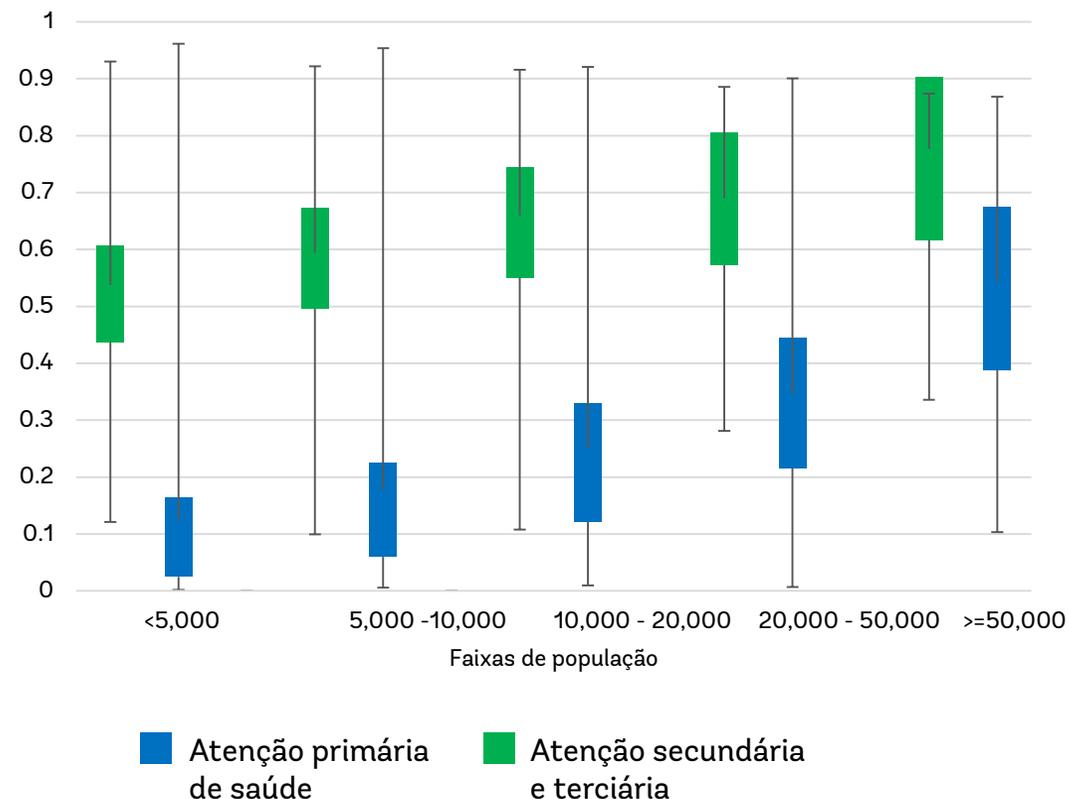
- O desempenho dos municípios com menos de 5.000 habitantes é quatro vezes inferior ao dos municípios com mais de 100.000 habitantes.

Existe uma relação positiva entre a eficiência na APS e a eficiência nos níveis mais elevados de atenção à saúde.

As estruturas institucionais do SUS são descentralizadas em nível municipal, causando fragmentação e grandes deseconomias de escala. A fragmentação é um gargalo premente da rede de prestação de serviços do SUS.

- Atualmente existe pouca coordenação entre os níveis de atenção, e a fragmentação da rede do SUS resulta em duplicação de serviços e excesso de capacidade, além de perda de economias de escala e custos operacionais mais altos.

Eficiência por tamanho do município



Fonte: Cálculos da equipe do Banco Mundial.

Nota: O gráfico mostra a distribuição da ineficiência - as cores incluem o primeiro e o quarto quartis, divididos pela mediana.



Apesar dos altos níveis de gastos, ainda há ineficiências

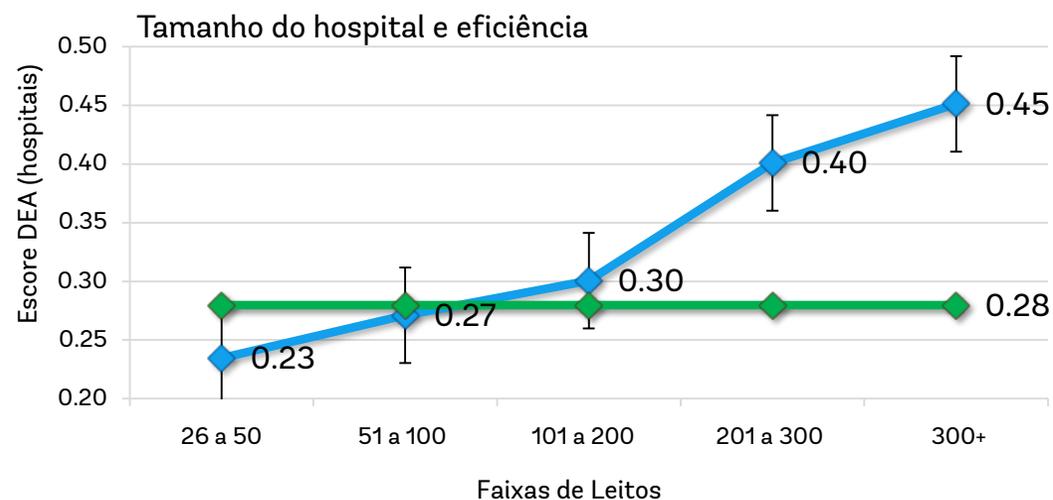
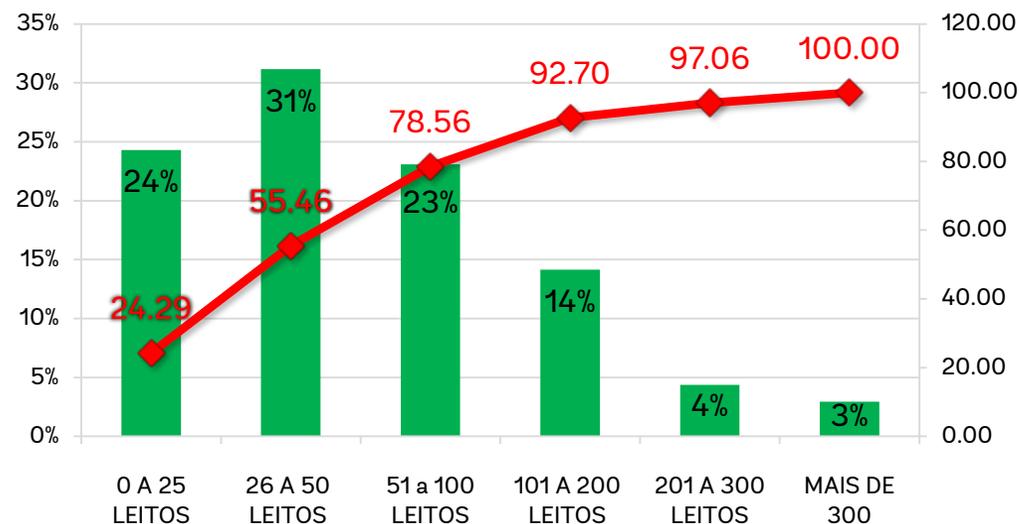
A rede de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS é altamente ineficiente. Os serviços operam com elevada capacidade ociosa (ou seja, baixas taxas de ocupação de leitos hospitalares), há deseconomias de escala devido ao pequeno volume de serviços e à falta de concorrência entre os provedores.

- Os serviços hospitalares e de diagnóstico estão distribuídos de forma desigual e muitas vezes são pequenos demais para operar com eficiência e garantir qualidade.
- É limitada a coordenação entre provedores e entre os níveis de atenção (primária, secundária e terciária) para o tratamento de doenças crônicas.

As taxas de ocupação de leitos são baixas.

- Média de 45% para todos os hospitais do SUS e apenas 37% no caso dos leitos de alta complexidade
- A média do OCDE é de 71%.
- A taxa de ocupação desejável é entre 75% e 85%.

Deseconomias de escala: a maioria dos hospitais brasileiros é pequena demais para operar de maneira eficiente.

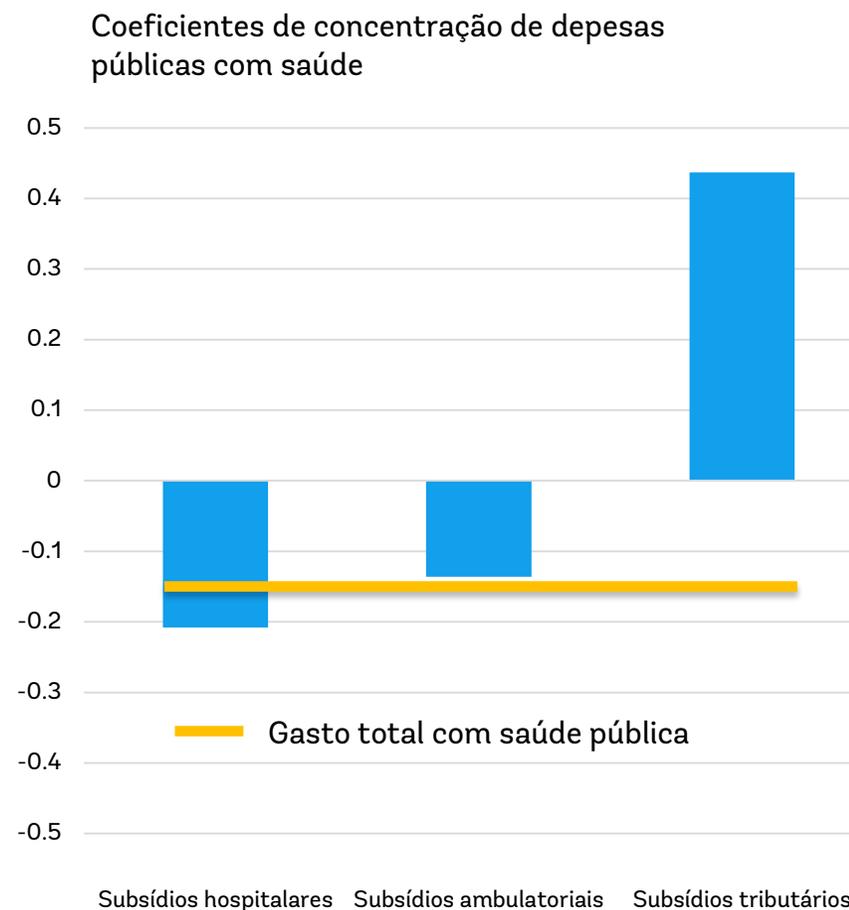




As isenções fiscais para os seguros de saúde são muito regressivas

Os gastos tributários (isenção fiscal) com a saúde são progressivos, mas as isenções concedidas a hospitais privados e os descontos do imposto de renda para planos e seguros de saúde privados são regressivos e volumosos, deixando os gastos públicos totais (incluindo as isenções fiscais) menos progressivos.

Embora o SUS cubra toda a população, 75% da população depende exclusivamente do SUS e o restante goza de cobertura dupla (seguro privado voluntário, principalmente funcional).



Fonte: Cálculos da equipe do Banco Mundial baseados em dados da PNAD
Nota: O coeficiente de concentração pode ser calculado a partir da Curva de Concentração (também conhecida como Curva de Lorenz), como $C/(C+D)$, onde C é a área entre a Curva de Concentração e a Linha de Perfeita Igualdade, e D é a área sob a Curva de Concentração.



São necessárias reformas para garantir a sustentabilidade do sistema

As reformas são propostas ao longo de 4 eixos principais:

1. Reformas na Gestão do Sistema.

- Implantar Redes Integradas de Atenção à Saúde.
- Melhorar a coordenação com sistema de saúde suplementar.

2. Reformas do lado da oferta.

- Expandir e fortalecer a cobertura da APS para 100% - ganhos de eficiência de pelo menos 0,03% do PIB.
- Racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares.
- Aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores.

3. Reformas do lado da demanda.

- Fazer respeitar a função de porta de entrada (*gatekeeper*) da APS por meio da introdução de incentivos aos provedores e aos pacientes.
- Introduzir itinerários de atenção/diretrizes clínicas baseadas em evidências.
- Criar um pacote de benefícios bem definido a ser coberto pelo SUS.

4. Reformas do financiamento.

- Reformar o pagamento aos provedores para premiar qualidade, resultados e produtividade.
- Aumento relativo do financiamento de APS.



Reformas na Gestão do Sistema

Implantar Redes Integradas de Atenção à Saúde (RAS)

- A experiência internacional demonstra que a formação de redes integradas é a melhor maneira de assegurar a coordenação da atenção à saúde em diferentes contextos e ao longo do tempo.
 - A coordenação da atenção pressupõe o desenvolvimento de estruturas e mecanismos (processos) para melhorar a comunicação, a continuidade da atenção e o compartilhamento de informação entre os diferentes componentes, infraestruturas e setores de um sistema de serviços de saúde.
 - A implementação de RAS exigirá o redesenho dos modelos de prestação, gestão e financiamento dos serviços do SUS.
-

Melhorar a coordenação com sistema de saúde suplementar.

- O SUS precisa melhorar a coordenação com o sistema de saúde suplementar, para:
 - a. Minimizar a concorrência por um contingente escasso de profissionais de saúde;
 - b. Fazer valer os reembolsos de tratamentos de segurados privados realizados pelo SUS; e
 - c. Definir uma abordagem comum para incorporar novas tecnologias, medicamentos e tratamentos.
-



Reformas do lado da oferta

Expandir e fortalecer a cobertura da APS para 100% - ganhos de eficiência de pelo menos 0,03% do PIB.

- A escassez de médicos de APS e a dificuldade de atrair pessoal qualificado para áreas mais pobres e distantes dos grandes centros urbanos são os principais desafios para a expansão dos serviços de APS.
 - As estratégias para atrair mais profissionais incluem o aumento da remuneração relativa dos profissionais da APS em relação aos especialistas hospitalares, com exigência de dedicação exclusiva e contratos de desempenho, e a melhoria da cobertura, ampliando o escopo da prática de enfermeiros e outros profissionais auxiliares.
-

Racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares.

- É necessário maximizar as economias de escala e as necessidades de acesso aos serviços de saúde, e implantar sistemas efetivos de referência e contra referência.
-

Aperfeiçoar os arranjos de governança e gestão para aumentar a autonomia, a flexibilidade e a eficiência dos provedores.

- O arcabouço legal limita a capacidade de provedores e formuladores de políticas de introduzir inovações no sistema de prestação de serviços.
 - A falta de autonomia limita a gestão eficiente dos recursos humanos no setor da saúde.
-



Reformas do lado da demanda

Fazer respeitar a função de porta de entrada (*gatekeeper*) da APS por meio da introdução de incentivos aos provedores e aos pacientes.

- A implementação de RAS terá de racionalizar o acesso aos serviços de saúde dentro do SUS - mais especificamente, o acesso aos pronto-socorros e serviços especializados de saúde - e fortalecimento dos sistemas de referência e contra referência.
 - Mudar o modelo de prestação de serviços - para garantir que a APS seja o primeiro ponto de contato do paciente com os serviços prestados - exige a melhoria das condições da APS, de modo a atrair mais profissionais de saúde para a APS.
-

Introduzir itinerários de atenção/diretrizes clínicas baseadas em evidências.

- Os itinerários ou diretrizes clínicas são definidos como declarações sistematicamente elaboradas para ajudar profissionais da saúde e pacientes a tomarem decisões a respeito do manejo apropriado de circunstâncias clínicas específicas.
-

Criar um pacote de benefícios bem definido a ser coberto pelo SUS.

- Embora o marco legal estipule que todos devem ter acesso a um pacote aberto de benefícios gratuitos, na prática os pobres são os mais afetados pela racionalização dos serviços, que se traduz em longas listas de espera, acesso limitado a serviços especializados e número insuficiente de leitos hospitalares.
-



Reformas do financiamento

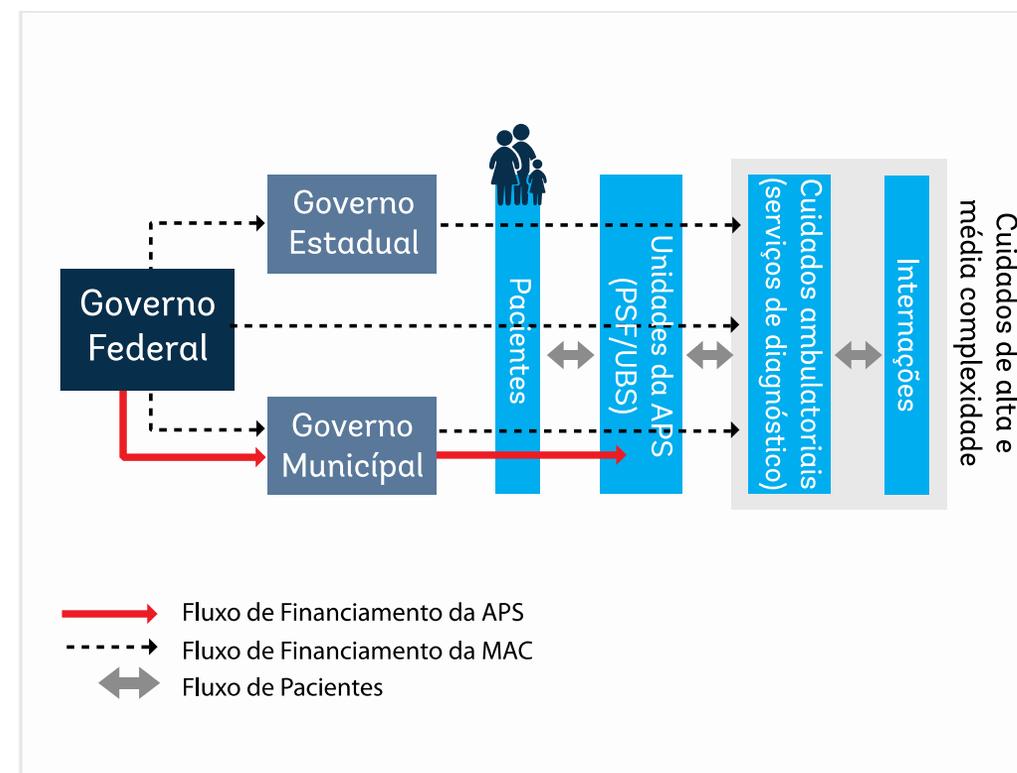
Reformar o pagamento aos provedores para premiar qualidade, resultados e produtividade.

- Dentro do SUS, os mecanismos de pagamento são pouco utilizados como instrumentos de política para influenciar ações prioritárias e, em muito menor medida, para incentivar desempenho.
- Os mecanismos de pagamento aos provedores precisam estar alinhados com os objetivos da política do SUS para influenciar o comportamento dos provedores para elevar a qualidade e conter os custos.

Aumento relativo do financiamento de APS.

- Para estruturar o sistema de prestação de serviços do SUS em torno das RAS, será preciso introduzir mudanças nos fluxos de financiamento:
 - a. Redirecionar recursos da atenção hospitalar e ambulatorial para a APS; e
 - b. Adaptar os atuais repasses federais de APS para os estados e municípios, com a inclusão de componentes de pagamento por desempenho.

Proposta de financiamento - Acompanhamento do paciente





Economia política do setor de saúde no Brasil

Existe um consenso que reformas são necessárias para melhorar a eficiência e qualidade do sistema público de saúde.

- Principal dilema: sub-financiamento vs. eficiência (movimento sanitário, gestores do setor da saúde)

Reformas similares foram propostas antes, porém não foram implementadas devido à pressão de poderosos grupos de interesse.

- Comunidade da saúde pública – movimento sanitário;
- Associações profissionais; e
- Governos locais/regionais que buscam manter controle da provisão dos serviços (ganhos políticos).

Apesar do consenso de que reformas são necessárias, há pouca convergência entre as propostas existentes:

- Privatização (em graus diferentes, focalização dos serviços do SUS, subsídios para planos/seguros e baixos custos, etc.); e
 - Preservação do status quo (provisão estatal e mais recursos)
-



Principais mensagens

Apesar do sucesso em estabelecer um sistema de saúde público e universal, o Brasil enfrenta o desafio de manter um equilíbrio entre um nível apropriado de gastos públicos e obter mais resultados com os recursos destinados ao setor público de saúde;

O SUS enfrenta desafios que requerem o aprofundamento da reforma do sistema;

Essas novas reformas precisam preparar o Sistema para enfrentar desafios existentes (qualidade, eficácia limitada, e ineficiências) e desafios futuros (envelhecimento da população e o crescimento da carga de doenças crônicas);

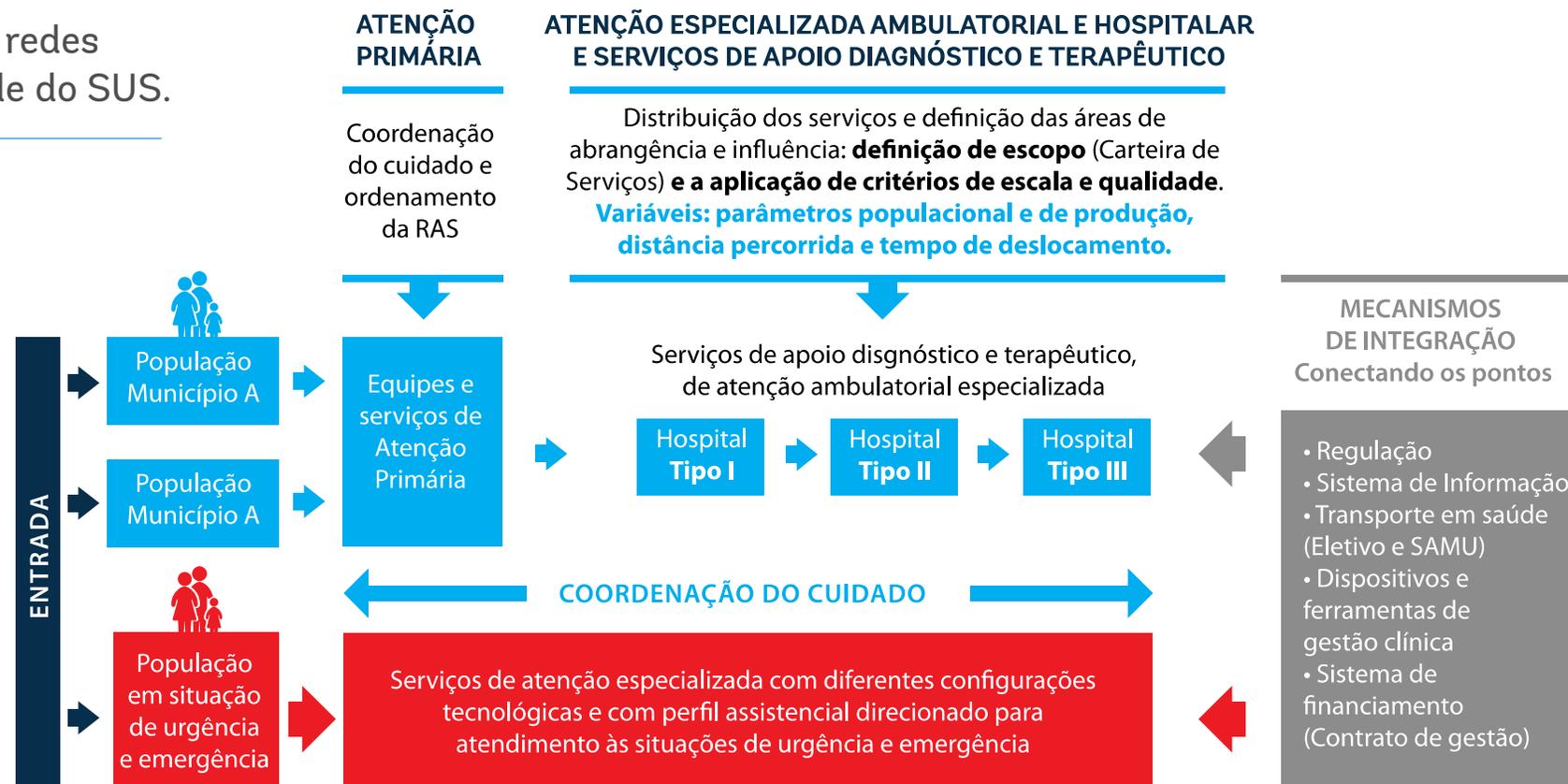
A reforma deverá necessariamente mudar a estrutura de incentivos existentes na prestação dos serviços de saúde, incentivar a competição entre provedores, introduzir mecanismos de compartilhamento de custos com os provedores e pacientes, e reduzir a fragmentação da provisão dos serviços de saúde; e

Será necessário reconfigurar o modelo de atenção à saúde em torno das redes integradas de atenção à saúde, com mudanças nos modelos de gestão e pagamento aos provedores com mecanismos para incentivar qualidade e resultados, e melhorar a coordenação com o sistema de saúde suplementar.



Anexos

Proposta de organização das redes integradas de atenção à saúde do SUS.

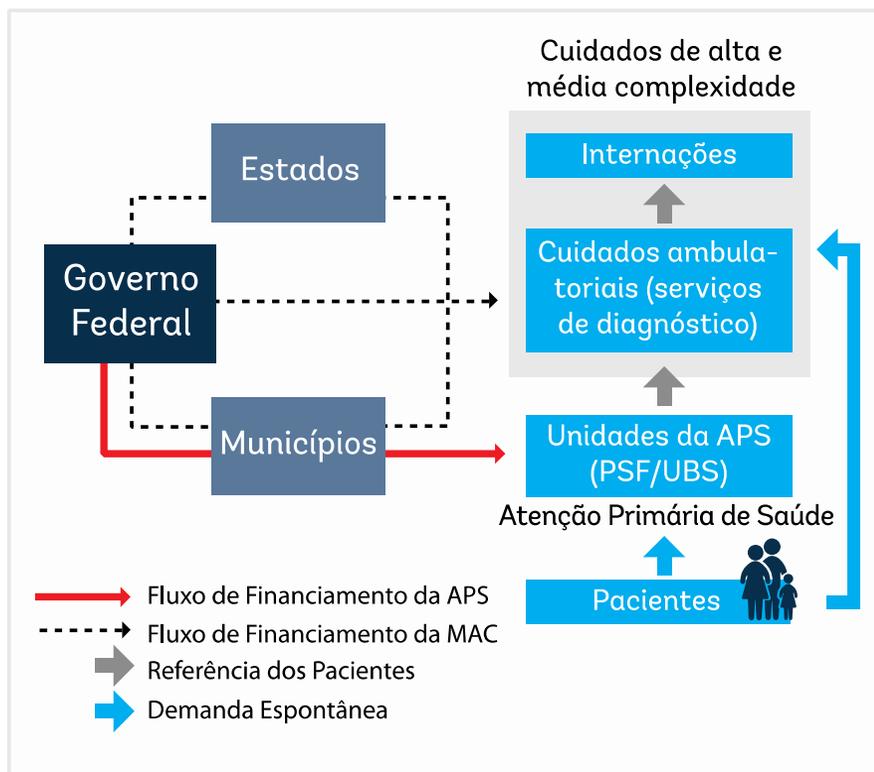




Financiamento e Fluxos de Pacientes, atualmente e com a Reforma do SUS.

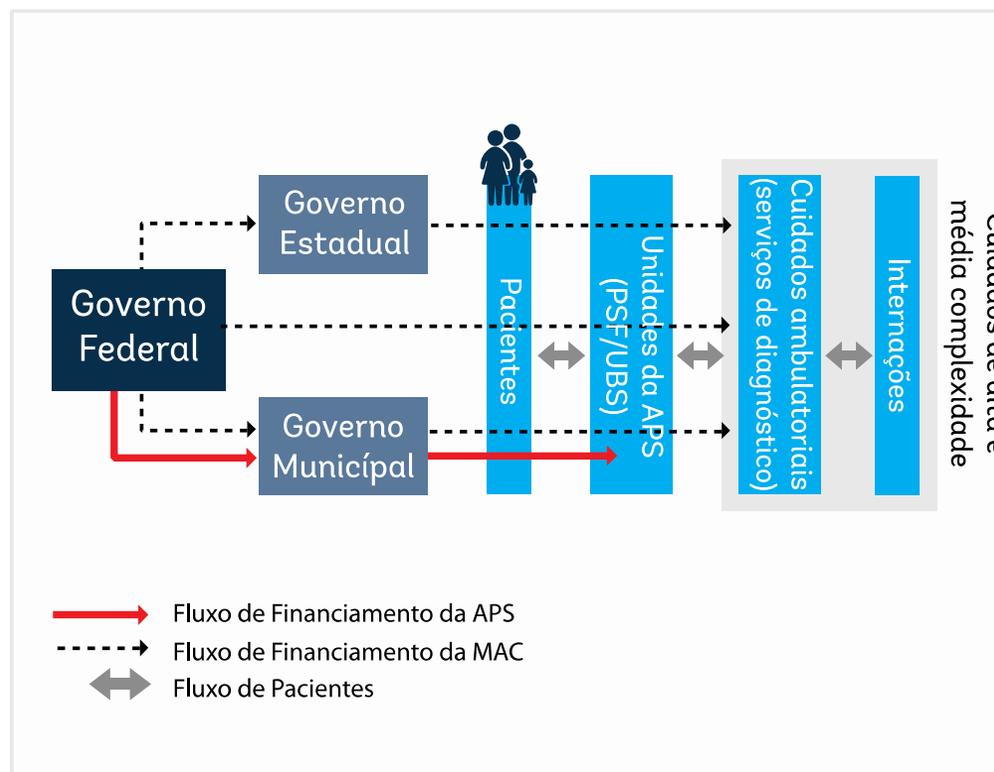
Fluxos Financeiros e dos Pacientes no SUS

ATUAL



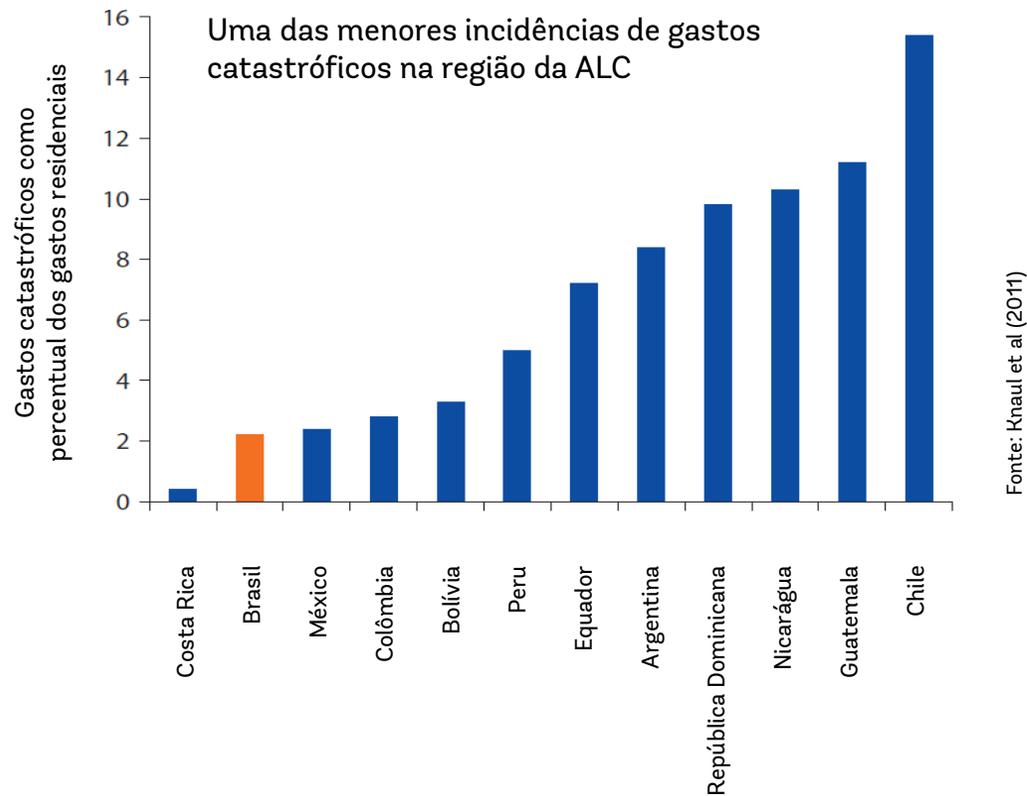
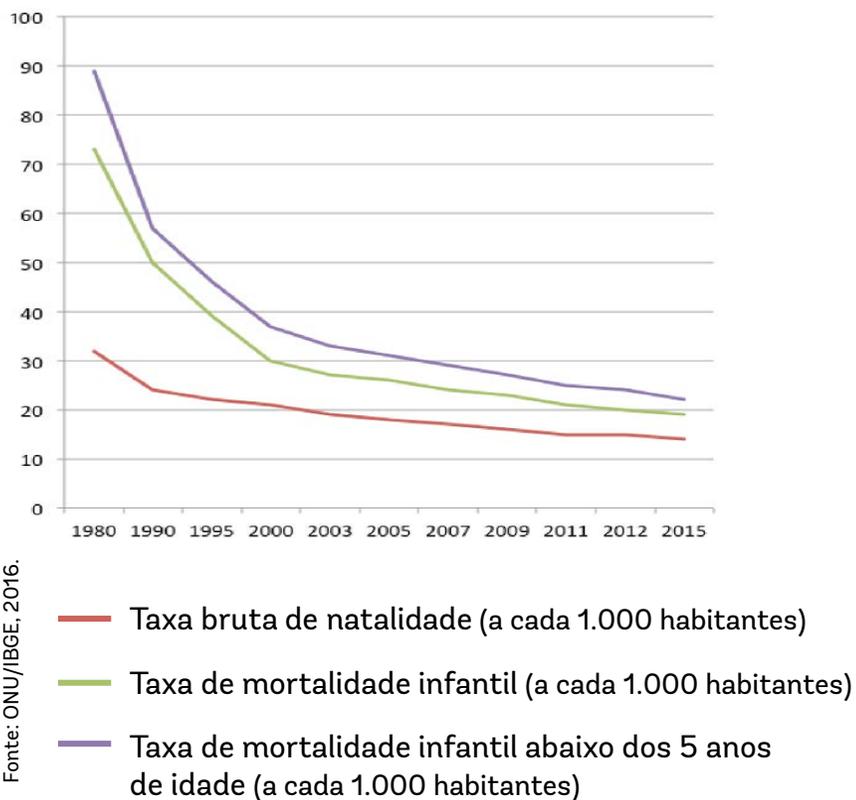
Fluxos Financeiros e dos Pacientes no SUS

PROPOSTO - Redes Integradas de Assistência a Saúde





A criação do SUS está associada à ampliação da oferta de serviços de saúde, melhoria do acesso, proteção financeira e indicadores de saúde da população





BANCO MUNDIAL
BIRD • AID | GRUPO BANCO MUNDIAL

www.worldbank.org

<http://www.worldbank.org/pt/country/brazil/brief/brazil-policy-notes>