

**PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
CNPq**

**Pesquisa Sobre O Sistema De Saúde Pública Brasileiro  
Relatório Final**

**Fernanda Bergamo Chiodo**

**14961092-7**

**7º semestre CGAP**

## **Comparação entre os sistemas de saúde pública brasileiro e americano**

A pesquisa se destina a entender quais as razões do funcionamento do sistema de saúde pública brasileiro, se são relacionadas principalmente à uma questão de finanças públicas, de cultura organizacional ou de política. Qual a característica principal do sistema de saúde pública brasileiro, o que difere o sistema brasileiro do sistema americano e quais as características que estes têm em comum. A intenção da pesquisa é conhecer o principal motivo que caracteriza o sistema de saúde pública brasileiro.

A hipótese que se quer comprovar é a de que o principal fator que determina a qualidade do serviço de saúde brasileiro não é a questão de quanto dinheiro é destinado para este setor.

O primeiro aspecto que gostaríamos de ressaltar nesta comparação diz respeito à própria pesquisa: encontrar o material relacionado aos dois sistemas de saúde, brasileiro e americano envolve diferentes níveis e tipos de dificuldades.

A pesquisa sobre o sistema de saúde pública brasileiro teve êxito após longa procura e conversa com pessoas que conheciam o assunto, em especial professores que tinham realizado algum tipo de trabalho nesta área. É possível perceber algumas contradições inseridas neste sistema e fatos que deixam claro problemas de gestão e traços culturais. O estudo sobre o sistema de saúde pública americano deixa a desejar. Foi encontrado um livro sobre finanças públicas que continha um capítulo sobre *health care* mas os dados não são muito expressivos.

## **O conceito de saúde – Panorama geral**

Pode-se dizer que a saúde deixou de ser apenas uma atividade no âmbito do social, que a principal razão da sua importância nos dias de hoje está relacionada à natureza econômica.

Vivenciamos um momento da história da humanidade em que o setor terciário da economia é o que mais tem crescido enquanto processo de acumulação e que, neste contexto, a área de saúde é todas a mais dinâmica.

Identificam-se duas correntes, com relação à implementação da política de saúde, com paradigmas conceituais distintos: o da saúde pública e o da economia da saúde. O paradigma da saúde pública adota o princípio da equidade e o marco conceitual da epidemiologia, enquanto que o paradigma da economia da saúde adota os princípios da competitividade, da focalização e seletividade da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas.

Segundo o ministro de Estado da Saúde José Serra, do ponto de vista macroeconômico, as despesas com serviços da saúde têm uma peculiaridade importante pois tendem a crescer sempre mais do que o PIB. Nos Estados Unidos, para cada acréscimo de 1% no PIB, os gastos com saúde tendem a crescer 2%. Os economistas chamam esta relação de elasticidade da demanda maior do que um.

Esta tendência repete-se no Brasil somando o gasto público e o gasto privado em saúde e existe porque os meios de prevenção e tratamento de doenças foram se tornando mais sofisticados e caros. Além dos custos crescentes da tecnologia (este assunto voltará a ser abordado no decorrer do texto), estes custos aumentam devido à possibilidade de tratamento de doenças que antes podiam ser tratadas.

Voltando a questão da elasticidade da demanda, é possível observar que, à medida que cresce a renda das famílias, tende a crescer a proporção dos seus gastos que é dedicada à saúde. Este comportamento tem efeitos agregados e é por esta razão que quando um país cresce, também cresce a parcela da renda interna dedicada às despesas com saúde.

No Brasil , existe o problema do conceito que a população forma sobre o atendimento à saúde. Este conceito é regulado pelo pior atendimento, assim, no caso da saúde, mesmo que 95% de todo o sistema de maternidade esteja funcionando impecavelmente, se uma mulher tem seu filho na calçada, em razão de estupidez da equipe médica de algum hospital, é este evento que determina o conceito que a população fará do atendimento às gestantes do Brasil.

Por este motivo, saúde tem que funcionar na base da qualidade total pois, do contrário, viverá sempre um problema de credibilidade.

## **O sistema de saúde pública brasileiro**

O sistema de saúde pública brasileiro, conforme a pesquisa realizada, está intimamente relacionado à discussão de políticas públicas, que remete à questão do papel do Estado e das reformas institucionais. O aspecto financeiro do sistema de saúde pública tem sofrido mudanças, mas todas ainda remetem a reformas apenas ligadas às fontes de recursos ou como o dinheiro é gasto.

A tentativa, segundo Bresser Pereira em “A Reforma do Estado dos Anos 90”, é de aumentar a capacidade de governança do Estado para criar no governo as condições financeiras e administrativas para transformar em realidade as decisões que toma.

A partir dos anos 80, na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil, foi adotada a estratégia da descentralização do processo decisório e da prestação direta dos serviços. Esta descentralização foi traduzida por municipalização.

O processo de descentralização toma forma, em 87, com a proposta de organização de distritos sanitários, base organizacional e operativa do reordenamento dos serviços de saúde em termos locais, elaborados com o objetivo de fundamentar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A política pública de saúde atualmente em vigor no Brasil é formulada pela Constituição de 1988 através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem princípios como a universalidade e integração das ações; prioridade à prevenção e participação popular e descentralização da gestão e fortalecimento do papel dos municípios – unificando a gestão local.

Pesquisa irá se deter, prioritariamente, ao Sistema Único de Saúde.

## O SUS

A consolidação do SUS se deve à grande mobilização popular e conseqüente aumento da participação de caráter reivindicatório, decisório e gerencial na área da saúde. Também verificou-se uma maior participação dos profissionais da área, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica. O conceito de saúde passa a englobar aspectos relativos à qualidade de vida, tais como educação, habitação e saneamento básico.

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior, onde apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado recebiam assistência. Assim, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho.

Esta universalidade, no entanto, implicou em maiores investimentos por parte do Estado, o que, num contexto de estruturas pouco flexíveis e carência de recursos, constituiu-se num grande dilema.

O atual estágio de desenvolvimento do SUS pode ser caracterizado por uma radical transformação na concepção do sistema de saúde e por lentas mudanças na sua organização e no aumento efetivo da qualidade dos serviços à população. Isso ocorre ou porque a demanda aumentou demais ou devido à queda da qualidade ocasionada pela pressão da demanda e a falta de investimentos. Praticamente não há critérios de prioridade.

O princípio da descentralização é uma mudança importante operada pela Constituição de 1988 pois fortalece as instâncias locais de poder, em especial os municípios. Os municípios passam a ter uma maior participação na divisão dos recursos tributários, novas atribuições e competências e maior poder decisório. Esta descentralização objetivou desenvolver as instâncias locais de poder, autonomia e capacidade de gestão, estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde.

Esta proposição é coerente com a conjuntura atual, caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos estados nacionais e por um processo de “localização”, destinando recursos e recursos alternativos em termos locais.

Há algumas dificuldades como a efetivação deste projeto em cidades de grande porte devido à complexidade de sua rede assistencial, de suas demandas e dos atores sociais envolvidos. Nos municípios menores, há o problema de falta de economia de escala.

O princípio do controle social objetivou, por meio da participação social institucionalizada, a transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde e uma maior democratização de sua gestão. Foram criados os Conselhos de saúde – órgãos consultivos, deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários – que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.

Uma questão importante para o andamento desta pesquisa é a questão do financiamento do setor saúde. No caso, ou se aumenta infinitamente as fontes de renda, ou se tenta enfatizar os aspectos econômicos da saúde, rediscutindo alguns dos princípios do SUS, como o impacto da universalização da assistência nos custos, a produtividade dos investimentos, formas de maximizar os benefícios através de novos desenhos organizacionais e inovações gerenciais.

O Ministério da Saúde investirá 10 bilhões de dólares no aumento da capacidade de formulação de políticas públicas pelos governantes, na definição de mecanismos mais estáveis de financiamento, no incremento da qualidade no serviço e no apoio a experiências inovadoras.

A estratégia atual aponta para a implantação de um estado regulador na área de saúde em nível federal. Conforme declara o ministro, “financiaremos parte das ações, fiscalizaremos a aplicação de recursos e avaliaremos resultados”.(FPS,21.04.97).

Começa a ganhar força a idéia de se garantir um pacote que dê atendimento básico a todos, ao invés da bandeira de universalização do atendimento. “O Estado pode garantir a universalização por meio de

regulamentação e fiscalização de serviços prestados pela iniciativa privada”, declara o ministro (FSP, 21.04.97). Um dos problemas desta orientação é que poderá sobrar menos recursos para atendimentos de custo mais elevado.

Um dos desdobramentos deste tipo de coisa é o fato de que a parcela da população que possui maiores possibilidades financeiras ou convênios médicos privados pague pelos serviços, ou que se hierarquize o atendimento através de postos de saúde ou médicos de família, a fim de que o critério de prioridade deixe de ser a fila e passe a ser um critério epidemiológico.

Para que haja uma construção de equidade na atenção à saúde, é fundamental conhecer as diversas necessidades de atenção à saúde, as diferenças microregionais e as variações na capacidade de pagamento pelos serviços de saúde dos diferentes segmentos populacionais.

As experiências de diferentes orientações políticas estão buscando estabelecer um novo padrão de relacionamento estado – sociedade que aumente a capacidade de ação de todas as instituições para maximizar o uso dos recursos sociais. No Brasil, existem duas propostas básicas:

1. Criação de organizações sociais, nova modalidade de prestação onde serviço público, exercida pela iniciativa privada mediante autorização do Governo, e sob sua rígida e permanente supervisão, como forma de alargamento e universalização dos efeitos esperados na atuação do Estado como provedor do bem – estar social.
2. Troca de know how na área de planejamento e avaliação de projetos sociais com fundações filantrópicas ligadas a empresas, que trazem consigo toda uma “inteligência empresarial” e, servindo, ao mesmo tempo, para profissionalizar a gestão daquelas entidades comunitárias não governamentais e *non profit organizations* através da disseminação daquelas experiências.

Estas propostas pretendem tornar mais competitiva a gestão dos recursos públicos e a prestação de serviços na área social, independentemente do prestador ser uma agência do Estado ou não.

Para explicar melhor a questão da municipalização abordada no sistema SUS, apresentaremos a seguir algumas experiências tendo em vista a municipalização.

De acordo com o plano de governo do Fernando Henrique, com o PAB (Piso de Atenção Básica) todos os municípios passam a receber incentivo financeiro para estruturar seus serviços de saúde, tornando o atendimento mais equitativo.

Há algumas metas principais que ainda precisam ser mais desenvolvidas:

- Implantar fontes estáveis de financiamento do setor;
- Consolidar a descentralização dos serviços e ações;
- Organizar o sistema para privilegiar o atendimento da demanda;
- Dar prioridade à prevenção, com ênfase no atendimento básico, sobretudo mediante a expansão do Programa da Saúde da Família – PFS; avaliar os programas de saúde para verificar seu impacto real nas condições de vida das populações;
- Adotar novas práticas nas políticas de saúde, valorizando qualidade, transparência, moralidade e controle social.

Uma crítica que o ministro José Serra faz em relação à questão da municipalização é a de que no Congresso brasileiro, julga existir alguns “entes sagrados”, no qual estão inclusos os municípios.

### **Financiamento da saúde e estruturação do SUS**

Os gastos públicos com saúde chegou em 1998 a R\$ 28 bilhões.

Insistir na descentralização, segundo o plano de governo, é essencial porque melhora a utilização dos recursos, permite identificar com maior precisão as necessidades do povo, reduz o desperdício, inibe a fraude, aproxima os cidadãos dos responsáveis pela gestão e assim permite aumentar o controle social.

Nesse sentido, o governo já colocou em prática algumas medidas:

- Incentivo ao parto normal e conseqüente redução no número de cesáreas, garantindo atendimento diferenciado para gestantes de alto risco e pagando o parto normal realizado por enfermeiros obstetras;

- Garantia de recursos para incentivar a formação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no atendimento de urgência e de condições para o credenciamento dos hospitais neste sistema;
- Incentivo ao credenciamento de hospitais em níveis diferenciados, que permitem melhor remuneração pelos serviços de terapia intensiva, considerando a capacitação, qualificação profissional e disponibilidade de equipamentos.

Visto que boa parte dos fatores que caracterizam a saúde como ela é no Brasil está inserida na cultura, pode-se afirmar que a esfera federal pode contribuir para a mudança desta cultura, sobretudo no que diz respeito ao problema do controle dos gastos. Em poucos meses, foi diminuído em 10% as despesas dos 14 hospitais federais do Rio de Janeiro, com serviços de vigilância.

È possível realizar um controle estrito de compras de insumos, de prédios, de manutenção, entre outras coisas na área pública, usando até mesmo a internet, por meio da qual todos os preços podem ser registrados e a imprensa pode controlar. Mesmo quando os produtos não são homogêneos, a transparência é fundamental pois é a principal arma contra a corrupção, a administração incompetente e o desperdício.

## **Programa de Saúde da Família**

A ampliação e consolidação do Programa de Saúde da Família – PSF é um dos pontos para a mudança estrutural do SUS.

A atenção integral é um dos princípios do SUS e o PSF atua com enfoque comunitário e de educação para a saúde, dando prioridade à prevenção e ao atendimento de todos os membros de cada família, de modo a transformar o comportamento, as práticas e a organização dos serviços.

Essa reorientação permite que as ações focalizem adequadamente os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde aumentando a cobertura assistencial, principalmente nas áreas de baixa renda.

A mudança tem como objetivo promover a equidade, discriminar positivamente a população conforme suas necessidades básicas, humanizar o atendimento e reorganizar a referência para os serviços de maior complexidade.

## **Cidades saudáveis**

Cidades saudáveis são experiências que procuram colocar na prática uma concepção ampla de saúde tendo em vista a melhoria da qualidade de vida de sua população.

Uma cidade saudável é aquela que coloca em prática, de modo contínuo, a melhoria do seu ambiente físico e social, utilizando os recursos de sua comunidade para oferecer aos seus cidadãos um aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem à sua plena realização. Este conceito relaciona-se também com a “Promoção à Saúde”, um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Esta organização dos serviços públicos parte de uma perspectiva intersetorial, superando a fragmentação funcional.

Assim, a saúde passa a dizer respeito a vários aspectos a ela relacionados como meio ambiente, saneamento básico, água, transporte urbano, etc.

No Brasil, as experiências são recentes apesar do país já ter sediado o 1º Congresso Latino-Americano da Comunidade e Cidade Saudável, realizado na cidade de Campinas/SP, em 1995. Há experiências, especialmente nos Estado da São Paulo e do Paraná.

## **Consórcios de Saúde**

São experiências diferenciadas capazes de contribuir para o fortalecimento da capacidade de governança a partir da implementação da municipalização dos serviços de saúde aliada à articulação intermunicipal.

Estes consórcios surgem da necessidade de resolução de um imperativo da política de saúde (SUS), da municipalização dos serviços de saúde.

Na área da saúde os consórcios adotam a doutrina do SUS e seus princípios de organização (regionalização, hierarquização dos agravos à saúde, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado), tornando-se inovadores a partir do momento em que buscam formação de parcerias intermunicipais visando a resolução de problemas comuns aos municípios envolvidos, convertendo-se, posteriormente, em instrumento de gestão municipal.

O consórcio é um modelo de gestão dos serviços de saúde nas chamadas “microregiões assistenciais” – reunião de municípios com um número variado de habitantes até se chegar a algo em torno de 100.000 habitantes com o objetivo de recuperar uma economia de escala que permita a organização racional das atenções primária, secundária e terciária. O consórcio tem sustentabilidade do ponto de vista gerencial.

## **O Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo**

O PAS delega a prestação dos serviços de saúde, anteriormente a cargo do poder público, a cooperativas de trabalho. A administração pública municipal coloca os equipamentos públicos existentes à disposição das cooperativas e as remuneram por número de habitantes em cada região, sendo que os profissionais de saúde se organizam em cooperativas para prestar os serviços, licenciando-se do serviço público municipal (licença não remunerada). A cooperativa é a gestora de recursos e prestadora dos serviços.

A cidade foi dividida em 14 módulos, cada um com hospital, posto de saúde e pronto-socorro, sendo gerenciado por uma cooperativa-mãe formada por médicos (funcionários públicos municipais em licença não remunerada). Na formação das cooperativas podem entrar médicos ou outros profissionais da saúde.

O PAS respeita o princípio da universalidade no atendimento, apesar dos usuários somente disporem de atendimento nas regiões onde estão cadastrados e mediante a apresentação de seu registro como usuário daquela cooperativa. A exigência do cadastro do usuário é um instrumento de planejamento e controle do sistema.

Porém, o PAS não introduz competitividade na gestão da saúde, uma vez que os usuários não poderão optar por uma ou outra cooperativa para cadastrar-se; serão obrigados a fazê-los na região em que residem. Assim, as cooperativas não precisarão oferecer qualidade no atendimento aos usuários para obter recursos adicionais, elas não precisarão brigar pelos seus clientes, poderão apenas recusar-se a prestar ou prestar parcialmente o serviço ao usuário. É uma situação de quase monopólio, já que os recursos são garantidos e a população residente naquela região é cativa.

O PAS satisfaz o princípio de descentralização do SUS uma vez que envolve instâncias autônomas regionais na prestação dos serviços de saúde. O município tem participação no financiamento, gestão e controle do sistema.

Os mecanismos de coordenação foram pouco explicitados no PAS, não se sabendo que metas a Prefeitura pretende alcançar com esta mudança, quais as prioridades, qual a política de saúde que se quer garantir com este plano e quais os indicadores que serão utilizados para medir o aumento de qualidade de vida da população como novo sistema. Os mecanismos de controle social foram pouco explorados e não está explícito quem será a “inteligência do sistema”.

O PAS, não satisfaz totalmente as exigências constitucionais e legais do SUS, embora teoricamente constitua uma inovação na Administração Pública, de caráter mais estatizante, em especial no tocante à questão do controle social. Também não constrói uma perspectiva empreendedora baseada na competitividade e no aumento da capacidade de coordenação por parte de administração municipal.

### **Como funciona o PAS**

A cidade foi dividida em 14 módulos, e cada módulo tem hospital, posto de saúde e pronto socorro:

1. Centro
2. Butantã
3. Ipiranga/Sapopemba
4. Mooca/Vila Matilde
5. Itaquera/Guaianazes
6. São Miguel Paulista
7. Santana
8. Perus/Pirituba
9. Parelheiros
10. Campo Limpo
11. Freguesia do Ó/Brasilândia
12. Jabaquara
14. Ermelino Matarazzo
15. Tatuapé/Penha

Não existe o número 13 porque a prefeitura pulou este número.

Cada módulo é gerenciado por uma cooperativa-mãe formada por médicos da prefeitura que aderiram ao PAS.

Participam da cooperativa-mãe Cooperpas funcionários de nível superior (médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros) licenciados da prefeitura. É a principal cooperativa do módulo, administra a verba repassada pela prefeitura, contrata ou dispensa e faz compras.

Da Coopermed participam funcionários de nível médio da prefeitura (auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, segurança, etc), é subordinada à Cooperpas.

A Cooperplus possui médicos e pessoal de nível médio que não trabalhavam para a prefeitura e também formam uma cooperativa. Eles preenchem as vagas de funcionários que não aderiram ao PAS e não tem poder de decisão.

O atendimento é gratuito para o paciente e cada morador é orientado a usar os hospitais e postos de saúde da sua região.

## O Fluxo do Dinheiro

### Como é calculado o repasse

Como é	Exemplo como módulo 4
1. A prefeitura estima a população do módulo	População = 781.703
2. Estima a porcentagem dessa população que usa a rede municipal de saúde. Esse número é chamado de ppc (população potencialmente cadastrada)	Dos 781.703, 45% usariam rede (ppc = 352 mil)
3. A prefeitura repassa R\$10,96 por pessoa potencialmente cadastrada. A verba sai do orçamento da saúde	$352 \text{ mil} \times 10,96 = \text{R\$ } 3,8 \text{ milhões}$ por mês

4. A prefeitura repassa ainda dinheiro para a reforma de hospitais, compra de equipamentos, ampliação do número de leitos, etc	O módulo 4 recebeu R\$ 3,8 milhões de ppc + R\$ 371 mil para investimentos = total de R\$ 4,2 milhões
--	---

### Onde a cooperativa gasta

Gastos: pagamentos dos cooperados, das cooperativas subcontratadas, manutenção e compra de remédios.

Salários: chamados de “remuneração”, variam de acordo com as horas trabalhadas. Exemplo (por 20 horas semanais):

médico	R\$ 3.200
assistente social	R\$ 2.000
dentista	R\$ 2.500
auxiliar de enfermagem	R\$ 1.000
escriturário	R\$ 600

### Como é feito o controle de gastos

Como é	Exemplo como módulo 1
Contabilidade: cada módulo contrata uma empresa responsável por processar todos os gastos da cooperativa	Uma empresa gerenciadora recebe 6% da verba repassada pela prefeitura por mês para fazer o trabalho
Auditoria: cada módulo contrata uma empresa auditora independente que faz um relatório mensal, enviado à prefeitura	A auditoria recebe R\$ 10 mil por mês para dar um parecer mensal sobre como o dinheiro está sendo gasto

Análise externa: A FIA (Fundação Instituto de Administração), da USP, foi contratada pela prefeitura para analisar a eficácia da gestão de todas as cooperativas.

## **Outros aspectos do sistema de saúde brasileiro**

A análise da assistência médica no Brasil demonstra que a influência privada beneficente se faz sentir até hoje, somente ocorrendo a participação governamental quando é a única solução possível. A assistência direta pelo poder público sempre se iniciou na Capital Federal, dela se irradiando para os Estados onde se fazia sentir em grau bem menor. Nestes, como regra geral, os serviços assistenciais iniciavam-se, também nas capitais. Dos três níveis de governo, o estadual é o que mais diretamente tem assistido medicamente a população. O federal, apesar de ter vinculada a si a Previdência Social, aparece em segundo lugar, em função de grande parte dos serviços desta ser prestada por delegação.

As atividades das instituições beneficentes no campo da assistência médica passaram a ser divididas com as instituições de finalidades lucrativas a partir de meados do século passado, ao surgirem as primeiras casa de saúde no Rio de Janeiro.

Essa participação, notada nas capitais, era insignificante na época, quando considerada dentro do contexto nacional. O progresso tecnológico, obrigando a prática de uma medicina dentro do âmbito hospitalar, favoreceu a ampliação de estabelecimentos visando o lucro. Fato relevante foi, e continua sendo, a política governamental de transferir ao setor privado a prestação de serviços pessoais de saúde. O descompasso entre o crescimento populacional e os recursos assistenciais das instituições beneficentes criou a oportunidade da expansão daquelas voltadas para o lucro.

### **O Seguro Saúde no Brasil**

A indústria de seguros em geral no Brasil vem apresentando grande crescimento. Em 1997, os prêmios de seguros tiveram uma participação de 2,5% no PIB brasileiro e o prêmio per capita saltou de US\$ 45,00 em 1990 para em torno de US\$ 110,00 em 1997.

Neste contexto, o setor de saúde obteve notável desempenho. Segundo dados da Fenaseg, em 1994 ocupava o segundo lugar em arrecadação de

prêmios com 15% do mercado total de seguros. Já no período de janeiro a junho de 1998, continuou com o segundo lugar, com um aumento para 23% na arrecadação de prêmios (atrás apenas do setor de autos com 33% do mercado). O setor de saúde foi também o segundo de maior crescimento médio anual no período de 1994/1997, com 29,4%.

Vários acontecimentos ocorridos nos últimos quatro anos são os motivadores da evolução deste mercado. Podemos destacar principalmente a queda da inflação e a estabilidade da economia brasileira ocorridas após a implantação, em 1994, do plano econômico REAL. Houve uma queda significativa da taxa de inflação que saiu do patamar de 1000% em 1994 para cerca de 10% em 1997.

Entretanto não foram somente as mudanças econômicas que tornaram o mercado mais atraente. A decisão de privatizar as empresas estatais e ter parceiros estrangeiros foi um acontecimento político que estimulou o desenvolvimento do setor. Em 1992 houve a desregulamentação do mercado segurador, onde o Estado deixou de ter a função de regulador das tarifas.

Os preços no setor de saúde também estão diminuindo e a qualidade dos serviços prestados melhorando. Isto está ocorrendo devido ao aumento da competitividade do setor, o que leva as empresas a praticarem preços mais competitivos e a procurarem um diferencial.

## **Estrutura do Mercado**

### **Segmentação do Mercado**

O mercado de saúde está segmentado em quatro sistemas alternativos de saúde, que são: Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas (ou UNIMEDs), Autogestão e Seguradora.

A **Medicina de Grupo**, também conhecida por convênio médico, presta serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e contratados, cobrando valor per capita fixo. São convênios coletivos que cobrem a absoluta maioria dos beneficiários, trabalhadores e seus dependentes. O Sistema mantém

estrutura própria de atendimento, além da credenciada. Opera com planos coletivos, individuais e familiares.

A Medicina de Grupo surgiu, no Brasil, e desenvolveu-se nos anos 60, basicamente para atender a classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial, quando instalava-se na região Metropolitana de São Paulo - o ABC - a indústria automobilística e, com ela, o setor de autopeças. A precariedade dos serviços públicos na região de um lado, e a medicina liberal cara de outro, levaram alguns médicos a se organizarem para atender à demanda crescente, provocada especialmente pelo boom industrial, criando uma opção intermediária e alternativa capaz de oferecer serviços de alto nível profissional e técnico, em sistema de pré-pagamento para o atendimento à saúde daquela população de trabalhadores.

Atualmente, existem cerca de 730 empresas que atuam neste segmento, responsável pelo atendimento de cerca de 17,8 milhões de usuários, dos quais cerca de 80%, ou seja, 14 milhões de pessoas, são trabalhadores e seus dependentes, cujos planos (coletivos) de saúde, são pagos por 46,3 mil empresas industriais, agro-industriais, comerciais e de prestação de serviços. Os planos pessoa física (individuais e familiares) somam cerca de 3,8 milhões de beneficiários. Sua receita anual foi de cerca de US\$ 4,3 bilhões. O preço médio anual é de US\$ 260,00 e apresentam custo médio anual de US\$ 195.

Seu órgão representativo é a ABRANGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo.

As **Cooperativas Médicas (ou UNIMEDs)**, também são conhecidas como convênio médico, sendo organizadas na forma de cooperativas de trabalho. As Cooperativas cobram valores per capita fixos. São também conhecidas por UNIMEDs, pois justamente esta empresa (Unimed) é a grande líder do setor.

A Unimed é uma Cooperativa de Trabalho Médico, em que os próprios médicos cooperados são os donos do negócio. Isso garante ao médico a ética na prática de sua profissão, e ao usuário, o privilégio de ser atendido com toda a dignidade e qualidade no consultório do próprio dono. É a maior rede de assistência médica do país, com 86 mil médicos cooperados e 10 milhões de

usuários em todo o território nacional.

Os resultados (lucros) de suas operações são divididos entre os seus cooperativos (médicos e outros profissionais da área de saúde). Nas Cooperativas Médicas, é necessário a inscrição C.R.M. e de um diretor clínico. Existe a corresponsabilidade pelos serviços médicos por parte da cooperativa e seus recursos físicos são tanto próprios como credenciados.

O sistema de Cooperativas Médicas, atualmente tem 320 empresas atuantes, atendendo aproximadamente 10 milhões de pessoas. A receita anual bruta em 1997 foi de US\$ 3,6 bilhões e operaram com preço médio anual de US\$ 357 e custo médio anual de US\$ 268. Seu órgão representativo é a Confederação Nacional de Unimeds.

A **Autogestão** é um sistema de administração de saúde próprio das empresas, com atendimento médico-hospitalar e odontológico prestado aos seus empregados e dependentes. O benefício concedido é baseado na Política de Recursos Humanos com ênfase na proteção e prevenção à saúde do trabalhador. Adota-se os regimes de credenciamento (convênios) ou de livre-escolha (reembolso), dispensando-se a contratação dos serviços prestados pelas entidades de Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Seguradoras, eliminando-se assim, os custos inerentes ao processo de intermediação, contidos nos preços de comercialização. A opção pela Autogestão decorre de estudos técnicos especializados que identificam ser esta modalidade a que apresenta menores custos e maior qualidade, destacando-se vantagens, como não haver finalidade lucrativa, revertendo assim, os lucros em maiores benefícios.

O sistema alternativo de saúde de Autogestão é o atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas, exclusivo para seus funcionários administrado diretamente ou por terceiros. Este sistema é gerenciado por grandes empregadores, que contratam médicos e fazem convênios com hospitais. Sua grande diferença em relação à medicina de grupo e às Unimeds está na sua forma de funcionamento. Diferentemente dos dois sistemas citados, na Autogestão não há inscrição C.R.M., não há um diretor clínico, não existe a corresponsabilidade pelos serviços médicos por parte da empresa de autogestão

e seus recursos físicos não são próprios e sim credenciados.

Em 1997 atuaram 300 empresas neste setor, atendendo cerca de 8 milhões de usuários. A receita anual desse segmento em 1997 foi de aproximadamente US\$ 4,8 bilhões. O preço médio anual é de US\$ 538 com custos de US\$ 485. Seu órgão representativo é a Abraspe para as empresas privadas e a Ciefas (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde) para as empresas públicas.

Por fim temos o segmento alternativo de saúde que é a **Seguradora**. O seguro saúde garante ao segurado as despesas com assistência médico-hospitalar. Pode ser feito por pessoa física ou jurídica (em favor de pessoas físicas). A seguradora poderá pagar diretamente aos profissionais e organizações médico-hospitalares credenciados que prestaram os serviços, ou efetuar o reembolso ao próprio segurado em vista dos comprovantes de despesas médicas e hospitalares. As coberturas são variáveis de acordo com as necessidades do segurado, variando o custo do seguro. Diferentemente dos planos de saúde operados por Medicina de Grupo ou Cooperativas, os planos de seguro saúde são fiscalizados pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), que controla as reservas técnicas e a solvência das seguradoras, visando a proteção do segurado.

Esta oferece o seguro-saúde, que permite livre escolha de médicos e hospitais pelo sistema de reembolso de despesas, no limite da apólice contratada. As seguradoras vieram com um novo conceito operacional de estruturarem os prêmios em bases atuariais, constituírem reservas técnicas e pagarem sinistros, tendo em vista que a doença é encarada como ocorrência de sinistro. As seguradoras também não precisam ter inscrição C.R.M, nem diretor clínico. Não existe a corresponsabilidade pelos serviços médicos. As empresas não tem recursos físicos próprios e não deveriam ter recursos físicos credenciados, porém na realidade não é isso que ocorre. As seguradoras tem médicos, hospitais e leitos credenciados.

Existem somente 40 empresas seguradoras no mercado de saúde, que atendem 4 milhões de usuários. Sua receita anual em 1997 foi de US\$ 3,4

bilhões, praticando um preço médio anual de US\$ 642 e um custo médio anual de US\$ 481. O seu órgão representativo é a FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização.

A tabela a seguir mostra uma estatística geral da participação de cada sistema de saúde no mercado.

Tipo	Número de participantes	Receita anual (US\$ bi)	Custo anual médio (US\$ bi)
Seguro saúde	5.300.000	3,4	472
Medicina de grupo	17.000.000	4,4	195
Unimed	10.000.000	3,6	268
Autogestão	9.000.000	4,8	484
<b>Total</b>	<b>41.300.000</b>	<b>16,2</b>	<b>312</b>

Fonte: Abrange

A Medicina de Grupo é o setor com maior participação. Isso pode ocorrer pelo fato de ser sido o primeiro tipo de alternativa a existir neste mercado e, portanto, hoje, ser o mais conhecido. Este é seguido por Cooperativas Médicas, Autogestão e Seguro Saúde. É curioso observar que quanto a faturamento, a Autogestão (terceira em usuários) é o sistema que se destaca, seguido da Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas e Seguro-Saúde.

### A atuação dos planos de saúde segundo José Serra.

“Um sistema de medicina suplementar (planos de saúde, cooperativas a afins) é uma área que hoje envolve mais de 40 milhões de pessoas. O governo passou a intervir nessa área recentemente, porque em geral ela não funciona bem. Uma exceção se observa nas empresas de autogestão, como a do Banco do Brasil, ou mesmo de alguma montadoras de automóveis. Nestas empresas os custos são mais baixos, o que permite que um atendimento de excelente nível, inclusive aids, custe por mês cerca de R\$ 60. Note-se que no esquema de autogestão não tem sentido excluir uma doença, ou doença preexistente, nem fazer uma série de outras salvaguardas que existem no casos de seguros e planos individuais. Outro problema, aliás, ocorre na área de seguros de saúde. Um seguro convencional é pago quando há um sinistro, mas, no Brasil, as seguradoras de saúde viraram planos de saúde, mesmo dizendo que operam como seguradoras. No Brasil, seguradora e plano de saúde se confundem. Esta é uma situação inconveniente que terá de ser resolvida ao longo do tempo. Até porque a Susepe, sem nenhum interesse em cuidar da saúde, é quem acaba tendo um papel predominante no controle (ou não-controle) do setor, pelo simples fato de operadoras de planos de planos de saúde serem chamadas de seguradoras. Na verdade, o problema econômico número um da medicina suplementar no Brasil é o fato de que boa parte dela funcionou, durante muito tempo, como *corrente da felicidade*. Cobra-se barato das pessoas mais jovens, que exigem desembolsos pequenos. Como tempo, porém, as pessoas vão envelhecendo e sua demanda por serviços médicos aumenta. Tudo bem enquanto o fluxo de jovens é crescente; mas quando desacelera, a pressão de custos torna-se mais difícil de absorver. O resultado bem sob a forma de aumentos desproporcionais das prestações dos mais velhos.”

## **As Empresas que Atuam no Setor**

### **Cooperativas Médicas (Unimed)**

O setor de Cooperativas Médicas, também conhecido como Unimeds, tem cooperativas em grande parte do Brasil. As Unimeds somam cerca de 320 cooperativas espalhadas por todo o território nacional. Dentre elas se destaca a própria Unimed, que por ser líder absoluta, acabou "rebatizando" as Cooperativas. As Cooperativas estão presentes principalmente no interior do país, com especial destaque ao Estado de São Paulo.

### **Autogestão**

A autogestão é um sistema que se difere dos demais no setor de saúde. Na realidade este sistema é dominado por duas empresas que tem empresas associadas no sistema de autogestão. As empresas que atuantes são, como já mencionado anteriormente, a Abraspe (Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas), que é o órgão representativo e tem associadas somente empresas privadas. A outra empresa é a Ciefas (Comitê de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde), que atua com empresas estatais. A Abraspe tem como associadas, 48 empresas. A Ciefas tem cerca de 250 empresas filiadas. Dentre elas podemos citar:

Pelos dados da Susep, as dez maiores seguradoras do Brasil de acordo com o Prêmio Total no período de janeiro a julho de 1998, que atuam no setor de seguro saúde são:

- 1º : SUL AMERICA CIA NACIONAL DE SEGUROS
- 2º : BRADESCO SEGUROS S.A.
- 3º : GOLDEN CROSS SEGURADORA S.A.
- 4º : PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS
- 5º : HSBC BAMERINDOS SEGUROS S.A.
- 6º : MARITIMA SEGUROS
- 7º : GENERALI DO BRASIL CIA NACIONAL DE SEGUROS

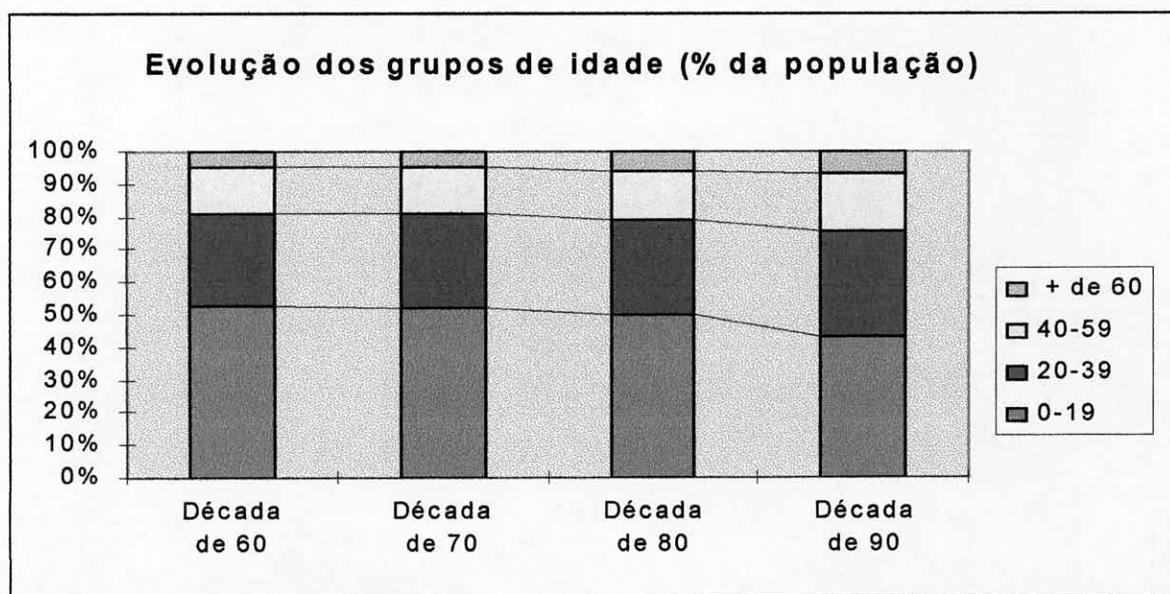
9º : AGF BRASIL SEGUROS S.A.

10º : ITAÚ SEGUROS S.A.

## Situação Brasileira

### Dados populacionais

A população brasileira está envelhecendo e como consequência, requer cada vez mais gastos com saúde. O quadro abaixo mostra como a idade da população está sendo modificada. A população com mais de 40 anos de idade, representava na década de 60, cerca de 15% da população e hoje já representa mais de 20%.



Fonte: IBGE

O crescimento da população brasileira está diminuindo. As taxas de natalidade estão cada vez menores devido à conscientização da população e taxas de mortalidade também estão reduzidas devido à melhoria nas condições de vida, e programas de saneamento básico. Esse fato enfatiza a tendência de um maior envelhecimento da população.

Em relação aos maiores problemas de saúde causadores de morte no país, segundo o ministério da saúde, problemas no sistema circulatório são a causa de

segundo o ministério da saúde, problemas no sistema circulatório são a causa de 31% de falecimentos no país (este número chega a 37% nas regiões Sul e Sudeste). Problemas respiratórios causam 9% das mortes. Infecções e doenças do período pré-natal que podem ser evitadas na maioria dos casos com bom atendimento médico causam 10% das mortes no país.

## Os Custos e Necessidades

No Brasil uma minoria procura o sistema de Planos e Seguros Saúde privados porque não confia no sistema público, SUS, universal por definição constitucional. Não há grandes competições por melhor preço e qualidade dos serviços prestados.

Devido ao longo período de alta taxa de inflação, não foi criada uma cultura de gerenciamento de custos nas empresas e muito menos em Planos e Seguros Privados de Saúde, apesar do primeiro Plano de medicina de Grupo ter sido criado em 1963. Atualmente no Brasil está se falando em "auditoria médica", ou seja, intenções de baixar os custos, através de mecanismos de controle da utilização dos hospitais. Para isto deve-se evidenciar a necessidade do atendimento solicitado, o serviço deve ser prestado eficientemente da primeira vez e no local apropriado. Assim começou o "managed care" nos EUA.

Os preços cobrados pelo setor de saúde no país são extremamente altos. Um transplante de fígado, por exemplo, pode custar em alguns casos US\$ 250.000,00. Os preços da saúde estão aumentando muito no Brasil e no mundo. Segundo a Fipe, a inflação no setor, de Março de 1996 a Fevereiro de 1997, chegou a 19,3%. No mesmo período a inflação do país ficou em 8,9%. Em 1996 a inflação americana foi de 2,5% e os custos médicos subiram 3,5%.

*Fonte: KPMG*

Atualmente a assistência médica e hospitalar oferecida a funcionários ocupa o segundo lugar na planilha de custos com recursos humanos nas grandes corporações, só perdendo para a folha de pagamentos.

Os custos crescentes devem-se aos avanços tecnológicos da medicina. Cada dia surge uma nova maneira de fazer um diagnóstico, uma cirurgia melhor e portanto mais cara. Os profissionais estão cada vez mais especializados nos seus serviços.

Esta tecnologia implantada pode aumentar o número de funcionários necessários, e não diminuir como ocorre em indústrias. Assim cerca de 1 a cada 10 trabalhadores americanos faz parte dos quadros da indústria da saúde (não

são necessariamente médicos).

No Brasil, 5% da população economicamente ativa trabalha na área da saúde como médicos, enfermeiros e dentistas.

Outro aspecto importante é o preço do equipamento. Um leito equipado com aparelhos de última geração pode custar US\$ 400.000,00. Estes equipamentos são produzidos em pequena escala e os investimentos em pesquisa e desenvolvimento são muito altos.

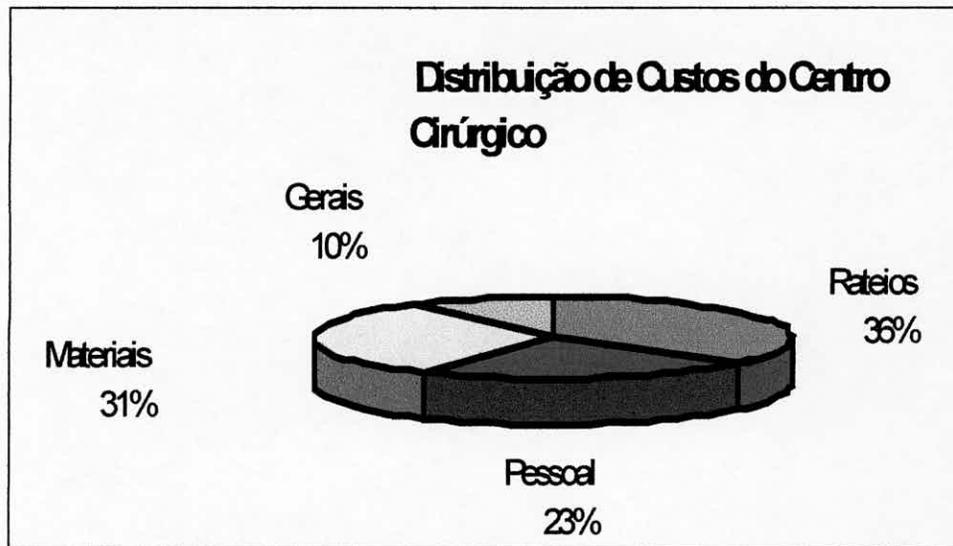
Os hospitais privados são os compradores da tecnologia de saúde, já que os hospitais públicos (que recebem 2 reais por consulta) não podem pagar US\$ 4,5 milhões por um aparelho de ressonância. Os hospitais brasileiros compraram 71 aparelhos de ressonância magnética e 420 tomógrafos computadorizados de 1993 á 1996. Estes equipamentos estarão totalmente ultrapassados em 5 anos. Quanto mais os aparelhos são usados mais rapidamente será o retorno sobre este investimento.

Como os hospitais brasileiros atendem casos simples que não necessitam de aparelhos caros e casos complicados que necessitam de tecnologia de ponta, eles alocam os custos para todos os pacientes. Assim, casos simples podem estar pagando pelos caros aparelhos de ressonância. "Pode-se ganhar em um serviço para cobrir os buracos de outras áreas".

A solução encontrada pelos americanos foi a especialização dos hospitais. Assim, através de economia de escala procura-se reduzir os custos. Esta é uma necessidade do setor de saúde brasileiro para melhorar os custos e os preços.

O problema dos custos dos hospitais brasileiros não estão apenas na tecnologia, mas também na Administração. O sistema de saúde nunca incentivou médicos e pacientes a pensar sobre custos. Materiais descartáveis podem representar 25% de uma conta hospitalar.

Uma pesquisa divulgada pela Fundação Getulio Vargas em agosto de 1998 mostra a distribuição dos custos em um centro cirúrgico:



### **Sistemas de Saúde: Público e Privado**

O artigo 196 da constituição brasileira de 1988 diz: “A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado”. Porém, é muito utópico considerar a sua execução, uma vez que o governo não dispõe de recursos suficientes para o cumprimento do enunciado constitucional.

Com um orçamento limitado e obrigações ilimitadas o governo não assume nenhuma obrigação real. O orçamento de 1997 previa gastos de US\$ 20,4 bilhões em saúde. Este número significa US\$ 172 per capita.

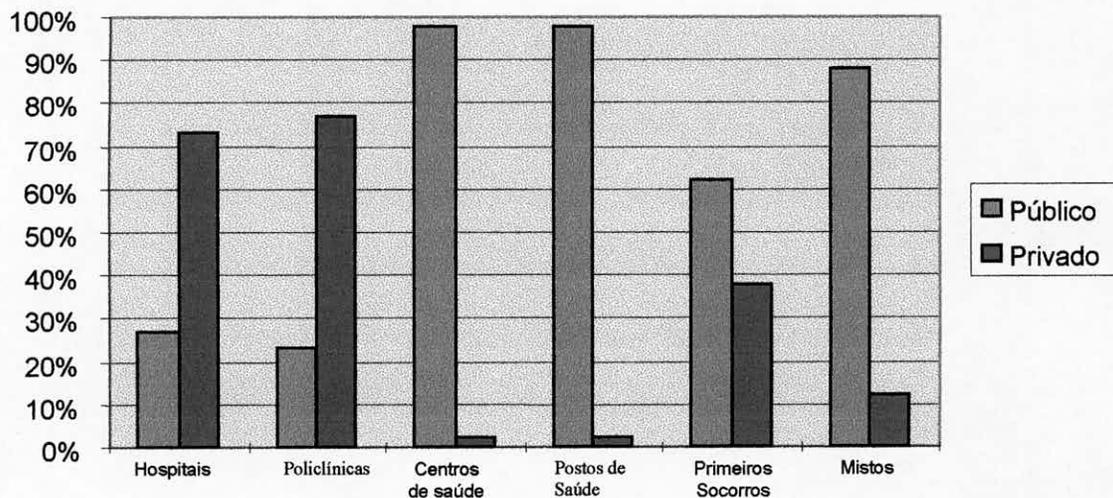
O sistema público de saúde oferecido pelo governo é utilizado pela maioria da população. O INSS (seguro público de saúde), é pago por todos os empregados com 8 a 10% de seus salários e complementado pelo empregador, que contribui com 20%. A assistência médica não é cobrada, porém despesas farmacêuticas não são reembolsadas; mas se o paciente é pobre pode adquirir os remédios em um Centro Médico. O atendimento aos pacientes é feito em hospitais ou instituições públicas e contratadas. Porém, o INSS não consegue atender as pessoas da maneira mais eficiente.

A ineficiência do setor público de saúde é um incentivo para a população procurar um sistema privado de saúde.

No Brasil 66% dos estabelecimentos médicos estão sob a responsabilidade

do governo.

Pode-se fazer uma comparação entre a quantidades de estabelecimentos públicos e privados:



	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
Hospitais	27%	73%
Policlínicas	23%	77%
Centros de saúde	98%	2%
Posto de saúde	98%	2%
Primeiros socorros	62%	38%
Mistos	88%	12%

Fonte: Euromonitor report, WDMM 95 report

Através dos dados acima, conclui-se que o governo instala mais centros e postos de saúde, que exigem poucos investimentos do que instalações mais complexas e eficientes como hospitais. Com esta política o governo demonstra preocupação em espalhar instalações com atendimento rápido e básico para que possa atingir a população em diversas localidades.

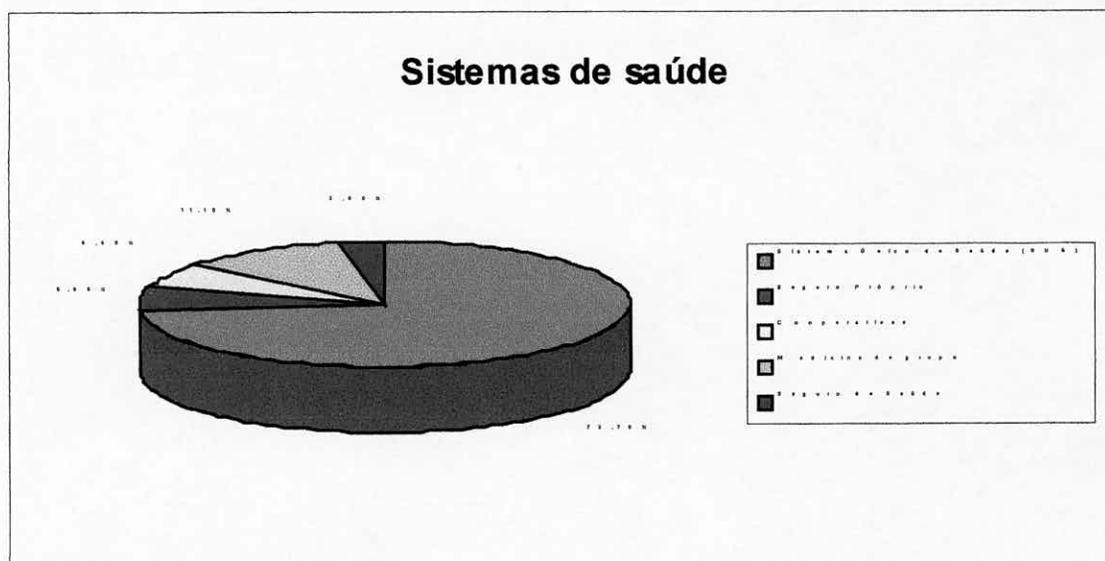
Já o setor privado demonstra maior preocupação com hospitais e policlínicas que estão preparados para atender um maior número de pacientes com

doenças e problemas mais diversos.

O SUS é responsável pelo atendimento de 73,7% da população brasileira que não possui condições para pagar um seguro privado.

<b>Sistema</b>	<b>Provedor</b>	<b>Nº de indivíduos atendidos (mil)</b>	<b>Participação</b>
<b>Público</b>	Sistema Único de Saúde	115.000	73,70%
<b>Privado</b>	Seguro Próprio	9.000	5,80%
	Cooperativas	10.000	6,40%
	Medicina de grupo	17.300	11,10%
	Seguro de Saúde	4.700	3,00%
<b>Total</b>		156.000	100,00%

Fonte: Symnetics



Fonte: Symnetics

A noção de que cabe apenas ao Estado cuidar da saúde de seus cidadãos não é mais uma unanimidade no mundo. Em maior ou menor grau, a maioria dos países tem hoje sistemas de saúde híbridos, em que a medicina privada convive com a estatal. Um levantamento feito em 58 países mostra a quase ausência de

## O Custo da Medicina

O custo crescente da medicina é um fenômeno mundial cuja tecnologia é apontada por alguns como responsável por este aumento e o médico é apontado por outros.

Como o médico não atua sozinho, torna-se necessário investigar a culpa do hospital, a cumplicidade do doente e do pagador da despesa, também denominado patrocinador.

A tecnologia médica movimenta bilhões de dólares no mundo e produz maravilhas que, na mesma velocidade em que são criadas, tornam-se obsoletas e inúteis. Nesta troca do velho pelo novo se gasta muito dinheiro, muitas vezes num tempo muito curto para que se possa amortizar o velho aparelho.

A concentração de exames por doente cresceu para tornar a medicina mais eficiente, como demonstram estudos realizados em hospitais americanos. Apesar de refletirem a qualidade da assistência prestada, é difícil determinar o limite entre o uso competente e o puro desperdício.

O médico é um exemplo de detentor de conhecimentos especializados não exclusivamente voltados para executar tarefas da empresa em que trabalha, que é mais comprometido com os valores da corporação do que com os do local de trabalho. A autonomia profissional é valorizada como apanágio da boa prática.

No entanto, no atual estágio da tecnologia médica, ocorre que é cada vez mais evidente que o eventual benefício ao indivíduo está se distanciando do interesse coletivo. Neste contexto, a autonomia profissional começa a conflitar com a forma como está organizada a produção dos serviços de Saúde. É importante ressaltar que o conhecimento especializado depende de um ambiente adequado para ser exercido e, o hospital, não pertence ao médico.

A evolução dos custos da assistência médico hospitalar nos EUA, no período de 1935 a 1985 foi de 403,1%, enquanto a evolução dos preços gerais foi de 322,2%. O custo hospitalar foi, em grande parte,, responsável, por esta inflação, que inclui as despesas com apoio diagnóstico e terapêutico.

No Brasil, no modelo tradicional, em que o médico tem uma relação com o hospital tipicamente liberal, ele é tratado como cliente privilegiado, cuja prescrição gera receita, que o doente paga.

Fica evidente um dilema, já que, aquele que administra serviços de Saúde tem que saber que cabe ao médico a decisão de investir num doente, sem que ele possa interferir ou ponderar sobre os reflexos dessa decisão nas finanças do hospital e, para o médico, a demanda individual é sempre muito importante e o valor econômico do serviço é secundário ao valor social e humanitário. O médico é capaz de gastar todo o orçamento de um mês com um único paciente.

Como não é razoável que alguém deixe de ter acesso a procedimentos que poderão beneficiá-lo porque não tem como arcar com os custos, é que se torna imprescindível a coletivização do risco financeiro da assistência médico hospitalar. Faz parte a contribuição pequena e permanente de todos para custear o tratamento de poucos.

O papel das patrocinadoras dos planos de saúde, governamental ou não, na correta e justa utilização dos recursos para a saúde da população é de extrema importância.

Só se saberá se a saúde perdida deve ser recuperada a qualquer custo pela forma como interação médicos, doentes e hospitais, disciplinando o uso da tecnologia disponível com vistas ao benefício coletivo.

Dentro deste contexto é necessário analisar a importância da gestão de custos nos hospitais, à medida em que o mercado de serviços médicos não é mais francamente favorável ao seu fornecedor.

O grande comprador era o Estado, que tinha a inflação como aliada para mascarar suas contas. Ao longo dos últimos vinte anos, os custos hospitalares cresciam, mas a inflação colocava a aplicação financeira como prioritária à contenção dos custos de produção.

A gestão de custos, quando discutida, se concentrava na questão dos honorários médicos, devido ao fato dos planos de saúde ter mais de 50% das suas despesas ancoradas na tabela da AMB (Associação Médica Brasileira). Para

reduzir o custo de um plano em 5%, bastava abaixar em 10% a remuneração dos honorários médicos.

Esta tabela, criada para disciplinar o mercado prestador com um piso, teve seus preços vistos como teto (a lei de mercado foi totalmente esquecida, ignorando-se que o Brasil tem grandes diferenças regionais). A tabela também falhou ao incluir preços de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que agregam custos de instrumentos equipamentos e materiais, além do serviço profissional.

Como estes procedimentos têm uma evolução de custos diferente e cada vez mais dispensam participação médica, acabaram por aviltar o preço de consulta, da anamnese, do ato operatório, que deveria ser remunerados como honorários.

A atenção se volta para os custos dos hospitais agora que a inflação está sob controle. Os doentes têm aprendido a procurar os hospitais que oferecem bons meios e bons médicos. “Se os pacientes que escolhem os hospitais pagassem com seu dinheiro as despesas que fazem, seria como ir a um supermercado para fazer compras. Acontece que o pagador é um terceiro que enxerga o hospital como o maior produtor de despesa.” Este fato faz com que a competição entre as patrocinadoras seja mais acirrada e a criação de novos produtos fundamental para abocanhar novas fatias do mercado.

Ainda que todo o dinheiro para a Saúde venha a ser canalizado pelo Estado, não há como prescindir de eficiência e da competição por meio da boa gestão de custos. O hospital que consegue apurar custos tem como dialogar como o médico, que pode ser instrumentado para esclarecer ao doente as restrições impostas pelo plano da saúde.

Além disso, nossos hospitais públicos, devido a forte compressão de gastos a que foram submetidos por anos seguidos, acabaram, na maioria dos casos, cedendo seu lugar a hospitais privados, como centros de excelência em tratamento. Como consequência de todas essas transformações os médicos, em sua maioria, foram progressivamente sendo transformados em assalariados, o que os obrigou a trabalhar para duas ou mais instituições ao mesmo tempo, como

forma de obter uma remuneração mais condizente. Dessa maneira, rompe-se o vínculo entre quem presta e quem recebe o atendimento e, em consequência, a responsabilidade de quem presta para com quem recebe o atendimento.

### **Paternalismo**

O Direito brasileiro é calcado num Estado paternalista que torna difícil transformar a postura do hospital de uma estrutura a serviço do médico para também participar da educação do doente para que ele exercite sua autonomia, já que esta postura implica na redução da autonomia do médico.

O paternalismo faz com que, se uma decisão tomada independentemente pelo paciente resultar em dano, o médico continua responsável pelo resultado, segundo os juristas, e poderá ser culpado por não ter tomado decisão no lugar do paciente, alegando-se que este não tinha condições técnicas de decidir.

Não é da tradição brasileira que o médico explique muito bem a situação vivida pelo paciente para que ele venha a tomar a decisão mais adequada. E, mesmo quando o paciente delega a decisão ao médico, o conhecimento técnico não é a garantia da melhor escolha.

Esta contradição jurídica e comportamental promove a “medicina defensiva”, que encarece a assistência médico hospitalar. É preciso modificar o entendimento da lei.

## **O combate à corrupção**

No Ministério da Saúde houveram algumas iniciativas para combater a corrupção. Reduziu-se de 15 para 12 milhões o número de internações pelo sistema SUS; efetuou-se o levantamento de toda a rede de produtos farmacêuticos; fechou-se cerca de 200 laboratórios (alguns deles fantasmas) e verificou-se a qualidade do sangue nos hemocentros.

Um modelo diferente vem sendo construído no Ministério da Saúde e tem origem no seio da população com a criação do agente comunitário da saúde. Na área em que vai ser implantado, inicialmente levanta-se o número das casas ou de famílias. Dependendo da concentração da população, agrupam-se entre 150 e 250 famílias. Entre seus habitantes, seleciona-se alguém que more no local há pelo menos dois anos para ser treinado como agente comunitário de saúde. Ele passa a visitar as famílias, pelo menos uma vez por mês. Cadastra os moradores, verifica as doenças existentes, identifica as gestantes e observa se está fazendo pré natal, controla a caderneta de vacinação das crianças e colabora ensinando medidas higiênicas.

A cada cinco agentes comunitários agrega-se uma equipe de saúde da família constituída por um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem. Os membros da equipe não precisam morar na área onde atuam mas, obrigatoriamente, trabalhar em tempo integral no posto e visitar as casas indicadas pelos agentes.

A cada vinte equipes da saúde da família instala-se um ambulatório com doze especialidades, incluindo odontologia e saúde mental. Estabelece-se, dessa forma, o vínculo e a responsabilidade fundamentais ao atendimento adequado das pessoas. Esse tipo de esforço empreendido pelo setor público é, na essência, a proposta do SUS.

## **Sistema de saúde pública americano**

Os americanos vêem o sistema de saúde como uma *commodity* única devido ao fato de encerrar uma questão de vida ou morte.

O sistema americano possui algumas características, como informação pobre, seleção adversa, *moral hazard* e paternalismo. A informação é pobre à medida em que as pessoas, quando doentes, não são capazes de prever como será a assistência médica que receberá. Outro complicador é o fato de que a pessoa que vende o serviço é a mesma que o presta, tornando este tipo de *commodity* diferente de outras.

A seleção adversa é uma das questões mais complicadas do sistema de saúde americana. Quando uma companhia de seguros de saúde determina um preço para indivíduos de uma determinada classe, este tipo de serviço tende a ser comprado por aquelas pessoas desta classe que possuem maior risco de ficarem doentes. Esta seleção adversa causa problemas para a companhia de seguros porque estipula um preço para uma classe inteira embora quem acaba comprando este seguro são as pessoas que possuem grande risco de ficarem doentes. Assim, se muitas pessoas ficarem doentes, a companhia de seguros passa a ter prejuízo.

O círculo se torna vicioso quando as companhias, percebendo este problema, aumentam o prêmio para não obterem prejuízo. Aqueles que realmente precisam de seguros de saúde passam a pagar prêmios cada vez mais caros e, estes cada vez mais caros, se tornam cada vez menos acessíveis a toda população.

Mesmo na ausência de seleção adversa, pode distorcer os incentivos pessoais. Primeiro, se a pessoa sabe que têm seguro, ela passa a ter menos cuidado para evitar riscos. Então, pessoas com seguro podem adotar hábitos menos saudáveis. Segundo, pessoas têm incentivos para super consumir serviços de saúde porque o seguro paga por alguns ou todos os serviços.

Os problemas relacionados a estes tipos de incentivos é denominado *moral hazard*. *Moral hazard* pode ser analisado usando o diagrama convencional de oferta e demanda.

Como a introdução do seguro afeta o mercado? Assuma que a política pague 80% dos custos de saúde, deixando que o paciente pague apenas 20%. Para analisar o impacto do seguro perceba que 20% da taxa do seguro é equivalente a 80% de redução no preço do serviço para o paciente.

A última característica do sistema de saúde americano, o paternalismo, as pessoas não entendem como o seguro funciona. Os argumentos paternalistas sugerem que as pessoas são forçadas a utilizar o seguro médico para seu próprio bem.

## **O mercado de saúde americano**

O sistema de saúde americano é maciço e inclui hospitais, *nursing homes*, médicos, enfermeiras e dentistas assim como produtores de óculos, prescrição de drogas e equipamentos.

O sistema emprega 9 milhões de pessoas. Os dois maiores componentes nos gastos do sistema são hospitais (mais ou menos 39%) e serviços médicos (em torno de 18%).

## **O Governo**

O governo também tem uma participação no sistema de saúde, ele licencia médicos, *monitors health threats in the environments*, sustenta alguns hospitais, *sponsors reseach* na prevenção de doenças, fomenta programas de imunização infantil, entre outras atividades.

Para prover segurança, o governo tem três programas: Medicaid, Medicare e um subsídio para segurança privada.

## **Medicade**

Medicade é o maior programa para indivíduos de baixa renda. Iniciado em 1965 para pagar pelos serviços médicos das pessoas de baixa renda, o Medicade cobre benefícios como internação hospitalar, laboratório e raio X e serviços médicos. A maior parte destes serviços não tem custos para aqueles que o recebem. Alguns estados incluem assistência médica e provêem óculos.

Os pagamentos do Medicade têm crescido rapidamente; em 1975 os pagamentos do Medicade totalizaram \$12,6 bilhões, em 1993 eles estavam em torno de \$140 bilhões.

É consenso que todos devem ter acesso ao serviço médico básico, embora algumas pessoas acreditem que, mesmo que a seguridade social esteja disponível para todos, estas têm que ter condições para escolher a assistência que julga mais adequada.

O Medicade é administrado pelos estados e seus recursos são providos por estes e pelo governo federal. A legislação de 1981 deu aos estados razoável flexibilidade para administrar este programa.

Até 1981, o sistema Medicade era caracterizado por reembolsos baseados no custo. De acordo com a legislação de 1981, os estados podem tentar outros métodos, como o sistema de "*capitation fee*" em que o serviço médico é provido à um determinado indivíduo ou grupo de indivíduos por uma taxa mensal fixa.

## **Medicare**

O Medicare, iniciado em 1965, provê segurança de saúde para pessoas de 65 anos ou mais. Seu propósito é aumentar o acesso à saúde de qualidade e reduzir seu gasto financeiro. Os gastos com o Medicare em 1993 foram de \$143 bilhões, ou 2,3% do GDP. É o segundo maior programa em termos de gastos domésticos; somente a segurância social é maior.

## **A estrutura do Medicare**

Em 1993, foram o Medicare assistiu a 32 milhões de pessoas. O programa é administrado pelo governo federal e é uniforme em todos os estados.

## **Benefícios**

O programa Medicare é dividido em duas partes, A e B. A parte A, que utilizou \$90 bilhões em 1993 é o seguro hospital (HI) e é compulsório.

Este serviço cobre até 90 dias de internação por ano e mais de 100 dias de cuidados numa relacionados à enfermagem e, nos dois casos, o paciente arca com parte das despesas.

A parte B do Medicare é o seguro médico suplementar, que paga médicos, os pedidos dos médicos e serviços médicos oferecidos fora do hospital. Este seguro é voluntário e seus segurados pagam um prêmio que varia mas que está em torno de \$40. Em torno de 99% da população escolhe utilizar este tipo de seguro.

Juntos, estes dois tipos de seguros utilizam 44% dos gastos com saúde das pessoas com 65 anos ou mais. Dos remanescentes, outros 12% vêm de recursos públicos, a maioria Medicaid, e 44% do recursos provêm da segurança privada.

Os benefícios do Medicare tende a cobrir em torno de 90% dos custos do tratamento de pacientes nos hospitais. Para cobrir a diferença, os hospitais aumentam os preços da segurança privada em torno de 28%.

## **Financiamento**

A segurança hospitalar é financiada por uma taxa sobre os ganhos dos trabalhadores e recai em 1,45% sobre o empregador e empregado somando um total de 2,90%.

A taxa recai sobre todo a renda, sem haver um teto para isso e é depositada num fundo chamado HI Trust Fund, do qual os reembolsos para saúde é feito. Medicare funciona como "pay as you go basis". A conta médica das retiradas correntes são pagas pelos trabalhadores de hoje.

A segurança médica suplementar, se apoia em receitas generalizadas para financiamento, não numa "payroll tax". 75% do financiamento da segurança médica suplementar são de receitas generalizadas e 25% são provenientes de prêmios, fazendo com que o subsídio federal seja pesado.

Desde 1980. o governo tem tentado um número de estratégias para reduzir os custos do Medicare. No começo dos anos 80, a parte A do Medicare, passou a ter reembolsos prospectados ao invés de reembolsos baseados no custo, no qual a segurança hospitalar paga ao hospital uma quantia por paciente que depende da doença diagnosticada antes do tratamento começar.

A parte B do Medicare tem congelado as taxas dos médicos por longos períodos avaliando o serviço prestado para se aceitar um aumento nos gastos anuais médicos, incorrendo em penalidades caso a meta não seja atingida.

Um dos mais importantes efeitos do Governo no mercado de saúde é uma provisão da lei de uma taxa federal, de acordo com as idades dos indivíduos à Social Security payroll e a taxa sobre a renda, mas a contribuição do empregador para os planos de segurança médica não.

## **Conclusão**

Pode-se concluir que os principais aspectos que caracterizam a saúde brasileira estão relacionados à política e cultura em que este sistema está inserido, e que estes mesmos aspectos é que influenciam a questão do dinheiro.

Percebe-se que há falhas na própria estrutura do sistema, que facilitam um fluxo de dinheiro passível de ser corrompido; falta de transparência, que impede a correta cobrança da população e um vínculo quebrado na relação médico-paciente. O médico possui um papel fundamental na questão não apenas da qualidade do serviço que é prestado, como também na geração de custos para os hospitais. A tecnologia, como discutida tem um papel importante nesta questão também.

Dessa forma, pode dizer que, como pregava a hipótese inicial, o principal problema da saúde no Brasil não é exatamente o montante que é investido. A saúde é ruim porque este montante não é passível de ser gasto da melhor maneira possível devido a falhas do próprio sistema que sofre corrupção com facilidade, que não é transparente, às questões relacionadas à própria cultura da população, à má administração dos gastos, entre outros aspectos discutidos no decorrer da pesquisa e aqui explicitados.

Há algumas comparações realizadas com o sistema americano no decorrer do texto, mas estas são poucas devido à uma pesquisa insuficiente deste sistema. A comparação ficou prejudicada porque julguei que os aspectos sociais eram fundamentais para caracterizar o sistema de saúde brasileiro e, estes aspectos não foram encontrados de maneira satisfatória em relação ao sistema americano.

Assim, a pesquisa sobre o sistema de saúde brasileiro se de maneira isolada.

## Referências bibliográficas

1. ROSEN, Harvey. Public Finance
2. R.A.E. v.37 nº3 Jul/Set. 1997
3. Médicos HC – FMUSP ano II nº6 Jan/Fev 1999
4. Plano de Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso
5. BRASIL (1995), Ministério da Administração e Reforma do Estado. “Plano Diretor da Reforma do Aparelho Do Estado”, Imprensa Nacional, Brasília
6. KEINERT, T. M. M. (1996) “Do Estatal ao Público: Crise e Mudança da Paradigmas no Campo de Administração Pública no Brasil”, Projeto de Tese de Doutorado, São Paulo, EAESP/FGV
7. KEINERT, T. M. M. (1997) “Política Pública de Saúde, Inovação e o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo” , R.A.E., v.37, nº3, Jul/Set, São Paulo
8. Estudos Avançados – USP – 35 – Dossiê Saúde Pública