

Relatório Técnico nº10/2023

Modelos de gestão do sistema de Saúde

O Relatório Técnico da Agenda Mais SUS é uma iniciativa do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), da Umane e do Instituto Veredas, que integram as ações da “Agenda Mais SUS: Evidências e Caminhos para Fortalecer a Saúde Pública no Brasil”. A Agenda tem o objetivo de contribuir com o debate público subsidiando os poderes Executivo e Legislativo a partir de documentos para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acesse: www.agendamaisus.org.br.

Resumo

O modelo de gestão do SUS é considerado misto ou híbrido [1], contando com um sistema público universal e um grande sistema privado paralelo, ao combinar diferentes elementos das seguintes propostas:

- **Modelo Beveridgiano:** é aquele que adota a cobertura universal, o financiamento proveniente dos impostos gerais e a prestação pública da atenção à saúde. Está presente em países como o Reino Unido, a Suécia, a Noruega, a Dinamarca, a Finlândia, a Islândia, e, mais recentemente, em Portugal, na Itália, na Espanha e na Grécia. O Estado desempenha papel central de programação, controle e prestação direta de serviços de atenção primária, secundária e terciária [2].
- **Modelo Bismarckiano:** adota seguros sociais obrigatórios, cobertura universal e financiamento por empregadores e empregados, por intermédio de fundos de seguros sem fins lucrativos. A prestação de cuidados pode ser feita em estabelecimentos do setor público, privado e sem fins lucrativos. A contribuição é baseada no princípio da solidariedade e definida com base no rendimento, e não no fator de risco individual, diferentemente dos seguros voluntários privados. Está presente em países como a Alemanha, a Áustria, a Bélgica, a França, a Holanda, a Suíça e o Japão. Atualmente, há a possibilidade de escolher entre os vários seguros concorrentes entre si e os fundos são entes de direito público, autônomos administrativa e financeiramente, e co-administrados pelos representantes dos trabalhadores e dos empregadores, que substituem o Estado na responsabilidade de garantir a saúde dos associados. Há, no entanto, uma estrita regulamentação e controle por parte do Estado. Nesse sistema, as atividades preventivas, segurança alimentar, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência social e promoção da saúde são de responsabilidade pública; e as atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, a cargo dos fundos de seguro obrigatório [2].
- **Modelo Smithiano:** é aquele com financiamento pelas contribuições voluntárias de indivíduos e empregadores, e com prestações de cuidado de saúde predominantemente privadas. Está presente em países como os Estados Unidos da América, o México, o Chile e a Austrália. Nesse sistema, cada cidadão ou cidadã escolhe dentre as opções de plano privado disponíveis no mercado, paga indi-

vidualmente e opta pelos prestadores de serviço (médicos, hospitais e laboratórios) predominantemente privadas ou sem fins lucrativos, sendo reembolsado após. As companhias de seguro adotam comportamentos típicos das empresas que atuam no mercado: estabelecem prêmios de seguro de acordo com os níveis de risco do segurado, sua idade, estado de saúde etc. O controle e a regulamentação externa ao mercado de saúde são desempenhados pelo Estado, o qual também se responsabiliza por cuidados pouco lucrativos. Como a escolha de planos de saúde depende das condições financeiras de cada pessoa, há grande desigualdade nas coberturas de saúde para qual cada grupo é elegível [2].

Além desses modelos, há o modelo de National Health Insurance no qual a cobertura universal é fornecida por serviços do setor privado de forma descentralizada mas financiados pelo Estado. Já os modelos híbridos, envolvem a coexistência de modelos diversos de forma segmentada e descentralizada [1].

Há evidências de que os sistemas híbridos não funcionam da melhor forma possível. Embora não pareça haver diferenças significativas nos gastos financeiros dos diferentes modelos de gestão em saúde, os sistemas bismarckianos e híbridos/privatistas apresentam menor cobertura e não remediaram iniquidades, em especial iniquidades raciais e socioeconômicas [1].

- Ainda, os gastos maiores com saúde que os pacientes têm nos sistemas híbridos/privatistas não resultam em índices de expectativa de vida maiores que os experimentados em outros modelos de sistema de saúde, sendo considerado menos custo-efetivo [1].
- No Brasil, o sistema de saúde privado fornece a cobertura para beneficiários de classe alta e classe média, enquanto os sistemas híbridos de outros países em desenvolvimento limitam a saúde privada para as classes altas e oferecem um sistema bismarckiano para a classe média, mantendo o sistema Beveridgiano para as classes mais baixas [1].
- A característica smithiana do SUS que mais gera debates sobre seu potencial de fomento a injustiças e desigualdades é o fato de que o setor privado é responsável por quase 60% dos gastos totais em saúde no país, a despeito de não atender nem 1/4 da população [4] [10].
- As principais desvantagens, em comparação a um sistema majoritariamente Beveridgiano, são: direcionamento de casos mais leves para o sistema privado enquanto o sistema público lida com casos graves, geração de interesses antagônicos entre usuários do sistema privado (classes mais altas) e usuários do sistema Beveridgiano, ampliação dos custos administrativos pela necessidade de manejar dois grandes sistemas paralelamente, risco de incidentes epidemiológicos graves por conta da escassez de recursos e integração protagonizada pela saúde primária, além do aumento da complexidade da jornada dos usuários ao navegar por diferentes sistemas [1].

A generosa concepção constitucional de um sistema de saúde de cobertura universal, ao longo dos anos, vem caminhando num sentido diverso, expresso na segmentação do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, o sonho da universalização vem se transformando no pesadelo da segmentação. Em função da segmentação, o SUS, pensado como um sistema de cobertura universal, vem se consolidando como um subsistema público de saúde que convive, em nosso país, com um subsistema privado de saúde suplementar e um outro subsistema privado de desembolso direto.

Eugênio Vilaça Mendes, 2013 [3]

O relatório do Banco Mundial sobre cobertura em saúde de diferentes países do mundo identificou que o Brasil apresentou um Índice de Cobertura Universal de Serviços de Saúde elevado, situando o Brasil dentre os países com melhor índice de cobertura de serviços, na 53ª posição em 2021, a qual se traduzia em boas coberturas de planejamento familiar com métodos modernos, pré-natal adequado, imunização infantil e saneamento básico [7].

O componente que mais se desenvolveu do SUS brasileiro é a Atenção Primária em Saúde (APS), em especial a Estratégia de Saúde da Família [2]. De modo a garantir a universalidade afirmada na concepção do SUS, o caminho com resultados mais promissores parece ser o de investimento e ampliação de cobertura da APS [5], tornando-a, de fato, coordenadora do cuidado em saúde no país.

- Ainda persiste uma cultura de acesso direto a especialidades médicas, fomentada pelos planos privados de saúde, embora se observem tendências, nos últimos anos, destes planos adotarem a triagem com profissionais da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como primeira instância de cuidado [2].
- Um dos mecanismos para colher melhores resultados em saúde é justamente ampliar e qualificar o acesso à APS, avançando o acesso ao nível hospitalar com foco nas condições menos tratáveis na atenção primária [5].

É importante destacar que, frente a crises econômicas, a resposta frequente é aquela de contenção de gastos e encolhimento das políticas públicas [6], o que, para a área da saúde, pode representar não só uma ameaça à situação sanitária de um país, mas ainda impor dificuldades para a recuperação econômica e para o desenvolvimento sustentável.

Recomendações

- **Não foram encontradas revisões sistemáticas de efeito que pudessem traçar uma análise de efetividade entre os diferentes modelos de gestão**, indicando uma importante lacuna. Os estudos identificados sobre esse tema adotaram uma abordagem narrativa e análise com grande atravessamento de vieses dos autores e das autoras.
- **A maior parte dos estudos identificados recomenda adotar uma expansão gradativa do SUS, com foco na atenção primária e na promoção e prevenção da saúde [1;2;5]**. Para tanto, seria necessário: a) acelerar gastos com a saúde pública - mesmo que aumentem as pressões fiscais, evidências sugerem que a expansão do SUS diminuiria os gastos totais com saúde, mantendo os resultados de saúde constantes; b) financiar esse aumento nos gastos com saúde no SUS através da eliminação de subsídios e incentivos fiscais para seguros de saúde privados; c) remunerar a prestação privada de serviços do SUS através de pagamentos baseados em resultados, relaxando condições para reunir capital político entre os agentes privados de saúde que, de outra forma, se oporiam à reforma [1].

- **Os casos espanhol e português parecem mostrar que sistemas universais sob controle público são viáveis e sustentáveis do ponto de vista macroeconômico.** A prestação integrada de serviços de base territorial orientada pelos princípios da atenção primária favorece o bom desempenho desses sistemas. Uma das maiores contribuições dessa política de expansão de garantias e direitos na saúde é ter inovado no plano da participação social. Já os modelos que apostaram na prestação privada dos serviços e numa dinâmica de mercado, como foi o caso do Chile e da Colômbia, não demonstraram ser uma alternativa superior ao modelo de sistemas nacionais [6].
- A Organização Mundial de Saúde (OMS) [8] e o Banco Mundial [7] vêm impulsionando uma agenda de **cobertura universal de saúde** que propõe priorizar serviços de acordo com as demandas locais de saúde em todos os níveis de atenção e focar em especial na população mais pobre. Nesse sentido, a ampliação dos sistemas precisaria optar entre ampliar a cobertura populacional, o escopo de serviços ofertados ou os custos [8], financiando procedimentos e estratégias que tenham maior impacto comprovado na população como um todo. Essa proposta tem sido vista como uma ameaça de retrocesso ao modelo brasileiro de acesso universal à saúde [9], ao passo que poderia representar um encolhimento do sistema e não endereçaria os desafios da convivência de serviços públicos com serviços privados de saúde.
- A literatura científica aponta para uma reduzida capacidade de regulação pública diante de uma complexa pluralidade de agentes, a qual demandaria importante retaguarda política [6].

Metodologia

Este documento foi elaborado na etapa de levantamento de evidências para elaboração da [Agenda Mais SUS](#). As buscas foram realizadas por meio de revisão rápida em repositórios científicos e de literatura cinzenta (relatórios de organismos internacionais, governos e organizações da sociedade civil) entre julho e agosto de 2021. Dados-chave foram atualizados em maio de 2023. Em cada um desses repositórios, foram realizadas: a) exploração e pré-seleção; b) leitura dos sumários executivos e resumos com extração das principais informações (título do documento, autoria, ano de publicação, link e principais achados); e c) consolidação de bullet points sobre o tema. Após o primeiro esboço, foram incluídos documentos sugeridos pela equipe revisora.

Organizações

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Idealização e Revisão) - Miguel Lago, Rudi Rocha, Arthur Aguillar, Agatha Eleone, Dayana Rosa, Helena Ciorra, Jéssica Remédios, Maria Cristina Franceschini, Maria Letícia Machado, Renato Tasca e Rebeca Freitas (Coordenadora-Geral do Projeto).

Umane (Idealização e Revisão) - Thaís Junqueira e Evelyn Santos.

Instituto Veredas (Busca e síntese de evidências) - Laura Boeira, Carolina Beidacki, Renata Penalva, Bruno Graebin e Victória Menin.

Normatização, Comunicação e Design

Danilo Castro - Instituto Veredas; Helena Rocha - Diagramação; Natasha Mastrangelo - IEPS

Sugestão de citação

IEPS; UMANE; INSTITUTO VEREDAS. Modelos de gestão do sistema de Saúde. Rio de Janeiro: IEPS, 2023.

Conheça a Agenda Mais SUS: www.agendamaissus.org.br

Referências

- [1] Peña Corrales. Rethinking the Brazilian Health Care System, 2021. Disponível em: arquivo IEPS
- [2] Serrapioni; Tesser. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável, 2019 - Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/44-57/>
- [3] Mendes. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gzYFsDyxzXPjJK8WvWvG8th/?lang=pt>
- [4] Fraga; Lago; Rocha. Reforçando o SUS, 2020 - Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/arminio-fraga/2020/09/reforcando-o-sus.shtml>
- [5] Bhalotra; Rocha; Soares. Can universalization of health work? Evidence from health systems restructuring and expansion in Brazil, 2019. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/02/WPS3.pdf>
- [6] Conill. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779>
- [7] World Health Organization; World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- [8] World Health Organization. Priority-setting for national health policies, strategies and plans, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter4-eng.pdf?sequence=36&isAllowed=y>
- [9] Giovanella. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, jun. 2018 - Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1763->
- [10] IEES. Texto para Discussão nº 72 - 2018. O Setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica. Período 2010 – 2015. São Paulo: IEES, 2021. Disponível em: <https://www.iess.org.br/sites/default/files/2021-04/TD72.pdf>