

# SISTEMAS INTERNACIONAIS DE SAÚDE

(HEP0153 - 2023)

Docente: Prof. Dr. Alexandre Chiavegatto Filho

Alunos Monitores: Fabricio Nobilie  
Paulo Ricardo Silva

USP



LABDAPS

LABORATÓRIO DE BIG DATA E  
ANÁLISE PREDITIVA EM SAÚDE

# ECONOMIA DA SAÚDE

- 01** **Informação Assimétrica**
- 02** **Seleção Adversa**
- 03** **Risco moral**
- 04** **Agente Principal**
- 05** **Externalidades**

Conceitos importantes que norteiam o desenvolvimento dos Sistemas de Saúde

# Elasticidade da Demanda

- ❑ **Externalidade:** custo gerado para um agente que não participa da transação econômica.
  - ❑ Solução para externalidade negativa: imposto (quanto vai diminuir a externalidade)?
    - ❑ Depende da elasticidade da demanda.
- ❑ Importante para a área da saúde como um todo: saúde tem demanda menos elástica que outros bens.
- ❑ Elasticidade: reação de compradores e vendedores a mudanças nos preços.

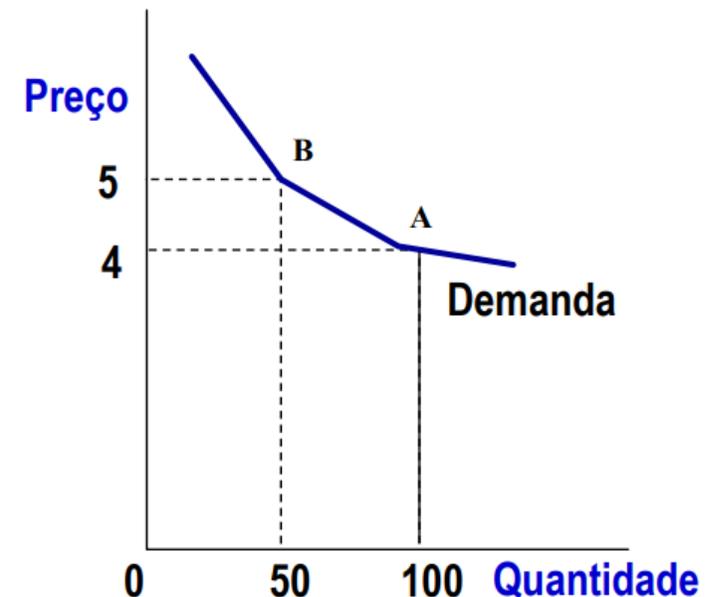
# Elasticidade da Demanda

❑ **Elasticidade preço da demanda:** variação da quantidade demandada devido a uma variação no preço de um bem.

❑ Elasticidade preço da demanda: 
$$\frac{\text{diferença \% da quantidade demandada}}{\text{diferença \% do preço}}$$

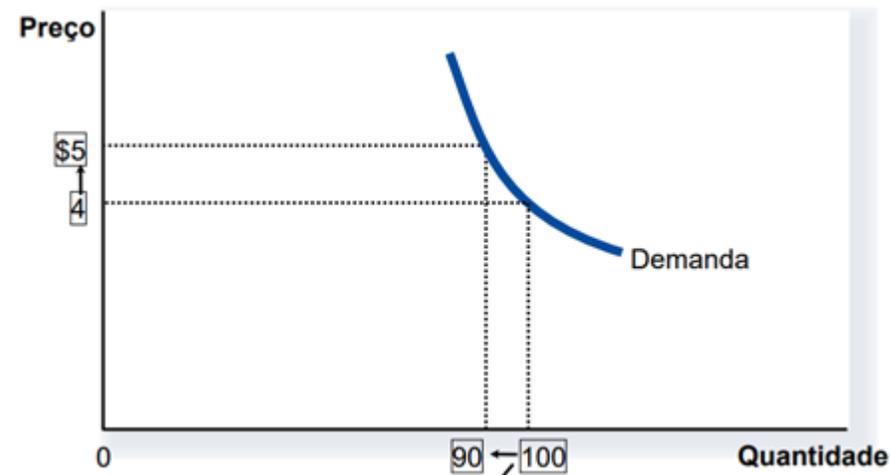
Preço subiu 25% e a demanda caiu 50%:  $\frac{50}{25} = 2$

Para um aumento de 25% no preço, a quantidade demandada diminuiu em 2 vezes os 25%, ou seja, 50%.



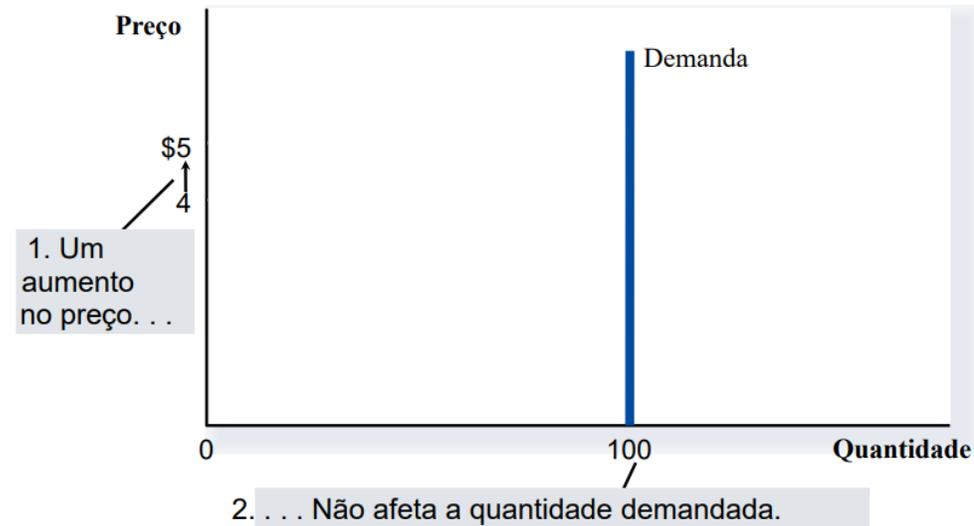
# Elasticidade da Demanda

- **Demanda elástica:** porcentagem de redução na quantidade é maior que a porcentagem de aumento nos preços. Elasticidade Preço da demanda  $> 1$
- **Demanda inelástica:** porcentagem de redução na quantidade é menor que a porcentagem de aumento nos preços. Elasticidade Preço da demanda  $< 1$



# Elasticidade da Demanda

□ **Demanda perfeitamente inelástica:** aumento no preço não afeta demanda.



**Inglaterra:**  
Organização e  
financiamento  
do National  
Health Service  
(NHS).

**NHS**



**Brasil:**  
Sistema  
Único de  
Saúde (SUS).

# BRASIL



## Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)

- Criado em 1977.
- Na sua maioria, compra de serviços médico hospitalares e especializados do setor privado.
- Assistência à saúde ligada aos trabalhadores com carteira assinada.

## Sistema Único de Saúde (SUS):

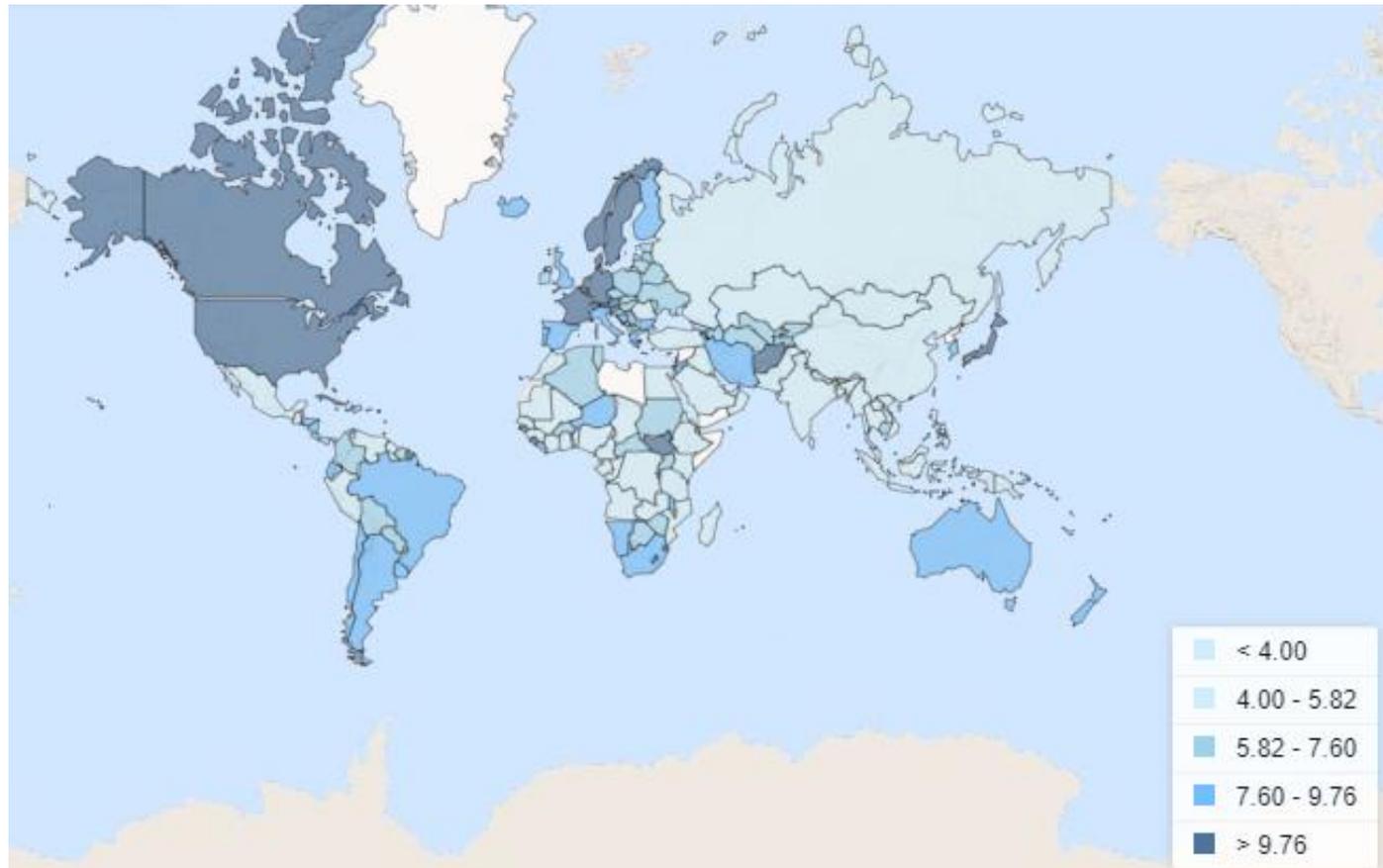
- Criado a partir dos marcos normativos da constituição de 1988.
- Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.
- Acesso universal (cidadãos e visitantes).
- Sem necessidade de registro prévio.
- Não tem compartilhamento de custos (gratuito no ponto de uso).



# BRASIL



- ❑ Coordenação do Ministério da Saúde (governo federal).
- ❑ Gastos em saúde correspondem a 9,1% do PIB (43% é gasto público).



# BRASIL



Denmark	2017	10.11	
Netherlands	2017	10.10	
South Sudan	2017	9.76	
Malawi	2017	9.65	
United Kingdom	2017	9.63	
Brazil	2017	9.47	
Malta	2017	9.34	
Uruguay	2017	9.30	
Finland	2017	9.21	
Australia	2017	9.21	
New Zealand	2017	9.17	
Argentina	2017	9.12	
Maldives	2017	9.03	
Chile	2017	8.98	



# BRASIL



- ❑ Ações diretas são em geral responsabilidade de municípios e estados.
- ❑ Governo Federal (43% dos gastos públicos em saúde), Estados (26%), municípios (31%).
- ❑ Gastos sempre acima do piso: para municípios o piso é 15% e para Estados é 12%.
- ❑ Cerca de 45% dos gastos em saúde são públicos (nos países da OCDE são 73% e nos países de renda média é 59%).



# BRASIL



- ❑ **Co-participação:** valor pago à operadora por um procedimento ou evento em saúde.
  - ❑ Co-pagamento: valor fixo segundo procedimento ou evento.
  - ❑ Co-seguro: valor proporcional.
  
- ❑ **Franquia:** valor até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.
  
- ❑ Nos últimos 10 anos total de planos privados com co-pagamento passou de 22 a 52%.
  
- ❑ Por quê? Risco moral ex post.



# BRASIL

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou 28/06/2018, no Diário Oficial da União, a Resolução Normativa nº 433: regras para a aplicação da coparticipação e franquia em planos de saúde.



## COPARTICIPAÇÃO E FRANQUIA PRINCIPAIS REGRAS



O valor máximo pago pelo beneficiário **não pode ultrapassar o valor correspondente à mensalidade** (limite mensal) ou a 12 mensalidades (limite anual)

- ▶ Por exemplo, se o beneficiário paga R\$ 100 de mensalidade, o limite mensal da coparticipação não pode ultrapassar R\$ 100. Com isso, o beneficiário irá pagar, neste mês, R\$ 200 (máximo)



Isonção de cobrança para mais de **250 procedimentos**, como exames preventivos, tratamento de doenças crônicas e exames de pré-natal e neonatal



Proibido uso de coparticipação e franquia **diferenciado por doença ou patologia**



Para atendimento em **pronto socorro ou durante internação**, deve ser aplicado valor monetário fixo e único contemplando todos os serviços e procedimentos



**Informações** devem ser detalhadas no contrato



Operadoras deverão divulgar extrato de utilização dos procedimentos com os valores aplicados em seus sites, na área do **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)**

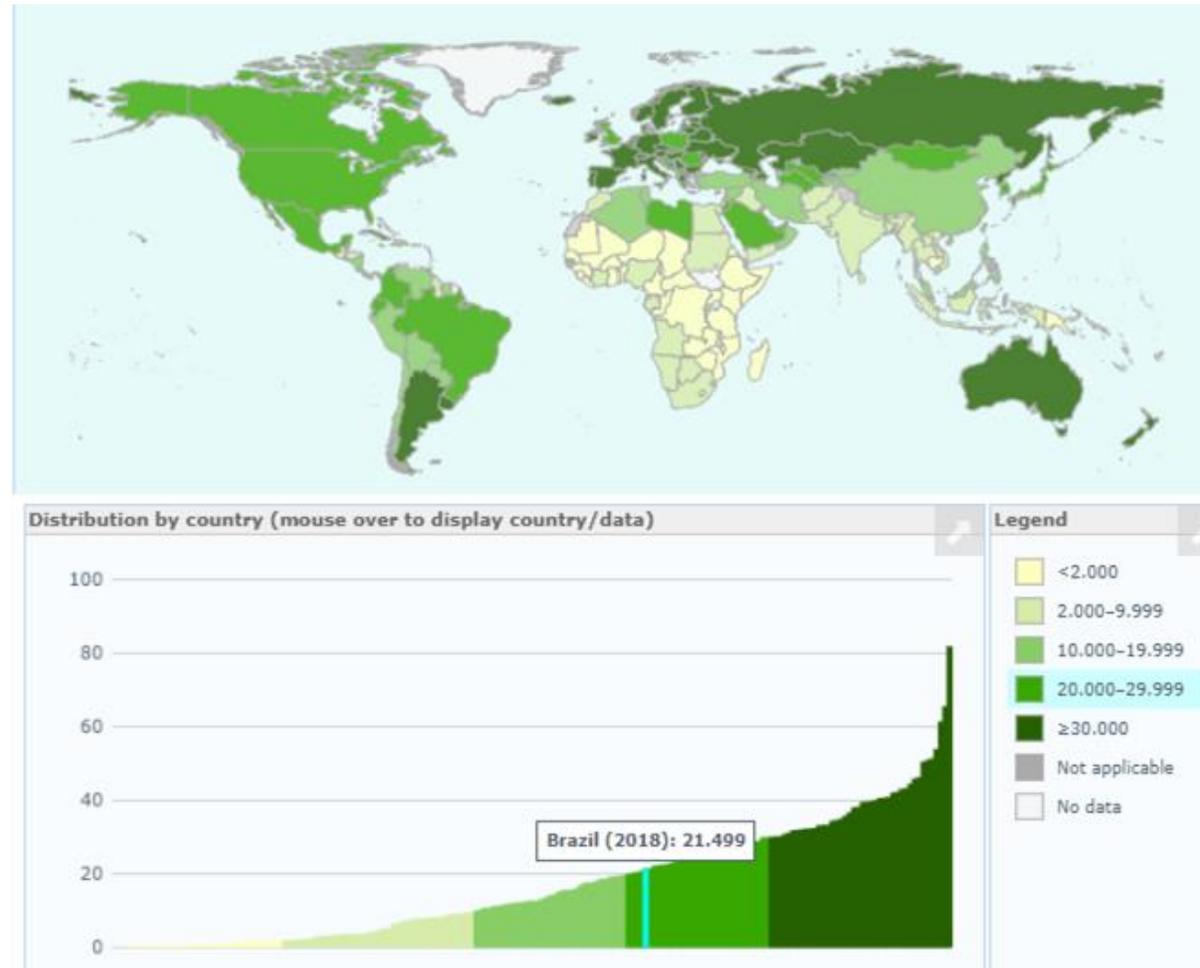


**Percentual máximo** de coparticipação não pode ultrapassar 40% do valor do procedimento

# BRASIL



☐ São 2,18 médicos por 1.000 habitantes (muito mal distribuídos).



OMS, 2019.

# BRASIL



- ❑ Estratégia Saúde da Família: principal programa de atenção básica no Brasil.
  - ❑ Equipes de saúde: um médico, um enfermeiro, um assistente de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde.
  - ❑ Em alguns casos, com dentista.
  - ❑ Cada equipe atende de 2.000 a 4.000 pessoas da região geográfica.
  - ❑ Governo federal auxilia com parte do financiamento.
  - ❑ Abrange 64% da população (133 milhões).



**Saúde da Família**

# BRASIL



- ❑ Atendimento com especialista após encaminhamento por médico de atenção primária.
- ❑ Pagamentos de serviços por meio de pagamentos por procedimentos (tabelinha do SUS – desatualizada).
- ❑ 71% dos leitos hospitalares no SUS (apesar de 38% dos hospitais serem SUS).
- ❑ Entre os públicos, 70% são municipais, 25% estaduais e apenas 4% federais.
- ❑ Transferências do MS para os Estados e Municípios: estimativas de demanda, prevalência de doenças, incentivos por metas, uso de serviços de alta complexidade.



# BRASIL



❑ **CONITEC (2012):** inclusão e exclusão de tecnologias de saúde.

❑ Entre 2012 a 2016: 69 tecnologias removidas e 132 incorporadas.

❑ Em 2018, apenas 19.000 das 42.000 (45,3%) unidades básicas da saúde utilizavam prontuário eletrônico.

❑ Entre as que usavam, cerca de metade usavam os prontuários do MS e a outra metade prontuários próprios.



# BRASIL



- ❑ Desafios identificados:
  - ❑ Municípios são consistentemente mais eficientes na prestação de serviços de APS do que de serviços MAC.
  - ❑ Número excessivo de hospitais pequenos (que não são economicamente eficientes, pois operam em baixa escala).
  - ❑ Taxas de ocupação de leitos hospitalares são baixas (45% no SUS, na OCDE é 71%).
  - ❑ Distribuição geográfica de profissionais de saúde é marcada por grandes desigualdades pois a maioria dos profissionais estão localizados em áreas urbanas.
  - ❑ Existe pouca coordenação entre os níveis de atenção, e a fragmentação da rede do SUS resulta em duplicação de serviços, além de perda de economias de escala e custos operacionais mais altos.

Propostas de  
Reformas do  
Sistema Único de  
Saúde Brasileiro



 BANCO MUNDIAL  
BIRD · AID | GRUPO BANCO MUNDIAL

# BRASIL



## Recomendações:

- Reorganização dos serviços e finanças do SUS em torno de redes integradas de saúde (Rede de Atenção à Saúde - RAS):

- Portaria No. 4.279/2010: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

- Disponibilidade e compartilhamento de informações relacionadas aos pacientes; uso de diretrizes clínicas para o tratamento das doenças; e funções e competências definidas de prestadores de serviços para obter eficiências de escala.

## Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro



# BRASIL



## Recomendações:

### Coordenação com o sistema privado:

Fazer valer o ressarcimento do tratamento no SUS dos pacientes que têm seguro privado, definir uma abordagem comum para incorporar novas tecnologias, fármacos e tratamentos, e aproximar os desenhos de modelos de atenção para garantir eficiência e uso racional dos recursos do setor.

Expandir e fortalecer a cobertura da APS: cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 100% (atualmente 60-70%), aumento da remuneração relativa dos profissionais da APS para aumentar a oferta, maior liberdade de ação para enfermeiros e outros profissionais não-médicos e conversão de alguns hospitais em unidades de APS.

## Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro



# BRASIL

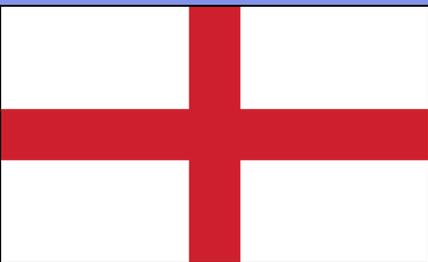


## Recomendações:

- ❑ Definir itinerários ou diretrizes clínicas: declarações sistematicamente elaboradas para ajudar profissionais da saúde e pacientes a tomarem decisões a respeito do manejo apropriado de circunstâncias clínicas específicas.
- ❑ Definir exatamente o pacote de benefícios a ser coberto pelo SUS para diminuir judicialização da saúde.
- ❑ Reformar o sistema de pagamento aos prestadores para incentivar qualidade e eficiência:
  - ❑ Utilizar DRG, combinando capitação e bônus por desempenho para remunerar a coordenação da atenção e melhorar resultados de saúde.

## Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro

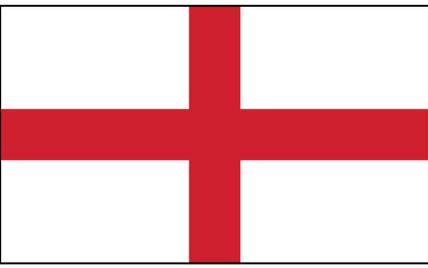




# INGLATERRA

- ❑ National Health Service (NHS).
- ❑ Criado em 1948.
- ❑ Todos os residentes legais têm acesso automático ao sistema de saúde público.
  - Turistas e imigrantes ilegais só têm acesso à emergência e atendimento de doenças infecciosas.
- ❑ Em geral, gratuito no ponto de uso (alguns poucos co-pagamentos).





# INGLATERRA

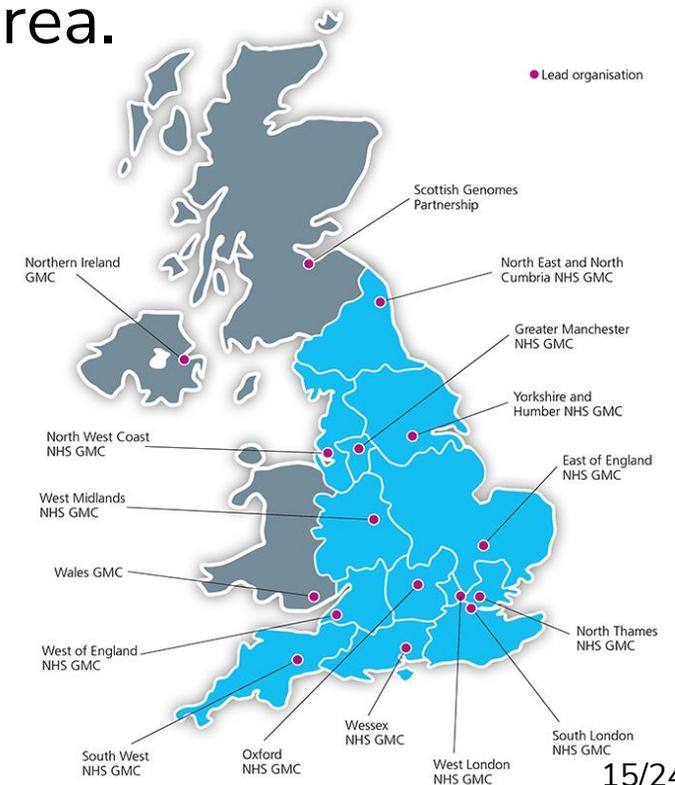
❑ Gerenciado localmente por 191 Clinical Commissioning Groups (CCG), formado por médicos generalistas (general practitioners) que planejam, organizam e pagam pelos serviços hospitalares e comunitários da sua área.

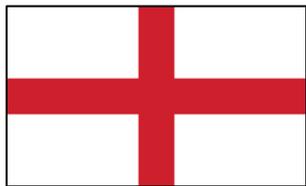


❑ Hospitais são do NHS.

Are you looking for local GP, dentist or hospital information?

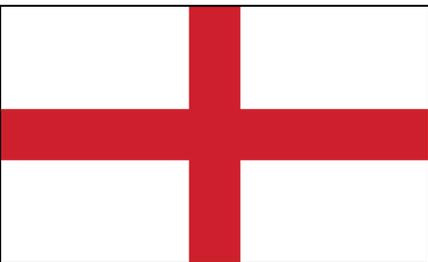
→ Visit **NHS** [nhs.uk](https://www.nhs.uk)





Denmark	2017	10.11	
Netherlands	2017	10.10	
South Sudan	2017	9.76	
Malawi	2017	9.65	
United Kingdom	2017	9.63	
Brazil	2017	9.47	
Malta	2017	9.34	
Uruguay	2017	9.30	
Finland	2017	9.21	
Australia	2017	9.21	
New Zealand	2017	9.17	
Argentina	2017	9.12	
Maldives	2017	9.03	
Chile	2017	8.98	

# INGLATERRA



# INGLATERRA

- ❑ Cerca de 9,8% do PIB gasto em saúde.

- Gastos públicos são 79% dos gastos em saúde.

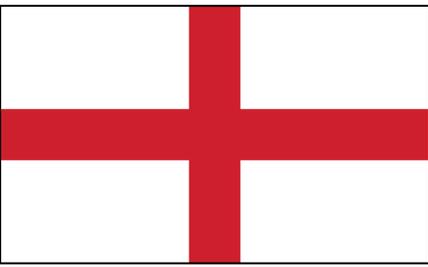


- ❑ Financiamento do NHS vem de impostos em geral, cerca de 20% de um imposto trabalhista (“national insurance”) e um pouco de co-pagamentos.

- ❑ 10,5% da população possui plano privado de saúde, que são responsáveis por 3,3% dos gastos totais em saúde.

- ❑ Acesso rápido aos serviços.





# INGLATERRA

❑ Alguns serviços nas visitas ao médico generalista são pagos, como atestados para seguros e vacinações para viagens.

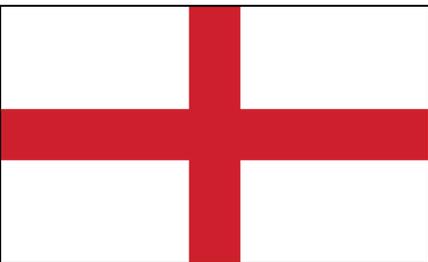
## ❑ Co-pagamentos:

- ❑ Medicamentos fora da internação: até USD 12,50.
- ❑ Alguns serviços odontológicos: até USD 365,00.



❑ Isentos de pagamento: menores de 16 anos, estudantes entre 16 a 18 anos, maiores de 60 anos, pessoas com baixa renda, mulheres grávidas ou no puerpério estendido, pessoas com câncer ou doenças crônicas graves.





# INGLATERRA

- ❑ Se precisa de muitos medicamentos: comprar certificado de pré-pagamento de USD\$ 148 que dura 12 meses (sem mais co-pagamento).
- ❑ **Médico generalista:** ponto de entrada no sistema.
  - ❑ Pode escolher o seu médico generalista, mas a escolha é limitada (muitos estão cheios).
  - ❑ Em média, 1.400 paciente por médico generalista.
  - ❑ Contratados pelo NHS (clínicas privadas: 59%).





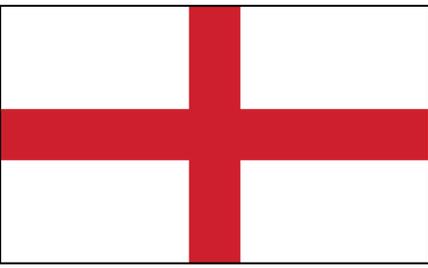
- ❑ **Médico generalista:** ponto de entrada no sistema.
- ❑ Recebem por indivíduos registrados (ponderado por fatores de risco), provisão de serviços e bônus para tratamento de pacientes com doenças crônicas (pay for performance – P4P).

# INGLATERRA



- ❑ Momento de transição de clínica pessoal para equipes multidisciplinares trabalhando em rede.



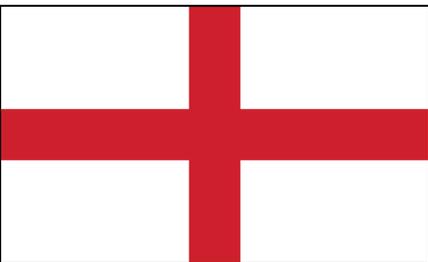


# INGLATERRA

## ❑ Hospitais:

- ❑ Liberdade para paciente escolher (introduz concorrência).
- ❑ Médicos especialistas: funcionários assalariados dos hospitais do NHS.
- ❑ Cada vez menos geridos pelo NHS (minoria, 64) e cada vez mais por meio de Organizações Sociais (maioria, 142).
- ❑ Contratados pelas CCG.
- ❑ Recebem por meio de DRG estabelecidas nacionalmente (60% do orçamento), sendo o resto por atendimentos de saúde mental, educação e pesquisa.





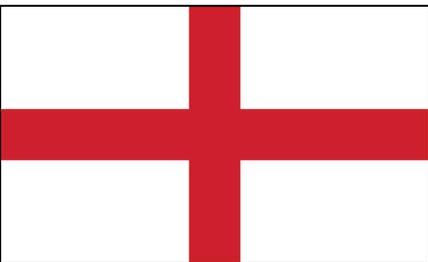
# INGLATERRA

- ❑ Quality Care Comission: regula os serviços de saúde, por meio do monitoramento de medidas de performance e investiga queixas.
- ❑ Pode fechar serviços por baixa qualidade.



- ❑ National Institute for Health and Care Excellence desenvolve relatórios e diretrizes de boas práticas de serviços de saúde, como tempo máximo de espera para atendimentos específicos.





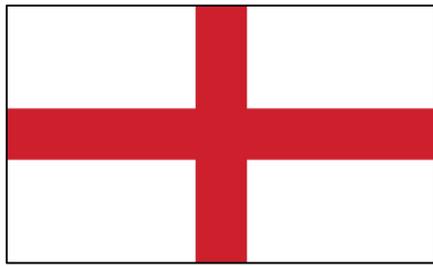
# INGLATERRA



- Todos os prontuários dos médicos generalistas são eletrônicos.
- Todos os médicos generalistas precisam fornecer a opção de agendamento de consulta online e receita de medicamentos para farmácias online.
- O acesso dos pacientes ao seu prontuário eletrônico é irrestrito (exceto áreas de texto livre).



# Dúvidas?



## Exercício

Identifique e descreva duas diferenças entre o SUS e o NHS. Para cada uma delas, dê sua avaliação sobre os pontos positivos e negativos da escolha feita pelo SUS e pelo NHS.