

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP)
INSTITUTO DE ECONOMIA

série técnica

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

REGULAÇÃO DO SETOR SAÚDE NAS AMÉRICAS: AS RELAÇÕES
ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NUMA ABORDAGEM SISTÊMICA

13

BRASÍLIA-DF
2006

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS/MS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS (NEPP)
INSTITUTO DE ECONOMIA

REGULAÇÃO DO SETOR SAÚDE NAS AMÉRICAS:
AS RELAÇÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NUMA ABORDAGEM SISTÊMICA

ORGANIZAÇÃO

Geraldo Biasoto Júnior
Economista, professor do Instituto de Economia da Unicamp

Pedro Luiz de Barros Silva
Cientista político, professor do Instituto de Economia e diretor do Nepp-Unicamp

Sulamis Dain
Economista, professora do Instituto de Medicina Social da UERJ

Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 13

BRASÍLIA-DF
2006

Organização Pan-Americana da Saúde - Opas/OMS
Representação no Brasil
Horácio Toro Ocampo
<http://www.opas.org.br>

Unidade Técnica de Desenvolvimento de
Sistemas e Serviços de Saúde/Opas
Gerente da Unidade Técnica
Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Equipe técnica Opas
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre

Ministério da Saúde do Brasil
Ministro
José Agenor Álvares da Silva
<http://www.saude.gov.br>

Agência Nacional de Saúde Suplementar
Diretor-Presidente
Fausto Pereira dos Santos
<http://www.ans.gov.br>

Universidade Estadual de Campinas
Reitor
José Tadeu Jorge
<http://www.unicamp.br>

Normalização: Fernanda Nahuz
Revisão: Rejane de Meneses e Yana Palankof
Editoração: Formatos design gráfico
Tiragem: 1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da
Organização Pan-Americana da Saúde - Representação do Brasil

Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem
sistêmica. Geraldo Bisoto Junior / Pedro Luís de Barros Silva / Sulamis Dain (orgs.). - Brasília:
Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

400 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 13)

ISBN:

1. Serviços de Saúde - Américas. 2. Setor público - saúde. 3. Setor privado - saúde. I. Bisoto Junior,
Geraldo. Silva, Pedro Luís de Barros. Dain, Sulamis. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde.
IV. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. V. Série técnica desenvolvimento de
sistemas e serviços de saúde.

NLM: W 84

2006 © Organização Pan-Americana da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada
a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores
denominados são de sua inteira responsabilidade.

SUMÁRIO

PREFÁCIO DA OPAS.....	7
PREFÁCIO DA ANS	9
APRESENTAÇÃO.....	11

SEÇÃO I - FINANCIAMENTO DA SAÚDE

CAPÍTULO 01

A SAÚDE COMPLEMENTAR NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Sulamis Dain e Rejane Janowitz	17
--------------------------------	----

CAPÍTULO 02

POLÍTICAS DE SAÚDE E BLOCOS ECONÔMICOS

André Medici e Bernardo Weaver Barros	71
---------------------------------------	----

CAPÍTULO 03

O PADRÃO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS PAÍSES DA AMÉRICA

Marislei Nishijima e Geraldo Biasoto Junior	107
---	-----

SEÇÃO II - SISTEMAS DE SAÚDE DO CONTINENTE AMERICANO

CAPÍTULO 04

O SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE E AS REFORMAS EM CURSO

Rita Elisabeth da Rocha Sório	143
-------------------------------	-----

CAPÍTULO 05

FINANCIAMENTO E DESENHO INSTITUCIONAL NO SETOR SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

José Mendes Ribeiro	179
---------------------	-----

SEÇÃO III - PAÍSES PERTENCENTES AO MERCOSUL

CAPÍTULO 06

SISTEMA DE SAÚDE DA ARGENTINA: ASPECTOS GERAIS, REFORMAS E RELAÇÕES COM O SETOR PRIVADO

Sérgio Francisco Piola e Maria de Lourdes Cavalcante	217
--	-----

CAPÍTULO 07	
O SISTEMA DE SAÚDE BOLIVIANO: ALCANCES E LIMITES	
Joice Valentim e Hudson Pacífico da Silva	243
CAPÍTULO 08	
CHILE: SAÚDE PRIVADA E SAÚDE PÚBLICA EM MEIO ÀS REFORMAS DO PLANO AUGE	
Geraldo Biasoto Júnior	261
CAPÍTULO 09	
ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A SAÚDE NO PARAGUAI	
Joice Valentim e Hudson Pacífico da Silva	295
CAPÍTULO 10	
SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE PERUANO	
Regina Faria e Hudson Pacífico da Silva.....	313
CAPÍTULO 11	
DESAFIOS FUTUROS AO SISTEMA DE SAÚDE COM GARANTIA DE ACESSO À ALTA TECNOLOGIA: O CASO DO URUGUAI	
Joice Valentim	333
CAPÍTULO 12	
PLANOS PRIVADOS E ATENÇÃO À SAÚDE NA COLÔMBIA	
Marislei Nishijima e José Mendes Ribeiro	359
CAPÍTULO 13	
MÉXICO: ESTUDO DE CASO	
Nilson do Rosário Costa	375
CAPÍTULO 14	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	393

PREFÁCIO DA OPAS

Atualmente, discussões sobre a construção de sistemas de saúde universais, equânimes, integrais e democráticos têm ressaltado que estes garantam o acesso da população a serviços resolutivos e de qualidade. Destaca-se, nesse contexto, a participação do setor privado na oferta de serviços de saúde no marco dos processos de reforma do setor.

Entendendo a complexidade do tema abordado, a proposta de lançar a presente publicação surge como uma iniciativa para estimular o debate sobre as relações público-privadas. É nesse panorama que a série técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde apresenta temas sobre financiamento da saúde, sistemas de saúde no continente americano e países pertencentes ao Mercosul, tendo como referencial o processo de globalização em termos de políticas e atividades econômicas, os mecanismos de regulação e administração dos mercados de saúde e o custo social da saúde.

Dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entendem que o estímulo ao processo de reflexão, acompanhado da socialização de estudos e experiências, pode ser importante no auxílio à melhor qualidade de informação e harmonização de idéias, permitindo o desenvolvimento de mecanismos decisórios e de articulações políticas voltadas para o desafio a ser enfrentado de garantir a justiça social e a saúde para todos.

Esperamos que a publicação *Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica* possibilite aos gestores, aos técnicos e aos pesquisadores direcionar esforços para a consolidação de sistemas de saúde de qualidade e resolutivos, possibilitando a melhoria de indicadores de saúde das populações das Américas.

Horácio Toro Ocampo
Representante da OPAS/OMS no Brasil

PREFÁCIO DA ANS

Os sistemas nacionais de saúde do continente americano estão sendo desafiados a promover a melhoria da qualidade da saúde da população. Várias reformas foram implementadas para ampliar a capacidade de atendimento das instituições públicas de saúde. A parcela privada desses sistemas viu-se igualmente questionada em sua capacidade de prestar assistência à população.

No Brasil, a situação não é muito diferente. A Constituição Federal estabeleceu que a saúde é um direito do cidadão e responsabilidade do Estado. A unificação das instituições responsáveis pela saúde resultou de um processo de intensa mobilização social em torno da defesa da saúde como direito de cidadania. Porém, a universalização, embora formalmente amparada pela legislação, vem sendo desafiada pela segmentação do sistema. A convivência entre o sistema público e os esquemas assistenciais privados adquiriu visibilidade gerando tensões, na esfera econômica, relativas à competição entre as empresas privadas e, na área de defesa do consumidor, relativas às garantias de cobertura. A dimensão assistencial tampouco era valorizada pelas instituições privadas, o que colocava cerca de 40 milhões de beneficiários de planos e seguros de saúde fora das metas sanitárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise dos sistemas de saúde no continente americano fornece um grande conjunto de informações sobre os mecanismos decisórios que resultaram em formatos institucionais bastante heterogêneos. As diferenças entre esses sistemas, no que respeita às formas de controle e regulação, à definição de atribuições e às formas de financiamento, são marcantes. O objetivo desta publicação, organizada pela ANS em parceria com a OPAS, é mostrar essas diferenças, trazendo novos elementos para o debate sobre as relações público-privadas nos sistemas de saúde.

Como é de conhecimento amplo, este tema tem-se tornado particularmente relevante nos últimos anos, em decorrência do processo de globalização e de formação de blocos econômicos regionais, o que nos motiva a buscar a integração das políticas sociais com os países desses blocos. Há de se considerar também os custos da saúde, cuja trajetória de expansão, provocada pelo envelhecimento populacional e pela disseminação de tecnologias sofisticadas, impõe uma revisão dos padrões de financiamento, de sua repartição entre os agentes públicos e privados, além de uma avaliação de custo-efetividade dessas tecnologias.

A ANS busca estar à altura do desafio de regular a saúde suplementar, contribuindo para sua plena integração ao SUS, em consonância com o objetivo maior de promover a melhoria da qualidade de vida e saúde de toda a população brasileira. E as experiências de outros países no financiamento e na gestão de seus sistemas de saúde são subsídios importantes para a conquista desse objetivo.

Fausto Pereira dos Santos
Diretor Presidente
Agência Nacional de Saúde Suplementar

APRESENTAÇÃO

Os diversos sistemas de saúde do continente americano passaram os últimos anos sob forte questionamento quanto à sua capacidade em gerir e encaminhar um conjunto de questões de extrema complexidade. Várias reformas foram executadas, ou no mínimo tentadas, e diversos aparatos públicos foram radicalmente alterados no sentido de ampliar sua capacidade de atendimento. A parcela privada dos sistemas viu-se igualmente questionada em sua capacidade de prestar assistência à população, e sobremaneira os custos e as formas de gerenciamento foram levados a efeito em seus negócios.

Não há dúvida de que o estudo dos sistemas de saúde no continente americano revela um grande conjunto de interrogações sobre seus mecanismos decisórios e articulações políticas que resultaram em formatos institucionais bastante heterogêneos. Notadamente no que diz respeito a formas de controle e regulação, definição de atribuições, implícitas e explícitas, para garantias públicas e formas de financiamento, as divergências entre os sistemas são marcantes.

Por isso, o objetivo maior deste estudo é o de lançar novos elementos para o debate sobre as relações público-privadas em sistemas nacionais de saúde, extraíndo da dinâmica dessas relações as dimensões e as condições de participação das formas privadas, no Brasil chamadas de saúde suplementar, na oferta de saúde. Em verdade, trata-se de macrodefinições sobre espaços e oferta de serviços no contexto global dos sistemas, tanto do ponto de vista das instituições - governamentais, filantrópicas ou lucrativas - quanto da relação de direitos individuais para com o sistema e as políticas públicas.

Esse tema tem-se tornado ainda mais importante nos últimos anos em decorrência de três aspectos. O primeiro deles é o rompimento das barreiras nacionais e do processo de globalização e montagem de blocos regionais com crescentes níveis de integração em termos de políticas e atividades econômicas. O segundo aspecto é a forte tendência à utilização de mecanismos de regulação e administração dos mercados de saúde, nos quais são redefinidos espaços, alteradas formas institucionais e revistas as formas e a efetividade do acesso da população à saúde. O terceiro aspecto é o custo social da saúde, representado pelos padrões de financiamento, em sua repartição entre o Estado e os agentes privados, cuja trajetória se apresenta em forte expansão.

A primeira seção deste estudo busca justamente aprofundar os aspectos anteriormente destacados. A experiência internacional recente é enfocada por Sulamis Dain e Rejane Janowitz, buscando compreender a lógica das relações entre os seguros públicos e os

privados e as inovações introduzidas em diversos países desenvolvidos, seja pela pressão financeira sobre os orçamentos públicos, seja pela necessidade de estabelecer formas de gestão mais eficientes.

A questão que se coloca como a mais desafiadora para as políticas nacionais de saúde, qual seja, a ampliação do escopo dos blocos econômicos para as diversas faces da vida de cada país, é tratada por André Medici e Bernardo Weaver Barros. Neste texto, os autores buscam identificar as tarefas da harmonização de sistemas a ser realizada e, ao mesmo tempo, dimensionar o esforço a realizar em cada situação de sistema nacional para encaminhar as transformações necessárias.

O financiamento da saúde nas diversas experiências do continente americano é analisado por Marislei Nishijima e Geraldo Biasoto. Diversos aspectos merecem uma atenção detida na avaliação dos recursos financeiros disponibilizados ao sistema. A repartição de recursos entre os dois subsistemas e os indicadores de saúde são aferidos para avaliar as relações entre o formato do financiamento do sistema e os resultados da atenção à saúde.

As especificidades de diversos sistemas de saúde de países do continente americano foram analisadas em documentos específicos. Esses países foram agrupados em três blocos. O primeiro bloco foi composto pelos países de mais forte desenvolvimento da América do Norte. Rita Sório analisou o caso canadense, um sistema especialmente estatizado que abre possibilidade muito bem delimitada ao sistema privado. José Mendes Ribeiro avaliou o caso dos Estados Unidos, onde a capacidade reguladora de um setor saúde especialmente ligado a empreendedores privados passou a ser altamente relevante como política pública.

O bloco de países pertencentes ao Mercosul foi avaliado por Sérgio Piola, Hudson Silva e Joice Valentim. Neste conjunto, atentou-se para a identificação das características presentes nos sistemas de nossos três parceiros de mercado comum. Logicamente, o destaque coube à Argentina, não só por sua importância econômica e populacional, mas principalmente por ser um sistema em mutação, perpassado por uma série de características institucionais herdadas de antigas formatações políticas, com crescente flexibilidade e abertura para novas inserções do setor privado.

Por fim, os países de maior interesse do ponto de vista da gestão em saúde dentre os demais países latino-americanos tiveram seus perfis de saúde avaliados no sentido de identificar sucessos e entraves à implementação de reformas nos sistemas de saúde. Participaram deste último esforço: Regina Faria, Hudson Silva, Joice Valentim, José Mendes Ribeiro, Nilson do Rosário Costa e Geraldo Biasoto.

Neste último bloco de países, vale destacar o Chile e o México. O primeiro porque está em meio a uma reforma de magnitude expressiva que se destina a aumentar garantias e a reforçar a regulação sobre as grandes instituições seguradoras que foram construídas durante o período de retração das ações públicas em saúde. No caso do México, um ponto de grande interesse é avaliar a permeabilidade do sistema de saúde à nova realidade imposta pelo Nafta e pela proximidade de um sistema francamente privado como o americano.

Este trabalho foi realizado sob a coordenação do Instituto de Economia da Unicamp e pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (Nepp), da mesma universidade. Contou com a colaboração de pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e do Instituto de Medicina Social da Uerj. Os recursos financeiros e o apoio técnico-científico da Organização Pan-Americana da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar foram cruciais para a viabilização da pesquisa.

Geraldo Biasoto Júnior
Coordenador-Geral da pesquisa

seção I

Financiamento da Saúde

CAPÍTULO 1

A SAÚDE COMPLEMENTAR NO CONTEXTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL

Sulamis Dain

Professora do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Rejane Janowitz

Economista.

■ 1. Introdução

Para entender a natureza dos sistemas de saúde e as relações público-privadas nas quais estão inseridos, importa recuperar os modelos históricos de proteção social, como chave explicativa das semelhanças e, mais ainda, das diferenças observadas entre países.

Nos países avançados, do início da década de 1950 até a entrada dos anos 1970, a crescente intervenção do Estado no campo das políticas sociais e o aumento dos recursos e dos gastos públicos que as materializaram possibilitaram a integração das demandas do capitalismo¹ e da democracia no mesmo programa de proteção social (MYLES, 1984). Verificou-se a combinação entre as políticas universais dirigidas aos cidadãos e as políticas de seguro social destinadas a cobrir os riscos sociais mais graves - velhice, invalidez, doença, morte e, mais recentemente, desemprego - dos trabalhadores assalariados e de seus dependentes.

As necessidades de financiamento das políticas universais destinadas a prover gastos não individualizados (como os serviços de saúde e educação) requereram, de forma estrutural, o aporte de recursos tributários ao financiamento do seguro, feito por contribuições sociais diretas dos trabalhadores. A receita tributária também financiou a redistribuição associada à garantia de patamares mínimos de bem-estar, por meio da complementação de renda aos mais pobres (OIT, 1983). Até os anos 1970, tal redistribuição foi apenas um elemento conjuntural de economias estabilizadas por mais de duas décadas, em condições de crescimento econômico e de pleno emprego.

Existem, entretanto, diferenças entre os Estados de Bem-Estar (ou *Welfare States*) assim constituídos. Titmuss (1959), no qual se inspirou posteriormente Esping-Andersen (1990), já classificava os Estados de Bem-Estar em modelo de desempenho industrial

¹ Em termos de sustentação direta e indireta da demanda agregada pelo setor público.

e *performance*, modelo institucional redistributivo e modelo residual de bem-estar, referindo-se o primeiro ao modelo baseado na estrutura da ocupação, o segundo ao modelo universalista baseado no conceito de cidadania, e tratando o terceiro de ações de complementação de renda. Assim, a possibilidade de comparação dos sistemas de saúde entre países depende de um conjunto de fatores cuja sistematização é elaborada na seqüência.

Modelos

O **modelo meritocrático ou de desempenho industrial** (*industrial achievement performance model of social policy*), adotado em países como Alemanha, Áustria, França e Itália, caracteriza-se por

vincular a ação protetora do Estado ao desempenho dos grupos protegidos. Quem merece, quem contribuiu para a riqueza nacional e/ou consegue inserção no cenário social legítimo tem direito a benefícios, diferenciados conforme o trabalho, o *status* ocupacional, a capacidade de pressão, etc. (VIANNA, 2000).

O **modelo institucional-redistributivo** (*redistributive model of social policy*), adotado em países como Suécia, Noruega, Dinamarca e principalmente Inglaterra, está baseado no padrão social-democrata do *Welfare State*. O bem-estar social é visto como “parte importante constitutiva das sociedades contemporâneas, voltadas para a produção e a distribuição de bens e serviços ‘extramercado’, os quais são garantidos a todos os cidadãos” (DRAIBE, 1990 apud VIANNA, 2000, p. 25).²

O **modelo residual** (*residual welfare model of social policy*), adotado por países como Austrália, Suíça e principalmente Estados Unidos, está baseado na perspectiva de eleição do mercado como o locus próprio da distribuição, gerando uma prevalência do setor privado no atendimento das demandas tanto de previdência social como de saúde. Aí o papel desempenhado pelo Estado é residual, cabendo a ele o atendimento de segmentos sociais aos quais o mercado impôs uma incapacidade de acesso aos canais por ele disponibilizados. Esses grupos terão suas necessidades satisfeitas pelo Estado.

Essa tipologia das matrizes político-ideológicas da proteção social no mundo desenvolvido reproduziu-se no marco conceitual, hoje consagrado por Esping-Andersen (1990).

² O Brasil, como se verá mais detalhadamente adiante, pode ser enquadrado no modelo meritocrático no nascimento de seu sistema de proteção social, mas vai passar também, integral ou parcialmente, pelos outros dois modelos, conforme caracterizados por Titmuss.

Mais do que Estados de Bem-Estar, a caracterização apresenta regimes de bem-estar nos quais são contrastantes: o substrato ideológico, os instrumentos, os objetivos e as eventuais conseqüências do modelo sobre a estratificação social. A clivagem entre modelos dá-se essencialmente em torno do grau de desmercantilização das políticas, que define se as condições de proteção social são independentes da estrutura da ocupação, da posição relativa no mercado e da capacidade contributiva.

O sistema de maior grau de desmercantilização corresponde ao modelo social democrata, no qual o acesso incondicional é atributo de cidadania. A situação intermediária ocorre nos sistemas públicos corporativistas, centrados em contribuições que demarcam as diferenças entre indivíduos, soldando, entretanto, seus interesses e solidariedade em torno de um programa comum.

Finalmente, o modelo liberal consagra a hegemonia do mercado e o baixo grau de desmercantilização, deixando ao Estado o cuidado dos excluídos, por meio de programas assistenciais de escopo limitado. Embora haja uma nota otimista na percepção de alguns autores (ESPING-ANDERSEN, 2002), é impossível não registrar a diluição de traços significativos de solidariedade e a diferenciação entre países, em que pese, no caso europeu, o esforço atual para definir um protocolo comum de proteção social, em que o caso mais favorável corresponde aos países de maior grau de desmercantilização.

Essa hierarquização coloca desde logo uma interrogação sobre a proteção social em países menos desenvolvidos, onde a exclusão é a regra e existem importantes limitações econômicas, sociais, políticas e ideológicas à redistribuição. Fica mais claro que a instituição de uma adequada proteção social depende não só dos recursos e dos elementos anteriormente assinalados, mas fundamentalmente do grau de desigualdade e de heterogeneidade social.

A partir dessa tipologia, saúde e previdência organizam-se segundo duas matrizes, de acordo com a maneira de realizar a captação de recursos: a primeira, baseada na taxação (impostos), chamada de “sistema Beveridge”, e a segunda, em contribuições sociais, de acordo com a concepção original de Bismarck para a Alemanha.

Hoje, Dinamarca, Grécia, Espanha, Irlanda, Itália, Noruega, Portugal, Finlândia, Suécia e Inglaterra fazem parte da primeira matriz, enquanto França, Liechtenstein, Luxemburgo, Holanda, Áustria e Suíça seguem a segunda.

As proporções do *funding* variam enormemente dentro desses modelos, a ponto de certos países serem tidos como sistemas “mistos” (casos da Grécia e da Holanda). São muitas as diferenças nessa área.

Valores

Pode-se observar também a cristalização de pontos significativos em comum de ordem valorativa, a partir da caracterização anteriormente explicitada, que repercutem nos sistemas de saúde.

De um lado, dada a importância que todos os cidadãos dão ao “direito de acesso” ao sistema de saúde, a cobertura passou a ser total por ser universal e baseada na residência (nos sistemas mantidos por taxação), ou compulsória, se baseada (principalmente) nas atividades profissionais dos segurados, nos países cujo sistema de saúde se apóia em modelo de seguro social.

A análise dos países traz a constatação de que a solidariedade constitui um valor subjacente a todos os sistemas de saúde pública europeus, não importando se são norteados pela universalidade de sua construção, com base no princípio da redistribuição entre ricos e pobres, sadios e doentes, empregados e desempregados, jovens e velhos (modelo fundado em taxação), ou pela “mutualidade” entre grupos sociais e categorias de empregados (próprio dos modelos de seguro social).

No que se refere aos modelos de regulação dos sistemas de saúde, o corte entre modelos que emanam dos sistemas de seguridade social, financiados dentro dos princípios que regem as contribuições ou financiados diretamente pela receita geral do Estado, é cada vez menos posto como desafio ou opção aos sistemas públicos, dada a crescente interpenetração das duas alternativas.

Distinto é o caso norte-americano, em que o conceito de solidariedade é substituído pela visão residual e assistencialista da proteção social, repercutindo na saúde pela demarcação da política estatal como um espaço limitado aos pobres e aos idosos, sendo o conceito de pobreza cada vez mais restrito. Florescem, nessas circunstâncias, as soluções individuais ou vinculadas ao emprego, aumentando a segmentação do espaço da política social, notadamente no campo da saúde.

■ 2. O mercado e a saúde: universalização e redução de custos

O problema central das soluções de mercado aplicadas à saúde é que os perdedores, nesse mercado, sofrem sanções provavelmente piores do que em qualquer outro, pois o livre mercado nega acesso à cobertura do seguro aos mais vulneráveis, mais doentes e mais pobres, ao permitir aos seguradores e aos provedores discriminar os que serão mais onerosos no tratamento, mesmo que tal discriminação reflita cálculos racionais de ganhos e perdas que já tenham sido levados em conta.

Diante desse desafio e dado que os riscos básicos da vida e da incerteza são considerados muito dramáticos para serem deixados às soluções do mercado ou aos indivíduos, o *Welfare State* criou uma maneira de superar os efeitos do risco individual e da seleção baseada na escolha dos menores riscos: tornou-os coletivos, permitindo sua diluição no conjunto. Assim, os sistemas de saúde baseados no princípio da solidariedade, que oferecem aos indivíduos o acesso aos serviços de saúde de acordo com sua necessidade e não com sua capacidade de pagamento, continuam sendo a parte mais redistributiva dos *Welfare States*.

A solidariedade, no caso da prestação de serviços, não se expressa só no princípio da redistribuição, mas também no acesso universal a serviços integrados e abrangentes. Ademais, há forte correlação entre pobreza e doença, tornando a seleção adversa do mercado segundo a lógica do risco individual extremamente questionável do ponto de vista ético e social.

Não há como explicar a diferença de valores entre a Grã-Bretanha e os Estados Unidos, dois países de cultura anglo-saxã, sem recuperar a história política inglesa da primeira metade do século XX.

Em conformidade com o *National Health Insurance Act* (NHI), de 1911, o primeiro ministro Lloyd George deu início a um longo processo de negociação com a classe médica sobre questões relativas à livre escolha por parte dos pacientes, à administração hospitalar e às prioridades da política de saúde em geral, até a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1948.

Pelo NHI, estavam excluídos do sistema amplos segmentos da população — ou seja, os dependentes dos trabalhadores, os autônomos, as pessoas doentes (ou riscos altos para o seguro) e a maior parte da classe média cujas rendas eram excessivamente altas para qualificá-las ao acesso. Também estavam excluídos da cobertura vários serviços, havendo ainda restrições a internações. Naquele momento, o sistema inglês tinha muitos pontos de semelhança com o sistema hoje vigente nos Estados Unidos.

A economia da Inglaterra no pós-guerra aceitava a intervenção do Estado não só em sua base econômica como também na política social, sem muita diferenciação entre os partidos Conservador e Liberal. Ambos conviviam com o planejamento estatal, com a estatização de setores estratégicos e com o financiamento e a provisão estatal de serviços de saúde. Da mesma forma, a aceitação do modelo de Beveridge sobre a proteção social³ estendia-se para a saúde e acabava com a discriminação do acesso segundo a capacidade de pagamento:

3 Beveridge, 1942 (apud WERNECK, op. cit.).

O Plano da Seguridade Social [...] só pode ser levado a cabo por uma concentrada determinação da democracia britânica para libertar-se de uma vez por todas do escândalo da indigência física para a qual não existe justificativa nem econômica nem moral. A prevenção da miséria, a diminuição e o alívio das enfermidades, objetivo especial dos serviços sociais, constituem de fato o interesse de todos os cidadãos [...]

Se de um lado, para os trabalhistas, a intervenção estatal, o planejamento e as estatizações representavam a versão britânica da doutrina socialista,⁴ na área social isso era consistente com a propriedade e a administração pública dos hospitais, com o financiamento estatal centralizado e com a homogeneização do acesso a um mesmo conjunto de serviços disponíveis para toda a população, transformando a saúde num direito social de cidadania (MARSHALL, 1963).

Os conservadores também aceitavam a versão beveridgiana do *Welfare State*, pela transposição natural dos deveres da elite para com os menos favorecidos, há muito expressa na Lei dos Pobres.⁵ Mais ainda, um segmento do conservadorismo inglês no imediato pós-guerra havia-se convertido não só ao *Welfare State* como à economia mista, acreditando que tanto com o planejamento estatal quanto com o estabelecimento de parcerias com o setor privado seria mais fácil acompanhar a modernização tecnológica e os novos requisitos de escala da economia capitalista.

Dada a grande adesão popular ao Serviço Nacional de Saúde, razões pragmáticas e eleitorais completaram o apoio à universalização da saúde. A experiência de administração estatal da economia de guerra havia deixado marcas profundas no sistema político e ideológico da Inglaterra que facilitaram a pax no plano da política social entre sistemas de valores, de início bastante diversos.

A Segunda Guerra expôs as vulnerabilidades do sistema de saúde inglês e sua regressividade em termos territoriais. O setor hospitalar era excessivamente especializado, maldistribuído e apresentava escassez de leitos. O novo sistema, criado em 1946 e implementado em 1948, é financiado em sua quase totalidade pela receita geral do Estado, que estabeleceu seu orçamento global como parte do orçamento nacional, após negociações entre o sistema e o Tesouro, aprovado pelo Parlamento.

4 Desde a primeira década do século XX, documentos do Partido Trabalhista inglês defendiam a estatização dos setores estratégicos da indústria como forma de controle (e socialização) dos meios de produção (DAIN, 1986).

5 Até porque o Plano Beveridge não eliminava as diferenças entre os indivíduos em função de suas diferenças sociais e de hierarquia no mercado de trabalho. Reconhecia, entretanto, a necessidade de uma rede básica “que protegesse a camareira que há dentro de cada duquesa”.

Os médicos associados aos hospitais do sistema são assalariados e também obedecem a um sistema de incentivo. Os GP (*General Practitioners*) recebem remunerações *per capita* em função do número de pacientes registrados e adicionais para a manutenção de suas instalações e equipamentos e por serviços de prevenção. Embora o nível de controle mais ou menos centralizado ou descentralizado tenha variado ao longo do tempo - e com isso a autonomia das autoridades locais, regionais e nacionais, bem como dos próprios médicos -, o NHS tornou-se mais centralizado sob a administração Thatcher.

Até aqui, as relações entre a saúde e o *Welfare State* foram abordadas a partir de sua criação e posterior consolidação. No momento atual, entretanto, os responsáveis pelas políticas de saúde enfrentam pressões para redução de custos e campanhas ideológicas que pressionam por um recuo do Estado não só na área econômica, mas também no campo das políticas sociais. Os argumentos utilizados vão desde alegações de descontrole do gasto público e de sua iniquidade até o ônus de pesados encargos sociais sobre a competitividade das empresas na globalização.⁶

Os argumentos utilizados sugerem que “os custos indiretos do trabalho afetam a competitividade dos produtos exportáveis e desviam os investimentos para países onde o custo do trabalho é mais barato”. Esse é um argumento utilizado pelos que, em seguida, recomendam o corte dos gastos em bem-estar ou a busca de novas fontes para seu financiamento. Pierson (1999), partindo da terminologia de Esping-Andersen (1990), sugere até mesmo que estaria havendo uma remercantilização das economias como resposta ao desafio posto pela competição em escala mundial.

Gaiimo (1999), seguindo os argumentos referentes à competitividade, procura estabelecer uma relação direta entre o aumento de gastos do *welfare* e a fuga do capital especulativo.

Os elevados gastos em *welfare* e os déficits incorridos por conta de seu financiamento são sinalizações para acelerar a mobilidade do capital especulativo. A globalização e o desemprego em massa afetam tanto os sistemas financiados por impostos como os sistemas financiados por contribuições sobre a folha de salários, aumentando o descompasso entre os cidadãos que demandam as políticas de manutenção de renda e de acesso garantido a serviços e os contribuintes responsáveis pelo pagamento de sistemas de saúde e previdência, além do seguro desemprego. No primeiro tipo de *welfare*, aumenta o déficit orçamentário; no segundo, os custos indiretos do trabalho.

No caso do Canadá, apesar de seu sistema de saúde estar em primeiro lugar no *ranking* dos símbolos nacionais, paira sobre ele a ameaça de aumento dos custos públicos e pri-

⁶ Nem sobre este ponto há consenso. Veja-se Théret (1999), em seu brilhante trabalho sobre o federalismo no Canadá.

vados, na medida em que os serviços públicos e privados não serão mais financiados pela Lei Canadense de Saúde. O desafio presentemente enfrentado pelo país tem sido manter a universalidade do sistema de saúde e preservá-lo, evitando a situação na qual a provisão de serviços se faria em função da capacidade de pagamento e não da necessidade.

Submetido à concorrência com os Estados Unidos, o Canadá surpreendentemente percebe seu sistema de saúde como uma vantagem econômica comparativa, tendo em vista seu custo mais barato, sua maior eficácia e seu papel simbólico como expressão da coesão social (e nacional) canadense (MAXWELL, s. d.). Assim, na visão de especialistas do governo federal canadense, o verdadeiro risco é social e se expressa “no risco de destruição do capital social sobre o qual o projeto político federal canadense e sua inserção na globalização estão apoiados teoricamente». Na mesma perspectiva, o risco político consiste na possibilidade de “perda da coesão social e de explosão da sociedade canadense, tendo em vista seu caráter federal descentralizado e a possibilidade bastante séria de uma desagregação territorial acentuada”.

Em geral, uma crise social ligada a um tipo de organização e gestão da economia de mercado não traz consigo, necessariamente, o risco de destruição da unidade geopolítica de um país. No caso canadense, entretanto, o risco existe, e a noção de coesão social em escala, do Canadá como um todo, tem também o sentido da coesão territorial, dado que supõe a constituição de valores e diretrizes comuns de governo, a redução das disparidades na renda e na riqueza e, de modo geral, a capacidade de transmitir aos cidadãos o sentimento de engajamento em um objetivo comum, que implica o enfrentamento coletivo das dificuldades e o sentimento de pertencer a uma só comunidade (THÉRET, 1999).

Não só o Canadá, mas também a Inglaterra e os Estados Unidos vêm utilizando o mercado como instrumento de racionalização de custos e de gestão, como resposta ao repto neoliberal posto à política social. Se a mera devolução ao mercado fosse uma resposta única ao desafio de redução de custos, a configuração institucional de cada país seria irrelevante. Entretanto, apesar de esses países usarem os mercados na política de saúde como arma de contenção de custos, cada trajetória na direção de maior participação do mercado assumiu contornos e conseqüências nitidamente distintos.

A Grã-Bretanha, sob a hegemonia tatcherista, embora profundamente comprometida com soluções de mercado, não pôde aplicar as estratégias típicas no caso de seu sistema de saúde. Quando o mercado foi introduzido no sistema estatal e universal de saúde,

o pensamento dominante era fortalecer o poder local. Verificou-se, entretanto, que a necessidade de evitar grandes desigualdades na configuração dos sistemas de saúde requeria a presença do poder central na regulação do mercado, o que limitou a reforma no sentido de frear o excesso de descentralização, hoje totalmente revertido. Tanto no Canadá como na Inglaterra, a universalização “não foi sacrificada no altar da redução de custos” (GIAIMO, 1999).

No caso norte-americano, ao contrário, o mercado de serviços de saúde é o menos regulado, em que pese a intenção expressa pelo presidente Clinton, logo derrotada, de acentuar seu caráter público. Não só o projeto político-democrata não vingou como o país passou por profunda mudança, sob a denominação da *managed competition* (Enthoven, 1985, 1988, 1993), na verdade uma *unmanaged competition*. Nos Estados Unidos, nem foram controlados os custos, nem se avançou em termos de equidade ou de confiança e apoio do povo americano ao projeto social.⁷

Visando a enfrentar questões de equidade no acesso, diante da hegemonia das soluções de mercado, os Estados Unidos estabeleceram barreiras para o acesso gratuito aos serviços de saúde, com discriminação positiva para os muito velhos, os muito pobres e os inválidos. Estes são os elegíveis ou *deserving* para a política pública de saúde.⁸ Os extremos da mercantilização dos serviços de saúde revelam-se na exclusão do acesso aos mais pobres com base na seleção adversa dos menores riscos. Como demonstrado pelo caso norte-americano, o próprio mercado torna-se responsável pelo surgimento de novas questões e problemas, entre os quais a ampliação do gasto e a diminuição do controle público ou da atividade regulatória do Estado, que deveria acompanhá-lo.

Os elementos antes assinalados permitem estabelecer um modo de aproximação à análise dos sistemas de saúde suplementar no contexto dos sistemas de saúde, no qual deveriam ser destacados:

1. a natureza do sistema (se previdenciário, se de saúde ou misto);
2. a forma de regulação (que depende do *mix* público-privado, das funções e das finalidades do seguro privado, das aspirações das clientelas, etc.);

⁷ E, no entanto, os custos de fato elevaram-se nas últimas décadas, por vários fatores endógenos aos sistemas. De início, cumpre assinalar o papel da demografia nesse processo, ampliando os gastos *per capita* associados aos serviços de saúde relativos a idosos. Em seguida, a multiplicação das famílias uniparentais, que amplia a pressão por financiamento público relativo aos gastos diretos e indiretos com a saúde infantil de crianças menos protegidas financeiramente. A predominância de formas de pagamento baseadas em *fee-for-service* e estimativas de custos é mais onerosa e de mais difícil controle do que os gastos baseados em *per capita* e pagamentos pautados por níveis de salários.

⁸ A definição de *deserving poor* adotada nos Estados Unidos contrasta curiosamente com a do Reino Unido, prévia à criação do National Health Service. Sob a égide da Lei dos Pobres, os *undeserving poor*, que não eram *working class* e, sim, pessoas em condições de extrema pobreza, eram tratados nos hospitais municipais e por médicos empregados pelas autoridades segundo as determinações da lei.

3. o *mix* de financiamento (se impostos ou contribuições, se fundos específicos ou receita geral, quanto é o *out-of-pocket*, se há ou não renúncia de arrecadação para o segmento privado). Dele também depende a capacidade regulatória do Estado; e
4. a forma de gestão (se há ou não contratualização de serviços, e em que dimensão e grau de autonomia).

Todas essas questões, uma vez consideradas, ajudam a especificar a relação público-privada e introduzem na discussão um conceito útil à abordagem comparativa da relação entre a política pública de saúde e o setor privado. Esse conceito é o de *público não estatal*, que amplia a discussão da relação público-privada além dos limites convencionais, determinados por definições jurídicas de propriedade.

■ 3. Inovações na regulação da saúde

Desde logo, há de se destacar que em todas as situações, seja por meio dos modelos de proteção social, seja por causa dos valores a eles associados, estabelece-se uma relação entre o mercado e a política pública de saúde. Tal relação definirá tanto a capacidade de regulação direta e indireta do Estado como sua função dentro do modelo.

Várias são as abordagens possíveis na apresentação das inovações na regulação da saúde. Desde logo, importa a *configuração institucional* do setor, que define o sistema de saúde, que pode ser comandado pelos ministérios da Saúde e da Previdência Social, combinados ou não com setores de assistência médica supletiva, sindicatos e outras organizações coletivas e, no limite, com um sistema de pagamentos diretos. Além disso, os serviços podem ser mais ou menos centralizados, ou mais ou menos indiretos. Podem, finalmente, ser mais ou menos abrangentes — mais amplos que os serviços diretos, como no caso de controle de vetores, saúde ambiental, tratamento de água e pesquisa médica.

A *matriz de financiamento* do setor também pode ser desdobrada em um leque de combinações de impostos e contribuições, subsídios e renúncia fiscal em geral, cobertura de seguros e pagamentos *out-of-pocket*. Em termos de remuneração dos serviços, existem também vários sistemas de pagamento, seja por procedimento, seja por critérios de repartição baseados em *per capita*. A análise do gasto pode verificar sua composição e adequação, assim como a correspondência entre incentivos e programas e, finalmente, a redistribuição regional dos recursos alocados.

Os estudos mais significativos sobre os sistemas de saúde procuram relacionar as fontes de receita com a gestão e a provisão do financiamento da saúde. Nesse emaranhado de possibilidades, optou-se por aprofundar em etapas sucessivas os distintos aspectos aqui

enunciados, utilizando-se como recurso expositivo a *relação entre o mercado e a saúde* para expressar as diferenças de interesses entre os vários segmentos de consumidores e prestadores, bem como para destacar as intermediações mais relevantes operadas por essa relação, sem a qual a configuração dos vários aspectos mencionados se reduz a uma escolha de técnicas. Dessa relação dependerá a definição de clientela, os tipos de prestação, a natureza do seguro, em síntese, a capacidade de regulação direta e indireta do Estado sobre o sistema de saúde, aqui considerado de forma abrangente.

Temas

Com relação aos casos analisados, observa-se que a natureza pública ou privada dos sistemas não é em si mesma redutora de custos, mas a forma de gestão sim. Por sua vez, na diferenciação das formas de gestão, não há evidência de vantagens de custo e cobertura no *managed care*, se comparado a formas de contratação direta de unidades de prestação de serviços.

Entretanto, a natureza pública dos sistemas de saúde é elemento decisivo na diferenciação do Custo País (exemplos do Canadá ou da harmonização europeia) e dos custos dos sistemas nacionais de saúde. Onde se recorre ao modelo residual, apesar de sua natureza intrinsecamente restritiva, a segmentação de clientela implica superposição de ações, dada a impossibilidade de delimitá-las claramente, o que neutraliza parte da “economia” potencial associada à restrição.

Numa perspectiva mais ampla faz diferença, para a regulação, se o caráter subsidiário é atribuído ao setor público ou ao setor privado. Finalmente, faz diferença o correto equacionamento da esfera regulatória no setor público e a separação das responsabilidades pelo financiamento e pela regulação da oferta e da prestação dos serviços.

■ 4. Panorama internacional

Uma breve análise dos sistemas de saúde vigentes em países relevantes à comparação com o Brasil revela que o caso mais significativo é o dos Estados Unidos, pela segmentação entre as clientela do setor público e do setor privado.

Outros países, como o Canadá, a França e a Dinamarca, utilizam o seguro privado de forma residual para cobrir gastos “supérfluos”, como hotelaria, livre escolha de médicos e tratamento odontológico, em adição a um programa público universal financiado por impostos ou contribuições. No caso da Alemanha, o seguro privado funciona como um

seguro substitutivo, referido a certas faixas de renda mais altas, que optam pela livre escolha de médicos e hospitais e maior valor da cobertura. Mesmo nesse caso, há regulação estatal estabelecendo tetos para prêmios nas faixas etárias de maior risco, bem como a obrigatoriedade de complementação de planos, no caso dos funcionários públicos, havendo, até mesmo, grande integração entre os dois subsistemas. Já o sistema holandês de saúde é uma combinação de seguro público e privado com cobertura quase universal. Há uma distinção bem definida entre prestadores de serviço (instituições independentes não lucrativas, diversas categorias de profissionais de saúde contratados ou trabalhando por conta própria, etc.) e compradores (administradores dos fundos de seguridade).

No continente norte-americano, vale comparar Canadá e Estados Unidos, dado que a partir de lógicas de proteção distintas ambos vêm utilizando o mercado como instrumento de racionalização de custos e de gestão. Entretanto, apesar de esses países usarem os mercados na política de saúde como arma de contenção de custos, cada trajetória na direção de maior participação do mercado assumiu contornos e conseqüências nitidamente distintas.

4.1 Canadá x Estados Unidos

A política de saúde do Canadá (WHITE, 1997) caracteriza-se pela natureza pública de seu financiamento e pela universalidade do acesso. Na federação canadense, cada estado é responsável por assegurar a administração dessa política em seu território, a partir da adesão ao *Canada Health Act*, que dispõe sobre a natureza do sistema quanto à:

- abrangência, significando a cobertura de todos os serviços médicos necessários;
- universalidade, traduzida como a garantia de acesso a todos os residentes legais, com um período de carência de três meses;
- gestão pública, diretamente pelos governos estaduais ou por autoridades por eles investidas desse poder;
- mobilidade ou à garantia do acesso fora de seu estado de residência; e
- acessibilidade, o que significa inexistência de barreiras ou limites financeiros ao acesso, admitindo-se a ausência de ônus adicionais aos pacientes e, eventualmente, o rateio de custos extras entre o governo federal e as províncias.

Em termos de financiamento, o sistema depende da receita geral dos estados, de transferências federais redistributivas em favor dos estados mais pobres e, em poucos casos, de contribuições compulsórias feitas pelos empregadores. Em 1995, as transferências federais aos governos provinciais representavam cerca de 32% dos gastos de saúde

comandados pela administração estadual, revelando significativa queda em relação aos valores observados de transferências, que então representavam cerca de 44% do total de gastos.

No pacote mínimo coberto pelas províncias, há pequenas diferenças quanto à quiroprática, à oftalmologia, à fisioterapia e aos cuidados adicionais em casa após o período de internação. Nada pode ser cobrado da população que utiliza o sistema público em adição aos serviços cobertos. Entretanto, existem pagamentos *out-of-pocket* praticados por pacientes dispostos a pagar o custo total dos serviços a poucos médicos cuja prática é totalmente externa ao sistema público.

Existe também em cada província um sistema menos homogêneo de cobertura de despesas com medicamentos, também de acesso generalizado, que favorece em geral os idosos, os indigentes e os deficientes. Tal sistema cobre em média 40% dos medicamentos prescritos não fornecidos pelos hospitais.

O seguro privado não pode, por lei, concorrer na faixa de serviços disponíveis na rede pública. Entretanto, a ele é facultado operar de forma complementar, e cerca de 80% da população dispõe de algum tipo de cobertura adicional para quartos privados, despesas com medicamento, tratamento dentário, usualmente financiada pelos empregadores. Essa cobertura dá direito à renúncia fiscal por parte dos empregadores.

Observa-se no Canadá o crescimento da participação do setor privado nos gastos de saúde, de 23,8% em 1984 para 28,2% em 1994. Isso não significa, no entanto, idêntico crescimento na oferta de serviço, dado que o processo de controle de custos aplicado à rede direta ou indiretamente comandada pelo setor público não se aplica ao segmento privado do mercado, no qual os graus de liberdade são maiores.

Nos Estados Unidos, em contrapartida, o sistema de saúde revela um mosaico não muito bem encaixado de sistemas, situações e padrões de financiamento e de acesso a serviços, no qual se destacam programas governamentais em nível nacional, programas federais e estaduais e sistemas privados em suas várias modalidades.

Estudos bastante confiáveis realizados em 1995 estimam que existiam nos Estados Unidos 37 milhões de adultos não cobertos por qualquer tipo de seguro naquele ano. Isso significa um número maior de americanos não cobertos, se incluídas as crianças das mesmas famílias (PEAR, 1996). Diferenças sobre a metodologia adotada podem implicar outros resultados, ao apontar a existência de 39,4 milhões de americanos não cobertos por nenhum plano em 1994 (BUREAU of Census Current Population Survey, 1994), ou seja, 17% dos não-idosos nos Estados Unidos.

Diferenças à parte, ambos os resultados são significativos e indicam que existe nos Estados Unidos uma proporção da população não segurada maior do que em qualquer país avançado no pós-guerra. Indicam também que o sistema de seguro norte-americano apresenta características de instabilidade igualmente únicas, dada sua dependência do vínculo de trabalho e da iniciativa do empregador, o que implica, para os indivíduos, a possibilidade de conviver com períodos de carência e não-cobertura em caso de mudança de emprego.

Os seguros públicos destinam-se aos idosos e aos indigentes; para estes, pode-se dizer que a cobertura está muito abaixo do seguro privado das grandes empresas e abaixo da média das pequenas. Entretanto, ao mesmo tempo, apesar do grande número de não-segurados, a queda dos pagamentos *out-of-pocket* vem sendo vertiginosa, o que significa, de um lado, um aumento de indivíduos não tratados e, de outro, o impacto da pesada regulamentação controlando os custos e o co-pagamento nos sistemas cobertos pelo *managed care*.

Não cabe, aqui, mais do que assinalar, de modo rápido, que o *Medicare* é um seguro hospitalar e um seguro suplementar altamente subsidiado para os pobres idosos. Cerca de 70% dos idosos americanos têm algum tipo de *Medigap* (WHITE, 1997). Outros, pela pobreza, têm direito ao *Medicaid*. Assim, há um certo espaço para alargar o escopo da cobertura no caso dos idosos.

O *Medicaid* é um fundo federal e estadual que atende 35 milhões de beneficiários pobres (jovens ou idosos). Há uma superposição entre o *Medicare* e o *Medicaid*, dado que uma parte da população é coberta pelos repasses do governo federal aos estados por meio do acesso ao *Medicaid*. De fato, o *Medicaid* não é disponível para todas as pessoas definidas como pobres (renda anual de U\$ 11.890 para uma família de três pessoas), cobrindo a metade dos pobres por essa definição. A elegibilidade para acesso inclui requisitos definidos em nível federal e estadual.

Muitos estados recusam o acesso de famílias que deveriam ser cobertas pelo *Aid to Families with Dependent Children* (AFDC), em função do grau de autonomia estadual na fixação das barreiras à entrada. Para os que conseguem o acesso aos benefícios, a cobertura é satisfatória, muito completa e coerente, incluindo serviços domiciliares, custos de transporte, fisioterapias, logopedia, serviços oftalmológicos e dentários. Se isso é verdade quanto à cobertura, o mesmo não pode ser dito a respeito das remunerações por procedimentos, que se situam, particularmente no que se refere à assistência ambulatorial, em níveis inferiores aos demais pagadores.

A própria complexidade das condições de elegibilidade reduz a efetividade do *Medicaid*, uma vez que as pessoas podem estar incluídas e excluídas da cobertura pelo período de duração de uma gestação, dificultando a continuidade de tratamentos. Há uma diferenciação clara entre os idosos e os 70% de mulheres com famílias uniparentais, que representam 70% da clientela e apenas 30% dos gastos. Uma parte se explica pela diferença de custos entre as duas populações. A outra, entretanto, está por ser explicada.

O sistema norte-americano também oferece recursos compensatórios a hospitais cuja composição da clientela é excessivamente sobrecarregada pelas baixas remunerações do *Medicaid*. Em compensação, cabe aos governos locais a exclusiva responsabilidade pela manutenção de hospitais públicos preexistentes à criação do *Medicaid*.

Quanto ao seguro privado, a regulamentação dos estados é específica. Os planos variam e indicam particularidades na contribuição dos empregadores, relativamente a um aporte de recursos correspondente à receita geral. De fato, a dedução por conta da renúncia fiscal facultada aos empregadores significa, nos Estados Unidos, uma redução importante para o Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas. Se, de um lado, há pagamentos aparentemente maiores pelos empregadores, parte deles é dedutível da renda tributável, sendo o balanço desconhecido.

A complexidade do sistema de seguros americano é ainda maior, se pensada em termos da legislação. Não há compulsoriedade na constituição de seguros de saúde para os empregados – o que tem como conseqüência que apenas 25% dos trabalhadores ativos em firmas de menos de cinco empregados pertenceriam a seguros organizados por seus empregadores. Há também uma correlação positiva entre baixos salários, rotatividade no emprego e a condição de não-segurado. Muitos dos seguros são extremamente restritivos, limitando o total de despesas, excluindo trabalhadores em atividades de maior risco e dirigindo-os para situações de *managed care*, nas quais não há livre escolha de médicos ou de hospitais e, no limite, tampouco escolha entre planos.

Nos últimos anos, vem-se observando uma tendência de diminuição da oferta de seguros por parte dos empregadores. Entre 1989 e 1992, o número de grandes empresas que organizavam seguros em grupo para seus empregados havia baixado de 92% para 82% do total das empresas (WHITE, 1997). Em suma, a cobertura dos seguros de saúde nos Estados Unidos divide-se em partes iguais, entre o financiamento público, os aportes dos empregadores⁹ e os pagamentos diretos *out-of-pocket*. Os programas financiados pelo setor público oferecem menor cobertura que os sistemas nacionais de saúde de outros

⁹ Combinados com significativo gasto indireto do Estado. A participação da renúncia de arrecadação nos gastos de saúde será detalhada na parte 5 deste trabalho.

países desenvolvidos, sendo ao mesmo tempo muito restritivos em suas condições de elegibilidade. O segmento privado é extremamente variado.

Dado que, em última instância, o seguro pode ser considerado como salário indireto, associado a diferenças nos contratos de trabalho, existem diferenças por tipo e tamanho de empresa, natureza e duração do vínculo, nível salarial, etc., que não se mantêm nas situações de mudança de emprego, discriminando assim as atividades de mais alta rotatividade e menos qualificação. Um percentual expressivo de norte-americanos (cerca de 19%) não se enquadra nas circunstâncias anteriormente descritas, comprando diretamente os serviços, constituindo-se em um mau risco para os provedores e uma carga adicional para o Estado.

Diferenças na oferta de serviços

Com matrizes tão diversas de financiamento, era de se esperar que os resultados da política de saúde dos Estados Unidos e do Canadá fossem bastante diferentes. No entanto, as diferenças não são marcantes. No início da década de 1990, a oferta de leitos em hospitais de emergência no Canadá era de 4,14 por mil habitantes, enquanto nos Estados Unidos era de 3,6 por mil na mesma época. O número de médicos por mil habitantes era de 2,2 no Canadá e 2,3 nos Estados Unidos. O número de enfermeiras qualificadas no Canadá era praticamente o dobro¹⁰ dos Estados Unidos (1,7 contra 6,5) (OECD, Health Data, 1993).¹¹

As vantagens dos Estados Unidos sobre o Canadá, na qualidade dos serviços, destacam-se apenas na ponta das intervenções mais onerosas e de mais alta tecnologia, que não são avaliadas sem questionamentos como as mais necessárias para a população. Fazem-se menos cirurgias cardíacas de alto risco e existem menos unidades coronarianas no Canadá. Não obstante, o número de visitas médicas é maior no Canadá e são mais freqüentes as internações.

A primeira conclusão do estudo realizado por White (1997) é que grandes despesas em saúde deveriam comprar grandes quantidades de serviços, mas a remuneração privada pelos serviços não garante sua melhor qualidade; e pagar muito mais do que todos também não garante necessariamente a melhoria da qualidade. Por mais ressalvas que se faça a comparações, o desempenho do gasto público canadense relativo ao gasto

10 White chama a atenção para a possibilidade de que tais diferenças se devam a formas de classificação diversas, uma vez que vários profissionais de saúde recebem a denominação de nurse (WHITE, op. cit.).

11 Essas comparações puderam ser feitas com relativa segurança quanto à sua comparabilidade, dadas as semelhanças na formação médica e na organização hospitalar entre os dois países.

(maior) americano não se refletiu nem em diferenças de acesso, nem em equidade e qualidade que correspondam às diferenças de gasto.

Ao contrário, em termos do controle de custos e comparando-se estritamente os gastos hospitalares e ambulatoriais entre os dois países, algumas diferenças saltam aos olhos - em geral desfavoráveis aos Estados Unidos no que diz respeito à evolução observada. A comparação é ainda mais legítima se levarmos em conta que se trata de dois Estados organizados de forma federativa, onde o gasto público em saúde conta com aportes do governo da União e dos estados, majoritariamente.

Os hospitais canadenses operam segundo a lógica orçamentária, cabendo às províncias alocar seus recursos próprios e as transferências do governo federal de acordo com as características dos serviços e as prioridades locais. O fato de haver uma regionalização dessa alocação permite, de um lado, corrigir na margem efeitos alocativos perversos na oferta de serviços e, de outro, em tempos de restrição orçamentária, quando se verificam déficits fiscais, o incrementalismo típico da lógica orçamentária, que requer fundamentação bastante consistente. Comprovada a má gestão, os recursos podem ser alocados em outros serviços, havendo assim uma competição por recursos dentro do orçamento com base em padrões de desempenho e de capacidade de reduzir custos.

Dado que uma parte dos serviços é produzida por médicos não assalariados, de acordo com critérios *fee-for-service*, os médicos, a partir desse incentivo, empenham-se em maximizar o número de altas e reavaliar seus procedimentos.¹² Fazem parte dessa reavaliação a introdução mais rápida de cirurgias menos invasivas e novas formas de anestesia que aceleram as altas hospitalares.

Não se pode afirmar que esse processo ocorra sem ônus para a população. A tendência mundial, reproduzida no Canadá, de intensificação dos tratamentos feitos sem internação e monitorados por atenção domiciliar amplia a carga sobre os familiares, particularmente nas famílias de faixa etária mais avançada.

Mas é inegável também que a situação norte-americana é menos organizada, surpreendentemente menos regulada. O primeiro nível de confusão decorre do fato de que os mesmos provedores recebem diferentes níveis de remuneração pelos mesmos serviços, gerando uma dificuldade de apropriação contábil de seus custos. A duplicidade de lógicas de remuneração, particularmente no corte público privado, faz dominar a lógica pública de remuneração pela clientela do *Medicaid* em termos *per capita*, induzindo pressões por conduta semelhante nas transações do seguro, embora estes sejam financiados de forma diversa.

¹² Esta é talvez a maior diferença entre o sistema canadense e o do Reino Unido, onde domina o assalariamento, não havendo portanto grande incentivo a aumentos na produção e na produtividade.

Os hospitais podem cobrar a diferença dos pacientes, enquanto a remuneração aos médicos também não é padronizada. Nasce assim o *managed care*,¹³ que é a permissão dada às seguradoras de negociar a regulação do volume da atenção, assim como o preço. Os médicos responsáveis pela atenção primária passam a responder pelo acesso a especialistas e pela minimização do risco, o que pode ser altamente discriminatório. Nos Estados Unidos, o acesso difere da triagem feita pelos *General Practitioners* (médicos generalistas), dado que o destino do paciente é um serviço financiado publicamente, e o risco é diluído pela população. Na atenção segmentada, essa diluição de risco é menos possível.

O *Medicaid*, após inúmeros problemas e dada sua posição compradora extremamente expressiva no conjunto da população, optou pela padronização das necessidades de recursos associados a cada serviço.¹⁴ Entretanto, nas últimas décadas, o Congresso tem ampliado a clientela, particularmente na população infantil, e o envelhecimento da clientela vem impondo maiores ônus ao sistema público. Assim, crescem as pressões por financiamento público, enquanto cai o gasto associado ao seguro privado, não tanto pelo efeito do *managed care*, mas pelo aumento do número de segurados não elegíveis ao sistema público. Assim, paradoxalmente, talvez porque não haja integração dos procedimentos de cada provedor para reduzir seus custos, o êxito canadense baseado em controles orçamentários regionalizados e num sistema de incentivos tem produzido melhores resultados.

A conclusão mais interessante da comparação é que ela não fornece evidências de que a diluição do risco no seguro em grupo ou as regras de mercado aplicadas pelo *managed care* sejam mais eficazes do que os controles orçamentários canadenses, ou do que a contratualização aperfeiçoada em vários países europeus, ambos referentes a sistemas públicos e universais de saúde.

4.2 Canadá

O sistema de saúde do Canadá é predominantemente financiado pelo setor público, com execução privada das ações relativas à política de saúde e gestão predominantemente estadual (provincial) de governo. Embora existam dez províncias e dois programas territoriais de saúde, os padrões nacionais para hospitais e serviços de saúde são estabelecidos em legislação federal, o *Canada Health Act*, que assegura um nível mínimo de

13 Não há evidências de que eventuais bons resultados em *managed care* possam ser generalizados.

14 Esta padronização obedeceu a resultados de pesquisa realizada na Harvard School of Public Health por William Hsiao e sua equipe. Há controvérsias a respeito dos resultados, alegando-se que se deu um conteúdo científico à incorporação de maior valor a serviços, por iniciativa da American Medical Association.

uniformidade normativa, de recursos e de serviços em todo o país. O governo federal financia as províncias por meio de transferências fiscais condicionadas à adesão dos governos estaduais aos padrões por ele estabelecido por intermédio do *Canada Health and Social Transfers*.

Por meio das redes provinciais de hospitais públicos e de estabelecimentos autônomos de saúde, todos os canadenses têm acesso aos hospitais e aos médicos que forem necessários, sem ônus para o usuário.

Os residentes em uma província mantêm seu direito de cobertura quando fixam residência em outra província ou se deslocam entre províncias, embora possam existir algumas restrições quanto à cobertura no exterior. Não existem deduções, co-pagamentos ou limites em dinheiro quanto à cobertura de serviços segurados. Os médicos não pertencem aos quadros do funcionalismo público e são remunerados na base *fee-for-service* diretamente pelo governo.

Além da cobertura básica para gastos hospitalares e cuidados médicos, os governos estaduais cobrem alguns gastos, como medicamentos, cuidados dentários, oftalmologia, equipamento ortopédico e outros. Tais benefícios são em geral direcionados para certos grupos da população, como idosos, crianças e carentes. Dado que muitos canadenses são responsáveis diretos pelo pagamento dessas despesas, existe um espaço para a atuação do seguro privado exatamente nessas brechas da cobertura estatal.

Custo e financiamento do sistema de saúde

O sistema público de saúde do Canadá é essencialmente financiado por impostos, em particular pelo imposto de renda estadual e federal e, complementarmente, pelo imposto sobre o valor adicionado e por receitas de loterias. Duas províncias (Alberta e Columbia Britânica) usam também o aporte de contribuições para um fundo de saúde. Esse aporte, entretanto, não é baseado em cálculo de risco nem constitui pré-condição para o acesso ao tratamento.

Os gastos totais de saúde no Canadá, em 1997, representavam 9,1% do PIB, decrescentes em relação aos 10,2% de 1992. O governo responde, de acordo com dados mais recentes, por cerca de 70% desse total, enquanto os gastos por seguro e *out-of-pocket* contribuem com os restantes 30%. Do total geral, 46,4% financiam os hospitais, 14,4% representam pagamentos aos médicos e 13,7% compras de medicamentos. O resíduo destina-se a tratamentos odontológicos e oftalmológicos, pesquisa e planejamento.

O seguro de saúde privado

O segmento privado de planos de saúde no Canadá pode ser dividido em cinco categorias: seguros de vida, seguros residenciais e de acidentes, sociedades religiosas ou filantrópicas, sociedades não lucrativas e empregadores.

- **Seguro de vida**

A maior parte do seguro privado no Canadá está associada aos planos de seguro de vida, que representavam, em 1997, CD\$ 7,8 bilhões ou 22,7% da receita de seguros, totalizando pagamentos de CD\$ 6,6 bilhões, segundo o Canadian Life and Health Insurance Association.

- **Seguros de propriedade e acidentes**

O segmento de seguro de saúde constitui uma fonte marginal de receita para este setor. Poucas empresas de seguro geral participam desse mercado, no qual as contribuições referentes a seguro de saúde representam apenas 1,9% da receita líquida de contribuições do setor.

- **Sociedades filantrópicas**

Tais sociedades operam com finalidades filantrópicas e religiosas na cobertura de seus associados e familiares em relação à cobertura de acidentes, doença e morte.

- **Sociedades não lucrativas**

Os principais provedores não lucrativos de cobertura de saúde no Canadá integram a Associação Canadense de Planos da Blues Caos, que opera regionalmente (Atlântica Canadá, Quebec, Ontário, Maniçoba, Saskatchewan, Alberta/Northwest Territories, British Columbia/Yukon). Em adição à cobertura de saúde, as empresas da Blue Cross oferecem aos canadenses planos de viagem e seguros de vida. A Blue Cross administra mais de CD\$ 1,6 bilhão em receitas anuais.

- **Empregadores**

O seguro de saúde é em alguns casos de responsabilidade direta dos empregadores, em geral administrados por companhias de seguro que, entretanto, não garantem os benefícios.

Produtos e benefícios

Embora existente também em base individual, o seguro de saúde privado no Canadá é normalmente oferecido a grupos por intermédio das associações de empregadores ou de natureza profissional. Os produtos classificam-se em três categorias: atenção à saúde, rendas de incapacidade e seguro odontológico.

- **Atenção à saúde**

O seguro cobre as despesas médicas e hospitalares não incluídas no sistema público de saúde, tipicamente o custo de quartos privados e semiprivados nos hospitais, custos no exterior, medicamentos, serviços especiais de enfermagem, serviços ambulatoriais e custos diversos, como cadeiras de roda, muletas, óculos, quiroprática. Em geral, essa cobertura é parcial, requerendo co-pagamento. Além disso, freqüentemente há um teto de cobertura anual.

- **Seguro em dinheiro para incapacidade**

Também chamado seguro para a perda de salário, o seguro para incapacidade substitui a renda do trabalho na incapacidade de curto e longo prazos. Os planos de curto prazo iniciam os pagamentos no primeiro dia da perda de capacidade laborativa ou logo depois, enquanto os de longo prazo têm prazo estipulado no plano para seu início. Os benefícios são integrados aos planos governamentais, de modo que as compensações não excedam um determinado percentual da renda dos indivíduos.

- **Seguro odontológico**

Tais planos usualmente cobrem serviços preventivos e de manutenção, assim como a maior parte dos de restauração. Normalmente implicam co-pagamentos e tetos anuais de cobertura. De acordo com a Canadian Life and Health Insurance Association, o seguro de saúde era seu produto mais popular em 1997, cobrindo cerca de 21,3 milhões de pessoas. Em seguida, vinham o seguro odontológico e a renda por incapacidade, que cobriam respectivamente 14,1 e 7,8 milhões de pessoas.

A regulação do seguro

No Canadá, as seguradoras ativas são iniciativas nacionais, organizadas como companhias ou sociedades de mútuos, ou empresas estrangeiras que operam no Canadá por meio de filiais registradas. Embora a criação de sociedades anônimas seja autorizada pela legislação federal ou da província onde a empresa opera, em geral opera-se de acordo com a legislação federal.

A regulação canadense sobre seguro discrimina entre o seguro de vida e as demais modalidades de seguro. Não existe marco regulatório específico para o seguro de saúde. Na jurisdição compartilhada entre o governo federal e as províncias, as empresas que operam no nível federal e as estrangeiras estão sujeitas ao *Insurance Companies Act* do governo federal. No caso de ações em nível federal, a legislação estabelece a regulação

da capacidade comercial e de investimento das empresas, o regime de gestão corporativa e as diretrizes para alterar a estrutura corporativa.

Para as empresas de âmbito nacional, assim como para as estrangeiras, a legislação estabelece níveis de reservas e requisitos mínimos de capital e ativos. A lei exige também relatórios financeiros e avaliação de risco pela Superintendência das Instituições Financeiras.

As sociedades anônimas regidas pela legislação estadual estão sujeitas a marco regulatório similar imposto pelas províncias que têm autonomia de supervisão e controle, exceto em duas províncias que têm acordos com o governo federal para essa supervisão. A regulação do *marketing* de produtos de seguro, credenciamento e conduta dos agentes, bem como o sigilo do consumidor estão na competência provincial.

O financiamento dos seguradores privados

As companhias de seguro não estão autorizadas a realizar depósitos no Canadá. Entretanto, podem emitir títulos autorizados por seus pares. Em particular, essas participações acionárias ou *common shares* permitem a seus detentores votar em assembleias de acionistas, receber dividendos e valores residuais da empresa em caso de sua dissolução.

Há regulamentação referente ao nível máximo de débito agregado, que não deve exceder 20% dos ativos para seguro de vida. Restrições similares aplicam-se às companhias provinciais.

■ 5. Os sistemas europeus

Por razões essencialmente históricas, os países europeus organizaram seus sistemas de saúde coletiva de diferentes maneiras. Podem ser destacados dois modelos, segundo a maneira de realizar a captação de recursos: o primeiro baseado na taxação (impostos), chamado de “sistema Beveridge”, e o segundo em contribuições sociais, ou “sistema bismarckiano”.

Dinamarca, Grécia, Espanha, Irlanda, Itália, Noruega, Portugal, Finlândia, Suécia e Inglaterra fazem parte do primeiro grupo, enquanto França, Liechtenstein, Luxemburgo, Holanda, Áustria e Suíça, do segundo.

As proporções do *funding* variam enormemente dentro desses modelos, a ponto de certos países serem tidos como sistemas “mistos” (casos da Grécia e da Holanda). Há muitas diferenças nessa área.

Contudo, podem ser destacados pontos significativos em comum:

- a importância que todos os cidadãos dão ao "direito de acesso" ao sistema de saúde;
- a cobertura, que passou a ser total por ser universal e baseada na residência (nos sistemas mantidos por taxaço) ou por ser compulsória e baseada (principalmente) em atividades profissionais dos segurados nos países que têm um modelo de seguro social; e
- a solidariedade, entendida como um valor subjacente a todos os sistemas de saúde pública europeus, não importando se são norteados pela universalidade de sua construção, com base no princípio da redistribuição entre ricos e pobres, sadios e doentes, empregados e desempregados, jovens e velhos (modelo fundado em taxaço), ou pela "mutualidade" entre grupos sociais e categorias de empregados (próprio dos modelos de seguro social).

5.1 Dinamarca

O sistema de saúde dinamarquês é de natureza universal (para todos os residentes no país) e compreende serviços hospitalares e de atenção básica, inclusive programas de prevenção de doenças. A maior parte da responsabilidade por serviços de atenção básica e hospitalar é atribuída ao nível regional de governo, enquanto os governos locais são responsáveis pelo *home care* (enfermagem, visitas pediátricas, etc.), saúde e serviços odontológicos nas escolas.

O financiamento do sistema depende essencialmente da receita tributária, mas eventualmente cabe aos pacientes arcar com parte das despesas. Em 1995, o gasto público total com serviços de saúde representava 6,6% do PIB.

• Serviços hospitalares

Os serviços hospitalares cobrem todo o espectro de doenças físicas e mentais e oferecem serviços de diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde. Incluem parto e permanência em serviços de recuperação. Os pacientes são encaminhados aos serviços gratuitos por médicos generalistas ou pelas unidades de emergência dos hospitais. Nos hospitais públicos, inexistente a possibilidade de pagar por tratamentos especiais (e dispor deles), como quartos semiprivados ou privados, etc.

- **Atenção primária**

O sistema de seguro nacional de saúde na Dinamarca opera com dois grupos, e qualquer pessoa acima de 16 anos pode escolher entre os grupos, embora 97,6% da população tenha escolhido o grupo 1. Crianças abaixo de 16 anos estão no mesmo grupo de seus pais. A única diferença entre os dois grupos refere-se aos médicos generalistas e aos especialistas.

Grupo 1: os integrantes do grupo 1 escolhem seu próprio médico generalista, e o tratamento é grátis. Só se pode mudar de médico uma vez ao ano. Se o paciente deste grupo é encaminhado pelo clínico-geral ao especialista, o tratamento também é grátis. O clínico e o especialista devem ser credenciados pelo Sistema Nacional de Seguro de Saúde.

Grupo 2: os integrantes do grupo 2 podem mudar de clínico-geral quando quiserem e não precisam ser encaminhados pelo clínico ao especialista. Em contrapartida, pagam parte das despesas médicas, recebendo como aporte do governo o mesmo valor pago pelo sistema público ao grupo, sendo, entretanto, permitido a seus médicos cobrar mais que a tabela, o que não ocorre no grupo 1.

- **Dentistas**

A população tem livre escolha de dentistas, e um acordo com o sistema nacional de seguro de saúde garante o reembolso de aproximadamente 40% das despesas referentes ao tratamento odontológico. Não existe subsídio para tratamentos mais onerosos, como os serviços considerados estéticos.

- **Medicamentos**

Existe uma lista de medicamentos subsidiados estabelecida pelo Ministério da Saúde, variando a cobertura estatal de 50% a 74% do custo, dependendo da prescrição. Para pacientes idosos e crônicos existe a possibilidade de oferta gratuita de medicamentos.

- **Outros**

Outros serviços de saúde são cobertos pelo Estado, em particular para crianças. Para a população como um todo, existe também a previsão de cobertura de gastos de saúde ocasionais no exterior e também de despesas de saúde por ocasião de férias.

O setor privado de saúde

Na Dinamarca, um pequeno número de médicos clínicos não tem qualquer relação com o sistema público de seguro de saúde. Assim, os pacientes do grupo 2 que os consultam receberão o mesmo reembolso que a tabela referente ao grupo 1. Nessas circunstâncias, entretanto, os pacientes do grupo 1 não terão qualquer reembolso se consultarem esses médicos.

Existem alguns hospitais e clínicas privadas, com pequeno número de leitos, muitas vezes pagos pelo Estado (por exemplo, hospitais especiais para diabéticos). Um número muito pequeno de leitos é de fato privado e destina-se em geral a cirurgias.

Seguro de saúde privado

Na Dinamarca, uma parte do que em outros países está na competência da política de saúde é de responsabilidade da assistência social, como, por exemplo, o *home care* e a internação dos idosos em asilos, assim como pagamentos em caso de invalidez ou incapacidade. Isso reduz o campo do seguro privado a uma complementação do seguro público e à proteção à saúde de pessoas no exterior.

Organização e bases de atuação

Além dos seguros citados anteriormente, algumas empresas de seguro de vida oferecem seguros de saúde alternativos, destinados a cobrir hospitalização privada. Existem também seguros para doenças graves, que operam em sincronia com o seguro de vida de grupo ou de pensões.

- **Seguros de saúde privados como suplemento ao seguro nacional de saúde**

Tais planos cobrem cerca de 27% da população total e podem ser adquiridos por indivíduos de até 60 anos de idade em boas condições de saúde. De acordo com a opção feita, o plano cobre as exceções do sistema nacional de seguro ou complementa seus reembolsos parciais. Existem também planos especiais mais baratos, voltados para o público jovem, que freqüentemente precisa de cobertura de saúde limitada.

Perspectivas para o desenvolvimento do seguro de saúde privado

Há perspectiva de crescimento dos esquemas de seguro privado na Dinamarca em função da crescente riqueza da população, em particular dos mais velhos, que aceitam financiar autonomamente seus gastos em saúde - muitos idosos preferem evitar filas de espera e outras formas de represamento da demanda contribuindo para um plano de saúde privado.

Da mesma forma, alguns empregadores preferem evitar demoras no atendimento de seus empregados para acelerar sua volta ao trabalho. Assim, também complementam o sistema público com planos adicionais de saúde no setor privado.

Atualmente existe grande crescimento de três tipos de planos de saúde:

- seguros complementares ao sistema público;
- seguros que garantem o tratamento;
- seguro para doenças graves com desembolso de pagamentos em dinheiro no caso de doenças críticas.

Regulação do seguro privado de saúde

A regulação aplicável aos provedores, ou seja, aos serviços das companhias de seguro privado de saúde, é parcialmente regulada pela legislação de seguro, sendo suas condições legais e financeiras determinadas pela legislação sobre contratos de seguro que regula os termos entre seguradores e segurados.

5.2 França

Estrutura, custo e financiamento do sistema de saúde

Na França, a população tem livre escolha do médico e do hospital. A atenção hospitalar é oferecida por uma gama de organizações lucrativas e não lucrativas nos setores público e privado. Entretanto, um tratamento, quando necessário, deve ser precedido de uma visita ao clínico-geral. Os pacientes externos podem ser atendidos por médicos independentes, em base individual ou em práticas de grupo, ou por médicos empregados em hospitais e centros de saúde.

Em 1995, os gastos de saúde (de acordo com a definição da OECD) representavam 9,8% do PIB, dos quais 8,9% eram relativos aos gastos de assistência médica, distribuídos entre assistência hospitalar (49,5%), serviços ambulatoriais (27,8%), farmácias (18,5%) e outros itens, tais como óculos, ortopedia e viagens.

No período 1980-1995, o consumo de serviços médicos cresceu a uma taxa agregada anual de 9%, isto é, cerca de 2% mais do que o PIB, mas a taxa vem-se reduzindo para 4,4% no período 1992-1995.

Ao longo do tempo, o padrão de financiamento dos gastos de saúde alterou-se significativamente como consequência da redução do reembolso de gastos relativos a tratamentos e medicamentos. O programa de seguridade, que financiava cerca de 76,5% dos tratamentos em 1980, passou para apenas 73,9% em 1995. Os recursos tributários de origem nacional ou local reduziram-se de 2,9% para 0,8% no mesmo período, enquanto

subia o aporte de receita de planos complementares - de 5% para 6,8% para fundos mútuos e de 1,4% para 3,1% para companhias de seguro privado.

Caracterização geral do sistema de seguro de saúde francês

O sistema de seguro social opera na base da responsabilidade coletiva, e sua introdução na França aconteceu ao mesmo tempo em que na maioria dos países da Europa Ocidental. Foi responsável pela melhora do padrão de vida, pelo acesso à assistência à saúde e por uma maior justiça social. Na França, 99% da população está hoje coberta por um dos seguintes esquemas: seguridade social (para empregados do setor público, agricultura, indústria e comércio), esquemas independentes (para autônomos fora do setor agrícola) e contribuição individual ao esquema geral.

Todos os esquemas obrigatórios reembolsam as mesmas categorias de custos de serviços, tais como assistência médica, hospitalar e farmacêutica, na forma de benefícios de valor único que dependem das reservas dos fundos. Em princípio, todos contribuem para o financiamento do sistema, inclusive, desde 1966, os indivíduos fora do esquema ocupacional. Em 1999, o sistema tornou-se verdadeiramente universal, ao incluir cerca de 200 mil pessoas incapacitadas sem cobertura.

Na área da atenção à saúde, foi introduzida, desde 1999, a cobertura adicional para os mais pobres, baseada em prova de necessidade, que permite complementar os benefícios de valor único pagos pela seguridade. No caso dos planos pagos pelos empregadores, e somente nesse caso, os gastos de saúde totais são cobertos na ocorrência de desemprego ou incapacidade.

A operação de sistema compulsório não exclui a necessidade da existência de um setor privado, cujo papel se vem desenvolvendo nas últimas décadas, para responder às necessidades específicas dos que requerem uma atenção mais personalizada.

Assim como na grande maioria dos países europeus, os esquemas público e privado na França coexistem lado a lado, com sua regulação separada e seu papel complementar. As associações de ajuda mútua foram as primeiras organizações a oferecer a seus membros proteção contra as conseqüências financeiras das doenças, pavimentando o caminho para o conceito moderno da provisão para cobertura desses riscos.

Todas as empresas de seguro (cerca de 150) são regidas pela autoridade e pela supervisão do Diretório Financeiro do Ministro de Economia e Finanças. Nenhuma das empresas que opera em seguro individual e de grupo trabalha exclusivamente com seguro de saúde, e nele operam apenas com um seguro suplementar de cobertura mais ampla (de riscos e benefícios), com benefícios em dinheiro e prestação de serviços.

Cobertura e benefícios

A participação do setor privado de saúde está limitada à suplementação do seguro público, com reembolso pleno dos gastos associados a riscos de incapacidade ou invalidez não cobertos pelo sistema público para trabalhadores autônomos assim como para trabalhadores da fronteira ou franceses residentes no exterior.

Nesse contexto, o setor privado acrescenta a suas operações tradicionais a cobertura em dinheiro para gastos suplementares com leitos privados, benefício por internação, cobertura de gastos em excesso sobre o teto (coberto pelo seguro público), tratamento odontológico e ortopédico, assim como valores associados a benefícios previdenciários, no caso de invalidez.

O sistema privado está baseado na aceitação recíproca de riscos, estando fixados a natureza e a extensão dos riscos, sendo os benefícios dependentes do valor da contribuição.

São usadas várias técnicas de avaliação de risco dependendo da empresa, e os contratos variam em geral de acordo com a idade de entrada do beneficiário.

Nos seguros de grupo (cerca de 2/3 dos contratos), são usadas contribuições para cobrir riscos em bases anuais, independentemente da idade do contribuinte.

Perspectivas

As maiores dificuldades encontradas na área do seguro privado dizem respeito à constante necessidade de ajustar o custo das contribuições aos riscos, levando em conta que tais custos variam com o crescimento dos gastos de saúde, o aumento da tecnologia médica, as mudanças demográficas, as variações na morbidade, etc. As empresas vêm tentando desenvolver novos esquemas que levem em conta tais externalidades no ajustamento dos benefícios às variações de custo e à capacidade de pagamento dos indivíduos.

Vantagens e desvantagens do sistema de seguro privado de saúde

As principais vantagens do seguro privado referem-se à possibilidade de escolha quanto ao nível de cobertura mais adequado às necessidades individuais. Entretanto, num mercado competitivo com cobertura opcional, as seguradoras privadas que operam planos de saúde selecionam os riscos a serem cobertos, excluindo certos grupos do acesso aos planos por causa de seus altos riscos e/ou baixa capacidade de cobertura. Por

essa razão, questões associadas à regulação desse segmento são de vital importância, e, dentro da Europa, tratadas em nível comunitário por legislação da União Européia para modalidades de seguro, dependendo, em geral, das diferenças corporativas entre as modalidades de empresas prestadoras.

5.3 Alemanha

Estrutura, custo e financiamento do sistema de saúde

Praticamente toda a população (99,9%) dispõe de algum tipo de seguro de saúde. Mais de 88,5% da população coberta pelo esquema público é filiada de forma compulsória, sendo a adesão voluntária para cerca de 15% da população. Este último segmento pode escolher entre o esquema público e o esquema de seguro privado de saúde. Cerca de 9% da população tem somente plano privado, na forma de um seguro que cobre a remuneração plena dos custos de assistência médica.

No segmento ambulatorial, a assistência médica está a cargo de um clínico-geral e de especialistas que atendem em consultórios privados, enquanto as internações, tratadas por hospitais de emergência, e os tratamentos longos são de responsabilidade do Estado e de organizações de natureza não lucrativa.

Os médicos e os hospitais necessitam da aprovação dos fundos de seguro saúde para tratar participantes do sistema de saúde estatal. O sistema público de saúde estabelece os valores referentes a consultas e serviços hospitalares para os integrantes do plano geral, sendo tais valores acordados com as associações médicas. Assim, existe uma tabela referente a serviços, bem como um limite referente ao valor global a ser distribuído entre os médicos. No caso de internações, aplica-se a mesma tabela por serviços prestados no setor público e no setor privado, referentes à hotelaria, a cuidados médicos e de enfermagem e a cirurgias.

Cerca de 59% do gasto de saúde refere-se a pagamentos por assistência médica, sendo os demais relativos a medidas preventivas e reabilitação, custos de treinamento e pesquisa.

Aproximadamente 47% desse gasto é financiado pelo sistema público de saúde, um pouco mais de 5% por seguros de saúde privados, cerca de 15% por empregadores e gasto público, respondendo o seguro por acidente por parte do gasto residual.

O seguro de saúde na Alemanha

Os seguros privados de saúde cobrem os custos de assistência médica e hospitalar no caso de doença ou acidente, gravidez e parto. O seguro cobre também a perda de rendimento decorrente de acidentes de trabalho ou de doença incapacitante. Parte dos mesmos riscos e custos é coberta também pelo sistema público, caracterizando um sistema dual e de operação simultânea de empresas privadas e de adesão voluntária da população e de instituições públicas, com base na estrutura ocupacional e no caráter compulsório da filiação.

Existe compulsoriedade de pagamento do seguro público contra doenças, facultando-se aos trabalhadores acima de um determinado nível de rendimentos optar tanto pelo esquema público como pelo sistema privado. O mesmo se aplica aos autônomos e aos profissionais liberais, assim como aos servidores públicos. Em contrapartida, os estudantes, *trainees* e trabalhadores em tempo parcial podem ser isentos do esquema compulsório ao qual estariam filiados.

O seguro de saúde privado

O princípio de uma hierarquia de direitos, que formou a base do programa previdenciário da Alemanha de Bismarck, foi um fator crucial no desenvolvimento do seguro de saúde privado. Um número relativamente baixo de indivíduos que efetivamente requerem proteção é coberto pelo sistema estatal no que se refere a gastos de saúde. A proteção do restante da população foi deixada ao setor privado, responsável por uma fatia substancial do mercado de seguros de saúde, no qual as empresas privadas operam de forma complementar ao sistema estatal, buscando os mesmos objetivos. Assim, os grupos privados desenvolveram ampla gama de possibilidades de cobertura de saúde, reforçando a operação dos serviços por meio de um grande número de cooperativas preexistentes, que dividem o risco do grupo entre os próprios participantes do sistema.

Desde 1989, a legislação atua sobre o sistema de atenção à saúde e sua estruturação, regulando os aspectos públicos, gerais, privados e dos grupos segurados em relação a suas respectivas responsabilidades quanto ao risco.

Em 1999, existiam na Alemanha 7,2 milhões de indivíduos cobertos pelo seguro de saúde em bases exclusivamente privadas. A partir da experiência alemã, generalizou-se na Europa o termo “seguro de saúde substitutivo”, gerando um conjunto de medidas designadas a prover a máxima proteção possível para os segurados.

As companhias de seguro registradas na Alemanha devem submeter seus cálculos de contribuições e benefícios ao órgão federal de supervisão de seguros, garantindo o interesse dos segurados e a sustentabilidade intertemporal dos planos. Em caso de modificação das condições, deve haver anuência de auditores independentes.

Benefícios

O espectro de benefícios oferecidos pelo seguro privado abrange a assistência médica, hospitalar e ambulatorial, a cobertura de perdas de rendimentos resultante de doença, a complementação de despesas não cobertas pelo plano público, o seguro de saúde em viagem, permitindo a cada indivíduo adaptar o seguro às suas necessidades.

Há também escolhas quanto à modalidade de cobertura, seja reembolso ou cobertura total, seja percentual fixo de gasto.

Para os indivíduos com mais de 65 anos, aplica-se uma tarifa uniforme aos que tiveram seguro substitutivo pelo prazo mínimo de dez anos, ou para os acima de 55 anos, nas mesmas circunstâncias e cuja renda não exceda um determinado patamar.

No seguro privado, especial atenção é dada aos tratamentos de longa duração, os quais freqüentemente envolvem, mesmo para os servidores públicos, uma complementação compulsória do seguro estatal realizada junto no segmento privado. Os segurados da previdência têm o financiamento de seus cuidados de saúde de longo prazo financiados por seu plano de proteção social, e os benefícios a eles garantidos, nessas circunstâncias, não diferem em espectro ou cobertura dos dos associados a plano privado.

Situação atual e perspectivas

As sucessivas reformas do seguro de saúde reforçaram, desde 1989, o papel do segmento privado. No momento atual, busca-se assegurar à clientela que o custo efetivo do setor privado seja adequado, que ele tenha um bom padrão de desempenho, constituindo-se em alternativa adequada ao plano público. O cuidado com a limitação da contribuição dos idosos e a introdução de outras providências redutoras de custo permitem viabilizar a alternativa privada na proteção aos idosos. Com isso, o setor privado pretende demonstrar que assume seriamente suas responsabilidades sociopolíticas, como elemento integrante do sistema de proteção à saúde na Alemanha.

Existem, entretanto, preocupações comuns aos dois segmentos a respeito da projeção de custos ascendentes. Isso se deve, no segmento privado, ao crescimento despropor-

cional dos pagamentos referentes a internações e a tratamento ambulatorial, assim como ao crescimento acelerado das contribuições requeridas, em particular das faixas de idade avançada.

Chegou-se, assim, à reforma do sistema de saúde 2000, a qual consolidou propostas sobre o tema, formuladas por especialistas convocados pelo governo federal. Estabeleceu-se, por exemplo, uma sobretaxa de 10% nos planos privados alternativos ao plano estatal para financiar aumentos de contribuições a partir de 65 anos. Os mais jovens, saudáveis e ricos preferem o sistema privado, no qual as contribuições refletem o risco individual e não a renda.

No segmento estatal, prevalece o sistema de repartição simples, com os custos rateados entre os contribuintes. Dependendo da projeção demográfica associada à composição etária da população, e considerando a redução da contribuição dos idosos, pode haver redução da capacidade de cobertura, o que não ocorre no segmento privado, dada a vigência do regime de capitalização e do cálculo atuarial do risco. Conseqüentemente, as contribuições podem permanecer constantes ao longo do tempo. Ademais, existe livre escolha sobre o escopo e o valor das coberturas contratadas.

Em contrapartida, o plano estatal compulsório é vantajoso para indivíduos de menor renda, dado que as contribuições variam de acordo com a renda, e os benefícios referem-se em geral à família.

5.4 Holanda

É o país mais densamente povoado da Europa, com mais de 400 hab./km² e 16 milhões de habitantes, sendo 13% com mais de 65 anos (dados de 1999). A esperança de vida é das mais altas do mundo: 81 anos para mulheres e 75 anos para homens.

Os gastos totais dos serviços de saúde na Holanda corresponderam a quase 10% do PIB em 2000 (OECD).

O sistema holandês de saúde é uma combinação de seguro público e privado com cobertura quase universal. Há uma distinção bem definida entre prestadores de serviço (instituições independentes não lucrativas, diversas categorias de profissionais da saúde contratados ou trabalhando por conta própria, etc.) e compradores (administradores dos fundos de seguridade).

As principais fontes de recursos para o setor são os seguros públicos e privados (fundos de seguridade). Esse *funding* combinado (público e privado, sustentado por arrecadação

e contribuições) é uma das características mais peculiares do sistema holandês. É um sistema misto, tanto do tipo “Beveridge” quanto “bismarckiano”.

O Estado desempenha importante papel na regulação do sistema de saúde: controla a política de preços, o planejamento, a prestação do serviço, decide quem tem direito ao seguro público. O atendimento é quase inteiramente realizado por organizações privadas. Fundos de saúde públicos e privados funcionam como intermediários entre prestadores e consumidores/pacientes.

Há importantes grupos de interesse formalmente representados no processo de formulação das políticas (organizações reconhecidas de prestadores de serviço e gestores dos fundos têm poder de influenciar a política de saúde), os quais fazem parte de diversos conselhos, sendo seu apoio indispensável para o governo levar a efeito as reformas fundamentais ao sistema de saúde.

O governo regula o acesso aos serviços de saúde e ao seguro de saúde, os preços dos serviços, as tarifas e os orçamentos dos prestadores.

Ao todo, mais de 85% do gasto em saúde é financiado por contribuições sociais e privadas de seguro. O governo central contribui com 8% do total dos gastos com saúde (pessoas de baixos rendimentos, alguns grupos de aposentados e desempregados e programas de prevenção pelos quais é diretamente responsável) com recursos provenientes de seu orçamento. Pagamentos *out-of-pocket* (diretos) são responsáveis apenas por 7% dos gastos com saúde.

Existem dois principais seguros de saúde: o 1o (AWBZ), público e compulsório para toda a população, cobre doenças caras crônicas e inclui tratamento em casa, tratamento de incapacidades físicas e mentais, casos psiquiátricos, reabilitações, cuidado materno-infantil. O 2o (ZFW) é público-privado: cobre os casos agudos, paramédicos e tratamento dentário para jovens, para pessoas empregadas e trabalhadores por conta própria de renda mais baixa, aposentados mais pobres e desempregados. É financiado com contribuições proporcionais à renda, recolhidas em um fundo geral que repassa recursos para fundos regionais (organizações independentes não lucrativas, com um corpo gestor próprio). Cada segurado pertence a uma dessas organizações, cuja administração contrata prestadores de serviço para seus segurados. Seus respectivos orçamentos são uma parcela do fundo geral, proporcional a critérios de idade, gênero, região e estado de saúde de sua população.

Diferenciação de prêmio e seleção de risco tornaram-se um problema para idosos e grupos de risco, o que levou o governo a criar um fundo separado (WTZ) só para eles

dentro dos seguros privados. Com isso, essas pessoas pagam prêmios controlados pelo governo (com um teto). Para sustentar o WTZ, todo segurado privado é obrigado a contribuir para um *cost-sharing*, pagando um prêmio extra a cada ano. A cobertura do WTZ é igual à do ZFW.

Há também seguros privados suplementares: seguradoras privadas oferecem seguro voluntário (15% da população), que cobre tratamento dentário para adultos, cirurgias cosméticas, homeopatia, acupuntura, tratamento ortodôntico. Oferecem vasta gama de coberturas de saúde, condições financeiras e critérios de elegibilidade.

Nos últimos dez anos, tem havido inúmeras fusões entre as seguradoras (fundos). Legalmente, fundos públicos não podem fundir-se com fundos privados, mas, na prática, as mesmas corporações administram seguradoras públicas e privadas. Oito ou nove companhias prestam serviço de seguro de saúde, cobrindo 80% da população.

Os serviços de saúde são prestados quase inteiramente por instituições privadas e profissionais auto-empregados ou contratados.

Os serviços hospitalares são prestados por instituições privadas não lucrativas, frequentemente de propriedade de instituições religiosas e geridas por diretorias próprias que decidem políticas e orçamentos. Poucas são as de fins lucrativos. Os fundos regionais são os compradores dos serviços hospitalares. Cada hospital pode ter contrato com mais de um fundo regional. Os hospitais operam livremente e decidem como gastar o dinheiro, contanto que ofereçam os serviços contratados e operem dentro do orçamento estabelecido.

Os médicos especialistas trabalham em apenas um hospital (em geral nem têm permissão para trabalhar fora dele). Tanto seguradoras públicas quanto privadas pagam médicos na base de *fee-for-service* (honorários preestabelecidos). As remunerações são determinadas em negociações nacionais entre representantes dos médicos e seguradoras públicas e privadas.

Os médicos generalistas determinam quem terá direito a serviços adicionais. As seguradoras públicas só pagam o custo do especialista se o paciente tiver sido encaminhado por um médico generalista. No caso do seguro privado, isso pode não acontecer: depende do contrato estabelecido entre o segurado e o fundo segurador. Tal sistema tem como vantagens o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e a relativa facilidade de contenção dos custos: o nível dos gastos públicos em saúde na Holanda cresceu modestamente nos últimos 15 anos em comparação a outros países europeus.

Dentre as desvantagens, mencionam-se a estrutura fragmentada do *funding*, a falta de incentivos e de competição para os prestadores de serviço e seguradoras atuarem com eficiência, a pouca informação a respeito do desempenho dos prestadores de serviço, a escolha restrita de prestadores e o eventual excesso de rigor no controle do número de especialistas e generalistas. Além disso, podem ocorrer filas de espera para cirurgias eletivas.

Compete ao governo formular a política nacional de controle de qualidade (uma conferência nacional é organizada a cada cinco anos com a participação de todos os agentes, além de organizações de pacientes) para avaliar as melhorias e estabelecer consensos.

Uma instituição estatal independente, responsável pelo monitoramento da qualidade dos serviços em nível regional e nacional, realiza inspeções. Os hospitais têm de ter comitês de arbitragem ou de reclamações à disposição dos doentes. Essa instituição estatal intervém para garantir o acesso aos serviços a todos os cidadãos.

5.5 Suécia

A Suécia é um pequeno país cuja população chega a 9 milhões de pessoas (ano de 2000). A esperança de vida também está entre as mais altas do mundo: 82 anos para mulheres e 77 anos para homens. Os gastos globais do setor de saúde (inclusive remédios e tratamento dentário) corresponderam a 7,4% do PIB em 1998.

O sistema de taxaço suco baseia-se em impostos muito altos cobrados de uma base pequena.

O sistema de saúde cobre todos os residentes na Suécia, não importando a nacionalidade, assim como qualquer emergência de pacientes da União Européia ou de outros países com os quais a Suécia tenha acordo especial. É descentralizado, sendo a responsabilidade de implementação de nível municipal: os Conselhos Municipais arrecadam as contribuições (nas folhas de pagamento) para financiar as despesas. Existem 21 Conselhos Municipais, além de autoridades locais.

É classificado, por ser sustentado por arrecadação de impostos, como do tipo “Beveridge”. É o município que opera a quase totalidade da prestação dos serviços. O governo central só tem papel de supervisor, de elaborador das leis e das determinações e a função de avaliar e monitorar os resultados. Há um Departamento Nacional de Saúde (composto de membros do Parlamento, representantes de instituições científicas, do governo, de grupos da população) encarregado dessas funções.

O serviço de saúde opera por meio de centros de primeiro atendimento (doenças que não requeiram hospitalização): médicos, enfermeiras, parteiras, fisioterapeutas, organizados em ambulatórios. Primeiros atendimentos também são prestados por médicos privados, fisioterapeutas, centros pediátricos e maternidades. Para os casos que requerem hospitalização, há instalações de nível municipal e regional.

Os Conselhos Municipais também são responsáveis por oferecer tratamento dentário gratuito até a idade de 19 anos. Adultos recebem um subsídio do Seguro Dentário Nacional para tratamentos dentários básicos. Os preços foram desregulados, e os prestadores desse serviço estabelecem suas próprias tabelas de tratamento. Há também a opção de assinar contrato de dois anos de tratamento segundo um custo predeterminado. Para procedimentos mais caros, há sistemas de proteção específicos que impedem que os dispêndios dos pacientes ultrapassem tetos. Aproximadamente 50% de todos os dentistas trabalham para os serviços organizados pelos Conselhos Municipais; os demais trabalham privadamente.

As autoridades locais são responsáveis pelo cuidado dos idosos e das pessoas deficientes ou portadores de doenças mentais crônicas. Há um aumento importante de doenças mentais, sobretudo entre os jovens.

A Suécia possui um extenso sistema público de benefícios e seguros sociais: doença, deficiência física, velhice e acidentes de trabalho. A população inteira é coberta pelo seguro, uniformemente, seja qual for o trabalho, esteja ou não empregada. Há também seguros coletivos, negociados por associações de empregados.

Existem ainda serviços privados de saúde. O mercado tradicional de seguro privado é comparativamente pequeno, de extensão limitada. Menos de 10% dos médicos trabalham em tempo integral em consultórios privados.

A maioria dos serviços de saúde é financiada com recursos públicos. Os pacientes pagam uma pequena quantia (taxas) diretamente. São poucos os hospitais privados, e mesmo estes têm contratos com os Conselhos Municipais. Apenas um pequeno número dos serviços desses hospitais é financiado com recursos privados, como pagamentos de pacientes e de seguros de saúde. Internamentos de adultos entre 20 e 69 anos têm taxas diárias padronizadas. Maiores de 70 anos pagam mais, e nada se cobra de crianças. Outros serviços têm seus preços estabelecidos por cada Conselho, dentro de certos limites. Para proteger os pacientes, há um teto para cobrança de tratamentos médicos e remédios.

A parcela mais significativa dos custos dos serviços de saúde é coberta pela cobrança de impostos: contribuições sobre a folha de pagamentos, arrecadadas pelos Conselhos

Municipais (75% a 80%). Os repasses do governo central respondem por 12% do total dos custos de saúde.

As contribuições de pacientes são pequenas (por volta de 5% do total), mas tendem a crescer, como parte de um programa de contenção de custos.

Um sistema de seguro social provê benefícios universais para doença, maternidade e desemprego, crianças, idosos e deficientes.

A participação dos gastos de saúde no PIB sueco caiu de 9,7% para 8% em 8 anos (OCDE), graças a reformas estruturais (fusões de hospitais, reestruturações, etc.) e planejamentos regionais (fusão de Conselhos).

Dentre os desafios que o sistema sueco enfrenta, destacam-se:

- dada a autonomia dos Conselhos no financiamento e no fornecimento dos serviços de saúde, o de manter o país inteiro no mesmo nível, pois pode haver diferenças entre grupos sociais e regiões;
- a importância de orientar o sistema de saúde da ênfase na doença para a ênfase na saúde;
- a falta de integração entre centros de primeiro atendimento e hospitais, o excesso de institucionalização (ao contrário da Holanda, os generalistas não são incumbidos de encaminhar os pacientes aos especialistas);
- a falta de incentivo a aumentos de eficiência;
- os gastos crescentes com produtos farmacêuticos; e
- a política global de contenção de custos, com recursos decrescentes para o setor da saúde dificultando o acesso a certos progressos técnicos.

Dentre as principais medidas adotadas, destaca-se a atuação do Departamento Nacional de Saúde, encarregado de avaliar a alocação de recursos, remover variações regionais de qualidade e acesso à saúde, investigar padrões profissionais, padrões institucionais e receber reclamações diretamente dos pacientes para encaminhá-las a um *board* específico (ocorrem cerca de 2 mil reclamações/ano).

5.6 Espanha

O Sistema Nacional de Saúde espanhol está fundado no princípio da universalidade do direito à saúde. O Estado é o responsável pela garantia plena desse direito, gerindo e financiando um sistema de atenção integral à saúde.

A *Ley General de la Sanidad* concebe o sistema de saúde como o conjunto de serviços de saúde das Comunidades Autônomas (CCAA), coordenado pelo Ministério da Saúde e Consumo. Cria o Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde como órgão permanente, responsável pela formulação do Plano Nacional de Saúde e dos Planos Autonômicos de Saúde, nos quais são identificadas as necessidades e definidas as prioridades de enfrentamento dos problemas de saúde.

Principais características do SNS

- Universalização da atenção: todos os cidadãos e estrangeiros legalmente residentes na Espanha têm o direito à proteção da saúde e à assistência com cobertura total da população, independentemente de sua situação econômica e da contribuição para a seguridade social.
- Financiamento misto, por meio de recursos do Estado, das Comunidades Autônomas, das corporações locais e do Sistema de Seguridade Social.
- Descentralização da gestão e dos recursos para as CCAA.
- Atenção integral à saúde, compreendendo a promoção, a prevenção de enfermidades, a assistência médica e a reabilitação, com altos níveis de qualidade avaliados e controlados. Foco na atenção primária.
- A estrutura e os serviços públicos fazem parte de um sistema coordenado, formando o Sistema Nacional de Saúde, integrado pelos serviços de saúde de cada Comunidade Autônoma, tendo como órgão de coordenação o Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, formado por representantes das Comunidades Autônomas e do governo.
- Participação social, em vários níveis, por intermédio dos Conselhos de Saúde de Área, do Conselho de Saúde da Comunidade Autônoma e de um Comitê Consultivo vinculado ao Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

Principais serviços oferecidos pelo Sistema Nacional de Saúde

- Assistência médica - clínica-geral, especialidades e emergências, com serviços ambulatoriais, de internação e tratamento domiciliar.
- Assistência farmacêutica - cobertura apenas quando a prescrição é feita pelos médicos do Sistema, sendo gratuita para pensionistas e seus beneficiários, portadores de deficiência, acidentados do trabalho, internados no Sistema e soropositivos.

Os demais arcam com 40% do custo do medicamento, com exceção dos doentes crônicos, que arcam com no máximo 50 pesetas (desconto efetivado diretamente nas farmácias).

- Promoção e prevenção da saúde - orientada pelo princípio da atenção integral, incluindo saúde mental, saúde bucal e fisioterapia.
- Outros serviços - prevêm reembolso de despesas com próteses cirúrgicas, equipamentos para portadores de deficiência, uso de ambulâncias (por renais crônicos, moradores do interior do país e em casos de urgência), medicamentos não comercializados na Espanha (prescritos por médico do Sistema e adquiridos na rede de saúde das Comunidades Autônomas).
- Formação de recursos humanos - o Sistema de Saúde é também responsável pela formação de profissionais, com professores próprios.

Financiamento e gasto

O financiamento do sistema sanitário público na Espanha tem como fontes os impostos gerais e as contribuições sociais, sendo os primeiros os responsáveis por mais de 80% dos recursos. O sistema prevê a contratação de serviços privados em caráter complementar, principalmente para a atenção de maior complexidade. A separação entre financiamento e provisão de serviços tem na Catalunha um dos melhores exemplos de regulação estatal da rede contratada, estando inclusive boa parte da oferta de atenção hospitalar sob provisão privada e regulação pública.¹⁵

Está previsto um sistema de co-pagamento para medicamentos e serviços odontológicos de maior complexidade. Os funcionários públicos têm a opção de escolha entre os serviços do SNS e dos prestadores privados. Em torno de 17% da população espanhola possui seguro de saúde privado, que pode ser tanto do gasto das famílias quanto do das empresas. O gasto público em saúde está em torno de 77% do total de gastos, estando, pois, dentro da média dos países da UE.

15 [...] “A adoção da contratualização como forma de gestão e remuneração de serviços permitiu estabelecer contratos em torno de estruturas e processos, enquanto no segmento não sujeito a contratos é mais difícil estabelecer a correlação entre objetivos de saúde e orçamento. Os contratos devem versar apenas sobre objetivos monitoráveis e quantificáveis. Os sistemas passíveis de contrato devem dispor de informações viáveis, que podem ser refinadas ao longo do tempo. Somente no ano passado, por exemplo, medidas finas sobre sistemas terciários foram acrescentadas aos objetivos clínicos. Os contratos, adiante descritos na parte específica, dispõem sobre quantidades e mecanismos de incentivos e, portanto, sobre a parte fixa e variável da remuneração, que obedece a um conjunto de requisitos de eficiência” (DAIN, 2000).

■ 6. Aspectos operacionais dos seguros de saúde

O seguro é um meio de controlar o risco, substituindo incerteza por certeza. Em outras palavras, ao realizar uma operação de seguro, o cliente paga à seguradora um prêmio (quantia em dinheiro) para que ela o indenize em caso de algum prejuízo, resultado da ocorrência de evento incerto (sinistro) ao objeto segurado. No caso da saúde, para que a seguradora lhe garanta os cuidados necessários ao seu restabelecimento quando da ocorrência de algum processo de adoecimento, ou os cuidados exigidos como forma de proteção ao adoecimento, no caso de cuidados preventivos, por exemplo.

Os modelos de proteção securitária contra perdas de natureza econômica são utilizados na avaliação de riscos e no cálculo dos prêmios e das reservas relativas às operações de seguros.

O valor do seguro de saúde está enraizado na imprevisibilidade dos gastos médicos. Embora os indivíduos conheçam alguma coisa sobre suas necessidades de serviços médicos, a quantia exata que eles terão de despendar com cuidados de saúde encerra significativo grau de incerteza.

Os indivíduos, na tentativa de resguardar-se contra o potencial de requerer e arcar com uma quantidade substancial de cuidados médicos, pagam seguros para garantir a provisão dos cuidados médicos necessários quando da ocorrência de doença, reunindo seus riscos aos de outros na população. Assim, o seguro pode significativamente distribuir os riscos financeiros advindos dessa provisão.

Dessa maneira, as seguradoras de saúde facilitam as trocas entre estados de natureza incerta, implementadas por meio de um pool interpessoal de riscos atuais. Seguradoras tendem a coletar prêmios em adiantamento da resolução da incerteza, e podem também acumular recursos com vistas a se auto-segurar contra riscos sistêmicos.¹⁶

Os prêmios cobrados pelos seguros de saúde devem cobrir os custos esperados. Esses custos, contudo, contêm uma parcela significativa de incerteza. Os seguradores não sabem sobre o estado de saúde dos indivíduos. E mesmo quando dispõem de informações sobre condições mórbidas, a política de seguros não pode diferenciar pagamentos com base na severidade da doença.¹⁷

Como consequência, uma característica das seguradoras de saúde, que não é comum aos outros tipos de seguradoras, é o fato de que o real valor dos ativos das firmas é uma função de dois fatores: a qualidade dos investimentos financeiros e os custos de prover

16 Neste caso, seus gerentes devem escolher como e onde investir estes fundos.

17 A seguradora pode observar a doença da pessoa (por exemplo, câncer ou apendicite) mas não a severidade da doença.

os serviços médicos, custos que variam em função, entre outros, do perfil da clientela segurada.

O segurador de saúde deve desenhar uma política para pagar por ou prover cuidado de saúde. Um obstáculo importante nessa política refere-se aos chamados problemas de agência. Seguradores não podem garantir que as partes relevantes façam o que a eficiência requer. Assim, pessoas com seguros mais generosos ou liberais podem consumir mais serviços de saúde do que pessoas com seguros mais restritivos ou do que aquelas sem seguros (*moral hazard*); e provedores pagos na base de serviço podem prover mais cuidado do que se eles não fossem pagos por serviço (demanda induzida pela oferta).

Problemas desse tipo podem ser minorados de duas formas. Abordagens do lado da demanda desencorajam a utilização excessiva, por fazer as pessoas pagarem quando elas consomem cuidados médicos (co-pagamento). Do lado da oferta, pode-se desencorajar a utilização monitorando cuidadosamente os provedores, punindo-os quando promovem superutilização e dando incentivos financeiros para que eles forneçam apenas os cuidados essenciais.

A competição no mercado de seguros de saúde produz resultados diferentes da competição em outros mercados, pois os custos de prover seguro dependem das características do comprador. Pessoas com uma história médica ruim poderão beneficiar-se mais e também custar mais do que os que têm um passado saudável. Assim, pessoas doentes poderão optar por planos mais generosos do que pessoas saudáveis, o que é chamado de seleção adversa (CUTLER; REBER, 1996; CUTLER; ZECKHAUSER, 1997).

A seleção adversa pode ser definida como um comportamento estratégico do parceiro mais informado em um contrato contra o interesse do(s) parceiro(s) menos informado(s). No mercado de saúde isso é particularmente relevante, pois cada indivíduo escolhe entre o leque de contratos oferecidos pelas companhias seguradoras de acordo com sua probabilidade de usar os serviços de saúde. Em resumo, aqueles que prevêm um uso intensivo de serviços poderão tender a escolher planos mais generosos (ainda que mais custosos) do que aqueles que esperam um uso mais limitado dos serviços de saúde. No limite, para cada prêmio e grau de cobertura, os que poderão se decidir a comprar um dado contrato de seguro de saúde são os que esperam ter gastos de saúde maiores ou iguais ao prêmio pago.¹⁸

Companhias de seguros antecipam esse comportamento de compra e elaboram estratégias que visam a avaliar os indivíduos, identificando seus níveis de risco. Essa estratégia de *screening* é ainda mais crítica para o sucesso no mercado se existirem

¹⁸ Então, qualquer que seja o prêmio, uma companhia seguradora pode terminar com uma perda em cada consumidor.

regulações que não permitam que os prêmios reflitam os riscos individuais (restrições ao prêmio) ou se não for permitido obter informações sobre as condições de saúde dos potenciais consumidores antes do estabelecimento dos contratos. Em ambos os casos, a prática de *screening* pelas seguradoras dificulta a realização de um eficiente pool de riscos entre os indivíduos.

O fenômeno da seleção adversa é uma preocupação teórica importante no mercado de seguros,¹⁹ isso porque a seleção adversa tem o potencial de conduzir a três classes de ineficiências: (1) os preços para os participantes poderão não refletir os custos marginais, uma vez que, baseados no custo-benefício, os indivíduos podem vir a selecionar errado seus planos de saúde; (2) a distribuição desejada dos riscos é perdida; e (3) os planos de saúde podem manipular para dissuadir e afastar os doentes e atrair os saudáveis (CUTLER; ZECKHAUSER, 1997).

A tendência natural das seguradoras de cobrar prêmios maiores dos doentes do que dos saudáveis coloca um desafio posterior ao seguro saúde: ausência de cobertura contra o risco de longo prazo dos sadios se tornarem doentes e a seguradora ter custos esperados mais elevados no futuro.

O valor do prêmio cobrado por um seguro (de modo geral e também no que se refere ao seguro de saúde) contém habitualmente os seguintes elementos (embora nem sempre os dois últimos componentes): (a) o prêmio comercial; (b) os custos ancilares ou auxiliares; e (c) os impostos relacionados. O prêmio comercial pode ser dividido em “prêmio puro”, que representa o custo estatístico do risco, isto é, o custo médio do benefício a ser pago multiplicado pela probabilidade de ocorrência do evento coberto, e em um valor que cobre tanto os custos de aquisição dos contratos quanto dos acordos relativos ao pagamento dos benefícios (OECD, 2000).²⁰

Segundo Meller, os fatores determinantes subjacentes aos cálculos atuariais dos valores dos prêmios na área dos planos de saúde podem ser divididos em fatores objetivos,

19 Existem evidências crescentes de que a seleção adversa seja um fenômeno importante no mercado de seguros de saúde. Cutler escreve: “Quase todos os sistemas de seguro em que os indivíduos podem escolher o tipo de seguro/plano experimentam seleção adversa. Beneficiários do *Medicare* que escolhem *managed care* são mais saudáveis que [...] aqueles que não escolhem. O Federal Employees Health Benefits Program tem seleção adversa entre políticas mais e menos generosas. A diferença nos prêmios entre as políticas mais e menos generosas é 68% maior do que os benefícios sozinhos poderiam ditar... E quase todas as grandes firmas que encorajam a escolha dos empregados observam que o custo de políticas mais generosas cresceu de forma tão rápida que elas rapidamente tornam inviáveis (este último fenômeno é chamado na literatura de “espiral mortal de preços” - “price death spiral” - e refere-se a um aumento no preço dos planos mais generosos vis-à-vis os planos moderados). Espera-se também que, nos EUA, à medida que o mercado de seguros se torne mais competitivo e que os indivíduos sejam colocados diante do verdadeiro custo marginal do seguro saúde, o fenômeno da seleção adversa torne-se mais severo” (CUTLER, 1996, p. 30).

20 Assim, enquanto o prêmio se refere à soma em dinheiro paga pelo segurado ao segurador para que este assuma a responsabilidade de um determinado risco, o prêmio puro é o prêmio calculado pelo segurador para uma determinada cobertura ou conjunto de coberturas para fazer face ao pagamento da indenização ao segurado, em função, entre outras, de suas condições de saúde.

subjetivos e o chamado “risco” de oscilação financeira. Os primeiros - que podem ser determinados de alguma maneira objetiva ou que podem ser quantificados como resultados de uma equação qualquer incluem: (a) a frequência de utilização dos serviços (a ser avaliada em função do tipo de cobertura, tendendo a aumentar com a generosidade do plano e a idade e ser menor em planos com limites quantitativos); (b) o custo médio por atendimento (acompanhado em valores reais, descontada a inflação, e também segundo o tipo de cobertura, tendendo a apresentar variações segundo a localidade geográfica, o nível socioeconômico e a cultura da organização, bem como com o tempo médio de permanência nas internações hospitalares, nos planos que incluam cobertura hospitalar²¹); (c) a idade (com o custo aumentando exponencialmente à medida que o segurado vai ficando mais velho, em razão tanto da frequência de uso como do custo do atendimento); (d) a elevação dos custos da saúde (importante, sobretudo, no custo de saúde a longo prazo e função, dentre outros). Remuneração dos profissionais, oferta de leitos hospitalares, sofisticação tecnológica da medicina, alterações nas tabelas de remuneração e possíveis manipulações para aumentar os níveis de rendimento e de tributação; e (e) localidade (mais válido para os planos de livre escolha, porque normalmente os planos credenciados acabam trabalhando com o mesmo valor em todas as localidades. No que se refere aos fatores subjetivos, os dois principais são: (a) o nível socioeconômico do usuário (na medida em que pessoas com nível socioeconômico mais elevado, que utilizam planos de livre escolha, acabam tendo um maior custo médio por atendimento, por normalmente escolherem profissionais e serviços mais caros), e (b) cultura da organização (considerando dois planos iguais, com os mesmos limites e até mesmo a mesma co-participação, os custos tendem a ser diferentes em função da estrutura da organização, sendo menores em organizações com cultura muito fechada e nas quais exista uma preocupação mais elevada com o controle de custos do que em outra empresa mais “generosa”). Já o “risco” de oscilação financeira tenderá a variar segundo o patrimônio envolvido e o tamanho do grupo.

Os parâmetros para a tarifação dos prêmios dos planos e dos seguros de saúde obedecem, normalmente, a duas lógicas, habitualmente denominadas de *community ratio* e *experience ratio*. Enquanto a primeira estabelece um prêmio igual para todos os cobertos, a segunda procura estabelecer critérios de aproximação entre as diferenças de risco envolvidas com a assistência e a tarifação do prêmio.

21 Importantes no caso dos planos de livre escolha, dado que nos planos com escolha dirigida o principal efeito é o da alteração da tabela de referência usada como base de contratação da rede credenciada (por exemplo, tabela da AMB).

Modelos community ratio e experience ratio

Os modelos baseados em *community ratio* agregam a população a ser coberta em um *pool* único. Todos os membros do grupo pagam o mesmo valor de prêmio, embora algumas diferenças no valor possam ser permitidas em circunstâncias limitadas. Por exemplo, os valores podem variar segundo área metropolitana ou região e por composição familiar.

Prêmios baseados nesse modelo são normalmente calculados usando-se fórmulas derivadas de modelos estatísticos multifatoriais, nos quais determinadas medidas - como idade, sexo, nível socioeconômico e taxas comunitárias de doenças crônicas - são usadas para prever o uso futuro de cuidados de saúde, não levando em conta a prevalência ou a severidade de doenças específicas. A ausência de fatores clínicos nessas fórmulas é a principal limitação, de modo que os cálculos podem não se ajustar adequadamente de acordo com as diferenças na necessidade de cuidados de saúde entre as populações.

Sob esse sistema, o plano de saúde privado recebe um pagamento fixo (prêmio) para prover os cuidados de saúde necessitados pelo paciente. O pagamento é recebido principalmente dos pagadores finais do cuidado de saúde (por exemplo, os empregadores), e o plano de saúde executa os serviços de saúde necessários ou contrata provedores de cuidados para fornecer os cuidados aos pacientes.

Desse modo, os provedores de cuidado têm a responsabilidade de grande parte do risco financeiro que pode advir de prover serviços de saúde aos pacientes. Dado que o número total de pacientes inscritos com um determinado provedor de saúde pode ser muito pequeno, a ameaça de “seleção adversa” (registrar pacientes que usam consideravelmente mais recursos de saúde do que os cobertos por seu pagamento per capita) torna-se grande.²² Conseqüentemente, sem algum método de ajuste de risco dos pagamentos, provedores de cuidados de saúde poderão competir para atrair pacientes saudáveis, com menos probabilidade de fazer uso mais intensivo dos recursos e dos serviços de saúde. Pacientes doentes podem encontrar dificuldades de achar um provedor de cuidados disposto a registrá-los.

No modelo de *community ratio*, as “comunidades” são definidas por estatuto. Assim, uma comunidade pode consistir apenas dos residentes de 65 anos ou mais de uma região ou de todos os empregados e seus dependentes de uma firma. A mesma taxa é cobrada de todos os membros, a despeito da experiência esperada ou passada daquele grupo. É permitida, contudo, a cobrança de prêmios diferentes para benefícios diferentes.

Existem algumas variações desse modelo (ROSENBLATT et al., 1993). A forma anteriormente mencionada é conhecida como *standard community rating*. Outra forma

22 Por exemplo, 10% dos inscritos no *Medicare* são responsáveis por cerca de 70% de todos os pagamentos deste programa.

é a *community rating by class*, que estabelece um sistema de prêmio baseado no uso relativo de recursos segundo diferentes categorias demográficas (por exemplo, sexo e idade). Tais categorias são construídas de tal forma que o uso esperado de recursos seja aproximadamente o mesmo para cada indivíduo dentro de cada categoria.²³

A forma conhecida por *adjusted community rating* utiliza-se do uso histórico de recursos de um grupo, comparado ao da comunidade inteira; é feito, pois, sob uma base prospectiva.

Outro sistema de tarifação utilizado é o *experience rating*. Neste caso, os indivíduos são taxados de acordo com os gastos esperados, os quais são calculados em função de características como faixa etária, gênero, localização geográfica, hábitos de consumo, história de vida, etc.

A consequência desse tipo de tarifa, baseada na experiência passada do indivíduo ou grupo, é que quem tem grau de risco mais elevado paga prêmio de risco maior. A *experience ratio* pode ser usada tanto de forma prospectiva quanto retrospectiva.

Uma característica comum às três últimas formas é que todas contêm algum tipo de ajuste de risco envolvido no cálculo do prêmio a ser pago pelo segurado, como uma garantia de provisão de assistência médica em caso de necessidade. Assim, os indivíduos/planos podem pagar (ou receber pagamentos) baseados em: (1) variáveis demográficas (por exemplo, mais para aceitar pessoas mais idosas); (2) condições médicas (por exemplo, mais para pessoas com diabetes); (3) gastos médicos passados, que ajudam a prever gastos futuros; ou (4) experiência real por um certo período. As três primeiras abordagens tentam prever experiência; a última é um resseguro após o fato.

O *trade-off* entre essas diferentes formas de ajuste de risco está relacionado à capacidade dos planos de saúde de manipular o sistema de ajuste de riscos. Informações sobre diagnóstico, gastos passados e uso atual aumentam a capacidade de medir inscrições diferenciadas, mas são suscetíveis de distorção pelos planos. Por exemplo, planos podem classificar pessoas borderlines como tendo diabetes se o ajuste de risco for feito com base no número de diabéticos. Planos podem criativamente atribuir mais custos potenciais para os casos de tratamento mais caro, quando tais casos são amplamente reembolsados. Mesmo se o ajuste de risco é feito em uma base prospectiva, os planos têm um incentivo para exagerar a doença atual e os níveis de gasto, dado que a grande maioria de segurados permanece com seus planos ao longo do tempo.

²³ Por exemplo, espera-se que todos os adultos de 55 a 59 anos tenham um uso de recursos relativamente mais alto do que a classe de crianças e menores de 18 anos.

A seleção adversa é um problema de informação assimétrica - os indivíduos conhecem sua probabilidade de vir a utilizar cuidados de saúde, mas suas seguradoras ou não têm essa informação ou não têm a permissão de utilizá-la. Crescentemente, contudo, a informação se vem tornando mais igualitária. As seguradoras questionam os indivíduos ou monitoram sua utilização prévia para prognosticar seus custos futuros. Equipadas com tal conhecimento, as seguradoras podem saber mais sobre os custos esperados para os grupos que estão segurando do que os próprios membros dos grupos. As seguradoras podem usar essa informação para estabelecer prêmios. Embora tal “avaliação de experiência” seja rara no nível individual, ela é comum no nível de grupo. Assim, grupos mais velhos e doentes têm preço *per capita* maior para a mesma cobertura que indivíduos mais jovens e/ou saudáveis.

Esse tipo de avaliação, contudo, também tem problemas, principalmente quando feita em nível individual. Quando as pessoas se vêem sujeitas a prêmios que dependem de suas doenças, acabam rejeitadas para uma determinada forma de seguro - perdem a capacidade de obter os mesmos serviços de seguro que seus pares pelo mesmo preço. Assim, mais informação sobre níveis de risco individual permite um preço mais eficiente do risco, mas pressagia uma perda de bem-estar.

Avaliação de risco e técnicas de ajuste de risco

As avaliações de risco à saúde são, portanto, métodos para determinar “objetivamente” os riscos relativos de indivíduos ou de grupos de indivíduos, isto é, se um indivíduo ou grupo representa um risco que é razoavelmente próximo da média e, se não, para quantificar o desvio relativo à média. Indivíduos com maior probabilidade de utilizar mais serviços médicos e de incorrer em mais custos são considerados os de pior risco, ou seja, de risco mais alto. Alguns indivíduos podem permanecer de alto risco (no sentido da probabilidade de incorrerem em maiores gastos médicos) por toda a vida, como, por exemplo, pessoas com asma ou diabetes. Já outros podem ser de alto risco em um dado período, mas não em outro, se a condição que causa seus custos médicos mais elevados for temporária ou puder ser corrigida.

Essas avaliações de risco envolvem o uso de sistemas de classificação nos quais os indivíduos são dispostos em uma categoria de risco segundo um padrão objetivo, tal como sua idade ou a classificação de uma doença que ele teve no ano anterior. Cada categoria de risco pode ter um fator de risco relativo numérico associado. Dito de outra maneira: fatores de risco relativo são valores numéricos atribuídos a indivíduos, baseados no risco relativo de todos os indivíduos dessa mesma categoria de risco, isto é, na relação

entre o nível médio esperado de gastos médicos, em um período específico, para todos os indivíduos dessa categoria de risco, e o nível médio esperado de gastos de saúde de todos os indivíduos de todas as categorias de risco (ROSENBLATT et al., 1993).

Um dos usos que é dado aos métodos de ajuste de risco se relaciona ao ajuste dos valores dos prêmios dos seguros de saúde, de modo que reflita as características de risco dos segurados. Os ajustes de risco são, portanto, uma forma de reduzir o efeito da seleção de risco nos prêmios de seguro saúde ou nas contribuições dos empregados a um plano de saúde. Os diversos processos de ajuste existentes usam os resultados das avaliações de risco para determinar as transferências adicionais de recursos a serem relacionadas a esses diferenciais de risco (ROSENBLATT et al., 1994).

Sem métodos de ajuste de risco, é provável que as estruturas de divisão proporcionem incentivos aos seguradores de saúde para evitar indivíduos de alto risco, com o objetivo de manter prêmios mais competitivos, e os indivíduos poderão continuar a se defrontar com prêmios ou escolhas de contribuição que reflitam seleção de risco mais do que eficiência médica e administrativa.

Adicionalmente, uma vez que a seleção de risco também pode ocorrer dentre os provedores de cuidados de saúde, os pagamentos feitos a esses provedores têm sido também cada vez mais ajustados pelo risco. Perfis periódicos do desempenho dos provedores, ajustados por risco, têm sido elaborados: tais perfis têm sido utilizados para premiar ou punir financeiramente os provedores.

Assim, pode-se considerar que os objetivos principais dos ajustes de risco são: (a) ajudar a reduzir os efeitos das seleções de risco, inadvertidas ou intencionais, de modo que seguradores e provedores em um mercado competitivo possam competir com base na eficiência médica e administrativa e na qualidade do cuidado e dos serviços, mais do que na habilidade de selecionar risco; (b) buscar compensar, de forma justa e equitativa, seguradores e provedores pelos riscos (ou diferenciais de risco) que eles assumem; (c) manter a escolha dos consumidores entre múltiplos planos baseados em valores pagos que reflitam as eficiências médicas e administrativas; (d) proteger a solidez financeira do sistema.

Existem vários métodos para determinar classificações relativas de risco, que se distinguem pelo modelo usado para estabelecer as categorias de risco. Por exemplo, uma avaliação de risco baseada no estado de saúde auto-relatado pelos indivíduos pode assinalar uma pontuação numérica baseada nos itens que eles incluem na percepção e no relato de sua saúde. Um fator de risco demográfico segregaria os indivíduos em ca-

tegorias de risco com base em fatores demográficos como idade, sexo e estado familiar. Já um método de avaliação de risco baseado em diagnóstico ou história clínica prévia classificaria os indivíduos segundo suas doenças, sintomas ou número de hospitalizações no ano anterior.

Os métodos podem ser, assim, simples como um método do tipo demográfico, ou baseados em sistemas médicos de *case mix* altamente sofisticados, que classificam os pacientes segundo diagnósticos médicos e tratamentos prévios.

Dentre esses métodos citam-se (ROSENBLATT et al., 1993):

- *Ambulatory Care Groups/ACGs*, desenvolvido pela Universidade Johns Hopkins, utiliza sexo, idade e diagnósticos da CID-9;
- *Diagnostic Cost Groups (DCGs)*, desenvolvido na Universidade de Boston, trabalha com um modelo de história prévia que inclui dados de internações para classificar risco;
- *Payment Amounts for Capitated System (PACS)*, elaborado pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins e pelo Center of Health Statistics americano, usa como classificadores de risco idade, sexo, estado de incapacidade, cronicidade, grandes categorias diagnósticas e nível de consumo de recursos ambulatoriais;
- *Rand 36 - item health survey 1.0*, mede o estado de saúde auto-relatado por meio de um questionário de 36 questões;
- *Robinson-luft*, desenvolvido para fazer uso de informação disponível nas bases de dados dos empregadores, usa uma série de equações de regressão para assinalar riscos relativos.

Embora as medidas usadas por cada um desses sistemas sejam diferentes, essencialmente todos trabalham agrupando *clusters* de diagnósticos em categorias clinicamente importantes e combinando categorias para um paciente individual, de modo que seja obtida uma medida composta do estado de saúde que possa ajudar a prever o uso futuro dos serviços de saúde.

Na maioria dos sistemas de ajuste de risco, as doenças ou condições individuais são colocadas em um único *cluster* de morbidade, baseado em um conjunto de fatores.²⁴

Todos esses métodos e mais outros que estão ainda sendo testados necessitam de estudos de validação mais conclusivos, pois o uso de sistemas formais de ajuste de risco

²⁴ Os sistemas geralmente usam diagnósticos ambulatoriais bem como diagnósticos hospitalares para derivar as medidas de *case mix*.

é ainda reduzido,²⁵ as vantagens e as desvantagens relativas das diferentes metodologias são desconhecidas e merecem ser mais bem exploradas (ELLIS *et al.*, 1996; HENDRYX; TEAGUE, 2001).

Uma outra questão em relação a prêmios ajustados por risco que tem sido objeto de extensos debates se refere a possíveis subsídios cruzados dos prêmios de pessoas de alto risco por indivíduos de risco mais baixo (por meio, por exemplo, de contribuições para fundos de solidariedade), que poderiam aumentar o acesso e a oferta de seguro saúde para o alto risco.

Van de Ven *et al.* (2000) fornecem uma análise detalhada dessa discussão e das diferentes maneiras pelas quais subsídios cruzados de ajuste de risco podem ser implementados, bem como dos possíveis diferentes mecanismos de repartição dos riscos entre segurados, seguradores e fundos de solidariedade. Esses autores alertam para duas questões que surgem com a implementação de subsídios ajustados pelo risco. A primeira refere-se aos critérios segundo os quais as diferentes categorias de risco são determinadas. A segunda refere-se a como determinar o subsídio/contribuição para diferentes categorias de risco.

25 Nos EUA, diversos modelos de ajuste de risco baseados em diagnósticos clínicos vêm sendo desenvolvidos para modificar os pagamentos feitos a HMOs e planos de saúde. O *Medicare* começou, recentemente, a implementar um método de ajuste de risco para pagamento desses planos, e várias agências estaduais também contratam em nome de seus usuários do *Medicaid* usando modelos semelhantes (CUMMING *et al.*, 2002).

■ 7. Referências

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar.** Brasília: IPEA, 1998. (TDI, 599).

ALMEIDA, Célia Maria. Reforma do estado e reformas de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. In: **GESTÃO do SUS: problemas desafios e avanços. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

ALMENDRAL, V. R. **Tributos, transferências e gastos na Espanha: o centro e as regiões buscam o melhor equilíbrio.**

ANELL, A.; SVARVAR, P. Health care reforms and cost containment in Sweden. In: MOSSIALOS, E.; LE GRAND, J. (Ed.); ASHGATE; ALDERSHOT. **Health care and cost containment in the European Union.** 1999.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE). 1999. Disponível em: <www.abrange.com.br>.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITÉ. **Health protection systems today: structures and trends in 15 countries.** Bruxelas: Association Internationale de la Mutualité, 1999.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITÉ. **Submission to the European Commission's study on voluntary health insurance in the European Union.** Bruxelas: Association Internationale de la Mutualité, 2001.

AUBERGER, P. L'impossible réforme fiscale? **Commentaire**, v.16, n.61, 1993.

BANTING, Keith; CORBETT, Stan. Federalism and health-care policy: an introduction. In: **SEMINÁRIO DE POLÍTICA DE SAÚDE E FEDERALISMO**, São Paulo, 15 out./16 out. 2001. **Texto apresentado...** São Paulo, 2001.

BAPTISTA, C. **Uma abordagem quantitativa: os subsistemas de saúde, compromisso na eficácia e na qualidade. O papel dos sistemas privados de saúde num sistema de mudança.** Lisboa: Associação Nacional de Sistemas de Saúde, 1999.

BARROS, P. P. O papel dos seguros de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.15, p.47-58, 1997.

BERNARDO, P. Renúncia Fiscal. **Tributação em Revista.** Brasília, p. 5-10, jul./set., 1997.

BEVERIDGE, W. **Social insurance and allied services.** Report presented to Parliament by Command of His Majesty. Londres, 1942.

BLANCHARD, O. J. Reaganomics in economic policy. **The Conservative Revolution: a Special Report.** Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

BLANPAIN, N.; PAN KÉ SHON, J. L. **L'assurance complémentaire maladie: une diffusion encore inégale.** 1997. (INSEE Première, 523).

BRACHO, Carmén Alemán; SERRANO, Mercedes García. Política social y salud. In: BRACHO, Carmén Alemán; FERRE, Jorge Garcés (Orgs). **Política social.** Madrid: McGraw-Hill, 1998. p.211-232.

CASTILLO, Javier Rey del. Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español. In: **Revista Espacial de Salud Publica,** Madrid, v. 72, n. 1, enero/feb. 1998.

COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADA; ROMANOW. ROY, J. (Com.). Building on values: the future of health care in Canada. **Final Report,** cap. 2, p. 45-72, Nov. 2002.

CONSUMERS UNION. **Tax credits and the uninsured.** Washington, 1999.

COSTA, J.; GARCÍA, J. Demand for private health insurance and health care quality: which quality matters? In: EUROPEAN Workshop on Econometrics and Health Economics, 9. 2000.

DAIN, Sulamis. **Do direito social à mercadoria.** Rio de Janeiro, 2000. Tese (Para Concurso de Professor Titular) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000

ENTHOVEN, A. C. The history and principles of managed competition. **Health Affairs,** Suppl., p. 24-48, 1993.

ESPING-ANDERSEN, G. **Politics against markets: the social democratic road to power.** Princeton University Press, 1985.

ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism.** Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1990.

ESPING-ANDERSEN, G.(ed.). **Welfare states in transition: national adaptations in global economies.** London: Thousand Oaks/New Delhi: Sage, 1996.

FEDER, J. **Health coverage for low-income families.** Washington, D.C.: Georgetown University, 1999.

GERDTHAM, U-G. **Essays on international comparisons of health care expenditure.** Linköping University: Linköping, 1991. (Linköping studies in arts and science 66)

GERDTHAM, U-G.; B. JÖNSSON. Health care expenditure in Sweden: an international comparison. **Health Policy,** v.19, p.211-228. 1991a.

GERDTHAM, U-G.; ANDERSSON, F.; SØGAARD, J.; JÖNSSON, B. **Econometric analysis of health care expenditures: a cross-section study of the OECD countries.** Center for Medical Technology Assessment (CMT), University of Linköping, Suécia, 1988.

GEVERS, J.; GELISSEN, J.; ARTS, W.; MUFFELS, R. Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union. **International Journal of Social Welfare**, v.9, p.301-321, 2000.

GIAIMO, S. **Markets and medicine: Welfare State governance in Britain, Germany and the United States**. Londres, 1999.

GIOVANELLA, L., **Solidariedade ou competição?** Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, [s. d.].

JONSSON, B.; MUSGROVE, P. Government financing in health care. In: SCHIEBER, G. J. (Ed.). **Innovations in health care financing**. Proceedings of a World Bank Conference. Washington D.C.: The World Bank, Mar. 10-11, 1997. (World Bank Discussion Paper, 365).

KEYNES, J. M. The end of Laissez-Faire. In: **The Collected Writings of John Maynard Keynes**. Essays in Persuasion. Cambridge: Macmillan, 1972 [1931].

LANDERLIN, Gerardo Meil. Política social comparada. In: BRACHO, Carmén Alemán; FERRE, Jorge Garcés (Orgs). **Política social**. Madrid: McGraw-Hill, 1998. p. 133-153.

LEU, R. E. The public-private mix and international health care costs. In: A. J. CULYER, A. J.; JÖNSSON, B. (Eds.). **Public and Private Health Services**. Oxford: Basil Blackwell, 1986.

MANNING, W.; NEWHOUSE, J.; DUAN, N.; KEELER, E.; LEIBOWITZ, A.; MARQUIS, M. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. **American Economic Review**, n.773, June, 1987.

MARSHALL, T. H. Citizenship and social class. In: **SOCIOLOGY at the crossroads and other essays**. London: Heinemann, 1963.

MAXWELL, J. **Social dimensions of the economic growth**. Points névralgiques à moyen terme. Canadá, 1999.

MAXWELL, R. J. **Health and wealth**. Lexington: Lexington Books, 1981.

MENY, Yves; THOENIG, J. C. **La Dimensión comparativa de las políticas públicas**. Barcelona: Ariel. Organização Mundial de Saúde (OMS) - Euro Database, 2000, 2001 e 2002. 1992.

MINISTRY OF HEALTH WELFARE AND SPORT. **Health insurance in the Netherlands**. 15 ed. Ministry of Health Welfare and Sport: The Hague, 2000. Disponível em: < <http://www.minvws.nl> > .

MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J.; KUTZIN, J. (Eds.). **Funding health care: options for Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002.

MYLES, I. **Old age in the Welfare States**. The Political Economy of Public Pensions. Boston: Little, 1984.

NETHERLANDS - Working Paper, Health and Social Care Accounts 1998-2000, VAN MOSSEVELD, C. J. P. M.; SMIT, J. M. Statistics Netherlands, February 2002 - Pilot Implementation of the System of Health Accounts in the Netherlands, Room document 4, **Meeting of the Experts in National Health Accounts**, Mar. 2001.

OECD. The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries, **Health Policy Studies**, Paris, n. 2, 1992c.

OECD. **The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries**. Paris, 1994e.

OECD. **Tax expenditures, recent experiences**. Paris, 1996.

OIT. **Sécurité sociale: quelle méthode de financement?** Genebra: OIT, 1983.

PARKIN, D. Comparing health service efficiency across countries. In: McGUIRE, A., FENN, P.; MAYHEW, K. **Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery**. Oxford: Oxford University Press, 1991.

PIERSON, P. Coping with permanent austerity: welfare state restructuring in affluent democracies. In: _____. (ed.). **The new politics of the Welfare State**. Oxford: Oxford

RIVAS, Xosé Luis Barreiro. Bases analíticas para la comprensión de las políticas sociales en la transición democrática Española. In: SANTOS, Reginaldo Souza (Org.). **Políticas sociais e transição democrática: análises comparativas de Brasil, Espanha e Portugal**. São Paulo: Mandacaru, 2001. p. 53-89.

SCHIEBER, G.; MAEDA, A. A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: SCHIEBER, G. J. (Ed.). **Innovations in health care financing**. Proceedings of a World Bank Conference. Washington D.C.: The World Bank, March 10-11, 1997. (World Bank Discussion Paper, 365).

SHEILS, J.; HOGAN, P. Cost of tax-exempt health benefits in 1998. **Health Affairs**, p. 176, Mar./Apr. 1999.

SKOGLUND, C. **Voluntary health insurance in Sweden: a study for the European Commission**, BCS Kompetensutveckling AB, Estocolmo. 2001.

SOARES, L. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1998.

THÉRET, B. **De L'assurance-emploi au régime national de prestations pour enfants: l'état-providence Canadien aux risques de la mondialisation et de la désagrégation de la fédération**. Discours et politiques des années 1994-1999. Paris: IRIS/CNRS Université Paris Dauphine, 1999.

TODER, E. J. **The changing composition of tax incentives 1980-99**. USA: The Urban Institute/U.I.Press, 1999.

TORNERO, José Luiz G. de A. El sistema nacional de salud em el estado de las autonomías. **Revista de Administración Sanitaria**, v.3, n.12, Oct.-Dic. 1999.

VAGERO, D.; LUNDBERG, O. Health inequalities in Britain and Sweden. **Lancet**, 1989.

VIANNA, M. L. W. **A americanização perversa da seguridade social no Brasil. Estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

WEISBROD, B. Health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment. **Journal of Economic Literature**, v. 29, June 1991.

WHITE, J. **A comparative study of health care policy in the United States And Canada: What policymakers in Latin America Might and Might not Learn from their Neighbors to the North** Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 1997. (Serie Financiamiento del Desarrollo, 52).

CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DE SAÚDE E BLOCOS ECONÔMICOS¹

André Medici

Doutor em História Econômica pela Universidade de São Paulo, Mestre em Economia pela UNICAMP e Especialista Senior em Desenvolvimento Social do Banco Interamericano de Desenvolvimento em Washington.

Bernardo Weaver Barros

Advogado e Mestre em "Insurance Law and Financial Products", University of Connecticut, School of Law.

■ 1. Introdução

A integração entre países ou regiões é um processo que ocorre naturalmente. Durante vários momentos da história mundial, e especialmente a partir do renascimento, processos naturais de integração de mercados ocorreram de forma a caracterizar uma convergência progressiva dos parâmetros econômicos e sociais na medida em que, através do comércio, os países aumentam seu grau de interdependência (DEVLIN; CASTRO, 2002). Mas a maioria dos processos de integração ou globalização tende a reverter-se com o tempo, seja em função de crises econômicas, seja em decorrência da busca de novos processos que redefinem as parcerias comerciais. No entanto, tal reversão geralmente não leva a situações menos integradas do que as existentes antes do início de cada processo de integração. Portanto, entre idas e vindas, se pode dizer que existe uma tendência inexorável ao aumento da integração entre países ao longo da história da humanidade.

É certo que a globalização, assim como a integração aos mercados mundiais, pode levar ao aumento das desigualdades sociais, na medida em que traz benefícios mais rápidos para os países que se integram de forma mais competitiva nos mercados globais.² No entanto, ela pode, também, através da negociação, regulação e aplicação de regras consensuadas, reduzir as disparidades sociais.

A década de noventa é reconhecida pela intensificação do processo de globalização em ritmo mais acelerado que as que a antecederam. Que efeitos isto trouxe, em geral, para a economia mundial? Considerando-se as transformações ocorridas nos indicadores sociais, entre 1990 e 1999 (segundo o informe do PNUD de 2002), a população em situação

¹ Este artigo tem como base a apresentação feita no Seminário. "A Regulação das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas", organizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro (RJ), 1 e 2 de Dezembro de 2003.

² Inúmeros conceitos econômicos, tais como ganhos de inovação, ganhos de difusão ou ganhos de fundação corroboraram, ao longo da história do pensamento econômico, com esta idéia.

de pobreza absoluta se reduziu de 29% para 23%; a taxa de mortalidade infantil caiu de 96 para 56 por 1000 nascidos vivos; a taxa de matrícula de crianças em idade escolar aumentou de 80% para 84% e 140 dos cerca de 200 países existentes no mundo escolhiam seus representantes através do sufrágio universal ao final dos anos noventa.

Um dos efeitos associados a todo processo de globalização é a progressiva padronização do consumo em escala mundial. A criação de padrões de consumo e estilos de vida progressivamente similares leva os países a aumentar sua produção para o mercado externo na base de vantagens comparativas, ao mesmo tempo em que substitui progressivamente sua produção doméstica por importações.

Mas a integração também pode avançar a partir de processos politicamente dirigidos de cooperação econômica regional. Para evitar que a falta de coordenação associada aos processos de globalização desestruture as bases econômicas internas das nações e para promover benefícios mútuos, os governos de países territorialmente contíguos podem desenvolver, de forma consensuada e regulada, mercados regionais ou blocos econômicos. Assim, os países envolvidos negociam e implementam políticas orientadas a benefícios comuns em áreas como segurança militar, defesa e proteção ambiental, controle sanitário e epidemiológico, entre outras, usando distintos instrumentos de política econômica, tais como a redução de barreiras tarifárias, a unificação dos padrões laborais e a reciprocidade nas políticas sociais e criando incentivos para o aproveitamento e desenvolvimento de vantagens comparativas de forma planejada. Com isso, baseados em idéias comuns, países com contigüidade territorial podem estabelecer um certo regionalismo baseado em políticas e propósitos comuns.

Entre os países em desenvolvimento, desde o pós-guerra, dois tipos de regionalismo surgiram sucessivamente. O primeiro regionalismo, dos anos cinquenta aos setenta, tinha como principais traços o dirigismo estatal e o relacionamento comercial subordinado a processos de substituição de importações. O novo regionalismo, que surge, a partir dos anos noventa, tem como principais características: a abertura comercial baseada em mercados privados e o desenvolvimento político de sociedades abertas e democráticas. Isso não significa que o Estado não tenha novos papéis nos processos de integração. Ao contrário, o Estado passa a ser o condutor dos processos de abertura comercial, num contexto de maior cooperação regional para a modernização institucional e crescimento econômico e social.

É nesse contexto que têm sido criadas áreas internacionais de livre-comércio, às quais acabam evoluindo para áreas de integração econômica ou mercados regionais. A Comunidade Econômica Européia (CEE), o Acordo de Livre Comércio entre os países da

América do Norte (NAFTA) e o Mercado Comum dos Países do Cone Sul (MERCOSUL) são alguns exemplos de blocos econômicos criados na segunda metade do século XX com estes objetivos.

No entanto, o processo de integração comercial avança assincronicamente, de acordo com a natureza dos bens e serviços demandados no mercado internacional. É mais rápido entre os bens e serviços tradicionais (*commodities*, bens duráveis e não duráveis de consumo e serviços como transporte e turismo etc.) ou associados a novos processos tecnológicos que aumentam a produtividade (como é o caso da informática). É mais lento no que se refere a bens e serviços de caráter social, como educação e a saúde, ainda que na primeira avance mais rapidamente do que na última³. Esse relativo atraso da integração dos bens e serviços de caráter social ao processo de globalização está associado à natureza especial destes bens e serviços.

Mesmo assim, processos de integração econômica parecem estar associados à melhoria das condições de saúde. Um estudo realizado em 17 países, com base em seus indicadores de 1977 e 1997 demonstrou que, entre aqueles onde aumentou a integração comercial⁴, a expectativa de vida aumentou em média 7,5 anos e a mortalidade infantil se reduziu em 45%. Entre aqueles em que a integração comercial não se expandiu ou se reduziu⁵, a expectativa de vida aumentou menos (4,5 anos) e a mortalidade infantil se reduziu em 39%.

O objetivo deste artigo é discutir como se comportam os mercados de bens e serviços de saúde no processo de integração regional e formação de blocos econômicos. Para tal, o trabalho se divide em quatro seções que se adicionam a esta introdução. Na segunda seção será discutida a natureza econômica da produção em saúde e sua dimensão global com ênfase em seu papel na geração de bens públicos e bens privados.

Na terceira seção se discutirá os aspectos da integração econômica em saúde enquanto produção pública (de bens públicos globais ou regionais ou de bens que, mesmo sendo privados mereceriam ser produzidos pelo Estado para corrigir imperfeições de mercado), com ênfase nos aspectos de equidade que podem acelerar ou retardar o processo de integração associado a estes bens. Será discutido o conceito de reciprocidade enquanto meio de reconhecimento de direitos sociais comuns a cidadãos que se inserem num mesmo bloco econômico.

3 Ver sobre este ponto Castro & Musgrove (2000).

4 Bangladesh, China, Malásia, Mali, México, Nepal, Paraguai e Turquia.

5 Benin, Bolívia, República Centro-Africana, Chipre, El Salvador, Haiti, Libéria, Malawi, Níger, Peru e África do Sul.

Na quarta seção serão debatidos os aspectos da integração econômica em saúde associados aos mercados privados. Embora esta discussão envolva temas comerciais complexos como o de insumos básicos de saúde, medicamentos, equipamentos e patentes associadas ao uso de tecnologias, vamos concentrar nossa discussão dos serviços privados de saúde no âmbito da integração regional. Nesse sentido, o conceito de portabilidade, enquanto processo pelo qual se podem transferir direitos de acesso a mercados privados de saúde entre países será analisado como forma avançada de integração dos mercados de saúde em contextos regionais ou internacionais.

Na quinta seção será discutido como tem avançado a processo de integração em saúde em três contextos internacionais distintos: os casos da CEE; NAFTA e MERCOSUL. Este último caso será discutido mais como perspectiva futura dos países da Região.

■ 2. A natureza econômica da saúde e sua dimensão global

A discussão relacionada à natureza econômica da saúde e sua dimensão global envolve pelo menos três temas relevantes. O primeiro se refere ao caráter distintivo dos bens e serviços de saúde, ou ainda: de quais tipos de bens e serviços estamos falando? O segundo é: quão complexa é a produção de saúde? O terceiro é: como a saúde tem contribuído para o processo de integração mundial?

2.1 Caráter distintivo dos bens e serviços de saúde

A literatura econômica, desde os anos sessenta, tem sido pródiga em discutir o caráter específico dos bens e serviços de saúde e de seus mercados. A forma como opera o setor e a efetividade sobre a qual os serviços de saúde satisfazem as necessidades sociais fogem à norma dos mercados competitivos tradicionais.

Kenneth Arrow (1963) assinalou que o desvio dos mercados de saúde em relação aos mercados competitivos se deve: (a) à natureza da demanda, marcada pela sua irregularidade e imprevisibilidade, a qual impede ao consumidor planejar quando vai demandar o produto; (b) ao comportamento esperado do médico, dado que o consumo do produto e a atividade de produção se realizam simultaneamente, o que impede que o consumidor teste o produto antes de consumi-lo; (c) à incerteza quanto à qualidade do produto, dada a existência de grande assimetria de informação entre quem o compra e quem o vende; (d) às condições de oferta, dado que as atividades de saúde demandam elevado grau de capacitação e regulação associada ao licenciamento da atividade e das profissões,

criando fortes barreiras à entrada de novos ofertantes; (e) a preços não estabelecidos pelas condições de mercado, já que um mesmo serviço pode assumir distintos preços, de acordo com o nível de renda dos indivíduos e com os mecanismos de contratação das instituições de saúde, os quais variam desde o pagamento por ato médico até o pré-pagamento por risco assumido, associado a uma cesta de bens e serviços prospectivos.

Arrow igualmente assinalou que a produção em saúde não atende uma ou mais das três principais pré-condições que definem o caráter concorrencial de um determinado mercado. A primeira é a existência de equilíbrio competitivo associado a esse bem; a segunda é a da comerciabilidade (*marketability*) ou a qualidade que um bem possui de ser comprado/vendido no mercado em função do comportamento de seus custos para o produtor e de sua utilidade para o consumidor. A terceira é a existência de rendimentos de escala que assegurem a cada estado ótimo de concorrência um dado nível de distribuição de renda e preços compatíveis para estes mercados. Se uma destas pré-condições falha esse mercado é imperfeito.

Para exemplificar, o caso de imunização, foge ao critério da comerciabilidade. Uma pessoa pode se negar a consumir uma vacina para uma determinada doença transmissível. Isto põe em risco não somente sua saúde, mas também a de outros. Num sistema ideal de preços, ele deveria pagar uma compensação a qualquer outro indivíduo que contraísse essa doença como decorrência da externalidade negativa gerada pelo fato de ele não ter sido vacinado. Uma outra forma seria que todos pagassem a esta pessoa um preço para que ele se vacinasse. Este tipo de sistema de preços estaria fora de ser viável, e necessitaria alguma forma de intervenção coletiva sob a forma de subsídio, taxação ou obrigatoriedade para que se viabilizasse. O Estado neste caso atuaria para assegurar, por mecanismos externos ao mercado, via incentivos ou coerção, que este indivíduo se vacinasse apesar de ele não manifestar disposição a pagar pela vacinação.

Outro exemplo consiste no fato de que muitos hospitais, especialmente em pequenas cidades, tem que operar abaixo da escala de produção para que seus rendimentos sejam satisfatórios em condições de equilíbrio. Para continuar funcionando e atendendo essa população, estes hospitais deverão receber subsídios públicos.

Os problemas associados a imperfeições de mercado levam a aprofundamentos na discussão da natureza dos bens e serviços de saúde: Do ponto de vista econômico, são eles bens públicos ou privados? Comercializáveis ou não?

Públicos ou Privados? Bens públicos não são necessariamente aqueles produzidos pelo governo. A conceituação econômica os classifica como bens ou serviços que, se forem

ofertados a uma pessoa, estariam disponíveis para todos sem custos adicionais. Por outro lado, são bens que não tem consumo rival, ou seja, se uma pessoa consome este bem, ele não deixaria de estar disponível para outros na mesma quantidade consumida.⁶ Isto o diferencia de um bem privado, onde o consumo de uma pessoa exclui qualquer outra pessoa de consumi-lo naquela mesma quantidade. Quando se pode excluir alguém da produção de um bem público, ou quando o consumo deste bem não é totalmente insubstituível, ele poderá ser considerado um bem público impuro ou um bem misto, fenômeno que certamente é muito mais próximo da realidade do que o dos bens públicos, onde existem poucos casos.⁷

As ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica ou vigilância dos portos - serviços para os quais não existe mercado, mas que beneficiam igualmente a todos - são os exemplos mais conhecidos de bens públicos em saúde. Ao se estruturar serviços de vigilância sanitária, todos automaticamente se beneficiam ao reduzir seus riscos de contrair enfermidades transmissíveis ou ter sua saúde afetada pela má qualidade do ambiente.

O caso da vacinação em saúde seria um exemplo mais controvertido de bem público, podendo se associar, em alguns contextos, a casos de bens mistos. É verdade que todos se beneficiam quando um indivíduo se vacina, na medida em que se protegem de serem contaminados por ele. Assim, os benefícios coletivos da vacinação aumentam na medida em que todos se vacinam. Se o governo garante vacina para todos que estão ou podem estar em risco, então a vacinação é tipicamente um bem público. Mas na medida em que não existem vacinas para todos, a vacinação passa a estar submetida ao princípio do consumo rival, ou seja, se um indivíduo a mais se vacina, outro deixa de ser vacinado.

A provisão de um bem público depende das escolhas coletivas. Geralmente se espera que a escolha e a provisão de bens públicos seja feita pelos governos e seu financiamento esteja associado a impostos gerais. Mas, em espaços públicos mais restritos, uma alternativa seria que uma comunidade ou cooperativa se cotizasse para o financiamento da provisão de bens públicos. A dificuldade neste caso seria como se determinaria a capacidade a pagar por este bem e como se evitaria a evasão da cota daqueles que gostariam de beneficiar-se da provisão do bem sem pagar por ele (*free-riders*).

6 Paul Samuelson afirma que bens públicos apresentam duas características básicas: (a) não têm consumo rival e (b) não excluem ninguém de seu consumo, ou seja, uma vez produzidos não se pode evitar que outros venham a consumi-los. Neste sentido os bens públicos não podem funcionar em mercados privados, dado que ninguém pode assegurar que sejam consumidos somente por aqueles que tem capacidade de pagar por eles.

7 Tanto bens públicos como bens mistos não atendem o princípio de eficiência de Pareto, dado que o acréscimo de seu consumo ao indivíduo pode aumentar seu benefício ou utilidade sem impor nenhum custo adicional a este.

Muitas medidas de saúde coletiva ou ambiental podem ser consideradas bens públicos. Mas a maioria dos bens e serviços de saúde não é de natureza pública. Os serviços de atenção médica ou odontológica e os medicamentos (mesmo os chamados medicamentos básicos ou essenciais) são bens privados, dado que seu consumo está associado a quem precisa no momento em que precisa.

Comercializáveis ou não? O conceito macroeconômico de comerciabilidade de um bem é mais amplo que o conceito microeconômico de comerciabilidade, onde simplesmente se analisa se o bem tem demanda e valor de mercado em qualquer circunstância. Em sua acepção macroeconômica, bens comercializáveis são aqueles que concorrem internacionalmente em qualquer mercado. Atualmente é crescente o número de bens de saúde que cumprem estas características: boa parte dos medicamentos, vacinas (não confundir com processos de vacinação) ou imunobiológicos, alguns equipamentos médicos e insumos hospitalares estão nesta categoria. Com a telemedicina e os mercados globais de saúde, as estratégias de informação, software e capacitação em saúde podem ser consideradas como serviços comercializáveis.

Além da discussão de natureza econômica, caberia uma discussão social associada ao processo de apropriação, acesso e distribuição dos bens e serviços de saúde: São eles bens *meritocráticos ou universais*? *Focalizados assimetricamente ou de provisão indiscriminada*?

Meritocráticos ou Universais? Ainda que existissem instituições de caridade em saúde, a concepção reinante no passado era que os bens e serviços de saúde, ou estavam associados à capacidade de pagar ou eram atributo daqueles que estavam protegidos pelas instituições de seguridade social.⁸ Essa concepção bismarkiana de direitos sociais, a partir do fim da segunda guerra mundial, foi sendo sobreposta ou substituída pela concepção beveridgiana de cidadania, estendendo universalmente o direito e acesso aos bens e serviços de saúde. Isto tem funcionado nos países desenvolvidos onde as condições sócio-econômicas permitem afiançar direitos universais à saúde. No entanto, as condições sócio-econômicas e os níveis de desigualdade da maioria dos países em desenvolvimento não permitem implementar a universalidade como garantia de todas as prestações de saúde para todos, gerando três tipos de dilemas de equidade: a) o das *filas* (dadas as restrições institucionais e orçamentárias, quem chega primeiro consome o serviço); b) o da *informação privilegiada* (quem sabe aonde e como chegar aos serviços o consome) e; c) o da *indisponibilidade* (nas regiões menos privilegiadas e mais

⁸ Em muitos países europeus ou na América Latina o mutualismo de base associativa ou laboral antecedeu as instituições públicas de seguridade social como forma de garantia de assistência médica coletiva.

distantes dos centros urbanos não existe possibilidade de consumo porque os serviços, ou não existem ou existem de forma restringida).

Focalizados ou de provisão indiscriminada? A universalização da saúde como direito não leva necessariamente à idéia de que todos têm direitos a todos os bens e serviços de saúde, através da provisão pública. Em sociedades desiguais onde os recursos públicos são escassos, uma das formas de alcançar a universalidade de acesso aos bens e serviços de saúde é garantir, de forma regulada, o mercado para aqueles que têm capacidade de pagamento e subsidiar ou prover o acesso gratuito, de forma focalizada, para aqueles que não podem pagar. Este seria o caso da focalização sobre a base da oferta, a qual tem como risco a criação de mercados segmentados. Uma outra forma de focalização seria a focalização através da demanda, onde se garante, para aqueles que não podem pagar pelos serviços um subsídio monetário (diretamente ou através de uma instituição pagadora) para que este participe do mercado em iguais condições do que aqueles que podem pagar.⁹

2.2 A complexidade da produção em saúde

A produção em saúde é muito mais ampla e complexa do que aquela unicamente provida pelos serviços de saúde.¹⁰ Inclui um conjunto de outras indústrias, como a de medicamentos, imunobiológicos, equipamentos médicos (incluindo informática e software) e insumos básicos para serviços ambulatoriais e hospitalares.

Necessita de um grande esforço de educação formal, capacitação e treinamento em saúde e outras disciplinas associadas e tem como retaguarda um amplo setor de pesquisa básica e aplicada, que envolve todo o espectro de conhecimento, desde as ciências biológicas, da física, da química, da farmácia e da engenharia, até as ciências econômicas, sociais e modelos de gestão e administração.

Envolve ainda os setores financeiros e de seguros, já que boa parte dos mercados privados de saúde nos países desenvolvidos se apoiam em sistemas de seguros e planos de saúde, os quais necessitam de modernos e complexos mecanismos de gestão e sofisticados mercados de serviços financeiros e derivativos.

Além do envolvimento natural do setor privado e filantrópico, a produção em saúde necessita do esforço estatal nas áreas de regulação, fiscalização, provisão de serviços

⁹ Poderia haver problemas, neste caso, associado à assimetria de informação entre quem usou o serviço, quem o prestou e quem pagou por ele. Com informação privilegiada, a instituição prestadora poderia receber vantagens ao cobrar por um serviço mais caro do que foi prestado. Supondo não haver canal de informação entre o usuário e a instituição pagadora cria-se a possibilidade de fraudes conhecidas como o risco do terceiro pagador.

¹⁰ Uma visão atualizada deste tema no Brasil pode ser encontrada em Gadelha (2002).

de saúde e provisão de bens públicos, como é o caso dos serviços para combate a enfermidades transmissíveis e garantia de ambientes físicos e sociais saudáveis.

Com base neste leque de atividades produtivas e na cadeia de relações econômicas que se desenvolve a partir dele, se pode concluir que não é possível ter uma visão simplista do potencial de integração do setor saúde nos mercados globais. A crescente divisão do trabalho associada ao setor e seu forte potencial de inovação tecnológica e produtiva leva à existência de bens e serviços do complexo produtivo de saúde com maior ou menor potencial de integração em mercados globais.

2.3 Saúde como condição prévia para a integração comercial

Existem velhas e novas razões que justificariam a afirmação de que a saúde é uma condição básica para a integração de mercados ao nível global ou regional. As velhas razões estão dadas pela importância histórica das medidas de saúde pública no processo de integração comercial dos últimos 150 anos. As novas razões se relacionam ao peso da desigualdade de acesso aos serviços de saúde como fator de regulação dos preços das mercadorias e fatores de produção em escala global.

Velhas Razões: A melhoria das condições globais de saúde durante o século XX foi impulsionada, em grande medida, pela medicina preventiva e em menor proporção, pelos serviços curativos. Ainda que estes últimos sejam mais valorizados pelas famílias, dada sua visibilidade na melhoria do estado individual de saúde, foi realizado um grande trabalho invisível na melhoria das condições coletivas de saúde, ao nível global, que está associado ao desenvolvimento e aplicação de vacinas para enfermidades transmissíveis, aos esforços de saneamento básico, à erradicação de vetores que transmitem estas enfermidades e à educação sanitária para as populações mais pobres.

O investimento associado a estes esforços de saúde coletiva foi essencial para o desenvolvimento dos fluxos comerciais desde finais do século XIX até os dias de hoje, dado que as medidas de vigilância dos portos e o saneamento das grandes cidades asseguraram o crescimento vertiginoso das transações mercantis sem os riscos de contágio e a transmissão de epidemias entre as nações.

Atualmente tais investimentos praticamente se completaram nos países desenvolvidos, ainda que estejam garantidos os gastos de manutenção dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica para evitar o surgimento de novos focos destas enfermidades. Mesmo assim, estes países não estão isentos do surgimento de novas epidemias como ocorreu com a AIDS, nos anos oitenta, e recentemente com a SARS, a qual afetou tem-

porariamente o fluxo comercial de países como China e Canadá. Não fossem os esforços de cooperação internacional e a existência de sistemas locais eficientes de vigilância sanitária, controlar essas enfermidades nas fronteiras do mundo desenvolvido teria sido muito mais difícil.

As estratégias de saúde pública e vigilância sanitária têm sido historicamente, e ainda são, demandas associadas aos processos de globalização e criação de mercados econômicos. Vetores que transmitem doenças não respeitam fronteiras nacionais. Neste sentido, as nações desenvolvidas e organismos internacionais têm enfatizado a necessidade de eliminação dos riscos epidemiológicos como condição prévia à integração de mercados econômicos. Por outro lado, medidas de vigilância sanitária e normas comuns sobre saúde dos portos e controle de fronteiras são os primeiros tópicos a se discutir em qualquer estratégia de integração econômica.

Novas Razões: Nos últimos anos, muitos países em desenvolvimento têm aumentado a competitividade de seus produtos no mercado internacional, oferecendo aos países desenvolvidos, não somente seus produtos tradicionais, mas também manufaturados a baixo custo. Este movimento foi, em parte, associado ao aumento da abertura comercial dos próprios países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, a alíquota média dos impostos de importação caiu de 15% para 6% entre 1951 e 1979.¹¹ No entanto, desde então, a queda não tem sido tão intensa. Os impostos de importação na economia norte-americana se situam hoje, em média, ao redor de 3%, sendo muito mais elevados para os produtos tradicionais onde a competitividade dos países em desenvolvimento é maior. Assim, os países desenvolvidos - antes os primeiros a defender o fim do protecionismo em contraposição aos países em desenvolvimento que protegiam seus mercados através do fechamento comercial e estratégias de substituição de importações - retornam recentemente a praticar um protecionismo defensivo em seus mercados, especialmente aqueles associados a *commodities* e ao produto de indústrias tradicionais.

Um dos principais fatores que aumentam a competitividade dos países em desenvolvimento é seu baixo custo relativo quanto ao fator trabalho, não apenas no que se relaciona aos salários, mas também aos encargos sociais e impostos. Em boa parte dos países desenvolvidos, os encargos sociais incluem dispendiosos planos de assistência mé-

¹¹ De acordo com Dobbs (2004) o déficit comercial norte americano aumentou de US\$19 bilhões em 1980 para US\$ 0,5 trilhão em 2004, beneficiando países como China, Japão, Alemanha, Canadá e México.

dica, enquanto na maioria dos países em desenvolvimento os trabalhadores não contam com este tipo de proteção.¹²

Os países desenvolvidos alegam que só estariam dispostos a abrir algumas barreiras comerciais se os produtos importados dos países em desenvolvimento fossem produzidos sobre a base de salários e encargos sociais aceitáveis socialmente¹³

(incluindo assistência médica). Com essa proposta, os países desenvolvidos querem eliminar a competitividade baseada em diferenciais de preços relativos dos fatores e restringi-la ao tema da produtividade física do trabalho, onde suas vantagens comparativas são maiores.

Assim, progressivamente o tema da proteção social ao trabalhador - especialmente no que se refere às condições de saúde, incluindo saúde ocupacional e ambiental - vão entrando na discussão sobre globalização e formação de blocos econômicos.

■ 3. Papel do Estado em saúde e o processo de integração comercial

Procuraremos nesta seção discutir, primeiro, qual é o processo decisório associado ao financiamento público na produção de bens e serviços de saúde para depois discutir a natureza pública ou privada dos bens a serem financiados (produzidos ou adquiridos) através do Estado num contexto de globalização, aumento das relações de troca e surgimento de blocos econômicos.

Musgrove (1999) afirma que a ação do governo e o gasto público em saúde poderiam se justificar por questões de equidade e de eficiência econômica. Para garantir a equidade, o setor público deveria dar atenção preferencial aos pobres e evitar riscos morais¹⁴, financiar procedimentos aonde a efetividade e os custos são iguais para diferentes pessoas (equidade horizontal), dar tratamento preferencial a pessoas com problemas de

12 Para exemplificar, o salário médio na indústria de transformação da China é de US\$0,61 enquanto que nos Estados Unidos é de US\$16,00. Isso leva a um rápido processo de internacionalização do mercado interno norte-americano, onde, por exemplo, 75% dos brinquedos vendidos são importados. Poderia levar, também ao aumento da emigração de capitais dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, como forma de reduzir os custos de produção associados a fatores e impostos. No entanto, embora isto esteja ocorrendo, fatores geográficos e locais ainda são responsáveis por manter boa parte dos capitais dos países desenvolvidos envolvidos na produção próxima aos seus centros comerciais (REDDING; VENABLES, 2000).

13 No âmbito dessa discussão existem setores que realmente aproveitam a oportunidade para apoiar a melhoria das condições de saúde dos países em desenvolvimento, enquanto outros apenas o utilizam para, sob a égide de um argumento humanitário, continuar defendendo o nicho da proteção aos produtores nacionais ineficientes nos mercados dos países desenvolvidos.

14 O conceito de risco moral (*moral hazard*) em saúde está associado a situações onde, em determinadas circunstâncias de oferta, o custo marginal para um indivíduo consumir uma quantidade adicional de um bem ou serviço de saúde é maior que o custo marginal para a sociedade, resultando em uma alocação sub-ótima dos recursos disponíveis no setor. Consequentemente, a permanência desta situação pode levar ao crescimento da infra-estrutura de saúde acima das necessidades socialmente ótimas. Se tal situação ocorre, por exemplo, em um seguro médico, a empresa gestora acaba tendo que recalcular os prêmios dos seguros e, dessa forma, aumentar o preço do seguro para todos os consumidores, criando barreiras à adesão daqueles que dispõem de menos recursos.

saúde mais graves, mas que não têm condições de pagar (equidade vertical) ou aplicar à regra de resgate (*rule of rescue*) através da qual qualquer procedimento com alta probabilidade de salvar uma vida deve ser apoiado pelo Estado, independentemente de poder ou não recuperar o custo do paciente.

Do ponto de vista da eficiência econômica, a ação pública se justificaria para corrigir falhas de mercado na provisão e no consumo de bens e serviços de saúde. Neste particular, caberia destacar a produção de bens públicos, a regulação e, eventualmente o financiamento de bens que criam grandes externalidades positivas ou que evitam externalidades negativas provenientes de outros setores, ou ainda situações de catástrofe, onde o esforço de mobilizar recursos através mercado seria difícil ou lento.

Baseando-se nestes conceitos, Musgrove propõe uma árvore de decisões associadas à alocação de recursos públicos em saúde (Figura 1). Utilizando-se os critérios de efetividade em relação aos custos e de equidade, se chega à conclusão de que os gastos públicos de saúde se justificariam nos seguintes contextos: (a) bens públicos; (b) bens privados associados a grandes externalidades cuja demanda não esteja atendida; (c) bens privados com custos catastróficos não assegurados para a maioria da população e; (d) bens privados que beneficiem os mais pobres.

Dado que a informação de custo-efetividade nem sempre é possível de ser obtida, podemos dar alguns exemplos de cada uma das quatro categorias de bens ou serviços de saúde propostas através da análise de Musgrove. No primeiro caso, (bem público), poderíamos ter serviços de vigilância sanitária. No segundo caso (bens privados associados a grandes externalidades onde a demanda não esteja atendida), temos os mosquiteiros impregnados com inseticida para o combate a malária em áreas de alta incidência da enfermidade. No terceiro caso (bens privados com custos catastróficos não assegurados para a maioria da população) temos os procedimentos de alta tecnologia, como cirurgias cardíacas para pobres sem seguro médico, por exemplo. No último caso (bens privados que beneficiam os mais pobres) teríamos os medicamentos essenciais.

3.1 Fatores que levam a regionalização do financiamento público da saúde

Mas o que poderia levar os governos a realizar gastos públicos com saúde fora dos espaços nacionais? Quais as razões que fazem com que os governos comprem bens e serviços de saúde de outros países, ou mesmo realizem investimentos internacionais em saúde? Como a questão da saúde afeta a relação entre os países que compõem um bloco econômico?

Para entender o envolvimento de um ou mais países contíguos territorialmente na produção de bens e serviços de saúde ou quais as condições de saúde que beneficiam mutuamente as relações econômicas e o bem estar comum destes países, devemos prever algumas situações básicas.

- a) Se estes países são contíguos territorialmente, é necessário que epidemias que nasçam em um país não transpassem as fronteiras e afetem a população de outros países, sendo, portanto, o controle regional dos vetores de enfermidades transmissíveis é um investimento necessário.
- b) Se estes países, além de serem contíguos, mantêm relações comerciais, é preciso que as pessoas envolvidas no transporte e atividades de comércio não sejam portadoras de doenças transmissíveis, havendo a necessidade de vigilância sanitária nas fronteiras terrestres e portos para evitar contaminações.
- c) Se estes países atraem visitantes para turismo, é necessário que os turistas tenham condições de serem atendidos no país visitado, quando acometidos de doenças e acidentes e precisem de atendimento de urgência ou emergência médicas.
- d) Se estes países integram seus mercados de trabalho, como é o caso da União Européia, será preciso promover a regulação de seguros de saúde e sistemas de saúde ocupacional e ambiental (e em alguns casos prover publicamente serviços, caso não haja estrutura privada para tal) que garantam reciprocidade de direitos de atenção médica e proporcionem a regularidade de funcionamento do mercado e a proteção social destes trabalhadores.
- e) Se estes países podem se integrar e lograr maior eficiência econômica e vantagem comparativa na produção complementar destes bens do que na produção competitiva dos mesmos, caberia aos respectivos Estados Nacionais desenvolver regulações e esforços conjuntos para propiciar a transferência tecnológica, a remoção de barreiras comerciais e para maximizar a eficiência na provisão e acesso a estes bens e serviços em benefício das populações dos países membros.

Estas situações mostram claramente a necessidade de que os países coordenem esforços para regular ou promover conjuntamente a produção de bens e serviços públicos e privados de saúde, de caráter regional. A solução para os casos a) e b) consiste em ações conjuntas de vigilância sanitária e epidemiológica nas fronteiras. São os casos mais característicos de bens públicos regionais. Já a solução para os casos c), d) e e) não está necessariamente baseada em bens públicos regionais e exige níveis maiores de integração para que sejam tomadas medidas conjuntas sobre o tema. Trataremos de

discutir conceitualmente a questão dos bens públicos regionais e também dos bens que, mesmo sendo privados, seriam de interesse do financiamento, provisão ou regulação dos estados nacionais que compõe um bloco econômico.

3.2 O conceito de bem público regional e sua aplicação ao setor saúde

Bens ou serviços públicos regionais são aqueles onde se estende a conceituação de bem público para além das fronteiras nacionais, considerando-se um bloco de países que se identificam no contexto de uma dada região. Portanto, sua produção estende benefícios para países, populações e gerações. A produção e o consumo destes bens e serviços cria externalidades positivas ou minimiza externalidades negativas para todos os cidadãos de um conjunto de países associados a esta região. São públicos porque os benefícios são apropriados coletivamente. São regionais, porque os benefícios se estendem sem fronteiras. Como exemplos temos a paz e da segurança entre estes países, a luta contra a produção e tráfico de drogas, a preservação ambiental associada à conservação do ar e recursos hídricos, à vigilância epidemiológica, à luta contra enfermidades transmissíveis, etc.

Em 2003, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estimou o custo global da não ação e da ação corretiva para resolver problemas de acesso associados a alguns bens públicos globais, como se pode ver na tabela a seguir.

Tabela 1 - Custos estimados anuais da não-ação e da ação corretiva em prover soluções para problemas de acesso a bens público globais (em US\$ bilhões PPP)

Tipo de custo	Estabilidade financeira internacional	Regime de comércio internacional	Excessiva carga de enfermidade	Estabilidade climática	Paz e segurança mundial
Não-ação	50,0	260,0	1.138,0	780,0	358,0
Ação corretiva	0,3	20,0	93,0	125,0	71,0

Fonte: UNDP, 2003

O sucesso da integração regional de um bloco de países está, em grande medida, associado ao processo de escolha e à gestão adequada dos bens públicos regionais que devem ser consensuados, regulados e providos regionalmente.

A eficiência na produção e consumo de bens públicos regionais (BPR) necessita de uma série de pré-condições entre as quais se pode destacar:

- que se identifiquem as necessidades, a produção efetiva e potencial e as vantagens comparativas associadas a esses bens e serviços em cada um dos países que compõe o bloco econômico ou região a ser considerada. Neste processo, tem crucial importância buscar os diferenciais de equidade no acesso a bens e serviços que potencialmente podem vir a ser BPR e discutir se são passíveis de redução, de forma custo-efetiva, ao longo do processo de integração;
- que se promovam campanhas de informação e comunicação sobre o uso adequado e as vantagens associadas ao consumo destes bens, aproximando os atores econômicos públicos e privados mais interessados em sua regulação e produção;
- que se promovam diálogos internacionais entre formuladores de políticas e tomadores de decisão que levem a criação de acordos entre os países sobre a regulação, produção, gestão e comércio destes, a fim de que se busquem as mais adequadas formas de produção e provisão destes bens;
- que se promova a eliminação ou redução das barreiras de acesso à importação e exportação dos elementos necessários ao consumo destes bens, a fim de que se potencializem as vantagens comparativas (menores custos de transação, limitações à oferta frente a necessidades regionais etc.);
- que se obtenha incentivos e meios de financiamento adequados, subsidiando ou facilitando o crédito às nações que não podem pagar pelos meios necessários para a produção destes bens; e
- que se avalie e se acompanhe os resultados positivos associados à extensão do acesso e uso destes bens, a fim de que se conheçam os fatores que podem potencializar sua produção e uso futuro entre este conjunto de países.

A identificação de necessidades de produção e equidade de acesso a BPRs é um processo de difícil coordenação e pode demandar o apoio de instituições coordenadoras dos blocos econômicos ou ainda esforços de cooperação técnica de organismos internacionais de financiamento ao desenvolvimento. Os tipos de cooperação técnica para a produção de bens públicos regionais podem ser:

- a) *orientada de fora*, quando a iniciativa se origina em agentes externos para produzir um BPR de interesse de uma nação específica (Ex: quando uma instituição internacional prepara e promove o uso de protocolos de prevenção de AIDS específicos para um país);

- b) *orientada de dentro*, quando um a motivação vem de dentro de um ou mais países da região para se ajustar nacionalmente as formas de produção de BPR a regulamentos internacionais (parâmetros de qualidade gerais para a produção de vacinas, por exemplo);
- c) *Inter-governamental*, quando vários governos trabalham juntos no esforço de produção de um BPR (esforços internacionais para a produção da vacina contra a AIDS); e
- d) *Em rede*, quando vários países se articulam para promover ajustes consensuados na produção de um BPR a partir de acordos comerciais firmados no âmbito de um bloco econômico, para atender uma demanda regionalmente diferenciada (produção de medicamentos essenciais na comunidade europeia, por exemplo).

O aspecto equidade apresenta problemas quando se avança no processo de integração regional associado a BPRs em saúde. A equidade em saúde tem maiores chances de ser alcançada quando não existem grandes diferenças sócio-econômicas entre os países que participam de um dado bloco econômico, ou ainda quando os países mais pobres apresentam populações de pequena dimensão relativa frente ao total da população dos países que compõe o bloco. Neste caso, o custo de aumentar a equidade social pode ser assumido planejadamente pela coordenação do bloco econômico, com o consenso de todos os países. Em certo sentido, foi o que ocorreu em países como Portugal e Grécia (e de certa forma com a Turquia) no processo de criação da CEE.

Se as inequidades sociais são grandes e existem imensos contingentes de pobres na população dos países que compõe o bloco econômico, a criação de BPRs em saúde poderá estar ameaçada. O mesmo poderia acontecer no que se refere à cobertura de serviços básicos de saúde, entre países pequenos e equitativos e países grandes e desiguais que pertençam ao mesmo bloco econômico. Por exemplo, um país como o Uruguai não poderia oferecer gratuitamente seus serviços de medicina altamente especializada, que são universais no contexto daquele país, aos visitantes paraguaios, dado que isto geraria incentivos para que a demanda não atendida do Paraguai, que não oferece este tipo de serviço para sua população, se deslocasse para o Uruguai, ameaçando a viabilidade de sustentação fiscal do programa.

Por fim, a definição de que um bem ou serviço de saúde é um BPR é muitas vezes tomada normativamente, antes que ele seja testado como tal. Somente a realidade vai mostrar se ele é realmente um BPR, um bem misto ou somente um bem privado que gera externalidades positivas. O importante, independentemente da natureza econômica do

bem, é que seja garantida sua efetividade em relação aos custos para o conjunto de países onde se decide incentivar o consumo deste bem através da regulação ou subsídio público. Nesse sentido, estratégias de vacinação ou medicamentos essenciais poderiam se comportar como BPR se houvesse uma regulação adequada. Na prática, no entanto, com exceção das medidas de vigilância sanitária nas fronteiras, poucos tem sido os casos de BPRs que tenham de fato se comprovado como tal, seja em contextos nacionais, seja em contextos internacionais.

3.3 A questão da reciprocidade da atenção à saúde entre países

Tratados sobre reciprocidade de serviços de saúde dependem de uma série de circunstâncias. A reciprocidade garante que estrangeiros gozem dos mesmos direitos de saúde que cidadãos, quando em visita ou residência em países que tenham acordos de reciprocidade. Em geral, os principais motivos que levam a reciprocidade de serviços de saúde entre países são os seguintes:

- a) *turismo e negócios*: países que têm um sistema público abrangente e universal podem estender seus serviços de saúde a estrangeiros por interesses em desenvolver o turismo ou as relações comerciais. Dessa forma, se podem firmar acordos entre dois ou mais países onde os visitantes possam ser atendidos nos serviços públicos sempre que tenham problemas de saúde. Em geral, a situação se complica quando países com sistemas desiguais são territorialmente contíguos, dado que o motivo da visita ao país estrangeiro pode passar a ser o uso do próprio serviço de saúde¹⁵, elevando o risco de aumentar os custos dos serviços nacionais de um determinado país sem haver perspectivas de ressarcimento;
- b) *similaridade dos sistemas de proteção à saúde*: países com sistemas de saúde similares, seja quanto à forma de organização, seja quanto ao conteúdo do pacote de serviços oferecido e à qualidade da prestação, têm mais estímulos para desenvolver acordos de reciprocidade em saúde. Para exemplificar, a Austrália firmou em 4 de maio de 1998 um acordo com a Nova Zelândia garantindo reciprocidade aos cidadãos de ambos os países no uso dos serviços públicos de saúde quando estejam, em caráter temporário ou permanente no território do outro. Os serviços públicos e universais de ambos os países estão na lista dos melhores do mundo. A Austrália mantém ainda convênios de reciprocidade de atenção pública a cidadãos

¹⁵ Para gerar receitas adicionais e evitar o consumo de serviços de saúde de alto custo por estrangeiros visitantes, Cuba, através de sua empresa de relações comerciais internacionais Cubanacan, passou a desenvolver desde o início dos anos noventa, programas de Turismo Saúde, onde são feitos acordos diretamente com os indivíduos interessados ou com Planos de Saúde de diversos países para o uso remunerado de serviços especializados de saúde.

temporariamente em territórios estrangeiros com vários países do mundo como o Reino Unido, Malta, Suécia, Itália, Holanda, Noruega e a Finlândia; e

- c) *imigração de trabalho*: países vizinhos têm, como um de seus motivos para integração, o problema da imigração de trabalho. Boa parte dos temas de reciprocidade de serviços de saúde, nos países europeus, começou a se desenvolver por este motivo, antes que fossem realizados os esforços de criação da União Européia. Na América Latina, por exemplo, existem acordos de reciprocidade em saúde entre Chile e Peru. O primeiro atende gratuitamente, através do FONASA, a população peruana imigrante em busca de trabalho, especialmente no norte do país.¹⁶ Como o número de chilenos no Peru é muito menor do que o de peruanos no Chile, esta reciprocidade, favorável ao Peru em termos de gasto em saúde, é contrabalançada pelo uso da força de trabalho peruana, que é mais barata, nas atividades econômicas chilenas. Em contrapartida à assistência referida, o Peru provê medicamentos para o Chile, destinados ao combate a determinadas endemias. Caso semelhante ocorre na Costa Rica, com os imigrantes nicaragüenses que vão trabalhar sazonalmente durante o período de safra agrícola. Embora a atenção dada pelo serviço universal costa-ricense, seja de boa qualidade, o serviço público daquele país só é integral para a população nacional. Os imigrantes nicaragüenses contam com atenção à saúde para vacinação, emergências e doenças profissionais, mas estão excluídos dos tratamentos de longo prazo. Com isto, fica garantida a regularidade de uma fonte de trabalho mais barata e se evita o risco de doenças transmissíveis e epidemias no território da Costa Rica. De fato, a reciprocidade não existe dado que o mesmo tratamento seria impossível aos cidadãos costa-ricenses na Nicarágua.

Existem determinados contextos onde, mesmo existindo situações favoráveis, do ponto de vista da homogeneidade social e econômica, não se geram condições favoráveis para a reciprocidade. A maioria destes casos está associada a concepções distintas de organização das políticas sociais. Entre as duas maiores economias do NAFTA - Estados Unidos e Canadá - não há convênio de reciprocidade quanto ao uso de serviços de saúde. Isto se deve basicamente ao fato de que os dois sistemas são organizados de forma totalmente distinta. O Canadá tem um sistema de saúde público e universal gratuito, enquanto que os cidadãos americanos, com exceção dos que estão abaixo da linha de pobreza (beneficiados pelo MEDICAID) ou são maiores de 65 anos de idade (beneficiários do MEDICARE) estão protegidos por seguros privados pagos parcialmente pelas empresas

¹⁶ O FONASA é o serviço de atenção pública destinado a atender a população que não tem renda para se afiliar a uma ISAPRE, o mercado informal e a população indigente. As ISAPRES são empresas de seguros privados de saúde, que competem livremente pela atenção das fatias de maior renda da população, atendendo cerca de 30% da população chilena.

e pelos indivíduos. Quando estes viajam, devem contratar um seguro saúde adicional antes de sair dos Estados Unidos. Vivendo no Canadá, só estão assegurados pelo sistema de saúde canadense no caso de optarem por cidadania canadense. Turistas e visitantes temporários não têm direito à saúde universal provida pelo governo canadense com dinheiro de tributos. Da mesma forma, os serviços públicos americanos não reembolsam os gastos ocorridos no exterior, assim como os seguros de saúde privados regulares. O mesmo ocorre com cidadãos canadenses no território norte-americano.

3.4 Outros fatores que requerem a presença do Estado na regulação dos mercados internacionais de saúde

Além dos acordos relacionados a BPR e a convênios de reciprocidade, outros fatores poderiam levar ao relacionamento entre governos nacionais para efeitos de promover ações e políticas de saúde, tais como:

- a) *protocolos de pesquisa científica: este tem sido um dos maiores campos de colaboração entre países em saúde, dentro ou fora do âmbito dos blocos econômicos.* Para exemplificar, a França e o Canadá assinaram um convênio administrativo, em agosto de 1996, nas áreas de pesquisa e desenvolvimento de novos remédios, vigilância sanitária, promoção de saúde através de campanhas contra as drogas e contra o cigarro. Por fim, também foram feitos esforços para incluir no projeto estudos na área de provedores de assistência médica;
- b) *capacitação e organização para o desenvolvimento de atividades econômicas similares:* a questão da saúde é de suma relevância como insumo para determinados tipos de atividade, como é o caso de medidas de higiene e saúde pública como pré-requisito para o turismo. Por exemplo, cientes de que a maior fonte de renda da população caribenha é o turismo, e de que a saúde dos visitantes é um motor necessário para que se consiga prosseguir neste caminho de sucesso, dezesseis países do Caribe construíram, desde 1996, uma aliança para controle sanitário dentro dos hotéis da região. Busca-se maior controle na incidência de enfermidades e na atenção aos visitantes para transformar a região num local seguro para viagens e cruzeiros. Esta aliança está baseada em três níveis de colaboração: a) o comprometimento das autoridades de saúde nacionais e da indústria hoteleira, em matéria de vigilância sanitária, notificação e comunicação de eventos ocorridos que poderiam afetar a saúde pública entre os países da Região; b) treinamento especializado em conceitos básicos de saúde pública para garçons, cozinheiros,

arrumadeiras e todas as pessoas que cuidam ou tratam da higiene dos alimentos e acomodações dos hotéis, restaurantes, companhias de cruzeiros marítimos, etc;

c) acordos assistenciais entre países para propiciar atenção médica pelos serviços públicos locais de saúde para atender a eventuais visitantes que fiquem doentes;

e

- c) *ajuda bilateral*: acordos de cooperação técnica bilateral são formas comuns de avançar com ações de cooperação em diversos temas, inclusive de saúde. Existem muitos exemplos associados a este tema. Para exemplificar, em julho de 2000, Índia e Estados Unidos firmaram um acordo, válido por cinco anos mas renovável, para estudar e desenvolver temas de saúde reprodutiva, incluindo a pesquisa de novos métodos contraceptivos e o controle de doenças sexualmente transmissíveis.

■ 4. Mercados privados, saúde e integração regional

A integração regional nos mercados privados de saúde envolve mais aspectos comerciais do que temas relacionados a direitos sociais. Boa parte dessa discussão mergulha na intrincada em temas como insumos básicos, medicamentos e tecnologia médica. Os temas relacionados a insumos médicos e medicamentos, por sua vez, trazem à tona aspectos não menos intrincados, como o dos preços diferenciais, transferência de tecnologia e patentes. Já a discussão sobre equipamentos e tecnologia médica - uma das indústrias que se expande mais rapidamente no mundo - envolve importantes aspectos relacionados à regulação do uso dessa tecnologia, sua relação custo-efetividade e sua adaptação ao perfil epidemiológico e à organização de serviços de saúde em cada país.

Outro mercado internacional em grande crescimento é o de tecnologia da informação, onde se destacam os temas de tele-medicina, capacitação e formação à distância e, até mesmo, prestação de serviços, como exames laboratoriais, à distância. Novamente, a discussão sobre estes temas passa por protocolos comuns e regulação entre os países, relacionados aos padrões de comunicação por satélite, ao acesso a tecnologias de banda larga e outras questões.

Também tem tido forte expansão o mercado associado à capacitação em saúde na base de cursos presenciais, mestrados, doutorados e outros relacionados a profissões de saúde. Aspectos como o licenciamento de atividades e os acordos de franquia são essenciais no funcionamento destes mercados. A América Latina tem experimentado, nos últimos anos, uma forte expansão destes cursos, especialmente concentrados nas áreas

de gestão e muitos deles são pré-requisitos para o exercício de empregos em estabelecimentos e em instituições gestoras de serviços e sistemas de saúde na Região.

Por fim, um dos ramos que floresce no que se refere à integração de mercados de saúde no âmbito privado é o da própria prestação de serviços em si mesmo, não no que se refere ao deslocamento dos serviços de saúde, dado que estes não são comercializáveis internacionalmente, no sentido previamente definido, mas sim através das instituições de seguro-saúde, dos novos produtos financeiros associados a esse mercado e das características de portabilidade dos seguros, que desenvolvem no seu rastro a necessidade de uma série de instâncias privadas de auto-regulação, definidas através de processos de licenciamento, certificação e acreditação de instituições que permitem garantir padrões mínimos de qualidade da assistência médica, no âmbito internacional.

A integração regional relacionada aos temas de insumos, medicamentos, tecnologia médica, tecnologia da informação e capacitação, por si mesmas, dariam margem para uma ampla discussão que fugiria ao escopo do presente artigo. Trataremos, somente de discutir alguns aspectos relevantes para a integração dos serviços de saúde através das instituições e modalidades de seguro, o que envolve a discussão dos mecanismos internacionais de auto-regulação, por um lado, e dos parâmetros de portabilidade dos seguros-saúde.

4.1 Integração regional, regulação e auto-regulação dos serviços de saúde

O desenvolvimento de redes internacionais de seguro-saúde, ou de instituições que possam ser contratadas para prestar serviços de saúde segundo parâmetros internacionais, é uma condição prévia para o desenvolvimento de mercados privados de serviços de saúde. Cada vez mais aumenta a preocupação das instituições operadoras de seguro-saúde, nos países centrais, em encontrar nichos de mercado para seus produtos financeiros ou securitários de saúde em países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, a diversificação desses produtos exige que se pense em seguros-saúde com proteção internacional, o que leva a necessidade de padronizar e garantir a qualidade da oferta de serviços de saúde em países em desenvolvimento.

Garantir a qualidade dos serviços de saúde envolve, pelo menos, três tipos de atividades: a) os requisitos mínimos de funcionamento para estabelecimentos e entidades, os quais em geral são regulados pelo governo; b) a garantia de qualidade da oferta segundo parâmetros definidos ou aceitados por uma rede privada internacional de prestadores

e; c) a garantia de qualidade dos profissionais que prestam o serviço (especialmente médicos). Nestes dois últimos casos, temos evidências concretas de auto-regulação das instâncias participantes e não de regulação pública. No entanto, quando se trata de fomentar o crescimento de mercados internacionais, o Estado pode ter que assumir ou incentivar nos países em desenvolvimento, pelo menos momentaneamente, processos que nos países desenvolvidos são classificados como de auto-regulação.

A garantia de requisitos mínimos de funcionamento é dada através de processos de *licenciamento*, onde o governo estabelece quais as condições para que um estabelecimento de saúde, uma escola de formação de profissionais, uma farmácia, um laboratório ou qualquer outra instituição de saúde possa ter seu alvará de funcionamento. No entanto, o licenciamento, por ser um conjunto mínimo de requisitos, muitas vezes não responde aos parâmetros mínimos de qualidade para que uma instituição possa atender a demanda internacional e a participar de uma rede integrada de seguro-saúde, por exemplo.

Processos mais complexos de auto-regulação, seguindo parâmetros definidos através de redes internacionais são definidos através de processos de *acreditação*, onde uma rede internacional de saúde define quais as exigências em termos de instalações, equipamentos, composição das equipes profissionais, garantia dos serviços a serem oferecidos, padrões de conforto, processos de avaliação dos resultados e outros requisitos. A acreditação é um processo que pode se estender às instituições do aparelho formador (escolas médicas), a instituições de prestação de serviços (hospitais, ambulatórios, clínicas especializadas, laboratórios, etc.) ou até mesmo a operadoras de planos de saúde (onde nesse caso se verificam os processos gerenciais, os mecanismos de adequação financeira e de risco atuarial etc.).¹⁷ Embora a acreditação tenha nascido nos Estados Unidos no início do século XX, recentemente ela vem crescendo como tendência em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

No que se refere aos profissionais de saúde, especialmente médicos, é necessário garantir não apenas a qualidade da formação do profissional ou a qualidade de seu conhecimento no momento da contratação, mas também a atualização desse conhecimento de acordo com os avanços incorporados na prática médica, o que é dado através

¹⁷ Em muitos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, o processo de acreditação é necessário, dada a inexistência de instâncias governamentais de controle de qualidade dos serviços de saúde. Nesse sentido, o Governo delega a autoridades externas um processo de controle de qualidade dos pares (peer to peer review process) para estabelecimentos públicos. No caso dos estabelecimentos privados este processo é voluntário e, em geral, sem fins lucrativos. Instituições associativas como a JCAHO (Joint Commission for Accreditation of Hospitals) respondem por 92% da acreditação de hospitais norte-americanos. Esta comissão realiza auditorias em hospitais a cada 3 anos, sendo composta por um conselho de 28 pessoas (14 representantes de médicos em distintas categorias, 7 de outros profissionais de saúde e 7 representantes da população usuária).

de processos de *certificação* (quando formado o profissional) e *re-certificação* (quando é testada a atualização de seu conhecimento).

O papel das atividades de licenciamento, certificação e acreditação como instrumentos de integração dos mercados privados em saúde pode ser visto na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Características distintivas dos processos de licenciamento, certificação e acreditação no processo de integração dos mercados privados em saúde

Características	Licenciamento	Certificação	Acreditação
Aplicada em	Serviços, planos de saúde ou instituições de formação profissional	Profissionais de saúde	Serviços, planos de saúde ou instituições de formação profissional
Órgão regulador	Governo	Governos, pares ou gestores	Governos, pares ou gestores
Requerida para	Funcionamento	Contratação ou renovação de contrato	Contratação, renovação de contrato ou inclusão em lista de prestadores
Propósito	Padronização	Adaptação a protocolos e conteúdos	Padronização e controle de qualidade
Duração	Permanente	Permanente ou prazo fixo renovável	Prazo fixo renovável
Padrões	Mínimos de qualidade	Competências profissionais	Produtos, processos e resultados
Verificação de qualidade	Pouca	Muita	Muita
Avaliação de desempenho	Não	Periódica	Constante
Gestão	Simple	Intermediária	Complexa
Requisitos para renovação	Quase automática	Exige exame	Reavaliação complexa

Como pode se verificar, os processos de acreditação tendem sempre a serem mais complexos do que os de licenciamento, ficando os de certificação a meio caminho, dado seu propósito único de afiançar a qualidade da formação profissional.

A integração comercial dos serviços de saúde representa, portanto, a passagem de uma lógica de licenciamento de atividades, baseada na gestão pública, para uma lógica

de certificação de profissionais e acreditação de atividades, que envolve, não somente o papel do governo, como garantidor em última instância, mas também o papel de instituições internacionais e da sociedade civil para que estes serviços possam garantir padrões mínimos de qualidade. Isto leva a que os serviços de saúde evoluam de uma lógica de regulação tutelada pelo Estado para uma outra de auto-regulação, de forma isenta e através de instituições internacionais e da sociedade civil capacitadas para tal fim.

4.2 A questão da portabilidade dos seguros de saúde

Como visto anteriormente, mesmo que serviços de saúde não sejam internacionalmente comercializáveis, no sentido de serem prestados em indivíduos em locais diferentes de onde estão as instalações físicas e a força de trabalho para sua prestação, poderíamos dizer que planos de saúde o são. O que permite, teoricamente, esta característica é a portabilidade dos instrumentos de seguro de saúde.

Direitos de portabilidade do seguro de saúde para um indivíduo são basicamente os de prosseguir com cobertura, em outro seguro, quando finda, voluntária ou involuntariamente, seu vínculo com o empregador que patrocina tal seguro ou com a empresa seguradora. A portabilidade garante os direitos adquiridos do indivíduo no caso de transferência para um novo plano de saúde, em outra região ou país. Esta transferência (ou portabilidade) depende principalmente do grau de desenvolvimento dos mercados de seguro saúde em cada região ou país e também das assimetrias existentes nos sistemas de cobertura.

A padronização das condições e da qualidade de prestação dos serviços, garantida em parte pelos mecanismos de acreditação internacional das instituições de saúde, permite que planos de saúde nos países centrais possam oferecer serviços internacionais, utilizando as facilidades existentes em outros países, ou até mesmo que empresas de planos de saúde se internacionalizem e repliquem suas estruturas em outros países oferecendo planos de natureza internacional.

Mas esta realidade, aparentemente simples, envolve por trás uma grande complexidade e esforço de padronização. Mesmo nos contextos nacionais, a questão da portabilidade é um elemento fundamental na estruturação de sistemas privados de saúde, dado que potencializa a amplitude, a competitividade e a equidade do sistema, mas sua consecução envolve também uma série de problemas relacionados a temas de gestão: administrativos, financeiros e de atuária.

Do ponto de vista da gestão administrativa, existem várias formas de organização de seguros de saúde - desde a livre-escolha em todos os níveis, até planos que restringem a atenção a uma rede fechada de prestadores ou aos prestadores que pertencem institucionalmente à instituição de seguro.

Do ponto de vista da gestão financeira, existem planos que vão desde o pré-pagamento ao pós-pagamento, passando por aqueles que requerem o pagamento de taxas de moderação, co-pagamentos por serviços e outras modalidades.

Do ponto de vista da gestão atuarial, a informação sobre o risco é diferenciada de empresa a empresa. Algumas utilizam formas de avaliação de risco para diferenciar o preço das apólices, simplesmente assumindo determinados perfis de morbi-mortalidade, a partir de informações demográficas (sexo e idade) e sócio-econômicas. Outras resolvem assumir o risco médio de um determinado grupo de indivíduos e não diferenciar o preço das apólices.

Nesse sentido, dadas as diferentes modalidades assistenciais e estruturas de financiamento e de risco, fica difícil para o beneficiário de um seguro negociar com outra empresa ou modalidade de organização de serviços à portabilidade de seu seguro de saúde, sem que isso implique em redefinições de preços, custos, prazos de carência, protocolos de utilização e livre-escolha de provedores. Segundo Biasoto (2003), *“o tema da portabilidade não é uma questão isolada, mas somente pode ser compreendida dentro de um todo sistêmico que compreende características como a percepção de regime contributivo e a sustentabilidade das entidades gestoras de saúde privada. A questão da sustentabilidade é de extrema complexidade em qualquer situação, tanto pelas condições de administração de risco em populações restritas, quanto pela perversidade das práticas de mercado num ambiente com risco agudo e seleções de clientela. Em casos como o brasileiro, onde características de renda da população e a baixa adesão dos empregadores limitam ainda mais o mercado, as debilidades intrínsecas do sistema ficam potencializadas”*.

A função de entidades de regulação ou auto-regulação de planos de saúde é, em grande medida, afiançar padrões mínimos para que se garanta a portabilidade dos seguros de saúde para pessoas que querem mudar de região ou mesmo de plano, aperfeiçoando dessa forma os próprios mecanismos existentes de seguro e re-seguro. Mas isto nem sempre tem sido possível mesmo no contexto dos países mais desenvolvidos.

No caso dos Estados Unidos, por exemplo, a Lei de portabilidade e transparência em seguros de saúde (HIPAA), é uma norma que emendou, em 1996, a Lei que assegura e

regula as rendas do trabalho e a aposentadoria (ERISA). Esta Lei rege grande parte das relações trabalhistas e previdenciárias norte-americanas, inclusive no que se refere a de discriminação no trabalho e acesso a cobertura de saúde por parte das empresas. No caso da saúde, a lei garante direitos e proteção aos beneficiários de planos coletivos de saúde ao mudarem de um estado para outro, mesmo em caso de término de relação anterior de emprego. Complementarmente a isto, as relações de cobertura de seguro saúde para o trabalhador, ao nível intra-estadual, são reguladas pelas normas de cada Estado.

O HIPAA tem restrições para a cobertura em caso de doença pré-existente. Se não houver continuidade de cobertura por mais de 63 dias, cai a garantia dada pela HIPAA. A cobertura passa a ser garantia, então, pelo governo norte-americano, que deixa de sobrecarregar o segurador privado com esse ônus. Mesmo para não aposentados, o MEDICARE cobre a atenção a doenças crônicas em algumas circunstâncias, e esta é uma delas.

No entanto, não há, nenhuma legislação que garanta a portabilidade do seguro saúde no âmbito do NAFTA, que significa que se um trabalhador norte-americano, por questões de trabalho, migra para o México ou Canadá, deixa de ser institucionalmente protegido. No entanto, a Associação Norte-Americana de Cooperação para o Trabalho está estudando medidas que garantam os acordos vigentes de proteção a saúde do trabalhador que migre para outros países.

Existem, obviamente, casos de portabilidade internacional de seguros-saúde, mas estes são restritos a planos privados de alto custo, os quais são providos em pequena escala. Em geral, as companhias de turismo, por exemplo, oferecem àqueles que viajam em regime de excursão, seguros de saúde internacionais restritos ao período das viagens. Assim, apesar dos grandes e complexos percalços anteriormente mencionados, existe um amplo mercado futuro para o tema, ao nível nacional e internacional, não somente no caso dos países desenvolvidos, mas também dos países em desenvolvimento.

■ 5. Os casos da União Européia, Nafta e Mercosul

5.1 O caso da União Européia

As políticas sociais europeias (e a saúde não foge à regra) foram estruturadas de forma a criar anéis sucessivos de proteção social, numa concepção evolutiva de seguro público que se inicia com Bismarck, no século XIX, e culmina com Beveridge, na segunda metade do século XX. Dado este processo, na maioria dos países europeus, a atenção à saúde é universal e existe pouco espaço para a proliferação em massa de mercados privados. As pressões de cobertura, equidade horizontal e vertical, levaram o gasto com saúde como percentagem do PIB a dobrar nos últimos trinta anos por fatores demográficos, tecnológicos e pelo aumento da expectativa de consumo da população.

Por outro lado, o processo de constituição da Comunidade Econômica Européia, que já leva várias décadas, tem tomado algumas medidas em prol da unificação de serviços de saúde, as quais se orientam, não somente ao campo da saúde pública, mas também à integração da oferta de serviços básicos de saúde.

Saúde Pública: No campo da Saúde Pública, o Conselho da Comunidade Européia aprovou em 15 de abril de 1998 uma resolução sobre proteção à saúde pública da população dos países membros. Esta resolução busca melhorar a qualidade da informação sobre as condições de saúde da população nos diferentes países e orientar ações para dar respostas coletivas a epidemias e doenças transmissíveis, para esforços conjuntos em políticas de promoção, prevenção e melhora na qualidade de vida, incluindo orientações específicas sobre vacinação e mudança de hábitos da população, controle da produção, propaganda e uso de tabaco em locais públicos, o controle do uso de drogas, álcool e *doping* esportivo, programas conjuntos contra a AIDS, vigilância de alimentos e produtos de uso pessoal etc. A proposta é desenvolver e acordar, progressivamente, uma legislação única europeia sobre medidas de saúde pública, integrada com outras políticas sociais e econômicas, inclusive comerciais.

Oferta de Serviços Básicos de Saúde: No caso da oferta de serviços de saúde, já existe uma série de acordos e resoluções, baseadas em reciprocidade, sobre o uso de serviços de saúde entre os cidadãos de distintos países da comunidade europeia. No entanto, o pesado tramite de informações entre os países para a consecução destes direitos tem sido, além de um fator de burocratização dos serviços, uma dificuldade para estender o alcance destes acordos.

A proposta do *Cartão de Saúde Emergencial Europeu foi aceita em Primeiro de Junho de 2006. Ele é válido em todos países membros, para proteger os cidadãos em casos de emergência e garantir o fluxo regular de trabalho e a proteção de direitos de acesso a serviços básicos de saúde para a população do continente. Este cartão não tem um prazo limite para sua finalizar sua implementação, mas a discussão sobre sua criação e implementação já vem de longa data.*

A idéia básica de sua criação foi proposta pelo Conselho dos países membros da União Européia em 26 de maio de 1986, mas somente dez anos depois (1996) foi promulgada uma resolução do parlamento europeu sobre o início de sua implementação. Embora seja proposto que a difusão e uso do cartão seja simples, dificuldades legais, técnicas e políticas não têm permitido que os vários países europeus se submetam a tal acordo, trazendo atrasos e impedido maiores progressos nessa matéria.

O cartão facilitaria a unificação e cobertura, a través de parâmetros relativamente uniformes para ações de baixo custo e alta efetividade que supostamente já estariam integradas e acordadas no âmbito dos países europeus, serviços de atenção primária e outros mais especializados como o combate ao câncer e às doenças cardiovasculares.

O cartão será baseado na tecnologia *e-smart no futuro*, ou seja, contém um chip com as informações necessárias para efetuar os controles da saúde da população dos países que se integram a União Européia.¹⁸ Desta forma, ele eliminará uma série de controles, formulários e documentos hoje necessários para tramitar os acordos de proteção de saúde dos cidadãos europeus já existentes e em vigor entre distintos países. Todos os cidadãos e moradores permanentes tem acesso aos benefícios trazidos pelo cartão, não só para situação emergencial (como antes previsto), mas para todo tipo de atenção. Numa primeira fase este cartão será apenas digital, mas para um futuro com data não marcada, é prevista uma mudança que acrescentará este cartão especial *e-smart*.

Antes do *e-smart* será utilizado um cartão normal que substituiu o formulário existente E -111 na Inglaterra, considerado bastante complicado. Esta integração é válida para todos visitantes e trabalhadores da EU, O lançamento do cartão em formato inteligente com um chip ainda não está determinado, pela diferença em estágios tecnológicos dentro da própria comunidade. Segundo o parlamento europeu, o cartão de saúde é um símbolo tão importante da comunidade como o Euro, a moeda única. Facilita a mobili-

¹⁸ Na verdade, vários países europeus, como Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Espanha, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo e Holanda já implementaram experiências nacionais de cartões eletrônicos para os serviços de saúde, para distintos propósitos. Portanto, a experiência em utilizar tais tipos de cartões não é alheia ao contexto dos países europeus e, supostamente, não haveria muitos problemas práticos ou resistências culturais à sua utilização.

dade dentro da região de trabalhadores, microempresários e estudantes em busca de melhores oportunidades.

A União Européia, ao longo dos últimos anos, avançou bastante na regulação de temas de reciprocidade de direitos de saúde, podendo ser considerado o bloco econômico mais avançado em essa matéria. Outros exemplos importantes de unificação tem sido a integração dos mercados de trabalho para profissionais de saúde, com esforços de integração de currículos e exigências para o exercício profissional. No entanto, a heterogeneidade da Europa em matéria de desenvolvimento econômico, é aparentemente menor do que a de outros continentes, o que facilita avanços em temas de reciprocidade.

5.2 O caso do Nafta

A América do Norte, por ser bem mais heterogênea que a Europa e por apresentar países com concepções de sociedade, economia, direitos básicos das populações e políticas de saúde tão díspares, apresenta maiores obstáculos para a implementação de programas de cooperação conjunta, integração e reciprocidade em matéria de saúde.

Dadas as profundas diferenças entre os sistemas de saúde norte-americano, canadense e mexicano, em termos de estrutura, financiamento e cobertura básica de grupos sociais e níveis desejáveis de regulação no mercado privado, a integração em saúde praticamente não vem ocorrendo.

Existem algumas iniciativas na área de segurança no trabalho, saúde no trabalhador e acidentes de trabalho, entre os países do NAFTA, com vistas a implementar parâmetros comuns de saúde ocupacional e ambiental que permitam cumprir determinações internacionais. Muitas dessas iniciativas ainda são projetos de estudo que podem ser concretizadas no futuro. O NAALC - acordo de cooperação sobre o mercado de trabalho na América do Norte - vem tentando avançar negociações nesses temas de saúde ocupacional, ambiental e segurança no trabalho e também em outros mais complexos, como os de portabilidade dos direitos de atenção médica aos trabalhadores. No entanto, dada a falta de interesse dos países membros em aprofundar estes temas, a produção normativa relacionada a este acordo tem sido escassa e irrelevante.

Assim, as discussões sobre integração de direitos de saúde e temas correlatos longe estão, sequer, de começar, dadas as fortes diferenças conceituais, administrativas e de cobertura dos sistemas de saúde dos três países que compõe o NAFTA.

No Canadá, como é notório, o sistema de saúde, público, universal e de boa qualidade, o que leva este país a apresentar melhores índices de saúde para sua população,

maior equidade de acesso e menores gastos *per capita* com saúde que seu vizinho mais próximo.

A atenção pública nos EUA é focalizada nos mais pobres (MEDICAID) e adultos maiores de 67 anos (MEDICARE). A população em idade ativa tem que contar com seguros privados de cobertura voluntária, seja por parte das empresas, seja por parte de seus próprios orçamentos familiares.

O México, por sua vez, tem sua rede pública de saúde centrada em três sistemas assistenciais: o primeiro, para o mercado formal de trabalho (setor privado) vinculado ao Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS). O segundo, para os servidores públicos federais (ISSSTE) e o terceiro, em fase de implantação, que é a criação de um seguro popular em saúde, financiado através de recursos fiscais e operado de forma descentralizada, com vistas a atender a população indigente e o mercado informal de trabalho. A implementação deste projeto será longa e o México seguirá apresentando fortes iniquidades em qualidade e em níveis de cobertura em saúde.

Um dos grandes dilemas sociais do NAFTA, que não afeta o Canadá, é a migração de trabalho na fronteira México-EUA. A população de origem latino-americana representa 12% da população norte-americana, sendo a maior minoria do país, seguida da população afro-americana. Nos EUA residem mais de 24 milhões de pessoas de origem mexicana, dos quais pelo menos um terço nasceu no México. As remessas enviadas por residentes mexicanos (permanentes ou temporários) correspondem a segunda maior fonte de divisas externas da economia mexicana. No entanto, esta população não conta com menos proteção de saúde do que a média da população norte-americana. Os dados de 2001 mostram que somente 46% da população de origem mexicana residente nos EUA tinha cobertura de seguro de saúde, comparada com uma média de 86% do total da população. Para resolver estes problemas, várias medidas vêm sendo tomadas.

A primeira foi a criação um seguro voluntário para afiliar pessoas de origem mexicana residente nos EUA ao IMSS. Dado o custo envolvido, este seguro até 2000 não havia afiliado mais de 3 mil titulares e 10 mil dependentes.

Assim, uma solução mais definitiva foi criada ao final dos anos noventa, com o estabelecimento da Comissão México-EUA para melhorar as condições de saúde na fronteira (o lado americano apresenta indicadores de saúde, em grande medida, piores que o lado mexicano) e, ao mesmo tempo, estabelecer mecanismos de controle contra o bio-terrorismo.

O primeiro objetivo conjunto desta Comissão é realizar diagnósticos das necessidades de saúde pública e apoiar a monitoração dos problemas de saúde na fronteira. A partir deste diagnóstico, o próximo passo é proporcionar apoios financeiros, técnicos ou administrativos para ajudar as instituições públicas e filantrópicas a buscar estratégias de prevenção para os problemas, tendo em vista a experiência e conhecimento de causa e de técnicas que estas organizações já tem em cuidar destas situações.

Outro objetivo é o apoio às atividades de promoção e prevenção de saúde na fronteira, dado que, sendo esta uma região sem muitos recursos econômicos e de maior incidência de pobreza, necessita de campanhas básicas de educação e prevenção típicas de países de terceiro mundo, as quais foram há muito tempo desativadas nas estratégias públicas de vigilância sanitária do governo norte-americano.

O apoio a um sistema de informação geral coordenado poderá facilitar a consecução destes dois objetivos sendo condição básica para garantir sucesso no alcance das metas sanitárias específicas da Comissão, as quais são:

- a) *do lado mexicano:* reduzir a 5% da população sem acesso a atenção médica; reduzir a mortalidade por câncer cervical uterino em 20%; reduzir mortalidade por diabetes em 10%; reduzir a proporção de casas não conectadas a sistemas de fossas ou drenos; manter o nível de AIDS aos mesmos existentes no ano 2000; melhorar os indicadores de saúde materno-infantil, saúde mental, vacinação e de resultado dos programas de saúde pública; e
- b) *do lado norte-americano:* reduzir em 25% a população sem acesso a serviços de saúde; reduzir câncer cervical uterino em 30%; reduzir mortalidade por diabetes em 20%; universalizar o acesso domiciliar a esgotamento sanitário e reduzir a incidência de AIDS em 50%.

Quando comparados parâmetros de atuação e prioridades dos dois lados da fronteira, algumas questões parecem relevantes. Em primeiro lugar, a população dos dois lados da fronteira têm carências semelhantes, daí a agenda em conjunto, porém o ponto de inflexão de cada país é diferente. Os Estados Unidos têm interesse em combater a AIDS de forma prioritária. O México tem foco na assistência mais universal, deixando poucos cidadãos fora da atenção médica. E apresenta metas mais modestas de redução de índices do que os Estados Unidos. De certa forma, mesmo quando se busca a integração, os países participantes preferem, de alguma forma, manter suas prioridades nacionais, seus estilos de gestão e formas de financiamento da saúde.

5.3 Perspectivas para o Mercosul

O Mercosul é um mercado comum que tem se comportado de forma muito atrelada aos movimentos de expansão e crise financeira dos quatro países membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai) e dois observadores (Chile e Bolívia). A solidariedade entre estes países, assim como suas alianças econômicas muitas vezes se enfraquecem ou se fortalecem de acordo ao peso das crises que se abatem sobre a região.

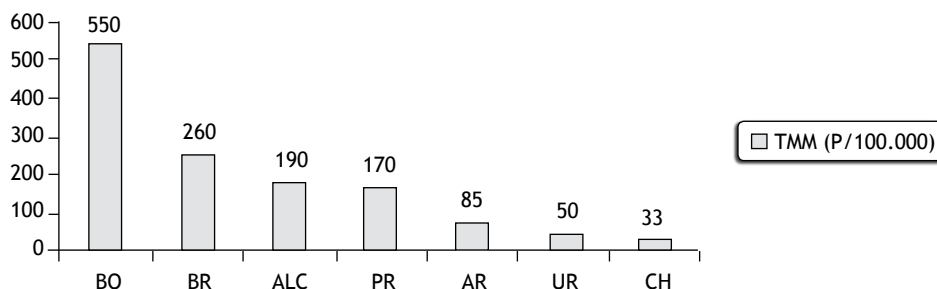
A integração das atividades de saúde neste mercado tem sido assunto que não tem ocupado as manchetes dos grandes veículos de comunicação, mas que, de alguma forma vem sendo discutido e progressivamente normalizado na seara administrativa e técnica dos países que o compõem. Até 2003, existiam 274 registros de legislação cuidando do tema saúde no compendio legislativo deste mercado.

A maioria dos regulamentos trata mais de questões relacionadas à vigilância sanitária e à inspeção e padronização de produtos sanitários do que de temas associados a produção e registro de medicamentos, integração e reciprocidade dos serviços a serem prestados mutuamente para cidadãos dos países membros.

Tabela 3 - Gastos públicos em saúde como % do PIB nos países do Mercosul

Países	1995	2000
AR	5.0	4.7
BO	2.9	4.9
BR	3.1	3.4
CH	2.4	3.1
PR	2.1	3.0
UR	4.6	5.1

Os sistemas de saúde dos 6 países envolvidos, além de serem bastante distintos quanto à organização e financiamento (Argentina, Uruguai e Bolívia comprometem mais o gasto público com saúde que os demais), apresentam níveis muito discrepantes de cobertura, equidade (ver taxas de mortalidade materna, apresentadas no Gráfico 1).

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade materna nos países do Mercosul

Apesar de não haver nenhum tratado explicitando a questão de reciprocidade dos sistemas públicos de proteção à saúde e portabilidade de seguros de saúde entre as nações envolvidas, os serviços de saúde públicos nacionais ou locais atendem casos de emergência para estrangeiros sem a existência de acordos prévios ou mecanismos de compensação financeira. Com estas discrepâncias entre níveis de financiamento e oferta de serviços de saúde, poderão ocorrer incentivos perversos, na ausência de regulação internacional, que levem a desequilíbrios nas condições de financiamento.

Isto não impede que, do ponto de vista unilateral, algumas medidas venham sendo tomadas para normalizar e aumentar a equidade no acesso aos serviços em regiões de grande movimento de população entre as fronteiras. Como o governo brasileiro tem a política de saúde mais ofensiva da região neste momento, em termos de cobertura, tem tomado algumas medidas como a distribuição gratuita de vacinas contra a febre-amarela na Bolívia, exigindo em contra-partida, que a população daquele país apresente atestado de vacinação contra esta enfermidade quando em visita ao Brasil. Da mesma forma, o governo brasileiro vem envidando esforços para regularizar a atenção médica na Região da Tríplice Fronteira (Argentina, Paraguai e Brasil) onde passam diariamente muitos migrantes e os riscos de transmissão de enfermidades transmissíveis e bio-terrorismo são maiores.

Em que pesem estes esforços parciais, a integração dos mercados de produtos, insumos, serviços e trabalho no campo da saúde está ainda longe de acontecer, necessitando que se avance em uma série de diagnósticos que, até o momento não existem. Neste particular seriam necessários estudos de política industrial que procurem descrever o funcionamento do complexo produtivo da saúde, buscando caracterizar as complementaridades, superposições e vantagens comparativas para cada país em seus distintos segmentos de mercado.

Neste processo, é indispensável à identificação de vantagens comparativas e políticas de harmonização de interesses e mercados, com vistas a que direitos e garantias de acesso aos bens públicos regionais de saúde sejam identificados e respeitados.

Estudos da política industrial, que avaliem a produção de medicamentos, insumos e equipamentos médicos, que especifiquem as demandas, a produção, regulamentação e uso de recursos humanos, que identifiquem as necessidades de pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, que permitam o estudo das várias modalidades de organização de serviços públicos e privados e suas formas de articulação e contradições a serem harmonizadas são aspectos fundamentais a serem conhecidos durante o processo de adoção de políticas informadas sobre a integração destes mercados. Também é necessário identificar as necessidades de investimento público e privado e a política financeira e creditícia para o setor, bem como as modalidades de seguro público e privado, para que se possam identificar mecanismos futuros de financiamento deste setor, não mais ao nível de cada país, mas sim das necessidades do bloco econômico.

5.4 Benefícios e riscos da integração econômica

Os benefícios da integração econômica são mais visíveis, em longo prazo, mas alguns podem ser colhidos em curto prazo. Por exemplo, a melhoria das condições de saúde pública pela adoção de medidas sanitárias comuns que aumentam o controle de enfermidades transmissíveis e a prevenção de doenças crônicas é rapidamente visível. Independentemente da reciprocidade entre cidadãos, as campanhas sanitárias desenvolvidas conjuntamente entre países ajudam a erradicar doenças de regiões que não se limitam às fronteiras geopolíticas.

Dá-se, também, um aumento da equidade em saúde pela criação de um escudo de proteção sobre a base de serviços básicos e medicamentos essenciais que podem ser potencializados em volumes de compra, quando esta lista é feita por um conjunto de países de forma a incentivar a produção local. Como decorrência do maior volume de compras, cria-se uma maior eficiência econômica pela integração dos mercados e pela criação de vantagens comparativas na produção e venda de bens e serviços de saúde. Assim, passa-se não só a produzir bens e serviços locais, mas também a vendê-los para outros blocos comerciais internacionais, de forma coordenada, gerando efeitos positivos nas taxas de crescimento econômico de uma determinada região ou continente.

Há riscos também e não são poucos. Criar pressões para aumentar os investimentos em saúde com ajuda bilateral e multilateral, especialmente nos países mais pobres,

sem que existam recursos orçamentários para manter tais investimentos, pode levar ao desperdício de iniciativas e a volta a parâmetros anteriores de produção.

Existe o risco do aumento de que a melhoria da qualificação dos profissionais de saúde de um país sem a correspondente justa remuneração, num sistema de mercado competitivo entre países, possa levar a migração internacional de força de trabalho em saúde qualificada, formada com a ajuda externa. A drenagem de cérebros poderá acarretar numa diminuição da classe mais educada nos países menos desenvolvidos.

O risco de aumento do comércio internacional e dos fluxos de capital associados ao setor e o risco de concentração de mercados em áreas de maior rentabilidade, poderá gerar perdas, aumentando a desigualdade interna dos e entre os países. Serviços de saúde são cada vez mais comercializáveis, e melhores condições nos países ricos, com flexibilidade para rápidas transferências de capital, sem um adequado sistema de regulação e correção das assimetrias, poderia gerar um depauperamento de instituições que já estavam instaladas em países mais pobres.

Embora as condições para o crescimento e internacionalização dos mercados de saúde e para a integração destes mercados em blocos econômicos tivessem sido favorável nos anos noventa, pairam sérias dúvidas sobre a continuidade da dinâmica deste processo no início do novo milênio. A conjuntura internacional, após os incidentes de setembro de 2001, tem tido fortes impactos na retração dos investimentos globais e na continuidade dos processos de integração comercial, especialmente no que se refere à relação Norte-Sul. Isto afeta mais fortemente os setores de serviços de saúde, onde os riscos associados aos investimentos dependem fortemente da expansão dos níveis de renda e de sua melhor distribuição. Nesta perspectiva, as promessas de integração dos mercados de saúde em blocos econômicos poderão ter que esperar um pouco mais para se tornarem realidade.

■ 6. Referências

ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. In: **The American Economic Review**, v. 3, n. 5, dec. 1963.

BESLEY, T.; GHATAK, M. **Public goods and economics development**. London: London School of Economics, 2003.

BIASOTO Jr., G. **Portabilidade: avaliação exploratória das principais potencialidades e dificuldades**. Campinas: UNICAMP, 2003.

CASTRO, C. M.; MUSGROVE, P. **On the nonexistence of the social sector or why education and health are more different than alike**. Washington (DC): Inter American Development Bank Discussion Paper, 2000.

COMMUNICATION from the Commission concerning the introduction of a European health insurance card. Brussels: Commission of the European Community, 2003. Mimeo.

DOBBS, L. Coming up empty. In: **U.S. News & World Report**, Washington (DC), 26, jan., 2004.

DEVLIN, R.; CASTRO, L. **Regional banks and regionalism: a new frontier for development financing**. Buenos Aires: Ed. IDB-INTAL, 2002. (Working Paper, 13).

DRAIBE, S. **Mercosur: la temática social de la integración desde la perspectiva internacional**. Montevideo: Ed. CEFIR, 1998.

GADELHA, C. A. **O complexo da saúde: estrutura, dinâmica e articulação da política industrial e tecnológica com a política de saúde**. Campinas: UNICAMP, 2002. Mimeo.

MEXICO. Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006. **Programa Nacional de Salud 2001-2006: la democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud**. Mexico: Ed. IMSS. Secretaria de Salud y ISSSTE, 2001.

MUSGROVE, P. Public expenditure on health care: how are different criteria related. **Health Policy**, v. 47, p. 207-233. 1999.

PEARCE, D. (Ed.). **The MIT dictionary of modern economics**. 4.ed. Cambridge (MA) : The MIT Press, 1999.

REDDING, S. J.; VENABLES, A. J. **Economic geography and international inequality**. London: London School of Economics, Sept. 2000.

UNDP. **Global public goods: a key to achieve the millennium development goals**. New York: Ed. UNDP, 2003.

CAPÍTULO 3

O PADRÃO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE NOS PAÍSES DA AMÉRICA

Marislei Nishijima

Professora convidada da FEA/USP.

Geraldo Biasoto Junior

Professor do IE/Unicamp e Coordenador Adjunto do Núcleo de Estudos e Políticas Públicas (Nepp).

■ 1. Introdução

O objetivo deste trabalho é apresentar um panorama do padrão de financiamento da saúde nos países da América. O eixo de discussão é a relação entre o financiamento público e o privado de bens e serviços de saúde nos vários países americanos e a tendência do crescimento do gasto privado neste setor. Além disso, busca-se verificar em que medida os diferentes padrões de financiamento estão relacionados ao desempenho dos principais indicadores de saúde em seus respectivos países.

Os resultados a que o estudo chegou sugerem a inexistência de um padrão claramente definido entre a forma de financiamento dos gastos em bens e serviços de saúde e o comportamento dos indicadores setoriais.

É tomada como ponto de partida para a discussão desenvolvida ao longo do texto a atual tendência que diversos modelos nacionais têm seguido, delimitada a partir do padrão de financiamento da saúde vigente nos Estados Unidos, qual seja, fortalecimento do custeio privado - principalmente na forma de planos e seguros de saúde, o *managed care*.¹ Ao mesmo tempo, está em causa a forma e o direcionamento dos gastos públicos com saúde, tanto em termos de volume quanto de eficiência. Vale dizer, o que está em causa são os padrões de articulação dos gastos públicos e privados com saúde e os formatos alternativos de financiamento, solidário ou particularizado.

Levando-se em conta o grau de heterogeneidade das economias da América, uma análise do impacto dessas decisões de política de saúde nesses países, no que se refere a financiamento, pode trazer informações relevantes para a condução de tais políticas. Nas décadas de 1980 e 1990, as crises econômicas pelas quais passaram os países latino-

¹ Fiúza e Lisboa (2001) observam que o *managed care* norte americano se distingue do seguro de saúde comum por criar incentivos para o médico reduzir custos de tratamentos de males e doenças.

americanos - período em que houve grande dificuldade de garantias do financiamento de políticas sociais em decorrência da crise das dívidas externas - tiveram forte impacto sobre a crescente necessidade de ampliação de gastos públicos com saúde, dada a disputa por verbas entre os diferentes blocos de interesse, com impacto sobre as decisões governamentais. Assim, este artigo busca discutir o padrão de financiamento da saúde nesses países sem olvidar as diferenças de conformação histórica, os desenvolvimentos institucionais, as orientações de política e os interesses em jogo.

■ 2. Breve discussão teórica

O argumento central a favor da privatização dos serviços de saúde nos Estados Unidos, de acordo com Getzen (1997), consiste no fato de os custos dos tratamentos de males e doenças terem crescido exacerbadamente² ao longo do tempo, principalmente por causa do aumento da expectativa de vida e do desenvolvimento tecnológico do setor, o que teria ampliado o leque de tratamentos para a mesma patologia. Essa ampliação da gama de escolhas em saúde e do custo embutido em cada uma delas acabaria por inviabilizar a opção por um financiamento público aos gastos com saúde. A solução americana consistiu no reforço aos mecanismos de mercado e na continuidade da predominância do sistema de contribuições privadas para garantias individuais de saúde. Formas de regulação de mercado, com forte monitoramento governamental, e o crescimento do *managed care* foram as soluções encaminhadas para equacionar as grandes dificuldades que começaram a se colocar ao sistema.

O problema do mercado de saúde, em geral, e do mercado de saúde suplementar,³ em especial, na forma de *managed care*, envolve vários tipos de falhas de mercado decorrentes de assimetria de informação, tais como: problemas de seleção adversa, de agência e de risco moral, além dos problemas de externalidade dos bens de saúde. Em verdade, todas as insuficiências da teoria econômica para explicar as dinâmicas de mercado e os problemas de apropriação e formação de preços aparecem de maneira potencializada no campo da saúde.

É a existência dessas falhas de mercado que abre espaço para a ação governamental. Num primeiro momento, a atuação do governo aparece para produzir os bens de saúde necessários para sua população. Mais modernamente, entretanto, a tendência tem sido, de acordo com o Banco Mundial, de que a intervenção deva se dar, preferivelmente,

2 Conforme Baht (2001).

3 O termo saúde suplementar indica o serviço de saúde privado que complementa o sistema de saúde público.

pela atividade de regulação do governo sobre a atividade produtiva do setor privado. Contudo, apesar dessa tendência de regulação, estudando os vários países da América, verifica-se que a intervenção do governo no mercado de saúde ainda ocorre das maneiras mais diversas, desde situações claras de diferenciação do acesso entre segmentos sociais até a criação de incentivos individuais não generalizáveis para o conjunto da população, fenômeno que, por sua vez, gera uma infinidade de arranjos de financiamento dessas atividades.

Do ponto de vista da oferta de serviços de saúde pelo setor privado, que poderiam ser classificados em planos de saúde e demais serviços, a modalidade de seguros ou planos de saúde oferece um arranjo de mercado interessante em termos de financiamento da saúde pelo setor privado. A idéia do seguro privado de saúde está na solidariedade como forma de troca social, Getzen (1997). Para o consumidor individual, cujo estado de saúde envolve riscos, o seguro consiste numa troca entre os dois possíveis estados da natureza: saudável, quando dinheiro é transferido para o outro estado, o doente. Para a sociedade, a visão é que dinheiro é transferido daqueles que estão sadios para aqueles que sofrem perdas (doentes). Assim, existe um problema de otimização intertemporal - como todas as pessoas sabem que têm chances de adoecer, elas aceitam comprar um seguro de saúde para se precaver da eventualidade de essa situação se concretizar. Com base na constatação de que nem todas as pessoas adoecem ao mesmo tempo, as seguradoras oferecem o seguro de saúde como um produto comercial privado. Desse modo, forma-se o mercado privado de bens de saúde. Note que o seguro não reduz o risco da sociedade, apenas o dilui entre as pessoas que possuem diferentes probabilidades de ficar doentes.

Esse mercado, entretanto, não está livre de falhas - por exemplo, a probabilidade de um indivíduo adoecer aumenta com a idade, o que sugere a necessidade de segmentar o mercado de seguros de saúde conforme a idade, uma vez que os mais idosos apresentam maior probabilidade de utilizar os serviços. A simples oferta de um seguro de saúde atrai para o mercado os indivíduos mais propensos (em pior estado de saúde) ao consumo de seguros, ou seja, o problema da seleção adversa, que pode inviabilizar a diluição do risco, uma vez que todos podem ter alto risco.

As soluções desses problemas num mercado sem regulação, por parte dos ofertantes privados de seguro de saúde, constituem-se em práticas de seleção de risco: as seguradoras não vendem seguros para um perfil indesejável de consumidores, ou simplesmente pela oferta desse bem a preços em que o consumidor prefere correr o risco de pagar todo o tratamento caso fique doente. Essas práticas redundam numa quantidade ofertada do bem abaixo do socialmente desejável, assim o governo pode regular o mercado de

várias maneiras: pode assumir a carteira dos indivíduos idosos, como ocorre no sistema *medicare* norte-americano; pode criar mecanismos institucionais para garantir que todas as pessoas possuam seguros de saúde, evitando assim que o preço do seguro aumente por causa do problema de viés de seleção. Em geral, isso é obtido por meio da obrigatoriedade de planos de saúde para os trabalhadores com carteira registrada;⁴ e, ainda, pode proibir seleção de risco em troca de alguma renúncia de receita tributária ou por transferências - em ambos os casos ocorre financiamento público do serviço privado.

A mudança de postura do governo, que deixa de ser o produtor do bem saúde para se tornar o agente regulador, deve implicar uma mudança na forma de financiamento da saúde. Embora não necessariamente a oferta privada de bens de saúde implique o financiamento privado desses bens, a grande questão que está colocada na maioria das abordagens sobre a reforma do setor saúde é a do crescimento do setor privado e do financiamento privado, na forma de saúde pré-paga. Desse modo, este trabalho busca avaliar se a mudança no padrão de financiamento dos bens e serviços de saúde implica algum padrão de melhora dos indicadores de saúde.

■ 3. Padrão de financiamento da saúde nos países da América

Para se ter uma primeira idéia do padrão de financiamento da saúde nos países do continente americano, torna-se interessante analisar os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Banco Mundial (BM) sobre o padrão de gastos com saúde desses países. A Tabela 1 mostra, para o ano de 2000, respectivamente por coluna: o valor total gasto com saúde, público mais privado, como percentual do PIB de cada país; os valores da coluna anterior, medidos em bilhões de dólares correntes; o percentual do gasto total com saúde atribuído ao setor privado; o percentual do gasto total com saúde atribuído ao setor público; a parcela do gasto privado com saúde de cada país que se deve ao pagamento de plano de assistência à saúde pré-pago; o percentual de recursos externos como percentuais dos gastos do governo de cada país com saúde; os gastos com seguridade social como percentuais dos gastos do governo de cada país com saúde; os gastos do governo com saúde em relação ao gasto total do governo; e, por último, o valor em dólares correntes dos gastos *per capita* do governo com saúde.

4 No Brasil, isso ocorreu por negociação sindical.

Tabela 1 - Financiamento dos gastos dos países americanos com bens de saúde em 2000

País	Gasto total com saúde % do PIB	Valor do gasto total com saúde em bilhões de dólares correntes	Gasto privado em saúde % do gasto saúde total	Gasto do governo em saúde % do gasto saúde total	Gasto privado com plano pré-pago % do gasto privado com saúde	Recursos externos p/ saúde % dos gastos gerais do governo com saúde	Gasto de seguridade social com saúde como % do gasto geral do governo em saúde	Gasto do governo em saúde % do gasto total do governo	Valor do gasto do governo per capita com saúde em dólar corrente
Estados Unidos	13,00	1275,33	55,7	44,3	62,5	0	33,7	16,7	1992
Uruguai	10,90	2,19	53,5	46,5	68,8	1	34,8	14,8	304
Suriname	9,80	0,08	43,9	56,1	0,2	25,2	22,7	16,5	104
Colômbia	9,60	7,99	44,2	55,8	34,4	0,4	36,5	18,3	104
Canadá	9,10	64,30	28,0	72	70,7	0	1,9	15,5	1483
El Salvador	8,80	nd	57,0	43	2,7	5,4	41,4	26,2	79
Argentina	8,60	24,45	45,0	55	24,2	0,6	58,6	21,3	362
Brasil	8,30	49,94	59,2	40,8	35,1	1	0	8,4	109
Bahamas	8,00	0,39	44,5	55,5	0,0	0	0	16,2	488
Paraguai	7,90	0,61	61,7	38,3	27,3	5,1	48,3	16,8	43
Panamá	7,60	nd	30,8	69,2	18,7	1,7	66,4	18,4	186
Chile	7,20	5,44	57,4	42,6	40,2	1,2	71,8	11,9	143
Cuba	6,80	nd	10,8	89,2	0,0	0,2	10,6	13,5	150
Honduras	6,80	0,40	36,9	63,1	0,2	12,1	10,2	18,3	39
Bolívia	6,70	0,56	27,6	72,4	9,5	13,1	48,3	14,2	48
Barbados	6,40	0,17	35,2	64,8	23,0	6,1	0	11,9	393
Costa Rica	6,40	1,02	31,6	68,4	6,3	1,8	94,4	18,2	187
República Dominicana	6,30	1,23	72,0	28	12,8	8,4	19,1	10,9	42
São Vicente e Granadina	6,30	nd	34,6	65,4	0,0	2,2	0	9,7	124
Dominica	6,10	0,02	29,1	70,9	16,1	1,6	0	12,8	175
Antígua e Barbados	5,50	0,04	40,1	59,9	0,0	5,3	0	14,1	337
Jamaica	5,50	0,42	53,0	47	31,0	4,4	0	7	78
México	5,40	31,36	53,6	46,4	3,8	1,4	71,1	15,6	144

País	Gasto total com saúde % do PIB	Valor do gasto total com saúde em bilhões de dólares correntes	Gasto privado em saúde % do gasto saúde total	Gasto do governo em saúde % do gasto saúde total	Gasto privado com plano pré-pago % do gasto privado com saúde	Recursos externos p/ saúde % dos gastos gerais do governo com saúde	Gasto de seguridade social com saúde como % do gasto geral do governo em saúde	Gasto do governo em saúde % do gasto total do governo	Valor do gasto do governo per capita com saúde em dólar corrente
São Cristóvão e Névis	5,20	nd	40,8	59,2	0,0	9,3	0	10,6	265
Trinidad e Tobago	5,20	nd	49,3	50,7	6,5	7,6	16,7	8	136
Guiana	5,10	0,04	17,3	82,7	0,0	3,8	0	9,3	40
Haiti	4,90	0,19	50,7	49,3	0,0	67	0	22,1	10
Granada	4,80	0,00	29,9	70,1	0,0	0	0	12,3	149
Peru	4,80	2,57	40,8	59,2	21,7	3,7	44	11,7	59
Guatemala	4,70	0,91	52,1	47,9	5,2	9,5	56,7	16,4	38
Venezuela	4,70	5,70	42,6	57,4	5,2	0,9	31,3	10,9	134
Belize	4,60	nd	54,5	45,5	0,0	6,8	0	5,5	72
Nicarágua	4,40	nd	48,3	51,7	4,8	30,5	29,7	10,3	22
Santa Lúcia	4,30	nd	37,9	62,1	0,0	0,8	0	7,8	125
Equador	2,40	nd	49,6	50,4	8,5	9,9	28,8	9,2	13

Fonte: Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde
nd = não disponível

A Tabela 1 apresenta algumas informações iniciais sobre o padrão de financiamento da saúde dos países do continente americano no ano de 2000. Em primeiro lugar, é importante enfatizar a posição dos Estados Unidos, o país que mais gasta em saúde, tanto em termos percentuais do PIB, 13%, como em valores totais. O que os americanos gastaram em bens de saúde no ano de 2000, 1,275 trilhão de dólares correntes, correspondeu a mais de seis vezes a soma⁵ de tudo que foi gasto com saúde em todos os demais países da América juntos.

Em segundo lugar, cabe destaque aos países que apresentaram maiores gastos privados com bens e serviços de saúde. Dentre eles estão: República Dominicana, com 72%; Paraguai, com 61,7%; Brasil, com 59,2%; e Chile e El Salvador, com 57%.

⁵ De acordo com Getzen (1997), o grau de desigualdade de gastos com saúde é maior do que o grau efetivo de bens de saúde oferecidos em cada país, pois os bens de saúde são intensivos em trabalho, e os países mais pobres pagam menores salários aos seus profissionais de saúde.

Um terceiro aspecto a merecer destaque é a importância relativa dos planos de saúde pré-pagos em relação aos gastos totais privados com saúde. Os seguintes países com maiores gastos podem ser assim ordenados: Canadá, com 70,7%; Uruguai, com 68,8%; Estados Unidos, com 62,5%; Chile, com 40,2%; Brasil, com 35,1; e Colômbia, com 34,4%. Mas a maioria dos demais países possui uma importância relativa muito pequena, com cerca de 21 dos 33 países mostrados na Tabela 1 apresentando menos de 10% do gasto privado em planos pré-pagos, ou seja, em saúde suplementar.

O Brasil é um dos países em que a menor parcela de gastos realizados pelo governo se destina ao gasto com saúde, 8,4%, contra uma média de 13,75% de gastos do governo destinados à saúde nos países da América. Os três países que apresentaram gastos com saúde como maior parcela nos gastos do governo são respectivamente: El Salvador, com 26,20%; Haiti, com 22,11%; e Argentina, com 21,3%. Logicamente esses indicadores devem ser vistos com reservas, dado que as cargas tributárias em cada país são extremamente desiguais, e a assunção de responsabilidades por parte do Estado deriva de formações históricas específicas e não generalizáveis.⁶

Um quinto aspecto a destacar é relacionado aos gastos do governo com saúde como modalidade de seguridade social. Eles revelam que para grande parte dos países americanos não é possível discutir financiamento da saúde sem entrar na discussão sobre seguridade social. Na verdade, o Brasil é um dos poucos países em que o sistema de financiamento de saúde não está diretamente ligado ao sistema de seguridade social.⁷

Por fim, vale notar que o total de gastos governamentais *per capita*, medidos em dólares correntes, mostra que Estados Unidos e Canadá lideraram o *ranking*, com, respectivamente, US\$ 1.992 e US\$ 1.483. No Brasil, esse valor atinge US\$ 109, ou seja, um valor 18 vezes menor que o padrão norte-americano de gastos e 14 vezes menor que o canadense.

A Tabela 1 traz informações referentes a um ponto específico do tempo, ano 2000. Mais adiante veremos a dinâmica do comportamento dessas variáveis. Isso porque se objetiva verificar a existência de algum tipo de convergência no padrão de financiamento da saúde, principalmente quando se leva em conta que, recentemente, muitos países latino-americanos promoveram reformas significativas em seus sistemas de saúde.

6 No caso do Haiti, grande parte dos gastos governamentais é realizada mediante ajuda de organismos e instituições externas.

7 No Brasil, até a Constituição de 1988 os gastos do governo com saúde eram vinculados ao sistema de seguridade, mas a Constituição desvinculou tais gastos.

3.1 Padrão de financiamento da saúde nas Américas: uma análise da dinâmica da evolução dos gastos com saúde

A primeira questão a ser investigada está relacionada com a afirmação dos órgãos multilaterais de que os gastos com saúde das economias têm aumentado nos anos mais recentes. Para investigar essa questão utilizamos a Tabela 2, que mostra a evolução dos gastos dos países americanos com saúde como percentual do PIB ao longo da década de 1990. A última coluna permite visualizar a taxa média de crescimento acumulado na década.

Aproximadamente 75% dos países da América, de acordo com a Tabela 2, tiveram aumento de gastos com saúde. Enquanto isso, nove países apresentaram redução⁸ do percentual gasto com saúde (os que aparecem sombreados). Desse modo, o aumento de gastos com saúde não é um fenômeno generalizado no continente, mas é importante qualificar que os países que apresentaram queda nos gastos - tais como o Peru (-41%) e a Argentina (-18%) - são aqueles que passaram por graves crises econômicas no período, o que provavelmente explica grande parte dessa redução. No que se refere aos países que apresentaram maior crescimento de gastos com saúde, em geral foram aqueles que se comprometeram com a realização de reformas no setor de saúde de seus países - a Colômbia (73%) e o Paraguai (89%).

⁸ Embora os gastos com saúde nesses nove países tenham caído, isso não quer dizer que não houve demanda para tais gastos; os valores aqui apresentados são dos gastos efetivados, ou seja, não refletem uma melhora do estado de saúde da população de um país.

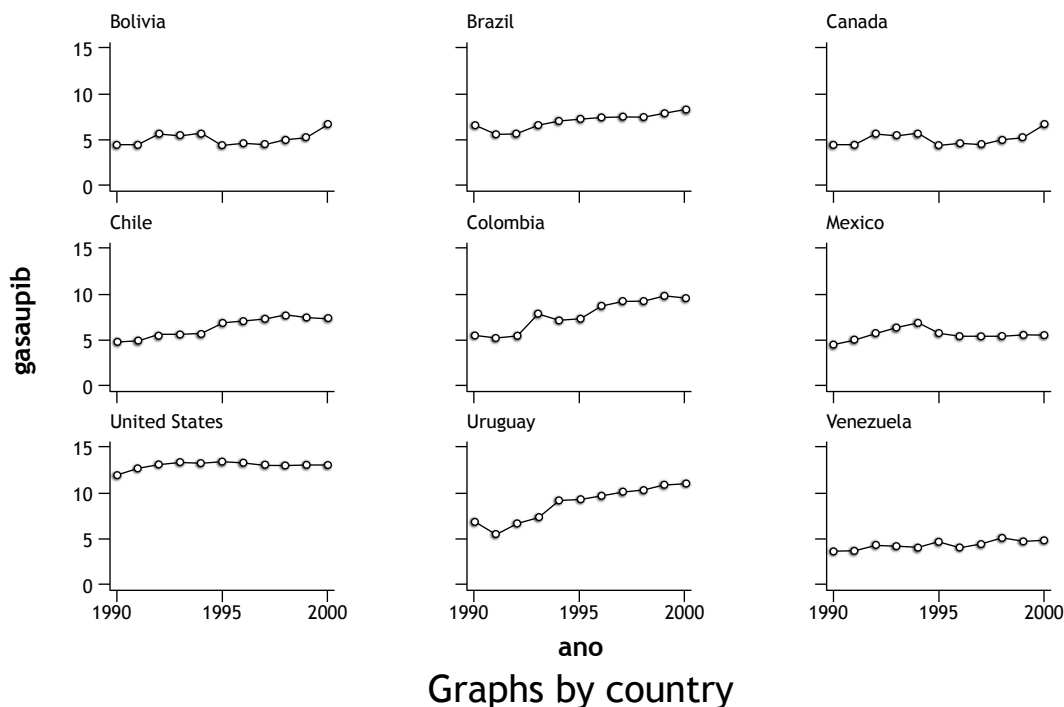
Tabela 2 - Gastos com bens de saúde como percentual do PIB – países da América

Gastos com saúde	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Taxa acum.
Paraguai	4,2	4,6	5,3	4,8	5,2	7,8	7,2	7,6	7,3	7,9	7,9	89,0
El Salvador	4,8	4,5	5,2	5,3	5,7	6,6	7,6	8,1	8,3	8,5	8,8	84,1
Colômbia	5,6	5,3	5,6	7,9	7,2	7,4	8,8	9,3	9,3	9,9	9,6	73,0
Belize	2,7	2,6	2,6	3,7	4,7	3,8	3,7	4,0	4,3	4,7	4,6	72,9
Uruguai	6,7	5,4	6,5	7,3	9,1	9,2	9,6	10,0	10,2	10,8	10,9	61,7
Bahamas	5,0	5,0	4,1	4,1	3,9	5,8	6,6	6,7	7,3	7,7	8,0	60,3
Chile	4,8	4,8	5,3	5,5	5,5	6,7	6,9	7,2	7,5	7,3	7,2	51,3
Bolívia	4,4	4,4	5,6	5,5	5,7	4,4	4,6	4,5	5,0	5,2	6,7	51,2
República Dominicana	4,5	4,1	4,5	5,1	5,0	4,9	5,1	6,4	6,5	6,4	6,3	41,6
Haiti	3,6	3,8	4,2	4,4	4,4	5,8	5,1	4,9	5,1	4,9	4,9	36,1
Guatemala	3,5	2,8	3,4	3,2	3,0	4,1	4,1	4,3	4,5	4,7	4,7	35,4
Venezuela	3,5	3,6	4,2	4,1	3,9	4,6	3,9	4,3	5,0	4,6	4,7	33,5
Guiana	3,8	3,2	4,9	5,2	5,2	4,7	4,5	4,8	4,8	5,0	5,1	32,8
Brasil	6,6	5,6	5,5	6,5	7,0	7,2	7,4	7,5	7,5	7,9	8,3	26,5
Trinidad e Tobago	4,1	4,5	4,5	4,1	3,7	4,5	4,6	4,8	5,3	5,3	5,2	25,6
Santa Lúcia	3,5	3,5	3,4	3,7	3,8	3,8	4,0	4,2	4,3	4,1	4,3	24,6
México	4,4	4,9	5,6	6,2	6,8	5,6	5,3	5,3	5,3	5,4	5,4	23,3
Antígua e Barbados	4,5	4,8	5,0	4,9	4,5	5,7	5,7	5,4	5,3	5,3	5,5	21,7
Jamaica	4,5	3,9	3,8	4,2	4,2	4,5	4,5	4,9	5,3	5,8	5,5	21,1
Panamá	6,6	7,1	6,7	6,8	6,6	7,8	8,0	7,4	7,4	7,6	7,6	15,0
Estados Unidos	11,9	12,6	13,0	13,3	13,2	13,3	13,2	13,0	12,9	13,0	13,0	9,4
São Cristóvão e Névis	4,9	4,9	5,0	5,1	5,3	4,7	5,1	4,7	4,7	4,9	5,2	7,0
Cuba	6,6	7,2	7,7	9,6	9,1	5,7	5,8	6,3	6,4	6,9	6,8	2,9
Canadá	9,0	9,8	10,1	9,9	9,6	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	0,7
São Vicente e Granadina	6,3	5,8	5,7	6,0	5,6	5,8	5,7	6,1	5,9	6,1	6,3	0,6
Suriname	5,9	5,6	4,9	nd	6,3	8,3	8,8	9,1	9,9	9,7	9,8	nd
Dominica	6,1	6,1	6,0	6,2	6,1	6,1	6,2	6,3	6,1	6,4	6,1	-0,5
Barbados	7,2	6,8	7,0	7,4	7,1	6,2	6,1	5,9	5,6	5,8	6,4	-10,6
Honduras	8,1	8,3	8,2	8,0	8,0	6,8	6,8	6,1	6,6	6,3	6,8	-15,7
Granada	5,9	5,7	5,6	5,4	5,3	4,4	4,8	4,7	4,8	4,8	4,8	-18,1
Argentina	10,5	10,6	10,6	11,5	10,6	8,2	7,9	7,8	8,0	8,5	8,6	-18,4
Costa Rica	8,3	7,7	7,5	7,5	6,5	6,3	6,2	6,3	6,5	6,4	6,4	-23,1
Peru	8,2	7,0	7,1	6,7	5,6	4,6	4,5	4,5	4,7	4,9	4,8	-41,6
Equador	4,3	4,3	4,8	4,5	5,1	4,6	5,1	4,6	4,3	3,9	2,4	-44,6
Nicarágua	9,5	9,5	10,5	11,0	12,2	6,4	6,0	5,2	4,8	4,7	4,4	-53,8

Fonte: Banco Mundial
nd = não disponível

A Figura 1 mostra a evolução dos gastos com saúde de alguns países selecionados,⁹ que apresentaram crescimento de gastos ao longo da década de 1990. Vemos que países que já possuíam alto gasto com saúde como percentual do PIB, como Estados Unidos e Canadá, apresentaram crescimento menos vigoroso na década, enquanto países com baixo percentual de gastos relativamente ao PIB, tais como Brasil, Colômbia, Uruguai e Chile, e comprometidos com reformas em seu sistema de saúde foram os que apresentaram maior crescimento.

Figura 1 - Evolução dos gastos com saúde como percentual do PIB de países selecionados na década de 1990



Considerando que 75% dos países aumentaram seus gastos com saúde em relação ao PIB, é necessário verificar de que forma foi financiado esse aumento, ou seja, se as fontes foram recursos públicos ou privados. Para isso, verificamos como era financiada a saúde no início da década de 1990 e se houve uma alteração nesse seu padrão ao longo da década.

⁹ Veja Gráfico A.1 no Anexo com todos os países da América.

A Tabela 3 mostra a evolução da parcela do gasto agregado com saúde financiada pelo setor público entre os anos de 1990 e 2000. Note que o valor complementar a 100% equivale à parcela do gasto agregado com saúde financiada pelo setor privado. Os países em cinza indicam que o aumento do gasto foi financiado mais do que proporcionalmente pelo setor público; os demais países financiaram o aumento de gastos aumentando a participação relativa do setor privado no financiamento da saúde.

Como exemplo, vemos que a Colômbia foi o país que mais aumentou o grau de participação do governo no financiamento. Em 1990, o governo respondia por 21,3% dos gastos com saúde, enquanto o setor privado financiava 78,3%. Já em 2000, o governo passou a ser responsável por 55,8% dos gastos com saúde, e a parcela do setor privado diminuiu para 44,2%. Esse é um resultado que parece contraditório ao modelo de privatização da saúde adotado por este país recentemente, pois o governo Colombiano aumentou acentuadamente sua participação como agente financiador da saúde ao longo da década, ao invés de diminuir ou permanecer com o mesmo nível de participação. Deve-se notar, todavia, que a participação do governo Colombiano no financiamento dos gastos de saúde (21,3%) era extremamente baixa quando comparada com a média de 1990 (53,7%), assim um aumento dessa participação poderia ser natural. Ao mesmo tempo, a reforma deparou com a realidade do baixo poder aquisitivo da população, envolvendo uma participação expressiva do setor público na viabilização do aumento de acesso à saúde proposto.

As informações da Tabela 3 mostram que aproximadamente 50% dos países que apresentaram aumento de gastos com saúde em relação ao PIB financiaram esse aumento com expansão de gastos públicos; os demais 50% o fizeram com redução relativa do financiamento governamental, implicando aumento relativo da participação dos recursos privados. No entanto, entre os países que aumentaram a participação relativa do setor público no financiamento, a média desse aumento (13,3%) foi maior do que no caso do aumento da participação do setor privado (7,5%).

Tabela 3 - Evolução do percentual do gasto total com saúde do setor público na década de 1990

Evolução gasto público como % gasto total em saúde para os países que aumentaram gastos com saúde em relação ao PIB							
Países que reduziram	1990	2000	2000-1990	Países que aumentaram	1990	2000	2000-1990
Antígua e Barbados	63,1	59,8	-3,2	Bolívia	46,5	72,4	25,9
Bahamas	56,7	55,5	-1,2	Colômbia	21,3	55,8	34,6
Belize	83,8	45,4	-38,4	Cuba	74,6	89,3	14,7
Brasil	45,9	40,8	-5	Dominica	63,6	70,8	7,2
Canadá	74,7	72	-2,7	El Salvador	29,5	43	13,5
Chile	45,6	42,6	-2,9	Guiana	75,5	82,7	7,2
Guatemala	51,9	47,9	-4	Haiti	33,6	49,4	15,8
Jamaica	57,5	47,1	-10,4	México	40,9	46,5	5,6
Panamá	69,9	69,2	-0,7	Paraguai	16,7	38,4	21,6
São Vicente e Granadina	70,1	65,4	-4,7	São Cristóvão e Névis	55,1	59,2	4,1
Suriname	59,2	56,1	-3,1	Santa Lúcia	61,7	62,1	0,4
Trinidad e Tobago	60,1	50,8	-9,4	Estados Unidos	39,6	44,3	4,7
Venezuela	69,6	57,4	-12,2	Uruguai	28,9	46,5	17,6
Média	62,2	54,62	-7,5	Média	45,19	58,49	13,3
Média geral	53,7	56,6	2,9				

Fonte: Banco Mundial

Na última linha da Tabela 3, verificamos que houve um pequeno aumento na média da participação relativa dos governos no financiamento dos gastos com saúde nos países americanos (2,9%), mas não se pode concluir que esta tenha sido uma tendência geral, pois metade dos países apresentou queda da participação relativa do setor público no financiamento da saúde. Para maiores informações, as Tabelas A.2 a A.3¹⁰ do Anexo a este artigo mostram a evolução dos gastos públicos e privados com saúde como percentual do PIB.

Realizando o mesmo exercício com os nove países¹¹ que reduziram seus gastos com saúde em termos do PIB, verifica-se que aumentou a participação relativa do setor público no financiamento dos gastos em saúde em média em 8,6%. Isso indica que a elasticidade de gastos com bens e serviços de saúde do setor público é menor do que a do setor privado. Os países que reduziram a participação do setor público no financiamento foram aqueles cuja participação relativa governamental era inicialmente muito alta.

Com base nos dados das Tabelas 2, A.4 e A.5 pode-se fazer o seguinte exercício dinâmico: considerando que houve aumento de gastos com saúde em cada país, g , para a maioria dos países da América, conforme mostrado na Tabela 2, descontar essa taxa

10 À semelhança da Tabela 2, as Tabelas A.1 e A.2 trazem em sua última coluna a taxa de crescimento acumulada entre 1990 e 2000 dos respectivos gastos.

11 Ver Tabela A.2 do Anexo.

das taxas de crescimento dos gastos do setor público de cada país com bens de saúde, gpu_i , para verificar a magnitude da mudança relativa no padrão de financiamento da saúde ao longo da década entre os setores público e privado de cada país da América. Para esse objetivo podemos usar a seguinte estrutura: seja $g_i = gpu_i - g_i$, que mostra a diferença da taxa de crescimento do gasto com saúde do setor público e a taxa de crescimento dos gastos totais com saúde em cada país: se $g_i > 0$, o setor público do país i aumentou a sua participação relativa no financiamento da saúde; se $g_i < 0$, o setor público diminuiu sua participação.

A Tabela 4 mostra o cálculo dos diferenciais de taxas de crescimento dos gastos públicos em relação à taxa de crescimento dos gastos totais com saúde. Vemos que entre os dez países que mais aumentaram seus gastos com saúde na América, seis foram financiados com aumentos de gastos do governo proporcionalmente maiores do que o aumento dos gastos totais. Belize foi o país que apresentou a maior taxa de crescimento dos gastos em saúde pelo setor privado, mas, conforme a Tabela 3, Belize e Costa Rica eram os países com maior participação do governo no financiamento de gastos da saúde entre os países da América em 1990, respectivamente 83,8% e 80,3%.

Tabela 4 - Taxas de crescimento dos gastos totais, do governo e privado, com saúde entre 1990 e 2000

Taxas	g	gpu	gg = gpu-g	Taxas	g	gpu	gg = gpu-g
Paraguai	89	333	243,9	Antigua e Barbados	21,7	15,4	-6,2
El Salvador	84,1	168	84	Jamaica	21,1	-0,8	-21,9
Colômbia	73	354	281,3	Panamá	15	13,9	-1,1
Belize	72,9	-6,3	-79,2	Estados Unidos	9,4	22,3	12,9
Uruguai	61,7	160	98,3	São Cristóvão e Névis	7	14,9	7,9
Bahamas	60,3	56,9	-3,4	Cuba	2,9	23,1	20,2
Chile	51,3	41,5	-9,8	Canadá	0,7	-3	-3,6
Bolívia	51,2	135	84,2	São Vicente e Granadina	0,6	-6,2	-6,8
República Dominicana	41,6	11,4	-30,2	Dominica	-0,5	10,8	11,3
Haiti	36,1	100	63,9	Barbados	-10,6	-16,7	-6,1
Guatemala	35,4	25	-10,4	Honduras	-15,7	32	47,7
Venezuela	33,5	10,2	-23,3	Granada	-18,1	0,3	18,4
Guiana	32,8	45,5	12,7	Argentina	-18,4	11,6	30
Brasil	26,5	12,6	-13,9	Costa Rica	-23,1	-34,9	-11,8
Trinidad e Tobago	25,6	6	-19,6	Peru	-41,6	121,9	163,5
Santa Lúcia	24,6	25,4	0,7	Equador	-44,6	-20,9	23,7
México	23,3	40,2	16,9	Nicarágua	-53,8	-67,4	-13,7

Ainda em relação à Tabela 4, percebe-se que entre os países que apresentaram as maiores taxas de crescimento do financiamento público em relação à taxa de crescimento total de gastos com saúde, gg_t , estão os países com as menores participações relativas dos seus governos no financiamento da saúde em 1990, como pode ser visto na segunda coluna da Tabela 3. Esse resultado mais a informação sobre Belize e Costa Rica nas Tabelas 4 e 5 sugerem que os países da América estão convergindo para o valor da média percentual dos gastos em saúde financiados pelo setor público. Mais especificamente, a tendência sugerida na década é que os gastos do setor público com saúde em todos os países estão convergindo para a média dos países da América. Essa tendência pode ser constatada pela redução do desvio-padrão dos países em torno da média do percentual de gastos com saúde financiados pelo setor público na América, mostrado na última linha da Tabela A.1. Quando verificamos que este se reduziu de 18,6 em 1990 para 13,0 em 2000, indicando que as observações de cada país estão mais próximas da média.

3.2 Financiamento da saúde: um olhar mais desagregado

A seção anterior mostrou o padrão de financiamento da saúde, público e privado, dos países da América. Esta seção busca trazer mais informação sobre as formas de financiamento desses gastos de modo mais desagregado, utilizando informações da OMS.

Inicialmente são mostradas as duas principais formas de gastos do setor privado em saúde: gastos com planos de saúde e gastos denominados de *out-of-pocket*. De acordo com a OMS, esses gastos são definidos como os dispêndios diretos dos consumidores incluindo doações em agradecimento e pagamentos em espécie feitos aos profissionais de saúde e a farmacêuticos, aparelhos de terapia e outros bens e serviços cuja intenção primária consiste em contribuir para a restauração ou o fortalecimento da saúde de indivíduos ou de grupos de populações. Esse tipo de dispêndio inclui pagamentos dos consumidores aos serviços públicos, instituições não lucrativas e organizações não governamentais e exclui pagamentos feitos por empresários que fornecem benefícios médicos e paramédicos garantidos ou não por lei aos seus empregados.

A Tabela A.5, no anexo, mostra a evolução entre os anos de 1995 e 2000 dos gastos privados com saúde financiados diretamente pelo consumidor, ou seja, pelos pagamentos *out-of-pocket* dos países da América. A Tabela A.6 mostra o complemento do financiamento dos gastos privados com saúde: os gastos com planos de saúde pré-pagos. Os valores das Tabelas A.5 e A.6 não são exatamente complementares, apresentando algum resíduo para alguns países, provavelmente por causa da dificuldade de classificação dos gastos privados em saúde entre a grande quantidade de tipos de serviços de planos de saúde

oferecidos nos países. Isso porém não compromete a análise aqui pretendida, porque busca avaliar o padrão mais geral de financiamento da saúde nas Américas e como se deu sua evolução no tempo.

A Tabela 5 resume a mudança de padrão de financiamento privado dos gastos em saúde dos países da América entre as duas modalidades, pagamentos diretos e planos pré-pagos referentes aos anos de 1995 e 2000.

Tabela 5 - Deslocamento de tipos de gastos privados entre 1995 e 2000

País	Não possui plano pré-pago	Var. absoluta <i>out-of-pocket</i>	Var. absoluta plano pré-pago
Antígua e Barbados	X	-	-
Argentina		3,4	-3,6
Bahamas	X	-	-
Barbados		1,3	-1,2
Belize	X	-	-
Bolívia		6,9	-3,7
Brasil		-3	3,1
Canadá		0,1	-1,2
Chile		-6,5	6,4
Colômbia		-10,6	10,6
Costa Rica		2,8	-1,7
Cuba	X	-	-
Dominica		0,6	-0,6
República Dominicana		-0,3	0,1
Equador		2,5	-5,6
El Salvador		-1,3	1,5
Granada	X	-	-
Guatemala		-6,4	1,4
Guiana		0	-
Haiti		0,2	-
Honduras	X	-	0
Jamaica		3,1	-3
México		-2	1,1
Nicarágua		-1,4	2,3
Panamá		-0,4	0,2
Paraguai		-3,4	3,3
Peru		-2,7	3,8
São Cristóvão e Névis	X	-	-
Santa Lúcia	X	-	-
São Vicente e Granadina	X	-	-
Suriname		7,5	-1,8
Trinidad e Tobago		-0,3	0,1
Estados Unidos		-0,1	0,5
Uruguai		-12,7	12,7
Venezuela		-0,3	0,2

A Tabela 5 mostra, na segunda coluna, os países que não possuem a modalidade de planos de saúde pré-pagos. A terceira coluna mostra o percentual dos gastos privados financiados diretamente pelos consumidores que aumentou ou diminuiu no financiamento total de gastos com bens privados de saúde. A quarta coluna mostra o complemento da terceira coluna, por exemplo, a Colômbia variou a composição de seus gastos privados com saúde da seguinte maneira: 10,6% dos gastos privados em saúde, que em 1995 financiavam gastos diretos dos consumidores, passaram a financiar plano de saúde pré-pago em 2000. Para os demais países, às vezes existem diferenças residuais, mas tais diferenças não comprometem a ilustração das mudanças no padrão de financiamento dos gastos privados. No caso da Colômbia, do Chile, do Brasil e do Peru, que aumentaram seus gastos privados com planos de saúde nesse período, trata-se de um reflexo das mudanças de regulação e institucionais realizadas pelos seus governos como reformas dos sistemas de saúde, pois, conforme seção 1, a opção de financiamento da saúde pelo setor privado apresenta o plano de saúde como possibilidade interessante aos consumidores, à medida que dilui o risco da necessidade de gastos inesperados. Apesar disso, a Tabela 5 também mostra que não se trata de uma tendência no continente. O México, por exemplo, conforme Tabelas A.5 e A.6, apresenta a quase totalidade de seus gastos privados como pagamentos *out-of-pocket*, tendo variado de 94,4% para 92,4% entre 1995 e 2000. Países como Bahamas, Belize, Granada, Guiana, Haiti e Honduras não possuem planos de saúde pré-pagos como forma de financiamento privado de saúde.

No que se refere ao financiamento dos gastos públicos com saúde, não se pode perder de vista que vários países da América Latina têm realizado reformas em seus sistemas de saúde e ou de seguridade social. Reformas que, em geral, seguem as orientações dos órgãos multilaterais para um governo regulador e não mais provedor. Também não se pode esquecer que, na maioria desses países, o sistema de saúde está vinculado ao sistema de seguridade social, conforme visto na coluna G da Tabela 1. As informações disponíveis na OMS, entre 1995 e 2000, sobre a parcela do financiamento público da saúde que se deve ao sistema de seguridade social e a que se deve a financiamentos propiciados por doações estrangeiras são mostradas nas Tabelas A.7 e A.8 do anexo a este trabalho.

Os gastos com seguridade social, que incluem os fundos extra-orçamentários em saúde, são realizados na compra de bens e serviços de saúde e englobam todos os esquemas compulsórios para determinados grupos da população. Uma rápida análise da Tabela A.7 revela uma leve tendência de queda nos gastos do governo entre os países que possuem o sistema de saúde vinculado à seguridade social entre os anos de 1995 e 2000. Entre os países que apresentaram crescimento nessa modalidade de gastos estão os Estados

Unidos e o Canadá. Este último, entretanto, possui menos de 2% de seus gastos públicos sendo realizados na forma de seguridade social.¹²

Os recursos externos como percentual dos gastos do governo em saúde, Tabela A.8, são fundos e remunerações destinados à assistência médica e a bens de saúde canalizados por intermédio do Ministério da Saúde ou de outras agências públicas. Inclui pagamentos em espécie - equipamentos de capital, produtos farmacêuticos e vacinas, assistência técnica com profissionais capazes - que são estimados pelos seus valores monetários. Os países que apresentam maiores percentuais de gastos governamentais provindos de recursos externos são os mais pobres; o Haiti, o Suriname e a Nicarágua, e em todos eles a dependência desse tipo de recurso para o financiamento da saúde aumentou entre 1995 e 2000.

Uma particularidade adicional a ser considerada consiste no fato de que, em muitos países, os gastos obrigatórios com saúde, mesmo sendo financiados pelos trabalhadores, tendem a ser computados como gastos públicos, fenômeno que traz uma dificuldade adicional à análise de financiamento. A reforma do sistema de saúde Colômbiano, por exemplo, tornou o sistema de seguro de saúde privado obrigatório, e isso entrou na contabilidade da saúde como gasto público, Tabela A.2, sendo que em 1990 o gasto do setor público equivalia a 1,2% do PIB e em 2000 este valor subiu para 5,4% do PIB.

■ 4. A evolução de alguns indicadores da saúde

Até agora a discussão se deu sobre o padrão de financiamento dos gastos com saúde nos países da América e a maneira como tal padrão evoluiu ao longo da década de 1990. Nesta seção buscamos verificar o impacto do aumento desses gastos sobre alguns indicadores de saúde e de qualidade de vida.

A Tabela 6 mostra, em sua primeira coluna, se o país aumentou ou não seus gastos com saúde entre 1990 e 2000. As terceira e quarta colunas mostram respectivamente as taxas de mortalidade por mil pessoas e este valor somente para crianças abaixo de 5 anos. Os valores da tabela indicam que a maioria dos países apresentou redução da taxa de mortalidade, independentemente do aumento de gasto realizado em saúde, medido como proporção do PIB. Esse fenômeno deve estar relacionado com a melhora das condições gerais de vida e renda, além de aspectos de grande impacto sobre condições de saúde, como o saneamento básico.

¹² A análise do caso do Brasil neste ponto gera uma certa confusão pelos termos utilizados. Embora a seguridade social tenha surgido a partir da Constituição de 1988, o termo seguridade está sendo utilizado no sentido de junção financeira e administrativa numa mesma instituição responsável por saúde e previdência, articulação que foi, no caso brasileiro, encerrada em 1992, com a extinção do Inamps.

Tabela 6 - Taxas de mortalidade

Aumentou gastos de saúde?	País	Taxa de mortalidade por mil			Taxa mortal. < 5 anos por mil		
		1990	2000	Variação %	1990	2000	Variação %
Sim	Antígua e Barbados	nd	Nd	Nd	nd	Nd	Nd
Sim	Bahamas	5,3	6,4	21,5	29,0	17,0	-41,4
Sim	Belize	5,6	4,4	-21,3	49,0	41,0	-16,3
Sim	Bolívia	10,7	8,6	-19,8	122,0	80,0	-34,4
Sim	Brasil	7,5	7,2	-3,8	60,0	38,0	-36,7
Sim	Canadá	7,3	7,5	2,7	8,0	7,2	-9,8
Sim	Chile	6,0	5,6	-7,2	19,0	12,0	-36,9
Sim	Colômbia	6,4	5,7	-11,0	36,0	24,0	-33,3
Sim	Cuba	6,8	7,1	4,4	13,0	9,0	-30,8
Sim	República Dominicana	6,7	6,6	-1,2	65,0	48,0	-26,2
Sim	El Salvador	7,2	6,0	-17,2	60,0	40,0	-33,3
Sim	Guatemala	8,8	6,8	-22,8	82,0	59,0	-28,0
Sim	Guiana	8,1	9,1	11,3	90,0	74,0	-17,8
Sim	Haiti	12,4	13,1	6,0	150,0	125,0	-16,7
Sim	Jamaica	6,0	6,3	5,0	20,0	20,0	0,0
Sim	México	5,4	5,1	-5,6	46,0	30,0	-34,8
Sim	Panamá	5,4	5,0	-7,1	34,0	26,0	-23,5
Sim	Paraguai	6,3	5,0	-20,1	37,0	31,0	-16,2
Sim	São Cristóvão e Névis	10,8	11,4	5,8	36,0	23,5	-34,7
Sim	Santa Lúcia	6,4	6,0	-6,7	24,0	18,6	-22,5
Sim	São Vicente e Granadina	6,2	7,0	14,3	26,0	20,2	-22,3
Sim	Suriname	6,7	7,1	6,0	44,0	33,0	-25,0
Sim	Trinidad e Tobago	6,4	6,9	8,5	24,0	20,0	-16,7
Sim	Estados Unidos	8,6	8,7	1,2	11,0	8,7	-21,5
Sim	Uruguai	9,7	9,8	0,7	24,0	17,0	-29,2
Sim	Venezuela	4,8	4,4	-8,7	27,0	23,0	-14,8
Não	Argentina	8,3	7,8	-6,3	28,0	20,0	-28,6
Não	Barbados	8,9	8,8	-1,1	16,0	16,7	4,4
Não	Costa Rica	3,8	3,9	2,6	17,0	12,0	-29,4
Não	Dominica	8,6	6,7	-22,1	23,0	14,0	-39,1
Não	Equador	6,5	5,8	-10,2	57,0	32,0	-43,9
Não	Granada	7,6	7,3	-4,4	37,0	26,0	-29,7
Não	Honduras	7,1	6,4	-9,1	61,0	40,0	-34,4
Não	Nicarágua	7,3	5,2	-28,8	66,0	45,0	-31,8
Não	Peru	7,3	6,6	-9,1	75,0	40,0	-46,7

A Tabela 7 mostra a variação absoluta do percentual de jovens da economia dos países da América, entre 1990 e 2000, na população total e a esperança de vida da população. Também nesse caso, assim como no caso dos dados mostrados na Tabela 6, vemos que todos os países reduziram sua população jovem e aumentaram sua expectativa de vida

ao nascer, independentemente de ter havido aumento de gastos totais com bens de saúde ao longo desse período.

Tabela 7 - Indicadores de saúde

Aumentou gastos ?	País	% população de 0 a 14 anos			Expectativa de vida ao nascer		
		1990	2000	Var. absoluta	1990	2000	Var. %
Sim	Antígua e Barbados	nd	20,59	nd	nd	nd	Nd
Sim	Bahamas	32,6	29,2	-3,4	69,2	69,4	0,3
Sim	Belize	44,3	40,8	-3,4	72,4	73,9	2,1
Sim	Bolívia	41,2	39,5	-1,8	58,3	62,6	7,3
Sim	Brasil	34,7	28,8	-5,9	65,6	68,1	3,8
Sim	Canadá	20,7	19,1	-1,6	77,2	78,9	2,2
Sim	Chile	30,1	28,3	-1,8	73,7	75,7	2,6
Sim	Colômbia	36,0	32,8	-3,3	68,3	71,4	4,5
Sim	Cuba	23,1	21,6	-1,5	75,0	76,5	1,9
Sim	República Dominicana	38,4	33,5	-4,9	65,9	67,3	2,1
Sim	El Salvador	40,8	35,6	-5,2	65,6	69,9	6,4
Sim	Guatemala	46,0	43,6	-2,3	61,4	65,0	5,8
Sim	Guiana	36,7	30,6	-6,1	63,7	62,9	-1,2
Sim	Haiti	44,3	40,7	-3,5	53,1	52,7	-0,7
Sim	Jamaica	35,2	31,1	-4,1	73,2	75,3	2,9
Sim	México	38,6	34,2	-4,4	70,8	73,2	3,3
Sim	Panamá	35,3	31,3	-4,0	72,4	74,6	2,9
Sim	Paraguai	42,7	41,2	-1,5	68,1	70,4	3,3
Sim	São Cristóvão e Névis	nd	27,3	nd	67,2	70,8	5,5
Sim	Santa Lúcia	37,3	32,2	-5,1	71,0	71,1	0,2
Sim	São Vicente e Granadina	nd	27,0	nd	70,5	72,9	3,5
Sim	Suriname	36,0	29,7	-6,3	68,7	70,2	2,3
Sim	Trinidad e Tobago	33,5	25,6	-7,9	71,1	72,6	2,0
Sim	Estados Unidos	21,9	21,3	-0,6	75,2	77,1	2,5
Sim	Uruguai	26,0	24,9	-1,2	72,6	74,4	2,4
Sim	Venezuela	38,2	34,0	-4,2	71,3	73,4	2,9
Não	Argentina	30,6	27,7	-2,9	71,6	73,9	3,1
Não	Barbados	24,5	21,0	-3,5	74,9	75,4	0,6
Não	Costa Rica	36,5	31,9	-4,6	75,4	77,5	2,8
Não	Dominica	nd	27,8	Nd	73,2	76,3	4,3
Não	Equador	38,9	33,8	-5,1	66,9	69,7	4,1
Não	Granada	Nd	35,4	Nd	nd	72,5	Nd
Não	Honduras	45,2	41,8	-3,4	64,9	66,0	1,7
Não	Nicarágua	46,4	42,6	-3,7	64,5	68,5	6,2
Não	Peru	38,3	33,4	-4,9	65,8	69,3	5,3

Por fim, a Tabela 8 traz a evolução da parcela da população com mais de 65 anos e a da taxa de mortalidade infantil. Novamente, verificamos uma tendência geral, aumento da população idosa e queda da mortalidade infantil nos países, que parece independer do aumento de gastos em saúde sobre o PIB.

Tabela 8 - Indicadores de saúde

Aumentou gastos ?	País	% população acima de 65 anos			Taxa mort. Infantil por mil		
		1990	2000	Var. absol.	1990	2000	Var. abs.
Sim	Antígua e Barbados	nd	7,35	nd	nd	nd	nd
Não	Argentina	8,9	9,7	0,8	25,0	17,4	-7,6
Sim	Bahamas	4,6	5,6	1,0	24,0	15,0	-9,0
Não	Barbados	11,8	10,5	-1,3	14,0	12,0	-2,0
Sim	Belize	4,3	5,0	0,7	39,0	34,0	-5,0
Sim	Bolívia	3,6	4,4	0,8	87,0	62,0	-25,0
Sim	Brasil	4,3	5,1	0,8	50,0	32,0	-18,0
Sim	Canadá	11,3	12,5	1,3	6,8	5,2	-1,7
Sim	Chile	6,1	7,1	1,0	16,0	10,1	-5,9
Sim	Colômbia	4,3	4,7	0,5	29,0	20,0	-9,0
Não	Costa Rica	4,2	5,6	1,4	14,8	10,2	-4,6
Sim	Cuba	8,4	9,9	1,6	10,7	7,0	-3,7
Não	Dominica	nd	8,3	nd	19,0	14,0	-5,0
Sim	República Dominicana	3,3	4,3	1,0	53,0	42,0	-11,0
Não	Equador	4,1	4,7	0,6	43,0	25,0	-18,0
Sim	El Salvador	4,2	5,0	0,8	46,0	34,0	-12,0
Não	Granada	nd	7,1	nd	30,0	21,0	-9,0
Sim	Guatemala	3,2	3,5	0,4	60,0	44,0	-16,0
Sim	Guiana	4,6	5,0	0,4	65,0	55,0	-10,0
Sim	Haiti	3,8	3,6	-0,2	102,0	81,0	-21,0
Não	Honduras	2,9	3,4	0,5	47,0	32,0	-15,0
Sim	Jamaica	7,4	7,0	-0,4	17,0	17,0	0,0
Sim	México	4,0	5,0	1,0	37,0	25,0	-12,0
Não	Nicarágua	2,8	3,1	0,3	52,0	37,0	-15,0
Sim	Panamá	5,0	5,5	0,6	27,0	20,0	-7,0
Sim	Paraguai	3,8	3,6	-0,1	30,0	26,0	-4,0
Não	Peru	4,0	4,8	0,9	58,0	31,0	-27,0
Sim	São Cristóvão e Névis	nd	13,6	nd	30,0	19,6	-10,4
Sim	Santa Lúcia	6,5	5,8	-0,7	19,1	13,4	-5,7
Sim	São Vicente e Granadina	nd	7,0	nd	20,9	20,1	-0,8
Sim	Suriname	4,4	5,3	0,9	35,0	27,0	-8,0
Sim	Trinidad e Tobago	6,2	6,2	0,0	21,0	17,0	-4,0
Sim	Estados Unidos	12,4	12,7	0,3	9,4	6,9	-2,5
Sim	Uruguai	11,5	12,6	1,1	20,0	15,0	-5,0
Sim	Venezuela	3,7	4,4	0,7	23,0	20,0	-3,0

Fonte: Organização Mundial da Saúde

nd = não disponível

4.1 Relação entre gastos com saúde e indicadores de saúde

Para verificar a relação entre gastos em saúde e indicadores de saúde, utilizamos estatísticas da década de 1990. O objetivo desta seção é confirmar os resultados sugeridos pela seção anterior de que os gastos com saúde não afetam diretamente os indicadores de saúde, pelo menos de maneira simultânea no tempo.

Para dar conta deste objetivo, calculamos as correlações entre as variáveis gastos com saúde - total, público e privado - com alguns indicadores de saúde para todos os países da América usando 6 anos de informação para cada país. A Tabela 9 traz as correlações entre os gastos totais em saúde, o percentual de gastos públicos no PIB, os gastos privados em saúde como percentual do PIB, os gastos *per capita* em saúde e a renda *per capita* de cada um dos países, respectivamente, e os seguintes indicadores de saúde: expectativa de vida ao nascer; percentual da população acima de 65 anos; mortalidade entre crianças abaixo de 5 anos a cada mil; mortalidade infantil a cada mil crianças nascidas; taxa de natalidade a cada mil mulheres; e taxa de imunização de sarampo. Note-se que cada coluna traz a correlação da variável descrita no topo com cada uma das variáveis listadas na primeira coluna.

Tabela 9 - Correlações entre gastos com saúde e renda *per capita* e indicadores de saúde

Correlações entre gastos com saúde e indicadores de saúde	Gasto total em saúde % PIB	Gasto público em % PIB	Gasto privado em saúde % PIB	Gasto total com saúde <i>per capita</i> em US\$ constante de 1995	Renda nacional <i>per capita</i>
Expectativa de vida ao nascer	0,335	0,375	0,141	0,382	0,503
Pop. acima de 65 anos	0,446	0,499	0,187	0,592	0,695
Mortalidade	0,044	0,073	-0,004	0,184	-0,022
Mortalidade infantil	0,107	0,132	0,034	0,261	0,129
Taxa de natalidade	-0,398	-0,499	-0,117	-0,486	-0,628
Urbanização	0,521	0,334	0,452	0,321	0,365
Imunização sarampo	0,126	0,172	0,024	0,136	0,240

Fonte: Organização Mundial da Saúde

As correlações entre os gastos com saúde e os indicadores de saúde revelaram-se baixas, e de acordo com a literatura internacional, vemos que a maior correlação entre os indicadores de saúde ocorre com a renda nacional *per capita*. A forma de financia-

mento da saúde, se pública ou privada, aparentemente não afeta significativamente o desempenho dos indicadores de saúde nos países da América. Poder-se-ia especular que o gasto público seria um pouco mais efetivo no desempenho sobre tais indicadores, pois suas correlações com os indicadores de saúde, mostradas na terceira coluna da Tabela 9, são maiores em módulo do que a dos gastos privados com tais indicadores, mostradas na quarta coluna, mas ainda assim seus valores são baixos. Além disso, metodologicamente, não se deve perder de vista que a Tabela 9 mostra apenas o coeficiente de correlação entre as variáveis, nada podendo ser dito sobre causalidade.

O gasto com saúde *per capita*, que possui alta correlação com a renda nacional *per capita*, 0,92, apresenta maiores correlações com os indicadores de saúde do que o gasto total com saúde como percentual do PIB, mostrado na segunda coluna da Tabela 9. Isso sugere que não é a magnitude gasta com saúde em si que importa, mas sim a magnitude média gasta por indivíduo.

A Tabela 10 abre os gastos públicos e privados nas suas formas um pouco mais desagregadas, conforme dados discutidos na seção anterior, para avaliar a existência de correlações significativas entre os gastos com saúde e os mesmos indicadores de saúde mostrados na Tabela 9.

Tabela 10 - Correlações entre gastos com saúde desagregados e indicadores de saúde

Correlações entre gastos com saúde e indicadores de saúde	% gasto público de saúde como seguridade social	% gasto público de saúde financiado recurso externo	% gasto privado de saúde financiado plano pré-pago	% gasto privado de saúde financiado <i>out-of-pocket</i>
Expectativa de vida ao nascer	0,1158	-0,6262	0,426	-0,029
Pop. acima de 65 anos	-0,1682	-0,3029	0,557	-0,302
Mortalidade	-0,1375	-0,3587	-0,037	-0,131
Mortalidade infantil	-0,0124	-0,0556	0,096	0,017
Taxa de natalidade	0,1963	0,4648	-0,473	0,190
Urbanização	0,3192	-0,4142	0,508	-0,364
Imunização sarampo	-0,11	0,4315	0,114	0,246

Fonte: Organização Mundial da Saúde

Os resultados da Tabela 10 sugerem que gastos públicos em saúde financiados por seguridade social não são correlacionados com os indicadores de saúde. Sugerem também que os gastos públicos de saúde financiados com recursos externos são negativamente correlacionados com expectativa de vida ao nascer e população maior de 65 anos. Esse resultado reflete, sem dúvida, o fato de os países americanos em piores condições econômicas serem os países que mais recebem recursos externos para o financiamento da saúde. Por último, a Tabela 10 mostra correlação positiva entre gastos privados em planos pré-pagos e expectativa de vida (0,426) e a população acima de 65 anos (0,557). No entanto, não se pode dizer que a expectativa de vida maior seja decorrente da vigência de planos pré-pagos, dado que é mais provável que a existência de maior renda determine a expectativa de vida e, ao mesmo tempo, a maior propensão ao gasto pessoal em saúde privada.

■ 5. Conclusões e considerações finais

Este estudo mostrou que a maioria dos países da América, 25 entre 35, apresentou aumentos de gastos com bens de saúde em relação ao PIB entre os anos de 1990 e 2000, indicando uma tendência de crescimento dos gastos com saúde. Os países que apresentaram queda de gastos com saúde, como a Argentina e o Peru, parecem ter incorrido em reduções em razão dos graves problemas econômicos pelos quais essas economias passaram ao longo da década.

A forma de financiamento desse aumento de gastos nos países da América deu-se de maneira diferenciada, aproximadamente 50% dos países financiaram o aumento de gastos com saúde com verbas do setor público e a outra metade de países financiou com aumentos de gastos privados.

Uma tendência verificada no padrão de financiamento ao longo da década de 1990 mostra que houve uma convergência para o percentual do gasto total com saúde financiado pelos governos dos países. Desse modo, aqueles países em que a saúde era em sua maior parte financiada pelo setor público apresentaram redução de financiamento por parte de seus governos ao longo da década. Já aqueles países cuja participação do setor público era muito pequena no financiamento da saúde apresentaram crescimento positivo da participação do governo no financiamento da saúde.

O Brasil, entre os países de porte, é uma exceção no que se refere à inexistência de um sistema de saúde vinculado a um sistema de previdência social. Entretanto, os dados revelam não haver correlação significativa entre a forma de financiamento da

saúde pela seguridade social e o indicador de expectativa de vida ao nascer para os países da América.

O cálculo de correlações entre gastos com saúde e indicadores de saúde mostra existir baixa correlação entre essas variáveis. Esse resultado sugere que os gastos com saúde não melhoram o desempenho dos indicadores de saúde, ou seja, a forma de financiamento da saúde - se público ou privado - não pode determinar a melhoria de desempenho do padrão de saúde num determinado país.

Não há dúvida de que é necessário que hajam avanços muito mais expressivos na avaliação de uma macroeconomia do gasto com saúde. Evidentemente, a adequada canalização de recursos financeiros é condição para a realização de uma atenção de qualidade. No entanto, ela não é, em si, suficiente para garantir a evolução positiva dos indicadores em saúde. De um lado, pela própria multideterminação desses indicadores de saúde, nos quais renda e condições de infra-estrutura da vida urbana e rural têm expressivo papel. De outro, porque a arquitetura dos sistemas é elemento crucial na definição da eficiência da utilização dos recursos. Formas de regulação, condições de apropriação de renda por setores empresariais (notadamente a farmacêutica), poder de mercado dos profissionais de saúde, estilo de atendimento e hierarquização da assistência são, dentre outros, elementos que definem a efetividade dos recursos públicos e privados alocados ao sistema.

■ 6. Referências

BAHT, Vasanthakumar N. Health systems performance: a statewide analysis. In: **Journal of Health Care Finance**, Summer 2003.

GETZEN, T. E. **Health economics: fundamentals and flow of funds**. John Wiley & Sons, Inc., 1997.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. In: LISBOA, Marcos et al. **Política Governamental e Regulação do Mercado de Medicamentos**. **Social Science & Medicine**, v.52, 2001.

Anexo A

Gráfico A.1 - Evolução dos gastos com saúde como percentual do PIB dos países da América na década de 1990

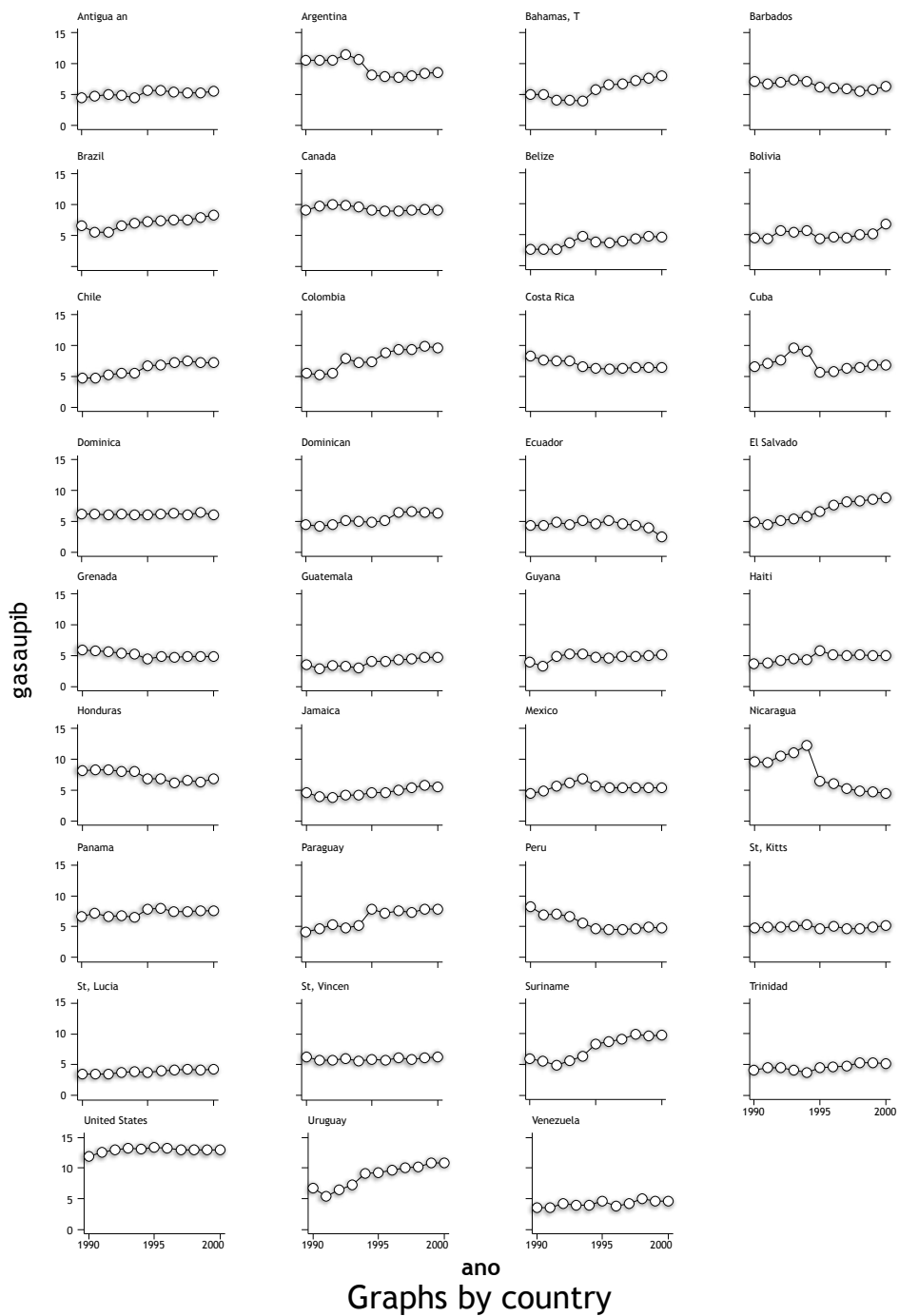


Tabela A.1 - Evolução da participação dos governos no financiamento dos gastos totais em saúde

Gastos público % gasto saúde	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2000- 1990
Antígua e Barbados	63,1	59,6	56,4	57,3	65,3	63,7	61,8	61,9	62,5	61,3	59,8	-3,2
Argentina	40,2	39,7	39,4	40,1	44,5	60,9	58,7	56,4	55,3	55,6	55	14,8
Bahamas	56,7	55,6	61,2	62,5	58,6	56,4	58,8	55,7	57,5	56,4	55,5	-1,2
Barbados	69,6	67,3	66	67,7	65,8	67,4	68	64,9	63,8	64	64,8	-4,7
Belize	83,8	84,7	83,5	87,1	89,6	42,1	40,8	43	45,8	44,9	45,4	-38,4
Bolívia	46,5	47,1	56,9	57,8	59,9	65	67,6	67,3	65,6	66,2	72,4	25,9
Brasil	45,9	33,7	29,1	46,6	48,7	42,6	40,4	43,5	44	42,8	40,8	-5
Canadá	74,7	74,6	74,2	72,8	72,2	71,4	70,8	70,2	70,8	70,8	72	-2,7
Chile	45,6	47,4	45	45,6	46	35,7	36,7	37,9	39,6	40,8	42,6	-2,9
Colômbia	21,3	21,4	20,1	44,8	45,1	57,6	59,2	57,6	54,8	53,7	55,8	34,6
Costa Rica	80,9	81,5	79,7	77,6	75,9	68,4	67,3	66,8	66,5	68,8	68,4	-12,5
Cuba	74,6	76,1	81,7	87,8	90,7	90,2	89,5	87,5	87,7	88,6	89,3	14,7
Dominica	63,6	66,6	64,6	63,8	65,8	67,7	68,1	71,3	71	70,8	70,8	7,2
República Dominicana	35,5	29,9	34,2	36,8	35,5	26,5	26,7	29,1	28,3	30,6	27,9	-7,6
Equador	35,3	33,2	36,3	35,9	49,8	55,4	62,2	60,4	55,6	49	50,4	15,1
El Salvador	29,5	25,8	35	37,7	42,1	40,8	41,1	38,6	42,5	42,2	43	13,5
Granada	57,2	57,2	57,7	55,9	54,6	66,6	68,3	66,2	65,8	69,8	70	12,8
Guatemala	51,9	54,3	63,9	67	68	43,9	42,4	44,9	47,1	48,3	47,9	-4
Guiana	75,5	67,8	81,3	82,4	82,8	82,3	82,4	83,5	83,3	84	82,7	7,2
Haiti	33,6	28,5	33,6	32,1	28,2	56,7	52,4	51,6	49,8	51	49,4	15,8
Honduras	40,3	41,3	41,5	41,5	43,4	52,5	54,6	57,5	65	61,6	63,1	22,8
Jamaica	57,5	54,7	54,7	60,5	60,9	46,2	46,7	48	49,8	49,8	47,1	-10,4
México	40,9	45,5	46,3	40,9	39	41,4	42,5	43,2	47,9	47,2	46,5	5,6
Nicarágua	73,2	68,6	64,8	65	67,7	78,3	74,3	53,8	60,2	52,8	51,6	-21,6
Panamá	69,9	72,3	70,9	71,3	69	70,3	71	68,4	70,3	69,9	69,2	-0,7
Paraguai	16,7	27,5	30,6	29,6	30,1	27,4	36	32,8	37,4	39,4	38,4	21,6
Peru	15,6	38,4	40,8	38,6	44,5	55,9	58,2	57,3	57,7	59,6	59,2	43,6
São Cristóvão	55,1	56,1	56	58,1	61,1	66,2	66,1	67,4	68,1	63,5	59,2	4,1
Santa Lúcia	61,7	62	61,9	64,4	66,2	61,3	63	62,4	65,6	65,4	62,1	0,4
São Vicente e Granadina	70,1	66,4	66,2	67,5	67,6	66	67	63,8	62,5	61,5	65,4	-4,7
Suriname	59,2	56,9	50,2	nd	50,4	76,1	71,1	64,6	61,6	60,7	56,1	-3,1
Trinidad e Tobago	60,1	62,4	65,6	63	60,8	50,4	48,7	47,5	50,9	50,9	50,8	-9,4
Estados Unidos	39,6	41,2	42,4	43,1	44,8	45,3	45,5	45,2	44,5	44,3	44,3	4,7
Uruguai	28,9	38,5	33,9	32,7	33,9	49,5	47	45,9	46,4	48,7	46,5	17,6
Venezuela	69,6	69,4	70,6	65,4	61,5	52,4	52,3	54,7	51,6	52,6	57,4	-12,2
Média	52,7	52,9	54,2	55,9	56,9	57,2	57,3	56,3	57	56,8	56,6	
Desvio-padrão	18,6	17,2	17,1	16,4	15,8	14,8	14,2	13,3	12,7	12,6	13,0	

Tabela A.2 - Evolução dos gastos públicos com saúde como percentual do PIB para os países americanos

Gasto público % PIB	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Taxa (gpu)
Antígua e Barbados	2,9	2,8	2,8	2,8	2,9	3,6	3,5	3,3	3,3	3,3	3,3	15,4
Argentina	4,2	4,2	4,2	4,6	4,7	5,0	4,6	4,4	4,4	4,7	4,7	11,6
Bahamas	2,8	2,8	2,5	2,6	2,3	3,3	3,9	3,7	4,2	4,3	4,4	56,9
Barbados	5,0	4,6	4,6	5,0	4,7	4,2	4,2	3,8	3,6	3,7	4,2	-16,7
Belize	2,2	2,2	2,2	3,2	4,2	1,6	1,5	1,7	2,0	2,1	2,1	-6,3
Bolívia	2,1	2,1	3,2	3,2	3,4	2,9	3,1	3,0	3,3	3,4	4,9	135,4
Brasil	3,0	1,9	1,6	3,0	3,4	3,1	3,0	3,3	3,3	3,4	3,4	12,6
Canadá	6,8	7,3	7,5	7,2	6,9	6,5	6,3	6,3	6,4	6,5	6,6	-3,0
Chile	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,4	2,5	2,7	3,0	3,0	3,1	41,5
Colômbia	1,2	1,1	1,1	3,6	3,3	4,3	5,2	5,4	5,1	5,3	5,4	354,2
Costa Rica	6,7	6,2	5,9	5,8	5,0	4,3	4,2	4,2	4,3	4,4	4,4	-34,9
Cuba	4,9	5,5	6,3	8,4	8,3	5,1	5,2	5,5	5,6	6,1	6,1	23,1
Dominica	3,9	4,1	3,9	4,0	4,0	4,1	4,2	4,5	4,3	4,5	4,3	10,8
República Dominicana	1,6	1,2	1,5	1,9	1,8	1,3	1,4	1,9	1,8	2,0	1,8	11,4
Equador	1,5	1,4	1,7	1,6	2,6	2,6	3,2	2,8	2,4	1,9	1,2	-20,9
El Salvador	1,4	1,2	1,8	2,0	2,4	2,7	3,1	3,1	3,5	3,6	3,8	168,1
Granada	3,4	3,3	3,2	3,0	2,9	2,9	3,3	3,1	3,2	3,4	3,4	0,3
Guatemala	1,8	1,5	2,1	2,2	2,0	1,8	1,7	1,9	2,1	2,3	2,3	25,0
Guiana	2,9	2,2	4,0	4,3	4,3	3,9	3,7	4,0	4,0	4,2	4,2	45,5
Haiti	1,2	1,1	1,4	1,4	1,2	3,3	2,7	2,5	2,5	2,5	2,4	100,0
Honduras	3,3	3,4	3,4	3,3	3,5	3,6	3,7	3,5	4,3	3,9	4,3	32,0
Jamaica	2,6	2,2	2,1	2,5	2,5	2,1	2,1	2,4	2,6	2,9	2,6	-0,8
México	1,8	2,2	2,6	2,5	2,6	2,3	2,3	2,3	2,5	2,6	2,5	40,2
Nicarágua	7,0	6,5	6,8	7,2	8,3	5,0	4,5	2,8	2,9	2,5	2,3	-67,4
Panamá	4,6	5,2	4,8	4,9	4,5	5,5	5,7	5,1	5,2	5,3	5,3	13,9
Paraguai	0,7	1,3	1,6	1,4	1,6	2,1	2,6	2,5	2,7	3,1	3,0	332,9
Peru	1,3	2,7	2,9	2,6	2,5	2,6	2,6	2,6	2,7	2,9	2,8	121,9
São Cristóvão e Névis	2,7	2,7	2,8	3,0	3,2	3,1	3,4	3,2	3,2	3,1	3,1	14,9
Santa Lúcia	2,1	2,1	2,1	2,4	2,5	2,3	2,5	2,6	2,8	2,7	2,7	25,4
São Vicente e Granadina	4,4	3,8	3,8	4,0	3,8	3,8	3,8	3,9	3,7	3,8	4,1	-6,2
Suriname	3,5	3,2	2,5	nd	3,2	6,3	6,3	5,9	6,1	5,9	5,5	nd
Trinidad e Tobago	2,5	2,8	3,0	2,6	2,3	2,3	2,2	2,3	2,7	2,7	2,6	6,0
Estados Unidos	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6,0	6,0	5,9	5,7	5,8	5,8	22,3
Uruguai	2,0	2,1	2,2	2,4	3,1	4,6	4,5	4,6	4,7	5,3	5,1	160,0
Venezuela	2,5	2,5	3,0	2,7	2,4	2,4	2,0	2,4	2,6	2,4	2,7	10,2

Fonte: Banco Mundial

nd = não disponível

Tabela A.3 - Evolução dos gastos privados com saúde como percentual do PIB para os países americanos

Gasto privado % PIB	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Taxa (gpr)
Antígua e Barbados	1,7	1,9	2,2	2,1	1,6	2,1	2,2	2,1	2,0	2,1	2,2	30,0
Argentina	6,3	6,4	6,4	6,9	5,9	3,2	3,3	3,4	3,6	3,8	3,9	-38,6
Bahamas	2,2	2,2	1,6	1,5	1,6	2,5	2,7	3,0	3,1	3,4	3,6	61,8
Barbados	2,2	2,2	2,4	2,4	2,4	2,0	2,0	2,1	2,0	2,1	2,3	2,3
Belize	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	2,2	2,2	2,3	2,3	2,6	2,5	527,5
Bolívia	2,4	2,3	2,4	2,3	2,3	1,5	1,5	1,5	1,7	1,8	1,9	-22,9
Brasil	3,6	3,7	3,9	3,5	3,6	4,1	4,4	4,2	4,2	4,5	4,9	36,4
Canadá	2,3	2,5	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,6	10,9
Chile	2,6	2,5	2,9	3,0	3,0	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3	4,1	58,8
Colômbia	4,4	4,2	4,4	4,4	3,9	3,1	3,6	3,9	4,2	4,6	4,2	-3,6
Costa Rica	1,6	1,4	1,5	1,7	1,6	2,0	2,0	2,1	2,2	2,0	2,0	26,3
Cuba	1,7	1,7	1,4	1,2	0,9	0,6	0,6	0,8	0,8	0,8	0,7	-57,1
Dominica	2,2	2,1	2,1	2,2	2,1	2,0	2,0	1,8	1,8	1,9	1,8	-19,1
República Dominicana	2,9	2,9	2,9	3,2	3,2	3,6	3,7	4,5	4,7	4,4	4,5	56,6
Equador	2,8	2,9	3,1	2,9	2,6	2,1	1,9	1,8	1,9	2,0	1,2	-57,5
El Salvador	3,4	3,3	3,4	3,3	3,3	3,9	4,5	5,0	4,8	4,9	5,0	47,6
Granada	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	-42,4
Guatemala	1,7	1,3	1,2	1,1	1,0	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	44,1
Guiana	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	-2,2
Haiti	2,4	2,7	2,8	3,0	3,1	2,5	2,4	2,4	2,6	2,4	2,5	3,3
Honduras	4,8	4,9	4,8	4,7	4,5	3,2	3,1	2,6	2,3	2,4	2,5	-47,7
Jamaica	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	2,4	2,4	2,6	2,7	2,9	2,9	53,2
México	2,6	2,7	3,0	3,6	4,1	3,3	3,1	3,0	2,8	2,9	2,9	11,2
Nicarágua	2,6	3,0	3,7	3,9	3,9	1,4	1,5	2,4	1,9	2,2	2,1	-18,1
Panamá	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3	17,0
Paraguai	3,5	3,3	3,7	3,4	3,6	5,7	4,6	5,1	4,6	4,8	4,9	39,1
Peru	6,9	4,3	4,2	4,1	3,1	2,0	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	-71,6
São Cristóvão e Névis	2,2	2,1	2,2	2,1	2,1	1,6	1,7	1,5	1,5	1,8	2,1	-3,6
Santa Lúcia	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4	1,6	25,4
São Vicente e Granadina	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	2,0	1,9	2,2	2,2	2,4	2,2	14,7
Suriname	2,4	2,4	2,4	2,4	3,1	2,0	2,5	3,2	3,8	3,8	4,3	79,2
Trinidad e Tobago	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5	2,2	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	60,0
Estados Unidos	7,2	7,4	7,5	7,5	7,3	7,3	7,2	7,1	7,2	7,2	7,2	0,6
Uruguai	4,8	3,3	4,3	4,9	6,0	4,7	5,1	5,4	5,5	5,5	5,8	21,5
Venezuela	1,1	1,1	1,2	1,4	1,5	2,2	1,9	2,0	2,4	2,2	2,0	81,8

Fonte: Banco Mundial

nd = não disponível

Tabela A.4 - Países que reduziram gastos em saúde, mudança de padrão de financiamento

Evolução gasto público como % gasto total em saúde para os países que diminuíram gastos com saúde em relação ao PIB			
País	1990	2000	2000-1990
Argentina	40,2	55	14,8
Barbados	69,6	64,8	-4,7
Costa Rica	80,9	68,4	-12,5
Dominica	63,6	70,8	7,2
Equador	35,3	50,4	15,1
Granada	57,2	70	12,8
Honduras	40,3	63,1	22,8
Nicarágua	73,2	51,6	-21,6
Peru	15,6	59,2	43,6
Média	52,9	61,5	8,6

Tabela A.5 - Percentual de gastos privados com saúde financiados diretamente pelos consumidores

Gastos <i>out-of-pocket</i> % gastos privados em saúde						
País	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Antígua e Barbados	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Argentina	72,4	73,1	74,1	74,9	75,4	75,8
Bahamas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Barbados	75,7	75,9	75,8	76,5	76,9	77,0
Belize	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Bolívia	75,4	75,6	83,4	85,8	85,5	82,2
Brasil	68,1	68,6	66,9	67,0	67,0	65,0
Canadá	55,2	55,1	56,4	55,5	55,1	55,4
Chile	66,3	66,2	66,3	66,2	65,5	59,8
Colômbia	76,2	68,6	61,1	61,3	61,3	65,6
Costa Rica	84,2	84,1	85,5	86,3	85,6	87,0
Cuba	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dominica	83,3	83,4	82,3	83,1	83,9	83,8
República Dominicana	77,6	76,2	77,2	76,2	77,2	77,2
Equador	73,1	76,5	65,3	65,3	71,6	75,6
El Salvador	98,5	97,8	97,1	96,5	97,2	97,2
Granada	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Guatemala	92,3	92,4	92,4	92,1	85,7	86,0
Guiana	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Haiti	43,3	42,6	43,1	40,1	43,3	43,4
Honduras	99,8	100,0	100,0	99,7	100,0	99,7
Jamaica	66,0	67,2	67,6	67,3	68,9	69,1
México	94,4	94,3	93,8	92,1	92,6	92,4
Nicarágua	95,4	95,7	97,2	97,0	94,1	94,0
Panamá	81,5	81,7	82,9	82,2	82,1	81,2
Paraguai	76,0	70,2	68,3	76,4	72,8	72,6
Peru	78,5	76,0	75,8	75,7	76,2	75,7
São Cristóvão e Névis	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Santa Lúcia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
São Vicente e Granadina	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Suriname	26,5	26,6	38,7	38,5	34,4	33,9
Trinidad e Tobago	86,9	86,7	86,9	86,8	86,5	86,6
Estados Unidos	27,6	27,3	27,6	27,9	27,8	27,5
Uruguai	44,0	39,8	36,6	36,2	33,1	31,2
Venezuela	95,2	94,3	94,5	95,0	94,9	94,8

Fonte: Organização Mundial da Saúde

Tabela A.6 - Percentual de gastos privados com saúde financiados por planos pré-pagos

Planos pré-pagos % gastos privados em saúde						
País	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Antígua e Barbados	0	0	0	0	0	0
Argentina	27,8	27	26	25,1	24,6	24,2
Bahamas	0	0	0	0	0	0
Barbados	24,2	24,2	24,2	23,7	23	23
Belize	0	0	0	0	0	0
Bolívia	13,2	13,3	9,1	7,8	8,1	9,5
Brasil	32	31,4	33,1	33,1	32,9	35,1
Canadá	71,9	73,1	73,7	77,2	76,4	70,7
Chile	33,8	33,8	33,7	33,8	34,5	40,2
Colômbia	23,8	31,5	38,9	38,6	38,6	34,4
Costa Rica	8	7,7	6,9	6,4	6,9	6,3
Cuba	0	0	0	0	0	0
Dominica	16,7	16,7	17,6	16,7	16,1	16,1
República Dominicana	12,7	14,2	13,1	14,2	13	12,8
Equador	14,1	12,4	10,5	10,5	9,4	8,5
El Salvador	1,2	2	2,7	3,3	2,7	2,7
Granada	0	0	0	0	0	0
Guatemala	3,8	3,7	3,8	4,4	5,4	5,2
Guiana	0	0	0	0	0	0
Haiti	0	0	0	0	0	0
Honduras	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Jamaica	34	32,7	32,6	32,6	31	31
México	2,7	2,7	2,7	4	3,8	3,8
Nicarágua	2,5	2,3	1,5	1,7	4,8	4,8
Panamá	18,5	18,4	17,2	18	18,2	18,7
Paraguai	24	29,8	31,6	23,7	27,1	27,3
Peru	17,9	20,8	21,2	21,7	21	21,7
São Cristóvão e Névis	0	0	0	0	0	0
Santa Lúcia	0	0	0	0	0	0
São Vicente e Granadina	0	0	0	0	0	0
Suriname	2	2,6	1,7	1,4	0,6	0,2
Trinidad e Tobago	6,4	6,3	6,5	6,6	6,5	6,5
Estados Unidos	62	61,9	61,2	61,1	61,6	62,5
Uruguai	56,1	60,2	63,3	63,7	66,8	68,8
Venezuela	5	5,6	5,6	4,9	5,2	5,2

Fonte: Organização Mundial da Saúde

Tabela A.7 - Percentual de gastos públicos financiados pelo sistema de seguridade social

Gasto com saúde da seguridade social como % do gasto do governo com Saúde						
País	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Antígua e Barbados	0	0	0	0	0	0
Argentina	62	61,4	60,2	59,5	58,6	58,6
Bahamas	0	0	0	0	0	0
Barbados	0	0	0	0	0	0
Belize	0	0	0	0	0	0
Bolívia	57,5	64	65,3	64,8	62	48,3
Brasil	0	0	0	0	0	0
Canadá	1,4	1,4	1,6	1,7	1,8	1,9
Chile	89,2	89,1	83,6	75,7	77,3	71,8
Colômbia	39,8	40,7	40,3	38,4	37	36,5
Costa Rica	93,5	93,3	93,8	94,1	94	94,4
Cuba	17,7	13	20,9	19,4	11	10,6
Dominica	0	0	0	0	0	0
República Dominicana	28,4	24,7	26,8	21,4	19,1	19,1
Equador	38,1	30,8	32,8	30,6	30,4	28,8
El Salvador	44,4	42,9	43,3	41,7	41	41,4
Granada	0	0	0	0	0	0
Guatemala	58,6	55,6	57,7	55,3	54,8	56,7
Guiana	0	0	0	0	0	0
Haiti	0	0	0	0	0	0
Honduras	9,7	9,6	9,7	8,9	9,8	10,2
Jamaica	0	0	0	0	0	0
México	77,9	73	73,6	70,4	72,4	71,1
Nicarágua	14,4	15,4	24,3	23	27,9	29,7
Panamá	70,1	69,5	60,6	66,2	58,9	66,4
Paraguai	42,1	39	47,8	44,9	46,7	48,3
Peru	42,6	45,4	44	43,5	43,9	44
São Cristóvão e Névis	0	0	0	0	0	0
Santa Lúcia	0	0	0	0	0	0
São Vicente e Granadina	0	0	0	0	0	0
Suriname	24	28,9	25,8	25	24,4	22,7
Trinidad e Tobago	16,7	16,9	16,8	16,6	16,6	16,7
Estados Unidos	32,1	32,8	32,2	33,4	33,3	33,7
Uruguai	70,1	63,6	51,7	53	36,9	34,8
Venezuela	18,6	33,1	27,7	28,6	31,4	31,3

Fonte: Organização Mundial da Saúde

Tabela A.8 - Percentual de gastos públicos financiados por recursos externos

Gasto externo com saúde como % do gasto do governo com saúde						
País	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Antígua e Barbados	4,2	3,9	3,8	5,5	5,3	5,3
Argentina	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6
Bahamas	0	0	0	0	0	0
Barbados	8,1	7,7	7,6	7,5	6,9	6,1
Belize	16,8	17,4	15	8,7	7,5	6,8
Bolívia	10,8	7,7	9,4	7,9	14,5	13,1
Brasil	0,4	0,4	0,8	1,2	1,2	1
Canadá	0	0	0	0	0	0
Chile	1,7	1,5	1,3	1,2	1,3	1,2
Colômbia	0,2	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4
Costa Rica	1,7	1,6	2,8	2,6	2,4	1,8
Cuba	0,1	0	0,2	0,1	0,3	0,2
Dominica	2,3	2,1	4,2	3,1	2,8	1,6
República Dominicana	4	4,9	4,6	10,3	9,2	8,4
Equador	1,4	1	1,9	2,3	6,3	9,9
El Salvador	7,7	8,4	5	4,4	5,9	5,4
Granada	5,6	4,8	1,5	1,3	0	0
Guatemala	6,5	6,4	6,4	11,4	10,9	9,5
Guiana	4,8	4,3	5,6	4,4	4,8	3,8
Haiti	40,4	45,7	29,3	41,3	46,1	67
Honduras	11,9	20,3	18,5	13,5	14,7	12,1
Jamaica	7,9	5,5	6,1	5,8	5	4,4
México	0,8	0,8	0,6	1,8	1,6	1,4
Nicarágua	11,9	21,1	19,6	26,5	30,3	30,5
Panamá	2,1	2	2,1	1,9	1,8	1,7
Paraguai	0,3	4,8	5	5,1	4,9	5,1
Peru	3,5	3,2	3,1	3,1	3,7	3,7
São Cristóvão e Névis	13,1	11,4	10,8	10,3	10,1	9,3
Santa Lúcia	1,2	1	1	0,8	0,8	0,8
São Vicente e Granadina	3,1	3	2,8	2,7	2,5	2,2
Suriname	20,6	14,4	11,4	18,6	42,7	25,2
Trinidad e Tobago	0,1	0,1	10,1	8,2	7,9	7,6
Estados Unidos	0	0	0	0	0	0
Uruguai	1,9	1,5	1,3	1,3	1,3	1
Venezuela	4,3	4,1	3	2,4	2,4	0,9

Fonte: Organização Mundial da Saúde

seção 2

Sistemas de Saúde do Continente Americano

CAPÍTULO 4

O SISTEMA DE SAÚDE CANADENSE E AS REFORMAS EM CURSO

Rita Elisabeth da Rocha Sório
Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz.

■ 1. Introdução

O sistema de saúde canadense caracteriza-se pela elevadíssima presença do Estado e por sua gratuidade. Ao longo das últimas quatro décadas, o sistema foi desenvolvido com base em fontes fiscais de financiamento, por meio de impostos diretos e indiretos e de estabelecimento de taxas. As crises e as dificuldades experimentadas ao longo do século XX motivaram modificações e inovações introduzidas na forma de ofertar serviços de saúde à população. No entanto, um fator particular daquela sociedade parece ter contribuído demasiadamente para o sucesso alcançado até aqui - a grande confiança e o orgulho do contrato social em serviços de saúde firmado no pós-guerra e aperfeiçoado ao longo das décadas.

Os serviços de saúde, embora sejam oferecidos por um conjunto de entidades, em sua maioria privadas e filantrópicas, mantêm forte conotação pública, a partir do crescente papel regulador do Estado. Mais que isso: a firmeza de propósitos em torno dos princípios de solidariedade, justiça e equidade renovam-se periodicamente, mesmo no contexto de retração econômica, e tem representado um ponto favorável à manutenção dos direitos historicamente estabelecidos.

A amplitude da ação estatal na oferta de serviços de saúde leva o caso canadense a ser, efetivamente, o único em que a palavra suplementar é realmente aplicável para a participação privada no conjunto da assistência à saúde da população. De fato, o segmento privado é relevante apenas em ações que não são consideradas de grande importância para as autoridades sanitárias, no âmbito do contrato social firmado em torno da garantia pública de acesso à saúde.

■ 2. Sistema de saúde do Canadá

2.1 Formação e evolução do sistema de seguro universal da saúde

O sistema de saúde do Canadá tem uma história de desenvolvimento recente, se comparado a outros países europeus ou mesmo aos EUA. Ainda que a província de Saskatchewan, em 1947, tenha sido a primeira a estabelecer um seguro público e universal para a assistência hospitalar, a extensão e a ampliação do sistema em sua perspectiva nacional aconteceram nas últimas quatro décadas, a partir de 1962, quando todas as dez províncias canadenses passaram a dispor de planos públicos de seguro de saúde com cobertura universal para a assistência hospitalar.

A implantação do sistema de saúde ocorreu de forma incremental, tanto no que diz respeito à extensão territorial e populacional do país quanto no que se refere à modalidade de serviços cobertos. É importante sinalizar que o sistema nasceu inicialmente, em todas as províncias, voltado para cobrir apenas assistência hospitalar e serviços médicos. Isso tem origem na forte tradição da corporação médica no Canadá, de cunho marcadamente liberal.

A instituição e a configuração do sistema de saúde vêm sendo impulsionadas por um conjunto de leis e atos legislativos iniciados em 1956, quando o governo federal aprovou legislação na qual passou a compartilhar em 50% os gastos hospitalares e de apoio diagnóstico com as províncias. Em 1968, foi promulgada a lei que instituiu o *Medicare*, sistema de saúde canadense financiado pelo setor público com prestação e serviços privados, facilitando para todas as províncias e territórios o desenvolvimento de planos de saúde extensivos, incluindo outros serviços não hospitalares. As províncias buscaram desenvolver rapidamente seus sistemas ampliados de proteção à saúde, e em 1972 todos os planos provinciais tinham sido expandidos com o intuito de atender às características locais e regionais.

Os benefícios do sistema na década de 1970 foram ampliados em todas as províncias. Um dos fatores que mais contribuiu para isso foi a mudança na forma de financiamento do sistema. Os recursos do governo federal, antes compartilhados, passaram a ocorrer em base *per capita*, o chamado financiamento em bloco. A única condição para o recebimento de recursos federais passou a ser o cumprimento dos critérios sobre a assistência médica. Tal flexibilidade favoreceu e estimulou a ampliação dos benefícios.

Em 1979, foi realizada uma pesquisa nacional para avaliação do sistema de saúde, que apontou para o bom desempenho do sistema, mas advertiu as autoridades para o risco da

existência de co-pagamentos em algumas províncias. A resposta do governo federal a tal questão foi a promulgação do *Canada Health Act* (CHA), em 1984, no qual, dentre outras questões, se desencorajava a cobrança de taxas e de faturamento complementar aos usuários do sistema, estabelecendo como penalidades deduções das transferências federais.

Em 1984, com a aprovação pelo Parlamento do *Canada Health Act*, a sociedade canadense demarcou os princípios que unificaram os planos de saúde das províncias e dos territórios, configurando-se definitivamente o *Medicare* como um sistema nacional de assistência médica e de saúde do Canadá. Os cinco princípios firmados pelo Ato formaram a base do sistema de saúde e refletiram os valores que inspiraram a construção do sistema de cuidados à saúde nos últimos quarenta anos. Essa legislação firmou o compromisso do governo federal para a manutenção de um sistema de saúde universal e definiu os critérios e as condições que as províncias deveriam satisfazer (em termos administrativos, de cobertura e de organização) para se qualificarem a receber as transferências federais completas sobre saúde pertinentes ao *Canada Health Social Transfer* (CHST).

2.2 Princípios legais que sustentam o sistema público de saúde

O objetivo da política de atenção à saúde canadense firmada em 1984 e vigente até hoje é “proteger, promover e restabelecer o bem-estar físico e mental dos residentes do Canadá e facilitar acesso razoável aos serviços de saúde sem barreiras financeiras ou de outra natureza” (CANADA HEALTH, 2003). Esse objetivo expressa-se em cinco critérios, a saber:

- (1) administração pública (*public administration*) - a administração dos planos de seguro de saúde das províncias e dos territórios deve ser realizada em base não lucrativa por uma autoridade pública, identificada pelo governo provincial ou territorial, cujas contas e registros sobre os serviços prestados são examinadas por auditores e publicadas a cada ano;
- (2) abrangência (*comprehensiveness*) - todos os serviços de saúde fornecidos por hospitais ou médicos devem estar assegurados previamente para que as transferências sejam feitas e as contas aceitas pelo governo federal;
- (3) universalidade (*universality*) - todos os residentes intitulados em uma província ou território são cobertos pelo seguro saúde em condições uniformes. Para isso, as províncias ou os territórios requerem que os residentes se registrem no sistema de saúde para se habilitar ao plano. Novos moradores ou imigrantes oriundos de outros países têm direito ao plano, mas estão sujeitos a uma carência não superior a três meses;

- (4) portabilidade (*portability*) - residentes que se transferem de uma província a outra ou mesmo para fora do país, sob determinado período e por razões previamente acordadas e estabelecidas, têm cobertura garantida de serviços segurados e mesmo de alguns serviços não assegurados, a depender da província de origem. O período para fazer parte de um plano em uma outra província para aqueles que se mudam de endereço não deve exceder a três meses; e
- (5) acessibilidade (*accessibility*) - todos os residentes de uma província ou território devem obter acesso razoável¹ aos serviços hospitalares, médicos e cirúrgico-dentários e não podem ter seu atendimento impedido por nenhum tipo de barreira como pagamento de taxas, discriminação de raça, idade, sexo, estado de saúde, ou qualquer outra circunstância.

Os cinco princípios referendados no Ato têm sido longamente debatidos no decorrer dos anos, desde sua promulgação em 1984. A forma de implementação também vem sendo aperfeiçoada por inúmeras regulamentações federais, provinciais e territoriais. Embora tais princípios se tenham constituído para muitos como simples condições para que as províncias viessem a receber repasses de recursos do nível federal, hoje se tornaram muito mais que isso. Os princípios representam os valores nacionais sobre o sistema de saúde e as condições sob as quais cada província ou território deve estabelecer seu sistema de saúde (ROMANOW, 2002).

No Ato foi definido o que é coberto pelo seguro nacional de saúde e as formas de reembolso para cobertura dos serviços de saúde, inclusive os extensivos garantidos pelas províncias. A avaliação está centrada no cumprimento dos princípios. A despeito das dificuldades igualmente vivenciadas por outros países industrializados a respeito de seus sistemas de saúde, principalmente relacionados à alta do custo da assistência médica e ao envelhecimento da população, o Canadá permanece reafirmando seus princípios éticos particulares e seu orgulho tradicional com relação ao contrato social estabelecido sobre os serviços de saúde.

2.3 O formato institucional do sistema de saúde

O *Medicare* canadense pode ser descrito como um conjunto entrelaçado de dez planos de seguro de saúde provinciais e três territoriais. Em comparação a outros países da

¹ A interpretação do Ato sobre o termo “acesso razoável” diz respeito à disponibilidade física de serviços clinicamente necessários “onde e quando disponível”. Ou seja, residentes intitulados de uma província mediante determinada necessidade devem ser atendidos em condições uniformes, independentemente da fronteira espacial ou territorial.

OCDE, é considerado um dos mais descentralizados, onde as províncias gozam de grande autonomia para desenvolver seus sistemas locais. O sistema tem caráter universal para toda a população, e a cobertura de serviços abrange um conjunto grande de procedimentos clinicamente necessários (Anexo 1).

Ao governo federal cabe o papel de fixar e administrar os princípios e as normas nacionais do sistema, o financiamento da assistência provincial por meio de transferências fiscais e a prestação direta de serviços de saúde a grupos específicos (veteranos de guerra, militares, população indígena residente em reservas, presidiários de penitenciárias federais e pessoal da Real Polícia Montada do Canadá).

A gestão e a prestação de serviços de saúde cabem, individualmente, a cada província ou território. As províncias e os territórios planejam os investimentos e as prioridades para os serviços de saúde, financiam e alocam os recursos entre as regiões provinciais, concedem licenças, cadastram os profissionais e pagam os médicos, destinam recursos orçamentários globais para os hospitais, controlam os custos e avaliam a prestação da assistência médica, de outros serviços correlatos e certos aspectos do fornecimento de medicamentos e da saúde pública. Todos os cidadãos pertencentes a uma província ou território possuem um cartão de saúde provincial.

Todo o sistema é acompanhado por auditorias internas e externas, responsáveis por averiguar as contas e verificar o uso dos recursos estabelecidos para a saúde. A Auditoria Geral (Federal) está voltada para verificar o grau de cumprimento e aceitação pelas províncias e pelos territórios dos princípios relacionados no *Canada Health Act*. Uma crítica realizada em 1999 pelo auditor federal sobre a falta de informações para avaliar e monitorar o sistema foi considerada de extrema importância para os canadenses, resultando imediatamente na criação da obrigatoriedade, por meio de emenda legislativa, do Relatório Anual Ampliado - *Canada Health Act Annual Report*,² com informações fornecidas por cada província, em formato uniforme, compiladas pelo Ministério da Saúde Federal e submetidas ao Parlamento.

A implementação do sistema em cada província exigiu a formação de um aparato institucional próprio. Cada província possui seu Ministério da Saúde, com departamentos diversos responsáveis pela gestão do sistema. As autoridades regionais e municipais

² As informações apresentadas por cada província e território são todas as referentes ao atendimento dos critérios estabelecidos pelo *Canada Health Act*, a saber: administração pública, abrangência do sistema, universalidade, portabilidade, acessibilidade, serviços de saúde por tipo, reconhecimento dos recursos transferidos do nível federal, extrafaturamento e despesas dos usuários, cobranças aos usuários, inclusões ou exclusões dos serviços oferecidos, violação de critérios do Ato por parte de algum serviço, serviços oferecidos pela província ou pelo território, serviços segurados e não segurados, pessoas não seguradas, pendências judiciárias.

de cada sistema são responsáveis pela alocação dos recursos entre os prestadores e a programação de serviços e programas, por meio de planejamento local, a partir de necessidades identificadas. Os governos municipais possuem um papel mais limitado, exercendo funções de vigilância de estabelecimentos de alimentação, imunizações e serviços de ambulância.

As decisões sobre o sistema de saúde são tomadas em instâncias de pactuação entre os entes governamentais - conferências de ministros (âmbito político e técnico de abrangência nacional) e comitês específicos (por temas, como: serviços de saúde; saúde da população aborígine; infra-estrutura; planejamento de recursos humanos em saúde).

2.4 O acesso e a oferta de serviços de saúde

Os médicos generalistas, que representam cerca de 51% de todos os médicos ativos no país, são a porta de entrada do sistema (primeiro contato dos pacientes com o sistema de assistência médica convencional) e controlam o acesso à maioria dos especialistas, das admissões hospitalares, dos exames diagnósticos e da administração de medicamentos.

Os médicos generalistas, em geral, são profissionais liberais que trabalham em consultórios, independentemente ou em grupos, e desfrutam de elevada autonomia. Poucos trabalham em centros de saúde, clínicas hospitalares ou serviços ambulatoriais em hospitais. Estes são geralmente remunerados numa base de pagamento por serviços prestados, após apresentação de suas notas de honorários diretamente ao plano de seguro provincial para pagamento.

Para serem atendidos, os cidadãos canadenses podem se dirigir ao médico ou à clínica de sua preferência, onde apresentam o cartão de saúde emitido por sua província. Não é exigido o preenchimento de formulários específicos, não há pagamento direto pelos serviços oferecidos pelo plano nem limites monetários na cobertura de serviços. Os dentistas trabalham independentemente do sistema de assistência médica, exceto quando há necessidade de cirurgia dental hospitalar.

Mais de 95% dos hospitais canadenses são entidades privadas sem fins lucrativos, dirigidos por conselhos de dirigentes comunitários, organizações sociais ou autarquias municipais.

Além dos serviços médico-hospitalares segurados, as províncias e os territórios também prestam cobertura pública a certos grupos da população (ex.: idosos, crianças e beneficiários da previdência social) em relação a serviços de saúde não abrangidos pelo

seguro nacional (serviços que compõem o segmento misto). Essa prestação de serviços geralmente inclui medicamentos, assistência dentária, oftalmologia, reabilitação e cuidados domiciliares.

Embora as províncias e os territórios prestem vários benefícios adicionais, os serviços de saúde suplementares são fornecidos, principalmente, pelo setor privado, por meio de planos de seguro privados. Pela legislação da maioria das províncias, as seguradoras privadas não podem oferecer cobertura que duplique a dos programas do governo, embora possam competir no mercado dos benefícios suplementares. Essa composição é variável, segundo a capacidade de gasto de cada província e de sua orientação política.

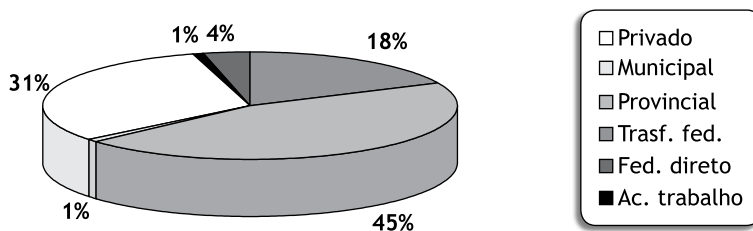
2.5 Financiamento e gastos com saúde

O sistema é financiado essencialmente por recursos tributários, basicamente os impostos de renda individual e de empresas. Algumas províncias estabelecem uma vinculação de certos impostos para a saúde, tais como impostos sobre vendas, receitas de loterias e deduções de férias. Há duas províncias - Alberta e Colômbia Britânica - que utilizam contribuições específicas para a saúde. Em ambas o pré-pagamento das contribuições não é uma condição prévia para o atendimento.

Entre 1977 e 1996, a transferência *per capita* para a saúde incluiu os recursos para o ensino pós-secundário e foi ajustada anualmente de acordo com a variação do PIB, independentemente dos custos provinciais. A partir de 1996, foi consolidado um sistema de transferência em bloco, o *Canada Health and Social Transfer*, que é um repasse para as províncias em forma de tributos e pontos fiscais.

As transferências federais em bloco para as províncias não se constituem em fundos específicos. São acrescidas às receitas orçamentárias das províncias e desempenham um papel secundário no financiamento da saúde - cerca de 18% do gasto total (ver Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos gastos em saúde por origem, 1998



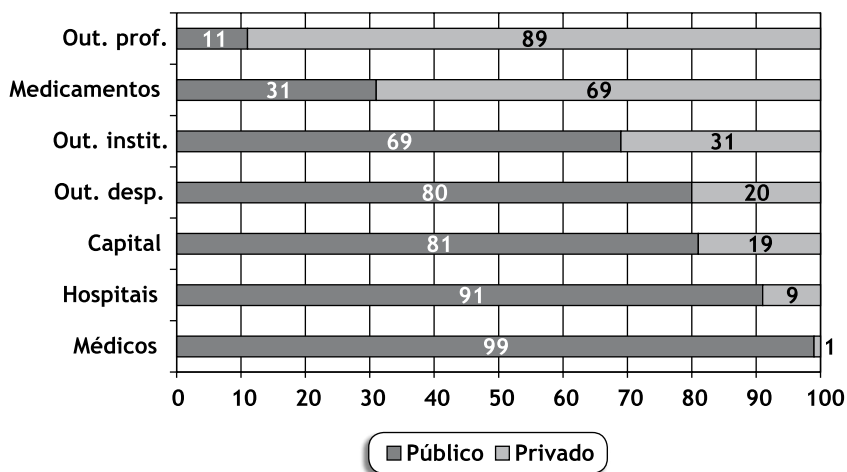
Fonte: Health Canada

Ressalta-se que, em 1998, o total das despesas com a saúde foi 82,5 milhões de dólares canadenses ou 2.694 dólares canadenses *per capita* (3^a da OCDE), o que representou 9,3% do PIB (4^o da OCDE).

Neste ano, o financiamento do setor público representou cerca de 69% dos gastos totais, os restantes (cerca de 31%) são financiados privadamente. Se comparados com os gastos nos anos de 1990, os gastos públicos sofreram uma redução no período (em 1990 representavam cerca de 74% do total).

As províncias e os territórios possuem considerável poder de barganha na gestão dos gastos públicos. A posição monopsonica, derivada do atributo de um único pagador, do seguro público permitiu a contenção dos gastos neste segmento. Em 1997, cerca de 89% dos gastos com outros profissionais de saúde (tais como fisioterapeutas, homeopatas, etc) e 69% dos gastos com medicamentos foram de origem privada (ver Gráfico 2).

Gráfico 2 - Gastos em saúde por origem e categoria, 1997



Fonte: Health Canada

Há um amplo processo de negociação para a definição dos orçamentos hospitalares que envolve as autoridades provinciais, regionais e comunitárias. As remunerações médicas são negociadas entre as províncias e as associações médicas e sindicais.

1.3.1 A nova composição do orçamento para a saúde – 2003-2007

A reunião de Ministros da Saúde das Províncias, de fevereiro de 2003, significou um novo acordo em torno do orçamento público de saúde. Em processo amplamente debatido, com apoio e observação do Poder Legislativo, notadamente do Senado, foi aprovado um Plano de Investimentos com foco na expansão do acesso à saúde. As linhas de ação do Plano buscaram responder às recomendações feitas pela Comissão Romanow sobre a sustentabilidade do sistema de saúde canadense, reafirmando os compromissos com a qualidade e a acessibilidade do sistema, sob a égide do Estado de Bem-Estar Social.

A nova proposta prevê aumento de recursos públicos federais para os próximos cinco anos da ordem de 76,8 bilhões de dólares canadenses, a serem transferidos para as províncias e os territórios por meio do *Canada Health and Social Transfer* (CHST) e das Transferências de Equalização (com nova base de cálculo).

O aporte de recursos visa a aprofundar o processo de reforma, ampliando os recursos do Fundo da Reforma para atender especialmente aos seguintes pontos: ampliação do acesso aos meios diagnósticos; ampliação da cobertura assistencial para as populações aborígenes; aceleração do processo de informatização eletrônica dos serviços de saúde e dos ministérios provinciais; extensão da atenção primária, de *Home Care* e de cobertura de medicamentos. Ao lado disso, também ficam garantidos benefícios de suporte para as famílias que estejam recebendo seguro social ou seguro desemprego ou enfrentando situações de doença ou morte. Essas medidas respondem, em parte, aos problemas levantado por meio do inquérito realizado pela Comissão de Saúde do Futuro, coordenado pelo senador Romanow, entre 2001 e 2002.

■ 3. Debate atual: problemas e tendências

Parece não haver dúvidas para os canadenses sobre a importância do *Medicare* e o valor que é atribuído à saúde como um bem público. A saúde é um valor que se confirma ao longo da própria formação do país como uma das políticas governamentais que devem ser mantidas.³ Os princípios centrais de equidade, justiça e solidariedade devem ser fortalecidos e foram considerados pontos-chave do sistema e a base sobre a qual qualquer mudança introduzida deve ser realizada.

³ Em 1979, o Canadá fez a primeira pesquisa nacional de satisfação do usuário, repetida de tempos em tempos, a partir dos anos 1990. Em 1997, o sistema de saúde do Canadá era visto como um dos símbolos fortes de representação e orgulho da população, só perdendo em popularidade para a *folha de maple*, símbolo oficial da nacionalidade canadense.

A satisfação dos usuários do sistema de saúde tem-se mantido, com pequenas variações ao longo dos anos. As disparidades no que se refere à qualidade dos serviços, embora mais difíceis de serem medidas, vêm sendo objeto de estudo dos especialistas. Por exemplo, discute-se o número de intervenções realizadas em hospitais que poderiam ser realizadas em outros serviços do sistema, tornando a abordagem mais adequada e o uso dos recursos mais racional. Com isso se pretende dar maior ênfase aos procedimentos ambulatoriais e à atenção primária de saúde. Estudos desenvolvidos por Brown et al. (2001) e por Billings et al. (1996), voltados para medir internações desnecessárias, mostraram, paradoxalmente, que as províncias mais pobres tinham piores serviços de prevenção e de atenção primária do que as mais ricas, a despeito dos bons resultados que a estratégia da atenção primária em saúde (APS) poderia proporcionar diante dos problemas apresentados por aquela população.

Desde 1974, o governo canadense discutia a importância de identificar os determinantes das condições de saúde da população como forma de agregar maior valor e qualidade aos anos de vida ganhos com o crescimento e os avanços da industrialização e da ciência. O ministro da Saúde Lalond tornou-se porta-voz mundial dos benefícios advindos da prevenção de determinadas patologias e da ênfase na promoção da saúde. Para isso, propunha a articulação mais forte entre saúde e meio ambiente, saúde e educação, promoção de estilos de vida saudáveis, no intuito de reduzir a pobreza, melhorar o meio ambiente e elevar os patamares de saúde da população.

As condições para promover a melhoria do sistema implicam decisivamente investir na governança do setor público, com as escolhas e as decisões se fazendo em bases mais claras e com suporte de conhecimentos e informações. Esta era uma falha apontada tanto por especialistas como pela população atendida. A base das decisões seria ainda frágil no setor público, favorecendo a erros nas condições e nas propostas de investimentos realizados (ROMANOW, 2001).

Alguns indicadores do país expressam as condições de vida e saúde da população e colocam o Canadá entre os países de melhor *performance* de saúde do mundo, mostrando, assim, a fase em que se encontra a discussão acerca do sistema. A expectativa de vida ao nascer traduz as melhorias nos padrões de vida da população, bem como a qualidade do sistema de saúde. Desde os anos 1930, a expectativa de vida dos canadenses aumentou em 17,7 anos, chegando a 75,4 anos para os homens e 81,2 para as mulheres. Com a implementação do *Medicare*, a expectativa de vida cresceu um ano a cada cinco anos calendário. Em 1999, o Canadá era o quinto país da OCDE com expectativa de vida mais elevada.

Ao mesmo tempo, o potencial de anos de vida perdidos, por mortes preveníveis, que ocorrem em pessoas de 70 anos ou mais também expressa os avanços do país. Em 1960, a taxa era de 9,395 anos perdidos por 100 mil habitantes, e em 1997 esse indicador caiu a 3,803 anos de vida perdidos. Não há dúvida de que a acessibilidade aos serviços de saúde foi o fator crucial para esse desempenho.

Desde o ano 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado os países a medir o número de anos de vida incapacitados, buscando não só medir os anos ganhos, mas a qualidade da vida proporcionada, ou seja, o crescimento do número de anos vividos pelas pessoas sem problemas ou impedimentos. Neste caso, o Canadá é o 9º entre os trinta países da OCDE, portanto sua condição é boa, mas poderia ser melhor. Este indicador reflete exatamente a efetividade dos programas no que se relaciona à prevenção e ao diagnóstico precoce das doenças (MATHERS et al., 2000).

Por isso, a preocupação central do governo recai exatamente sobre o envelhecimento da população. A oferta de serviços de saúde e sociais mais adequados às necessidades dos idosos representa um investimento importante e exige mudanças profundas nas políticas. O Canadá tem bons indicadores sobre a qualidade de vida de pessoas que tiveram algum tipo de câncer ou que têm doenças cardíacas precocemente. A preocupação é que, se os indicadores estiverem corretos, em 2030 o percentual da população idosa (entre 65 e 81 anos) irá mais que duplicar, implicando grande impacto sobre os custos em saúde.

Uma área na qual o Canadá tem feito progressos é na redução da mortalidade infantil, com uma queda na taxa de 27,3 mortes por mil nascidos vivos em 1960 para 5,3 mortes por mil nascidos vivos em 2000. Apesar do progresso, ele é também considerado fruto do desenvolvimento social do país. O Canadá é reconhecido como o 17º país, dentre todos da OCDE, com uma taxa que é consideravelmente alta, acima do Japão e dos países europeus ocidentais.

Contribuem para essa medida a mortalidade perinatal, que reflete as condições de saúde e de vida da mãe, e a qualidade do atendimento pré-natal recebido. Ou seja, se a mãe foi monitorada de forma competente por profissionais de saúde, se recebeu educação condizente, se os hábitos saudáveis foram seguidos, se a prevenção de doenças por imunização foi feita, se o bebê nasceu a termo e foi avaliado corretamente ou se houve complicações na gravidez e no parto, ou mesmo durante as primeiras semanas de vida.

Embora o *Medicare* seja reconhecido pela maioria dos canadenses como um sistema de qualidade, acessível, e esteja entre os melhores do mundo, especialistas, governos e cidadãos reconhecem alguns problemas a serem enfrentados. Vários desses problemas

fizeram parte da Agenda Nacional de Saúde, discutida pelo governo federal e pelas províncias em fevereiro de 2003. Dentre aqueles de caráter estrutural devem ser destacados:

- a escalada dos custos da assistência e o declínio da qualidade dos serviços;
- o corte e o declínio da transferência dos recursos federais a partir dos anos 1990;
- as desigualdades regionais de cobertura do sistema, não atendendo às especificidades populacionais, como, por exemplo, a população aborígene;
- o sistema está centrado em um conceito de saúde antigo e insuficiente (medicalizante e hospitalocêntrico);
- os planos das províncias têm problemas de integração e formas diferentes de acesso, de cobertura e de compensação/reconhecimento de gastos efetivados pela população;
- constantes listas de espera para acesso a diagnósticos e tratamentos que utilizam tecnologias de ponta, elevando o percentual dos pagamentos diretos (*out-of-pocket*);
- a assistência a determinadas necessidades relacionadas ao perfil demográfico e epidemiológico da população ainda não foi garantida para todos, por exemplo, atenção aos idosos e aos portadores de deficiências mentais;
- serviços desintegrados e sem apoio de sistemas de informações reduzem a qualidade da atenção ao cidadão; e
- falta de transparência nas decisões sobre a aplicação dos recursos públicos e sobre as prioridades terapêuticas e de investimentos realizados no sistema de saúde.

3.1 A escalada dos custos da atenção à saúde

Nos mesmos moldes de outros países industrializados, o Canadá enfrenta a questão da elevação dos custos da assistência médica e da saúde, o que não significa necessariamente manutenção da qualidade. Parece não haver dúvidas, para os canadenses, sobre a importância do *Medicare*, mas há reconhecimento da necessidade de introduzir mudanças gerenciais e técnicas na oferta dos serviços. A abordagem da mudança, significando o aprofundamento da reforma, busca estabelecer uma relação mais favorável entre serviços ofertados, necessidades atendidas e recursos empregados.

Desse modo, a escolha de oferecer serviços mais efetivos e com resultados conhecidos ganha prioridade. Do mesmo modo, a dimensão mais qualitativa do acesso deve ocorrer de forma mais equânime, reconhecendo-se as desigualdades existentes e, mais que

isso, as especificidades oriundas de grupos diversos, como idosos, pacientes crônicos, crianças, tabagistas, indígenas, homens e mulheres trabalhadoras, sem perder de vista a diversidade cultural e de raças sobre a qual o Canadá se constituiu como país.

A discussão dos recursos está sendo ampliada, indo muito além dos recursos financeiros existentes. O centro do debate, centrado na sustentabilidade do sistema de seguros de saúde proporcionada pelo *Medicare*, está se defrontando com as dificuldades com os recursos humanos formados, o mercado de trabalho, a carência de vários profissionais de saúde em determinadas regiões, a inadequação dos conhecimentos educacionais disponíveis na área e as lacunas tecnológicas presentes.

As mudanças no sistema, com relação ao modo de ofertar os serviços, estão se processando desde a instalação do *Medicare*, e, com mais força, a partir de 1984, com a aprovação do *Canada Health Act* (CHA) pelo governo federal. No entanto, é notório o corte das transferências federais ao longo do tempo. De fato, a maior parcela dos recursos tem sido aportada pelas províncias. A discussão em torno de novas taxas e impostos para garantir recursos para o setor saúde tem variado principalmente em função das mudanças de governos. Com a ascensão do partido liberal, na década de 1990, os recursos federais diminuíram e houve maior utilização do uso de pagamentos privados ou co-pagamentos realizados diretamente pelos usuários.

A escalada dos custos, portanto, tem sua origem em fatores como o envelhecimento da população, a utilização de tecnologias e drogas de última geração, a falta de mecanismos de avaliação da qualidade e dos resultados alcançados. A tendência é introduzir mecanismos de auditoria e controle nos serviços e junto aos profissionais que trabalham nos planos e nos sistemas de seguro, fortalecer a estratégia de atenção primária à saúde, introduzir incentivos para a fixação profissional em regiões menos desenvolvidas, inclusive com suporte à educação continuada, estender a cobertura de serviços voltados aos idosos nas comunidades, dando condições de assistência aos que têm maior dependência e desenvolvendo linhas de apoio e autonomia para os que desfrutaram de boas condições físicas e mentais.

Os desafios postos para a sustentabilidade do sistema apontam para a restauração de relações cooperadas entre os governos federal, provincial e dos territórios. As prioridades precisam ser pactuadas, mas os gastos devem contar com um fundo estável, independente das taxas e dos impostos recolhidos. A ênfase nos recursos estáveis é para expansão dos seguros e cobertura ampliada nas áreas de atenção primária, *Home Care* e assistência farmacêutica. Essas são as linhas de expansão do sistema em termos de prioridades nacionais.

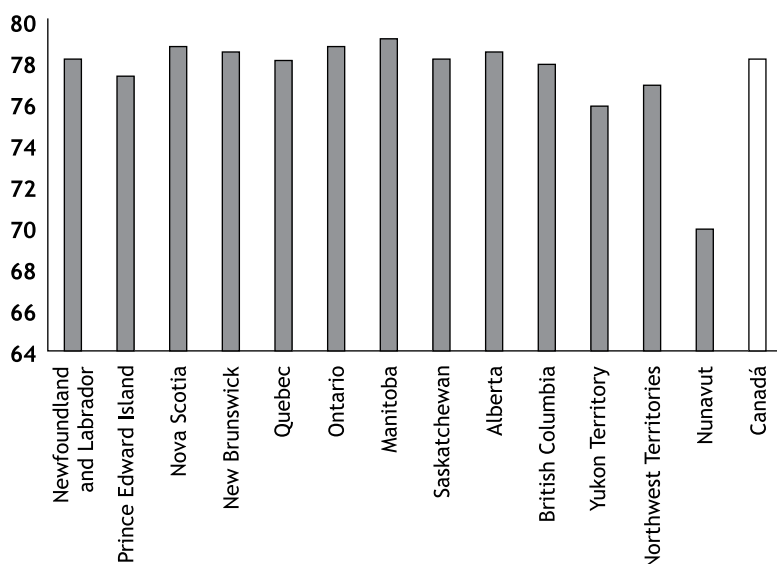
3.2 Disparidades internas ao Canadá

A despeito do sistema de saúde do Canadá situar-se entre os melhores dos países industrializados, existe uma série de disparidades que determinam resultados diferentes na saúde dentro do país. A depender do lugar onde as pessoas vivem, as iniquidades são reais, ante o acesso aos serviços de saúde previstos no plano de seguros públicos.

Essas disparidades refletem o grau de desenvolvimento socioeconômico das regiões: as diferenças demográficas e culturais, a pobreza, o grau de urbanização, a densidade populacional e a composição étnica. Também parecem refletir o grau de coesão interna de determinadas comunidades e o nível de tolerância pública com determinados hábitos que acarretam riscos à saúde, tais como álcool, fumo, além da abrangência das políticas de saúde estabelecidas localmente.

Desse modo, é forçoso reconhecer as diferenças nas condições de saúde entre as pessoas que residem na parte norte do Canadá e as que residem no sul e na costa atlântica. Em recente estudo (CIHI, 2002), observou-se, no extremo, que os habitantes de Nunavut vivem menos 15,8 anos do que os que vivem em Richmond, na Columbia Britânica. Nunavut tem um déficit de 79 anos de história e desenvolvimento. Enquanto isso, entre Vancouver e Richmond, onde o desenvolvimento chegou com uma diferença de 13 anos, a expectativa de vida difere em apenas três anos. O Gráfico 3 compara as expectativas de vida entre as províncias e os territórios.

Gráfico 3 - Expectativa de vida para diferentes unidades federadas do Canadá



Fonte: Canada Informations Health Inquerities (CIHI) 2002

A disponibilidade de serviços também é variável, com menor acesso sendo registrado no norte do país. A região é menos povoada, com amplas extensões de terra inabitadas, praticamente obrigando a busca por oferta de serviços ao sul. A cobertura dos serviços é baixa, o número de profissionais motivados a trabalhar naquelas regiões é pequeno diante das necessidades. Os serviços de saúde e os profissionais estão concentrados nas cidades de maior densidade populacional e com maiores recursos.

Para contornar essas dificuldades, os canadenses entendem ser importante a manutenção e o fortalecimento do *Medicare*. Mesmo entre as províncias desenvolvidas há diferenças na oferta e no acesso a determinados procedimentos, principalmente cirúrgicos e hospitalares, muitas vezes em desacordo com o perfil demográfico e epidemiológico da população residente.

3.2.1 Ampliação do acesso e garantia da qualidade

Como previsto na legislação, e aceito por todos, o acesso é o ponto-chave do sistema e deve ser irrestrito. Acesso para a população significa atendimento “onde e quando precisam”.⁴ A qualidade vem em segundo lugar porque entendem que o padrão de qualidade só pode ser medido se primeiro for rompido qualquer impedimento ao acesso.

Em geral, as dificuldades de acesso referem-se à utilização de meios diagnósticos mais sofisticados e modernos, especialistas de algumas áreas, cirurgias críticas, como implantes ou transplantes. As barreiras ao acesso também são discutidas a partir das dificuldades relacionadas às minorias étnicas e aos francófonos.

A discussão do acesso aos meios diagnósticos divide um pouco os especialistas do sistema e os administradores públicos. Em verdade, existe a corrente que entende que os canadenses têm sofrido grande influência da sociedade americana, na qual o próprio sistema de seguro incentiva o uso das tecnologias, não necessariamente gerando benefícios ao paciente. Essa corrente defende maior precisão na análise desse problema. Ademais, os especialistas de fato reclamam e ganham apoio da população quanto ao fato de que o uso de aparelhos de diagnósticos, como ressonância magnética e tomografia computadorizada, pode prolongar os anos de vida com detecção precoce de doenças. Mas o fato é que a fila de espera para exames é longa e mal administrada, gerando bastante insatisfação.

⁴ O acesso à saúde é tema de tamanha importância que o governo instituiu a *Commission Policy Dialogue on Access at Dalhousie University* para discutir os problemas e as alternativas para ampliar o acesso e diminuir as barreiras aos serviços.

Os resultados têm sido o crescimento do “turismo por saúde”, com o aumento dos gastos privados e com ressarcimento pelas províncias de exames feitos nos EUA. Daí o problema entrar para a agenda pública com tal vigor. As cirurgias especializadas também enfrentam a mesma discussão, com o agravante de significar muitas vezes morte para aqueles que não conseguem realizá-las a tempo. No entanto, na melhor tradição canadense, “direito é direito, e neste caso precisa de solução” (ASSOCIAÇÃO MÉDICA CANADENSE DA PROVÍNCIA DE ONTÁRIO, 2000).

As propostas relacionadas ao acesso que estão sendo viabilizadas, ainda que de forma heterogênea, pelas províncias incluem:

- centralização das listas de espera com gerenciamento por necessidade e vulnerabilidade;
- estabelecimento de padrões de uso da tecnologia;
- educação e informação ao paciente, buscando abertamente discutir o impacto do exame no seu tratamento; e
- treinamento dos médicos e de outros profissionais para uso mais criterioso da prescrição de exames sofisticados.

De outro lado, a discussão da qualidade e de sua garantia cada vez mais invadiu o espaço da clínica, embora com grandes conflitos, dado que a medicina canadense é extremamente liberal até o momento. O sistema de saúde até hoje não possui *benchmarks* da utilização de determinadas terapêuticas e tecnologias. Não existem estudos com resultados divulgados sobre os benefícios de uma ou outra conduta assistencial. O conflito entre o administrador dos hospitais e das regiões de saúde e os médicos é muito marcado.

As propostas para essas questões de qualidade vinculadas ao acesso incluem:

- criar indicadores técnicos e gerenciais para acompanhamento e análise da qualidade do sistema em seus diferentes níveis;
- avaliar e monitorar as práticas de saúde e a *performance* do sistema de saúde com transparência;
- disseminar boas práticas clínicas e gerenciais; e
- monitorar o sistema canadense em relação a outros países do mundo, principalmente os europeus.

As barreiras relacionadas às minorias, especialmente aborígenes e canadenses de língua francesa, estão sendo discutidas pela política de saúde. A barreira da língua gera

uma série de conseqüências para os profissionais e para os usuários. Em geral, as condutas não são bem entendidas. O médico generalista não é procurado, e as perdas de tempo com idas e vindas desnecessárias são constantes, elevando o gasto. Além disso, no caso das nações primitivas a cobertura de serviços é muito baixa e a fila de espera pode demorar meses.

Nessa questão específica, estuda-se a possibilidade de disponibilizar e estender o atendimento nas duas línguas oficiais do país, como é feito em alguns lugares, principalmente vilas.

3.2.1.1 A saúde em áreas rurais e remotas

A geografia do Canadá exerce uma força negativa sobre os indicadores relacionados às condições de vida e saúde de uma parte da população do país. Muitas pessoas vivem em áreas isoladas, onde o acesso a bens públicos e sociais é difícil. Na avaliação do sistema de saúde canadense, as autoridades sanitárias e a população têm uma opinião comum a respeito do *Medicare*: “É bom para o país, mas não tem sido bom no mesmo nível para quem mora em pequenas comunidades rurais distantes dos grandes centros urbanos” (CPRN, 2001).

As alternativas para promover a ampliação do acesso aos serviços esbarram nas dificuldades geográficas e culturais. A população, principalmente os aborígenes, ressentem-se da forma como a questão vem sendo tratada, em que em geral prevalece a abordagem centrada nos recursos de remoção (transporte e ambulâncias). As manifestações de lideranças comunitárias são claras: “Não basta sustentar a vida de um de nós, é preciso sustentar a vida da comunidade” (INUIT TAPIIRIT KANATAMIM, 2002).

A população que vive em regiões rurais e distantes se distribui por todo o país em maior ou menor grau. E hoje se pode dizer que as pequenas comunidades estão presentes em todas as províncias e territórios. Algumas são mais fechadas e outras mais abertas a culturas externas. No entanto, a diversidade é grande, algumas são agrícolas, outras trabalham com pesca, e as soluções têm de ser adaptáveis a cada realidade. Mas um conjunto de questões unifica todas; as condições de saúde são piores nas comunidades distantes, há mais pobreza, baixa escolaridade e menos oportunidades de trabalho e emprego.

As disparidades presentes nas comunidades rurais e remotas são enormes. E quanto mais ao norte, mais a situação geral se agrava. Alguns indicadores sanitários demonstram claramente a diferença das condições de saúde de quem vive na área rural em relação

às condições de quem vive nas áreas urbanas. O Centro de Informações para a Saúde do Canadá desenvolveu uma pesquisa sobre os indicadores em 139 regiões de saúde no país, agrupando a população em três categorias: predominantemente urbana, intermediária e rural. Alguns resultados são claros e podem ser vistos na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Condições de saúde das populações residentes em áreas predominante urbanas, intermediária e predominantemente rural, Canadá 1996

Indicador do <i>status</i> de saúde	Predomínio urbano	Intermediário	Predomínio rural
Expectativa de vida ao nascer: anos	78.8	77.7	77.0
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos	5.1	6.3	7.1
*Mortalidade geral por todas as causas	657.0	704.8	748.3
*Mortes por doenças do ap. circulatório	243.4	260.5	269.6
*Mortes por todos os tipos de câncer	181.1	193.0	194.6
*Mortes por acidentes não intencionais	25.9	34.7	45.4

* Taxas por 100 mil habitantes.

Fonte: Statistics Canadá, 2001. Pesquisa realizada em 139 regiões de saúde

Uma questão que concorre ainda mais para aumentar as desigualdades é que as pessoas das áreas rurais, por causa de suas necessidades e da escassez terminam por pagar diretamente por procedimentos de alto custo e por viagens para outros pontos do país para serem atendidas. Frequentemente esperam dias ou semanas para receber apoio do seguro social local em razão das dificuldades geográficas. Desde 1990, várias províncias inseriram certas abordagens para poder enfrentar o problema das disparidades regionais internas. As soluções mais comuns têm sido financiar o transporte, criar serviços mais sofisticados no centro urbano central da província ou território e, mais recentemente, introduzir o *Telehealth*.⁵

Uma questão de extrema importância nesse caso é a baixa oferta de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiras. Enquanto nos grandes centros urbanos existem dois ou mais médicos por 1.000 habitantes, nessas comunidades a média man-

5 O *Telehealth* é uma tecnologia de apoio ao trabalho dos profissionais que se encontram em regiões longínquas do país. Por meio de uma plataforma de informática de rede, os médicos generalistas e outros profissionais mantêm-se em *link* com centros de especialidades, facilitando diagnósticos e tratamento das doenças além de remoção.

têm-se em um por 1.000 habitantes nas vilas. Mas a situação chega ao extremo mais ao norte ainda, onde a população percorre mais de 100 km para realizar uma consulta médica, porque nos territórios de Nunavit, Yukon e Northwest, acima de 70 graus de latitude, a carência de médicos é absoluta. Mais de 16 mil pessoas vivem nessas áreas (NG et al., 1999).

As propostas atuais para correção paulatina dessas condições díspares em termos de saúde passam por um conjunto de medidas específicas que envolvem mais recursos. Os ministros das regiões e das províncias que mais sofrem com isso têm insistido nas seguintes proposições:

- ampliar os recursos do Fundo para Atenção a Áreas Remotas para atrair tanto serviços privados como profissionais de saúde que se comprometam com a saúde dos povos de pequenas comunidades rurais e remotas;
- utilizar os recursos do mesmo Fundo para mudar a formação de médicos e enfermeiras para que se especializem nos problemas de saúde rurais; e
- expandir o *Telehealth* utilizado com sucesso em alguns lugares, atraindo mais provedores e cuidadores, tendo em vista a possibilidade de suporte dos grandes centros de pesquisa e de saúde do país.

As dificuldades relacionadas com o acesso em regiões remotas são impactadas por outras medidas também objeto da política, como por exemplo a expansão da Atenção Primária, a extensão da cobertura do *Home Care* em nível nacional, a expansão da cobertura das prescrições farmacêuticas e de drogas e o gerenciamento da lista de espera.

3.2.1.2 A força de trabalho em saúde

No Canadá, 1,5 milhão de pessoas trabalham no sistema de saúde e de serviços sociais (CIHI, 2000). A enfermagem, incluindo enfermeiras registradas, enfermeiras práticas licenciadas e enfermeiras psiquiátricas, representa 35% da força de trabalho, enquanto os médicos representam 8%. Os demais 57% incluem um espectro amplo de profissionais, tais como quiropráticos, tecnólogos radiologistas, assistentes sociais e trabalhadores do tipo *home-care workers*, os chamados cuidadores. A oferta e a distribuição dos profissionais são muito diferentes entre as províncias e os territórios.

Por causa da falta de renovação da oferta, uma questão que preocupa as autoridades sanitárias canadenses é o envelhecimento de alguns grupos profissionais. Este é o caso da enfermagem, que entre 1991 e 2000 apresentou queda de 8% no número de novos

registros. A queda no número de enfermeiros tem sua origem nas condições de trabalho e do ambiente de trabalho, nos baixos salários e no baixo reconhecimento, além da inexistência de incentivos para a qualificação permanente.

As informações sobre os médicos indicam diferentes caminhos para se pensar em uma política de saúde nos moldes pretendidos pelo Canadá. A questão não é de crise da profissão, mas sim de distribuição, em primeiro lugar. As desigualdades na oferta são grandes entre as províncias. Entre 1980 e 1993, o número de médicos generalistas por 100 mil pessoas aumentou de 76,4 para 101,5 (pico máximo), chegando, em 1999, a estacionar em 94 profissionais, representando um médico para cada 1.063 pessoas. Enquanto isso, em 2001 o número de especialistas no Canadá atingiu seu ponto máximo de 92,7 (ou seja, um profissional para cada 1.077 habitantes), maior índice em vinte anos.

Os fatores que contribuem e explicam a oferta desigual entre as províncias incluem o apelo para a especialização permanente, as demandas clínicas dos serviços, o tamanho pequeno da comunidade, a falta de desenvolvimento, o local da graduação e as condições de trabalho. Além disso, a questão do gênero parece interferir na escolha da prática, porque há muito mais mulheres generalistas que homens trabalhando na atenção básica.

Seguindo experiências internas das províncias e externas, até mesmo em outros países da OCDE, tem sido adotada uma linha de atração para os profissionais com o intuito de aumentar a oferta de médicos em áreas descobertas. São alternativas voltadas para os profissionais, com período determinado (uso de bolsas, pagamento de moradias por tempo determinado e renda por captação da clientela). Desse modo, a ida para as regiões mais distantes perde o caráter de “punição”, conforme discutido no passado.

As tendências e as experiências em nível local indicam que as mudanças no campo profissional devem ocorrer na seguinte direção:

- o processo educativo dos profissionais está inadequado e é preciso estender a capacitação permanente para todos os que ofertam serviços de saúde;
- as necessidades dos serviços devem iluminar as propostas e promover maior vínculo entre os interesses dos serviços de saúde e dos centros de educação. As transformações do sistema exigem outra postura profissional, na qual os saberes têm uma labilidade muito grande;
- o eixo da educação dos profissionais de saúde deverá ser a promoção da saúde e a prevenção das doenças com foco no bem-estar dos indivíduos e da população; e
- as delimitações profissionais, especialmente das enfermeiras, devem ser revistas, com o objetivo de fornecer maior autonomia profissional.

3.2.1.3 Informação e pesquisa

A busca por inovar e promover maior integração entre os serviços de saúde, os programas e as estratégias adotadas entre as províncias é uma das saídas para a melhoria das condições de saúde e para promover maior equidade no sistema. Muitos pacientes e usuários reclamam da desintegração entre os serviços, gerando cansativas repetições sobre suas histórias pessoais, bem como perda de tempo do profissional. Do mesmo modo, a falta de informações sobre os procedimentos a serem utilizados ou disponíveis em cada caso é uma queixa que une a população e as comunidades científicas e de profissionais.

As recomendações aqui são para que haja maior automatização dos prontuários e que o cartão, ou o número do cartão de registro no sistema, possa fornecer outras informações de interesse, da história pregressa e das alternativas disponíveis para o tratamento. Parece não haver dúvidas de que as rotinas e as regras de atendimento e de encaminhamento precisam estar mais claras para ambos, quem assiste e quem é assistido. Nessa perspectiva, as propostas atuais objetivam ampliar o esforço no desenvolvimento e no uso da tecnologia de informações no sistema de saúde. Promover a criação de redes e bancos de informações que possam criar maior relacionamento entre os profissionais de diferentes especialidades e entre estes e a Atenção Primária. Do mesmo modo, manter acessíveis informações que possam facilitar a tomada de decisão daqueles que administram o sistema ou os serviços, tornando usual as alternativas custo-efetivas de assistência à saúde.

Uma questão crucial no tema das informações e das redes é a expansão da conectividade entre os serviços de saúde mais distantes e os centros de assistência especializados e de referência no país, chamado *Telehealth*. A garantia desse suporte profissional tem atraído médicos e enfermeiros recém-formados para províncias mais distantes dos grandes centros, situadas ao norte. Pode-se resumir as tendências na área de informações em saúde do Canadá nos seguintes pontos:

- instituição de registros eletrônicos nos serviços de saúde, incluindo privacidade e suporte para as condutas a serem tomadas;
- bases de dados integradas entre serviços de naturezas distintas (terapêutico e diagnóstico);
- cadastro de oferta de serviços e de profissionais; e
- rede de *empowerment* individual, de acesso à população, na qual as pessoas gerenciam seu próprio cuidado com a saúde, relacionando-a a seu estilo de vida.

A estratégia da informação para melhoria da qualidade da oferta dos serviços está associada à constituição de Centros de Inovação para a Saúde. Para a grande maioria dos profissionais envolvidos, a pesquisa é essencial para promover uma assistência custo-efetiva, produzir inovações e um sistema de saúde sustentável. Nesse caso, os futuros centros terão uma agenda para os próximos anos direcionada para as seguintes áreas: salvamentos de emergência, saúde mental, *Telehealth*, pesquisa de genoma e proteomas, gerenciamento de doenças crônicas.

3.3 A promoção e a prevenção da saúde e o papel da atenção primária

Embora a promoção à saúde e a ampliação da atenção básica esteja vinculada à história do setor saúde no Canadá, é paradoxal reconhecer a força que tem o tratamento individual e tradicional como resposta aos problemas de saúde. A agenda da reforma no país segue propondo que a Atenção Primária seja o pilar central das mudanças pretendidas, de forma que se promova a sustentabilidade do *Medicare*. A perspectiva dessa abordagem é promover uma atenção de maior qualidade, com maior nível de coordenação entre os serviços a menor custo. Hoje, a APS tem um fundo de um bilhão de dólares a ser repassado às províncias em base *per capita*, o que força a adscrição de clientela e a organização da atenção básica e das ações de promoção da saúde.

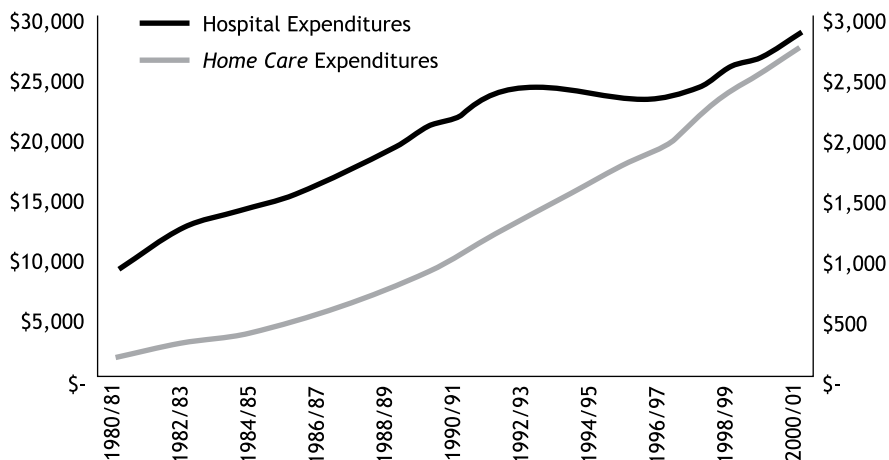
As principais dificuldades para a expansão da atenção básica residiriam, segundo Rochefort (2001) e Souza (1999), nos seguintes fatores: predomínio da assistência hospitalar e médica nas províncias e na tradição dos aparelhos formadores; crescente especialização e auto-regulação da categoria médica, com limitações claras do campo de atuação; fragmentação dos serviços e do sistema; o baixo grau de informação disponível a respeito dos resultados com a abordagem da APS; e a implantação marginal que os trabalhos de prevenção e promoção têm ante os serviços de saúde.

A estratégia de Atenção Primária como eixo da atenção tem exigido cada vez mais das autoridades investimentos em áreas diversas do sistema. O Fundo da Atenção Primária, instituído em 2000, que é transferido em bases de adesão pelas províncias, tem sido executado de forma tímida do ponto de vista nacional. Os projetos desenvolvidos por centenas de organizações públicas ou privadas em todo o país ainda são caracterizados como projetos pilotos, o que dificulta a expansão da cobertura populacional. A partir do acompanhamento desses dois anos de experiência e da necessidade de estender a cobertura dessa modalidade, especialistas propõem aprofundar determinados campos, como reforço à implantação dessa estratégia. Para isso, discutem:

- a extensão do acesso por meio da oferta da atenção básica 24 horas, durante os sete dias da semana, de preferência onde as pessoas vivem;
- o fortalecimento do Fundo para que as experiências exitosas ganhem reconhecimento nacional e possam ser ofertadas de forma permanente em todo o país;
- a elaboração de uma plataforma nacional sobre a Atenção Primária, baseada em quatro princípios a serem assumidos pelos serviços de saúde - continuidade da assistência; detecção precoce de doenças e inclusão no tratamento; mais e melhores informações sobre necessidades e resultados; e criação e ou fortalecimento de incentivos para os profissionais e os serviços que participam da APS;
- o desenvolvimento de um diagnóstico nacional, em dois anos, sobre os obstáculos para a expansão da APS, buscando recolher subsídios para uma política unificada na área;
- a integração entre prevenção e promoção, com foco centrado no tabaco, na obesidade e na necessidade de aumentar as atividades físicas das pessoas; e
- a implementação de nova estratégia nacional de imunização.

3.4 A atenção domiciliar – *Home Care*

O atendimento na modalidade de *Home Care* é um dos componentes do sistema de saúde que mais tem crescido. Serviços que antes eram utilizados e fornecidos em hospitais e clínicas por profissionais de saúde deslocaram-se para as residências. A assistência domiciliar inclui um conjunto amplo de procedimentos e tratamentos, desde simples visitas de *follow-up* e visitas regulares de monitoramento a idosos até terapias mais complexas, como diálise e nutrição parenteral. Observa-se que um serviço que teve sua origem na assistência médica expandiu-se em face das necessidades demográficas e epidemiológicas.

Gráfico 4 - Evolução dos atendimentos hospitalares e de *Home Care* no Canadá

Fonte: *Health Canada, 2001*

A observação e enquete nacional realizada pela Comissão Romanow identificou três campos principais de atuação realizados nas províncias: atendimento profissional executado por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros; atendimento e suporte para pessoas com algum grau de dependência ou incapacidade temporária, realizada por cuidadores e familiares; suporte para realização de atividades diversas envolvendo o meio ambiente e a sociabilidade realizado por agentes comunitários denominados *home making*. Em contrapartida, tem aumentado o papel da família, dos amigos e dos cuidadores no tratamento de pacientes crônicos em processo de reabilitação longa.

Torna-se claro que o *Home Care* é uma modalidade ampla, que cobre atividades de promoção e prevenção, substituição terapêutica e assistência temporária a agudos ou pós-operados. Nessa perspectiva, o impacto de sua extensão é alto na melhoria da saúde relacionada aos cuidados assistidos.

A despeito do consenso sobre essas questões, o *Home Care* não é coberto no plano do *Medicare* e não está previsto no *Canada Health Act* (CHA). As províncias e os territórios têm valorizado e reconhecido sua importância e incluído em seus serviços segurados. Mas isso torna a variação no interior do país enorme, e a cobertura, pequena, com boa parte dos gastos sendo efetuada de forma privada por meio de pagamento direto.

As tendências centrais apontam para a expansão dos serviços de *Home Care* a partir do atendimento das seguintes propostas:

- inclusão desses serviços no CHA, a partir de algumas prioridades da política de saúde, como, por exemplo, atenção em saúde mental e portadores de patologias de comportamento, recuperação cirúrgica e pacientes em estado terminal;
- utilização de recursos do Seguro Desemprego para dar suporte financeiro aos cuidadores e aos familiares, tendo em vista o tempo e os gastos envolvidos;
- reconhecimento da ação dos cuidadores por meio de treinamentos;
- integração com a atenção básica no âmbito da Atenção Primária desenvolvida nas comunidades; e
- promoção de mecanismos de integração e coordenação entre agências de *Home Care* e atenção de alta complexidade.

3.5 Prescrição de drogas e acesso a medicamentos

No início do *Medicare*, a prescrição e a utilização de drogas tinham um papel secundário, mas hoje elas passaram a ter grande importância no conjunto do sistema de saúde. A tendência do futuro é que a demanda por drogas e novos medicamentos aumente, principalmente com o advento da engenharia genética (MILLER et al., 2002). Os canadenses devem estar capacitados para prescrever e desenvolver as novas drogas, principalmente as voltadas para a prevenção de patologias genéticas. No entanto, os especialistas advertem que os benefícios das drogas só irão ocorrer se o processo todo for bem gerenciado, ou seja, se a prescrição for integrada ao sistema de atendimento e se os custos puderem ser garantidos de modo que a utilização se dê da melhor maneira possível.

Os problemas em torno da política de medicamentos no Canadá, que demandam ação governamental, podem ser resumidos em três pontos: o alto custo das drogas e a crescente elevação dos preços ao consumidor; a cobertura desigual e irregular oferecida em alguns planos provinciais e de seguradoras privadas; e a abordagem periférica do tema no âmbito do sistema de saúde, mantendo-se a prescrição de drogas desintegrada dos procedimentos clinicamente aceitáveis. Vale destacar que como a cobertura de medicamentos não faz parte do *Medicare*, como política inserida na agenda do CHA, as abordagens e as condutas terapêuticas ficam à margem do sistema.

Os números sobre a utilização de medicamentos no país são considerados significativos e representativos da necessidade de intervenção e regulação do estado. A cada ano são feitos 300 milhões de prescrições de medicamentos, significando uma média

de dez prescrições por habitante. Com isso, as famílias têm despendido um valor em torno de um mil e duzentos dólares canadenses com drogas, o que é considerado alto, como média, mas com certeza não reflete o gasto de pessoas portadoras de doenças crônicas e degenerativas, em que o custo é consideravelmente mais elevado. Segundo a Canadian Pharmacists Association (CPA), em relatório técnico escrito para a Comissão Romanow, “as drogas têm um custo alto, o que impacta nos gastos das famílias, mas um fator importante é o uso incorreto de muitas delas, inclusive os erros de prescrição” (CPA, 2001).

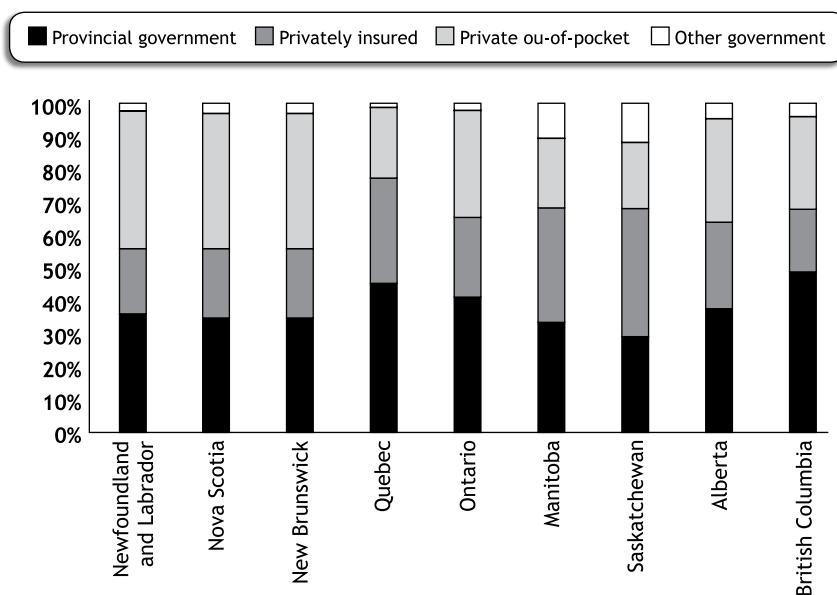
As disparidades entre as províncias e os territórios no que se refere à cobertura com assistência farmacêutica é grande. O sistema é muito fragmentado e diferenciado em cada parte do país. Em grande parte, varia em função da renda das pessoas, do tipo de trabalho que elas têm e do local onde vivem. Isso determina o acesso a mais ou menos produtos farmacêuticos.

Alguns planos provinciais são mais amplos e cobrem boa parte das prescrições, outros são mais focados em determinados grupos, como idosos e desempregados. Além disso, também existem províncias que estabelecem um teto de cobertura e outras adotam o co-pagamento, que podem ser deduzidos, em parte, do imposto de renda.

Segundo a CPA, as províncias do Atlântico têm uma cobertura menor que as do resto do país. Enquanto as províncias mais industrializadas têm uma cobertura mais ampla, vinculada aos planos de empresas, as menos desenvolvidas deixam essa questão nas mãos dos seguros privados.

Essa variabilidade impõe limites claros à questão da portabilidade desses benefícios entre as províncias. Em geral, as mudanças de províncias geram perdas de coberturas, e o tempo de espera é alto para entrar no novo plano. Alguns governos sinalizam que a questão da cobertura com assistência farmacêutica tem sido um fator que inibe a mobilidade no Canadá (APPLIED MANAGEMENT et al., 2000b).

Gráfico 5 - Gastos com cobertura de prescrição de drogas, por fonte de financiamento, 1999



A cobertura das prescrições de drogas ocorre por um *mix* público-privado. A maioria dos custos é coberta por planos do tipo seguro empresa, portanto vinculada ao emprego. Em geral, as províncias e os territórios subsidiam os custos com a assistência farmacêutica para seus residentes, principalmente idosos e dependentes do seguro social. O governo federal cobre os custos de drogas das nações aborígenes (First Nations e Inuit), por meio do Programa de Benefícios Não Assegurados, para os medicamentos que não possuem cobertura dos planos das províncias e dos territórios. Ademais, cobrem todas as despesas com farmácia das forças armadas e dos veteranos de guerra. Segundo dados do Canadian Institute for Health Information (CIHI, 2002a), em 1999 a combinação público-privado configurou-se da seguinte forma:

- os planos privados cobrem aproximadamente 34% (\$ 3.4 bilhões) dos custos das prescrições de drogas;
- o pagamento individual dos canadenses foi de 22% (\$ 2.3 bilhões) para cobrir despesas com medicamentos; e
- os planos públicos cobriram aproximadamente 44% (\$ 4.4 bilhões) dos custos das prescrições.

Esse quadro mantém-se estável desde 1985 e demonstra que pequena parcela da população tem cobertura completa dos gastos com assistência farmacêutica. O gasto vem se elevando substantivamente - em 1981 foi gasto US\$ 1,3 bilhão com fármacos que representou 5,8% do total de despesas. Em 2001, a percentagem havia dobrado e os gastos alcançaram a soma de US\$ 12,3 bilhões, representando 12% dos gastos em saúde. Aqui um fator preponderante é o número de novas drogas lançadas a cada ano no mercado, muitas vezes com efeitos similares às já existentes, mas com um preço comercial muito maior.

Essa situação associada à tendência constante da elevação dos preços tem representado para os canadenses uma falha em seu sistema de proteção social e de cidadania. A pressão dos conselhos comunitários e profissionais e da indústria farmacêutica é grande. As reivindicações de diferentes grupos, envolvendo os diferentes níveis de governo, têm se inclinado para as seguintes perspectivas: garantir acesso equitativo para todos os canadenses no uso dos medicamentos prescritos, independentemente do local de moradia; garantir a qualidade e a segurança das novas drogas e administrar e conter custos.

As propostas para melhoria do acesso aos medicamentos têm girado em torno da integração entre consulta médica e prescrição, significando, portanto, que a cobertura com medicamentos deveria fazer parte do rol de serviços segurados pelo CHA, tornando o acesso universal. No entanto, sabe-se que os custos seriam estupendos com essa abordagem. A proposta deverá ocorrer de forma gradual, e as prescrições serão cobertas paulatinamente.

A viabilidade para constituir o projeto de longo prazo está sendo construída entre os diversos Ministérios de Saúde das províncias e o governo federal a partir das seguintes propostas:

- expandir gradualmente o atual Fundo de Assistência Farmacêutica com o intuito de diminuir as disparidades entre as províncias e os territórios;
- criar uma Agência Nacional de Medicamentos para avaliar as velhas e as novas drogas, negociar com a indústria e com o mercado, limitar prescrições, legislar a favor do consumidor e do sistema de saúde;
- criar, em processo intergovernamental, um formulário único de prescrição nacional, correlacionando diagnóstico e prescrição;
- criar um novo programa de apoio aos pacientes crônicos sobre o uso das drogas de longa duração, buscando informá-los das questões envolvidas e das novas descobertas;

- desenvolver parâmetros de uso das drogas por patologias a partir de avaliação de estudos com coortes extensas e resultados averiguados; e
- revisar a Lei da Proteção de Patentes do Canadá, que impede o acesso a muitas drogas de forma mais rápida e com menos custo.

■ 4. Considerações finais

O Canadá, a partir dos anos 1940, iniciou um processo de ampliação dos direitos sociais, marcadamente centrado pela intervenção do Estado. Os princípios de solidariedade e justiça são escolhidos como pilares de sustentação social e de desenvolvimento. O modelo pelo qual se orientou, segundo Ferrera (1993) e Theret (2000) foi o europeu, mais especificamente o modelo de *Welfare* do Reino Unido. As bases são, portanto, universalistas.

A expansão do sistema de proteção social ocorreu até a década de 1970, e pode-se dizer que foi mantida até meados dos anos 1980. A crise fiscal, aliada à retomada do poder pelo partido conservador, a partir de 1985, teve repercussões imediatas, no que diz respeito à retração dos recursos federais para a saúde. Mas é possível dizer que o sistema tem suportes sociais e culturais bastante sólidos. Os períodos de retração foram seguidos de alguma alternativa, ainda que distinta da anterior, para a manutenção do seguro nacional de saúde. Observa-se, ainda, que mesmo em períodos de crise econômica as medidas legais ainda seguem direcionadas a favor do caráter público, equânime e universal do sistema, tornando muitas vezes a leitura do modelo contraditória.⁶

A questão da sustentabilidade do sistema está diretamente relacionada às tensões entre as necessidades crescentes de contenção dos custos do sistema, associada às novas reivindicações para ampliação da cobertura do seguro público e às exigências cada vez maiores de aumento dos recursos provinciais no gasto público em saúde. Ela aponta para as questões de longo prazo relativas ao futuro do sistema de saúde canadense.

As conclusões do *Relatório Romanow* ressaltaram que o sistema canadense é sustentável no longo prazo se for preparado para mudanças, isto é, se os serviços forem reorganizados para alcançar as necessidades e se o financiamento for adequado, estável e previsível. O balanço entre necessidades, serviços e recursos depende, em grande parte, de um novo pacto entre provedores, hospitais e autoridades federais, provinciais e territoriais.

⁶ Em plena crise fiscal nos anos 1980, aprova-se uma lei para coibir as províncias que vinham praticando o uso de taxas, ou co-pagamentos individuais por determinados serviços ou procedimentos de saúde.

Há razoável consenso sobre a ampliação da cobertura do seguro para serviços de longa permanência e atendimento domiciliar, bem como para maior cobertura das prescrições de medicamentos, a manutenção do financiamento público e do sistema de pagador único provincial, como forma eficiente de contenção dos custos. Além disso, há uma percepção crescente da necessidade de incorporação de novos modelos de atenção à saúde que enfatizem a promoção e a prevenção de doenças, sem prejuízo da qualidade dos serviços assistenciais tradicionais.

Um Conselho de Saúde que envolva as autoridades federais, provinciais e territoriais deve ser criado para facilitar a cooperação entre os entes governamentais e fortalecer as lideranças da saúde. Esse Conselho tem como objetivos principais: estabelecer indicadores comuns para mensuração do desempenho do sistema; coletar as informações necessárias e tornar público os esforços de melhoria de qualidade, acesso e resultados do sistema de saúde; coordenar as atividades de avaliação da incorporação tecnológica.

Há previsão de ampliação de recursos federais e criação de fundos específicos transferidos com base *per capita*: transferências para atenção primária; transferências para assistência domiciliar; transferências para medicamentos específicos. Ressalta-se a resistência das províncias mais ricas em adotarem formas de transferências federais diferentes da base *per capita*.⁷

No Canadá, o valor atribuído pela população ao sistema de saúde e aos compromissos firmados no *Canada Health Act* tem significado um ponto altamente positivo para a realização de mudanças com base na participação e na opinião pública. A despeito das crises e da escassez de recursos, o povo segue afirmando os princípios de solidariedade, justiça e equidade como valores que devem permanecer na sustentação do sistema de saúde. Esses valores e a importância vinculada ao Seguro Nacional de Saúde permeiam toda a sociedade.

Embora Ferrera discuta que o *Medicare* canadense poderia ter-se firmado de forma mais ampla desde o início, chama a atenção sua manutenção, reafirmada em diversos momentos da história do país nas últimas décadas. A proximidade americana interfere sem dúvida e também incide sobre os gastos, principalmente no que diz respeito à pressão do apelo tecnológico, gerado pelo complexo médico-industrial americano. No entanto, especialistas afirmam que as tendências até o momento são de individualização do sistema (REINHARDT, 2002).

⁷ Vale notar que a questão da *Accountability*, relacionada ao direito dos cidadãos de saberem como o sistema está sendo administrado, financiado e prestado, tem merecido grande destaque nas discussões sobre a reforma do sistema. Em última análise, reafirma o dever dos governos federal, provincial e territorial de manterem os cidadãos informados sobre o destino de seus tributos e sobre os benefícios alcançados.

Abraçar o modelo tecnológico americano poderia significar justamente a quebra do direito ao acesso universal e sem barreiras do sistema. O dilema está posto, na medida em que os opositores apontam que a regulação do acesso, via médico generalista e controle do gasto em tecnologia médica, fere o princípio da livre escolha, traço da medicina liberal dominante no Canadá.

O forte poder da categoria médica está presente nos dois países e os médicos têm participado ativamente das reformas políticas no setor saúde, muitas vezes se impondo como um obstáculo comum às mudanças ou inovações, dado o seu traço corporativo. No Canadá, os médicos representam em torno de 8% da força de trabalho em saúde, o que perfaz uma média de 2,1 médicos por 1.000 habitantes.

A distribuição geográfica de especialistas tem sido um problema permanente entre os países. Os médicos interessam-se por grandes centros urbanos e lugares desenvolvidos. Nesse sentido, zonas rurais, remotas, onde a pobreza é maior, a cobertura desses serviços profissionais é mais baixa. No Canadá isso é visto como um dos problemas do sistema que pesam nos indicadores indesejáveis da região Norte do país. No entanto, uma vantagem que o Canadá tem sobre outros países refere-se ao fato de a fonte financiadora e pagadora principal ser o governo. O governo é predominante na contratação de pessoal e estabelece por meio de negociação com as associações profissionais o preço dos serviços, em geral por períodos de dois a quatro anos.

A heterogeneidade populacional, com diversas etnias, e a crescente demanda por autonomia de Quebec, em torno da defesa da população que fala francês, tem alimentado o debate dos sociólogos e dos antropólogos sobre o futuro do país. O grande desafio do Canadá será manter sua unidade territorial e política, dizem alguns. Apesar disso, a unidade contra a influência americana na cultura do país tem crescido, e um tema atual na literatura do país é a defesa da ética canadense sobre a americana, principalmente quando se trata do sistema de proteção social criado no país.

As reformas no Canadá têm sido monitoradas pela população e seus representantes, e a demanda por *accountability* foi incorporada recentemente à agenda pública como compromisso do governo em troca de maior unidade das políticas nacionais. Parece-nos que as diferenças principais sobre o sistema de saúde situam-se nas estratégias utilizadas para a contenção de custos e a melhoria do acesso: enquanto no Canadá os encargos recaem sobre as províncias, que mediante uma demanda crescente estão ampliando os serviços de atenção primária, *home-care*, hospital-dia, e estendendo as campanhas de promoção e prevenção, sem abrir mão de seu papel de regular e financiar o setor, em outros países a opção é por um pacote mínimo de serviços que possa atender a todos.

Além disso, a utilização das chamadas terceiras partes, ou empresas para a administração das unidades mais complexas, faz-se presente e representa um ator importante nas negociações, além dos médicos. Nesse ponto, o governo federal e provincial canadense mantém a administração no âmbito público, ainda que se reconheça a existência de diferenças internas na condução da gestão, no qual, por exemplo, Quebec e Saskatchewan são mais *public-oriented*, e Ontário, mais *private-oriented*. A garantia da natureza pública e universal é mantida pela forma única de financiamento, que por sua vez está atrelado ao cumprimento dos cinco princípios do Ato inscritos no CHA de 1984.

■ 5. Referências

MAINO, F. La sanita'tra decentramento e concorrenza amministrata: Il caso italiano. In: **Prospettiva comparata**. Firenze, 1998. Tese (Doutorado) - Università degli Studi di Firenze, Itália, 1997-98.

ALMEIDA, Célia M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Rio de Janeiro, 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

ANUÁRIO Estatístico. 2002. Disponível em: <<http://www.istat.it>>.

APPLIED MANAGEMENT IN ASSOCIATION WITH FRASER GROUP, TRISTAT RESOURCES. **Canadians' access to insurance for prescription medicines: executive summary**. 2000. Disponível em: <http://www.appliedmanagement.ca/fyiBenefits/RxAccessRpts/execsum_eng.pdf>.

ARRETCHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do welfare state: teorias Explicativas. In: **BIB - Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais da ANPOCS**, 1995.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, D. L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, v.15, n.3, p. 239-249, 1996.

BROWN, A. D. et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. **Canadian Journal of Public Health**, v.92, n.2, p.155-159, 2001.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **Emergency medicine: change & challenge**. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2001.

CANADIAN CENTRE FOR POLICY ALTERNATIVES. **Globalization and health: implications and options for health care reform**. Summary Report by the research consortium from Research Project on Globalization and Health prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa, 2002.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Drug expenditure in Canada, 1985-2001**. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2002.

———. **Health care in Canada 2002**. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2002a.

———. **Supply and distribution of registered nurses in Canada, 2001**. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2002b.

———. **Supply, distribution and migration of physicians in Canada, 2001**. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2002c.

———. **Unpublished statistical data compiled by the Canadian Institute for Health Information for the Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002d.**

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Home care estimates in National Health Expenditures: feasibility study.** Ottawa, 2001.

———. **National Health Expenditures Trends, 1975-2001.** Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2001a.

ROMANOW, Roy J. **Building on values: the future of health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada Final Report, cap. 2, p. 45-72, nov. 2002.**

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **O pagamento dos profissionais dos hospitais: o exemplo do Canadá.** In: CONGRESSO DA ABRASCO, 2003, Brasília. **Conferência...** Brasília: ABRASCO, 29 ago. 2003.

Canadian Policy Research Networks. **Asking citizens what matters for quality of life in Canada: a rural lens.** Ottawa, 2001.

ENTHOVEN, A. C. **Managed competition of alternative Delivery Systems.** In: ALMEIDA, Célia M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Rio de Janeiro, 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State.** In: _____. **The three worlds of welfare capitalism.** Princeton: Princeton University Press, 1990.

EURO OBSERVER. **Newsletter of the observatory on health care systems.** 2000.

ALMEIDA, Célia M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** Rio de Janeiro, 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

FERRERA, M. **Modelli di solidarietà: politica e riforma social nelli democrazie.** Bologna: Il Mulino Editora, 1993.

_____. **Le trappole del welfare.** Bologna: Il Mulino Editora, 1999.

INUIT TAPIRIIT KANATAMI. **Verbal presentation to the Commission on the Future of Health Care in Canada.** Montreal: Montreal Public Hearing, 2002.

MILLER, F. et al. **Predictive Genetic Tests and Health Care Cost. Final Report: prepared for the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.** Hamilton: Centre for Health Economics and Policy Analysis, 2002.

MINISTERE DES FINANCES CANADA. **Investing in Canada`s health care system.** Disponível em: <<http://www.fin.gc.ca/budget03/bookleters/bkeae.htm>>. 2003.

CANADA. Minister of Health. **Canada Health Annual Report, 2001-2002**. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/english/index.html>>.

CANADA. Minister of Health. **Canada Health Act**. 2003. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/home.htm>>.

NG, E.; WILKINS, R.; POLE, J.; ADAMS, O. B. How far to the nearest physician? **Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin**, v.1, n.5, p. 1-7, 1999. Disponível em: <<http://www.physician.hc.ca/links/default-e.php>>.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health Data 2002: a comparative analysis of 30 countries**. Paris, 2002.

PIERSON, C. **Beyond the welfare state? the new political economy of welfare**. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press, 1991.

POLANYI, K. **A grande transformação**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

REINHARDT, U. E. **Resisting US social ethics**. Vancouver: UBC Press, 2002. 120p.

ROCHFORT, D. A. The backlash against managed care. In: HACKEY, R. B.; ROCHEFORT, D. A. (Ed.). **The new politics of state health policy**. Lawrence: University Press of Kansas, 2001. p. 113-141.

ROMANOW, R. J. (Org.). **Building on values the future of health care in Canada. Final Report**. 2002. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index.html>>.

ROSANVALLON, P. **A crise do Estado-providência**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1997.

World Health Organization. **European health care reforms: analysis of current strategies**. Geneve, 1996.

CAPÍTULO 5

FINANCIAMENTO E DESENHO INSTITUCIONAL NO SETOR SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

José Mendes Ribeiro
Pesquisador titular, Ensp/Fiocruz.

■ 1. Introdução

A assistência à saúde nos EUA, ao contrário da maioria dos países desenvolvidos, caracteriza-se por elevada participação do seguro privado no financiamento dos serviços, embora a participação governamental seja substantiva e componha um importante *mix* com o setor privado. Os programas públicos estão concentrados no sistema *Medicare-Medicaid*, embora existam programas federais voltados a segmentos como veteranos e populações indígenas. O *Medicare* é um programa financiado pelo governo federal, voltado para a população idosa, acima de 65 anos de idade, e para incapacitados permanentes. Existe participação financeira dos associados (elegíveis) conforme o padrão de utilização dos serviços. A cobertura hospitalar, de modo geral, representa um direito decorrente de impostos pagos pelos assalariados para o seguro social. Com relação aos demais serviços, o grupo formado pelas despesas com médicos, tratamento extra-hospitalar, entre outros, é coberto por prêmios mensais dos associados e aportes federais anuais. Existem ainda abatimentos fiscais anuais pelas despesas médicas efetuadas. Os médicos podem cobrar dos pacientes no *Medicare* acima da tabela negociada, e muitos associados compram seguros complementares para cobrir esses gastos adicionais, cujas despesas geram também abatimentos fiscais. O *Medicaid*, focalizado na população pobre, definida por testes de meios,¹ é financiado e administrado pelos governos estaduais (com menor participação federal). Os critérios de elegibilidade e padrão de implementação diferem bastante entre os estados da Federação. Os médicos credenciados, neste caso, não cobram acima de tabelas preestabelecidas.

Recente reforma setorial concentrou em uma nova agência federal, *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)*, a regulação da indústria de atenção à saúde e dos programas e das ações governamentais com ramificações em níveis estaduais, locais e

¹ *Means tests* são práticas comuns nos EUA para definir o acesso aos programas sociais. Seus parâmetros variam de acordo com os estados e as políticas, mas em comum buscam caracterizar a situação de pobreza dos possíveis beneficiários no sentido de garantir a focalização destas políticas.

tribais. Muitas dessas funções estavam anteriormente a cargo da *Health Care Financing Administration*.

As estruturas administrativas e regulatórias norte-americanas são bastante complexas em função de duas características principais. Uma delas diz respeito ao caráter federativo do país, onde muitas das estruturas do governo federal são reproduzidas nos demais níveis de governo e se somam (ou se superpõem) às agências estaduais próprias. Outra diz respeito ao caráter misto do sistema de saúde, no qual estruturas de mercado (agentes e associações) e agências governamentais operam em ambientes de cooperação e/ou de competição, compondo um quadro regulatório altamente complexo.

Na medida em que cada administração estadual (e outras locais) possui autonomia para estruturar um regime regulatório específico, uma descrição detalhada de todo o mosaico de agências foge aos objetivos deste texto. Apenas a título de entendimento desses arranjos, o federalismo norte-americano contempla um amplo rol de unidades governamentais de caráter nacional, estadual, tribal e outros níveis locais, com distribuição de autoridade que mimetiza a esfera federal e monta a cerca de 86.700 unidades administrativas. Na área da saúde, apenas com relação a unidades gestoras de programas de saúde pública, são contabilizadas cerca de 3 mil agências ou departamentos especializados com autoridade e capacidade de prover e/ou regular serviços e ações nesta área. Além disso, governos estaduais e locais vêm assumindo responsabilidades crescentes na área da saúde pública sem desfrutar adequadamente de autoridade e de recursos para o pleno desenvolvimento desses programas (TURNOCK; ATCHINSON, 2002).

A estrutura governamental federal tem com o ente executivo central o *US Department of Health & Human Services* (HHS), o qual contempla um rol de 12 organizações que funcionam em modelo de agência, de forma semelhante ao que no Brasil se designa como autarquia. As principais são: *Administration for Children and Families*; *Administration on Aging*; *Agency for Healthcare Research and Quality*; *Agency for Toxic Substances and Disease Registry*; *Centers for Disease Control and Prevention*; *Centers for Medicare and Medicaid Services*; *Food and Drug Administration*; *Health Resources and Services Administration*; *Indian Health Service*; *National Institutes of Health*; *Program Support Center*; *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

De especial interesse para a análise do financiamento de serviços de saúde e do regime regulatório é a agência federal e seus centros, que atualmente coordenam os grandes programas federais e as parcerias com governos estaduais e locais - *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS). A estrutura central, dividida em departamentos,

segundo especializações e funções, apresenta forte presença nos estados por meio de dez escritórios regionais.²

Neste capítulo, são discutidos alguns dos problemas regulatórios observados nos sistemas de atenção à saúde dos EUA e as tendências em termos organizacionais e de financiamento. Os tópicos apresentados são (i) aspectos conceituais: regulação, serviços e mercados de saúde; (ii) formação histórica do sistema de saúde norte-americano; (iii) estrutura empresarial de serviços de saúde; (iv) financiamento setorial; (v) reforma Clinton e agenda política setorial; (vi) estratégias de redução de custos de transação; (vii) considerações finais.

■ 2. Aspectos conceituais: regulação, serviços e mercados em saúde

A literatura sobre a atenção à saúde nos Estados Unidos da América (EUA) é fortemente marcada pelos diferentes regimes regulatórios decorrentes do padrão de federalismo, da dinâmica e da diversidade dos mercados setoriais, dos efeitos dos programas governamentais e do amplo leque de arranjos, que variam desde a auto-regulação *stricto sensu* até a regulamentação estatal direta. Mais do que os demais grandes sistemas de saúde observados no mundo, nos EUA a provisão de serviços de saúde é majoritariamente efetuada por agentes privados, financiados ou não por recursos públicos. A própria literatura sobre regulação revela ênfases distintas sobre as dimensões políticas e econômico-financeiras (gastos públicos, custos da atenção) ou sobre o comportamento de indústrias ou de serviços.

Em linhas gerais, problemas regulatórios são abordados, especialmente na economia industrial, segundo três tipos principais de restrições: informacionais, transacionais e político-administrativas. As restrições de caráter informacional apresentam duas formas comuns e amplamente conhecidas como risco moral (*moral hazard*) e seleção adversa (*adverse selection*). O risco moral diz respeito a variáveis endógenas não observadas plenamente pelos reguladores. As empresas tomam decisões sobre preços e qualidade baseadas em critérios próprios. A seleção adversa caracteriza-se por variáveis exógenas, que são mais bem conhecidas pelas empresas do que pelos reguladores (LAFFONT; TIROLE, 1993). A seleção adversa expressa-se de modo intenso no jogo regulatório quando empresas controlam o fluxo das informações e orientam os reguladores em direções de seu interesse ou os sobrecarregam com excesso de informações de processamento difícil.

² A estrutura central do CMS inclui escritórios de apoio ao administrador geral e centros especializados, dentre os quais um para a gestão do *Medicare* e outro para o *Medicaid*. Os escritórios regionais estão sediados nas cidades de Boston, Nova York, Filadélfia, Atlanta, Dallas, Chicago, Kansas, Denver, São Francisco e Seattle.

Em ambas as situações, os reguladores encontram dificuldades em obter as informações adequadas ou em entender os movimentos e os interesses das empresas, o que implica o melhor conhecimento das empresas sobre os aspectos tecnológicos do setor do que os agentes reguladores.

Restrições de características transacionais dizem respeito à natureza dos contratos e crescem à medida que os fatores passíveis de intervirem na relação contratual sejam pouco previsíveis e de formulação difícil (LAFFONT; TIROLE, 1993). O impacto dos custos transacionais é, portanto, mais intenso em setores de elevada densidade tecnológica. Por sua vez, ao tratar o contrato como incompleto, as teorias de custos transacionais dão menor ênfase aos efeitos das falhas informacionais, as quais são mais típicas de teorias dos contratos completos (WILLIAMSON, 1985, 1996).

As restrições de caráter administrativo e político envolvem aspectos institucionais do jogo regulatório. Laffont e Tirole (1993) destacam elementos como limitação do escopo da regulação (que afasta setores e indústrias correlatas ou associadas às empresas controladas); limitação no uso de instrumentos; limitação no horizonte de tempo; aspectos vinculados aos procedimentos (como modo de coletar informações ou empresas). As restrições políticas são evidentes e dizem respeito ao sistema político de cada país e aos interesses específicos de políticos em determinado setor regulado da economia.

O enfoque microanalítico e organizacional adotado por Williamson (1985, 1996) ao tratar dos custos de transação orienta os estudos sobre regulação e as interações entre agentes para o campo multidisciplinar da economia, do direito e da administração. À medida que bens e serviços se diferenciam em termos tecnológicos e aumentam as incertezas contratuais, mecanismos de governança são introduzidos pelos agentes para controlar essas incertezas e orientar escolhas cuja racionalidade não pode ser completa.

Dessa forma, as teorias de custos transacionais submetem os problemas de assimetrias informacionais às lógicas embutidas em contratos e nas estratégias das empresas em economizar os custos aí envolvidos. A transação em questão é definida pela existência de uma interface tecnologicamente separável envolvendo a transferência de bens ou de serviços. Nesse sentido, lida com explicações fora do padrão neoclássico e envolve os custos comparados de planejar, adaptar e monitorar a execução de tarefas sob estruturas de governança alternativas. Sob a influência de abordagens behavioristas (“a natureza humana como ela é”), busca-se determinar se as transações estão organizadas no interior da empresa (hierarquicamente) ou entre empresas autônomas (por meio de mercados) - tudo dependeria dos custos de transação. A ênfase na determinação exclusiva dos mercados como elemento principal de coordenação econômica é atenuada

por Williamson e inclui a dinâmica interna das empresas como fator de coordenação e ambiente decisório primordial.

Embora as teorias de custos transacionais sejam fundamentalmente orientadas para os setores industriais, assim como as principais teorias regulatórias contemporâneas, diversos fundamentos e orientações gerais têm sido aplicados aos serviços e a suas empresas, incluindo a atenção à saúde nos EUA (APPLEBY; SMITH, 1994; FLYNN; WILLIAMS, 1997).

O principal fundamento quando se consideram mercados em saúde diz respeito aos padrões de racionalidade. A literatura sobre mercados em serviços de saúde enfatiza os aspectos informacionais, as assimetrias entre agentes e suas estratégias. Nesse jogo, risco moral e seleção adversa seriam condições “endêmicas” objetivas. No entanto, como assinala Williamson para os contratos de maior complexidade no setor industrial, e como uma tendência a setores cada vez mais amplos da economia, a racionalidade é limitada, “amarrada” (*bounded rationality*). A impossibilidade de obtenção de informações completas e de seu processamento mental adequado pelos indivíduos coloca em relevância os mecanismos de governança no âmbito dos contratos. Dessa forma, assimetrias informacionais podem ser manejadas como “atritos”, assim como as condições oportunistas. Esses fatores inerentes às relações contratuais podem ser manejados mais adequadamente por mecanismos contratuais que incluam arbitragem, revisão de decisão, flexibilidade contratual e outros fatores de atualização e adaptação de decisões. O balanço entre maiores ou menores custos de transação seria o principal fator a orientar a solução organizacional decorrente da relação entre agentes. Caso a integração vertical e a incorporação à empresa reduzam o “atrito”, a hierarquização institui-se como solução. Caso os problemas de déficit de incentivos inerentes às relações internas às empresas e às grandes organizações sejam elevados, como bem expressam as teorias *principal x agent*, a boa governança contratual pode orientar soluções como terceirizações e contratualização direta entre empresas ou indivíduos. Nesta abordagem institucionalista, os problemas associados à informação pertencem principalmente aos cálculos institucionais determinados pelos custos transacionais. A dimensão contratual define a estrutura organizacional e as relações entre indivíduos e empresas. Nesse enfoque, as agências reguladoras devem reduzir o “atrito” observado nos contratos, reduzir seus custos e facilitar as relações econômicas.

A experiência regulatória internacional recente enfatiza temas que podem ser considerados a partir de mecanismos institucionais de economia contratual, e o papel das agências reguladoras deve ser considerado a partir de um amplo leque de intervenções que

repercutem sobre a difusão das informações e o favorecimento de ambientes contratuais dinâmicos. O debate regulatório do final do século XX foi marcado pelas privatizações em setores industriais, especialmente em monopólios naturais e de infra-estrutura, em que as agências reguladoras - uma solução antiga - foram revalorizadas, especialmente a partir da experiência britânica de reformas.

A reforma envolve um substantivo redirecionamento dos mecanismos de controle e o caráter progressivamente político e singular dos modelos regulatórios. A moderna reforma regulatória começou nos Estados Unidos nos anos 1970, atingindo setores como telecomunicações e linhas aéreas, e expandiu-se por todo o mundo, incluindo os países do leste europeu e a antiga União Soviética. Na Grã-Bretanha, as indústrias dos anos 1980 representavam monopólios estatais, e, ao longo da reforma, mercados foram liberalizados, indústrias reestruturadas e novos métodos e instituições reguladoras foram criadas. Muitas iniciativas reduziram controles burocráticos e intervenção estatal. A desregulamentação radical fez parte das estratégias orientadas ao mercado, exaltando seu potencial auto-regulador.

No entanto, as reformas em etapas seguintes buscaram redirecionar e especializar as funções de Estado. O conjunto de leis e normas dispersas pelo conjunto das instituições públicas foi progressivamente realocado para agências regulatórias, enquanto maior volume de atividades foi efetivamente delegado ou devolvido ao mercado. Estruturas intermediárias caracterizando modelos de uma auto-regulação vigiada foram desenvolvidas. De modo geral, as instituições públicas preservaram o monopólio coercitivo e as iniciativas políticas ao longo do processo reformador.

O modelo agência, influenciado pelas soluções britânicas para setores monopolísticos, tornou-se exemplar. A reforma regulatória britânica enfatizou a competição e o controle tarifário por essas agências, aproximando os controles sobre monopólios naturais de esquemas reguladores similares ao utilizado para a telefonia, conhecido como RPI - X. Este modelo buscou eficiência alocativa e produtiva pelo controle sobre as diversas formas de captura pelos agentes econômicos. A firma submetida ao RPI - X deve assegurar que uma média ponderada de aumento de preços em um ano não exceda o aumento percentual no índice de preços (*Retail Prices Index*), decrescido de um fator X exógeno à firma entre os anos de revisão de preços (ARMSTRONG et al., 1995).

Em que pese tais inovações envolvendo reestruturação do aparelho de Estado, muitas iniciativas de auto-regulação foram implementadas, mantendo a competição regulatória governamental e auto-regulação. Igualmente, esquemas regulatórios intermediários buscaram combinar tais orientações e criar soluções específicas para cada nação e cada

ramo da indústria ou de serviços. Esses modelos são alternativas ao universalismo estatal (vulnerável à captura e de baixa flexibilidade) e à desregulação, ao *laissez-faire* ou à auto-regulação plena (sujeitas às imperfeições de mercado). De modo geral, os esquemas regulatórios mais atraentes combinam estratégias diferenciadas e individualizadas que enfatizam a inclusão de grupos interessados no processo decisório, a indução a condutas responsáveis pelas empresas ou organizações semipúblicas e a maior especialização das agências estatais para focalizar a intervenção normativa *stricto sensu*. Evidências sugerem que uma boa política regulatória combina necessariamente aspectos da regulação estatal com a auto-regulação. A regulação é responsiva ao mercado na medida em que diferentes estruturas conduzam a graus e formas diferenciadas de regulação, envolvendo a delegação consciente de certas funções regulatórias. O modelo sugerido por Ayres e Braithwaite (1992) focaliza dois aspectos interligados: o escalonamento e a delegação. A implementação de graus variados de intervenção estatal configura uma pirâmide com uma base ampla centrada na persuasão (na qual ocorre a maior parte dos eventos), e, à medida que agentes exploram a delegação estatal (por captura, descumprimento de regras ou acordos), o regulador sobe na escala punitiva, desde advertências escritas, passando por penalidades civis, criminais, suspensão de licenciamento até sua própria cassação, no ápice em que ocorre a minoria dos eventos. A política implica explicitar aos agentes a capacidade e a intenção do regulador em escalonar sua intervenção. Quanto ao grau de autonomia conferido aos mercados, a base da pirâmide envolve a auto-regulação, e a escala cresce em intervenção estatal (por camadas e número cada vez menor de casos) desde a auto-regulação controlada, regulação central com punições adaptadas ao caso e, por fim, na regulação central com aplicação de normas universais e penalidades fixas pelo regulador. Com relação à delegação, a principal estratégia reside no multipartismo e visa a fortalecer a cooperação no jogo regulatório e a inibir a captura e a corrupção.

A análise do jogo regulatório e das relações entre governos e mercados no setor saúde deve ser considerada a partir dos conceitos anteriormente descritos e que se mostram úteis para a compreensão do sistema de atenção à saúde nos EUA.

■ 3. Formação histórica do sistema de saúde norte-americano

Desde o início do século XX, a assistência à saúde é fragmentada nos EUA. Os sucessivos arranjos (reformas incrementais) responderam a interesses de grupos sociais e consolidaram situações que, ao longo de oito décadas, vêm bloqueando estratégias reformadoras de caráter sistêmico e unitário (KIRKMAN-LIFF, 1998). No início do século XX, os grupos de maior renda eram atendidos por médicos particulares e hospitais privados sem fins lucrativos mediante pagamentos efetuados pelo desembolso direto. Grupos de renda média tendiam a rejeitar os serviços públicos, não possuíam seguros e ficavam vulneráveis aos efeitos do desembolso direto das despesas. Outros grupos de renda média eram cobertos pelos primeiros seguros individuais ou programas mantidos pelos empregadores. As camadas de baixa renda utilizavam hospitais e clínicas públicos, onde eram atendidos por equipes de estudantes de medicina.

As seguradoras e os planos *Blue Cross* e *Blue Shield*, desenvolvidos mais adiante, na década de 1930, praticavam taxas uniformes para todos os associados e serviam de opção às camadas médias. Essa configuração já evidenciava um subsídio das grandes para as pequenas empresas e dos jovens para os idosos, conforme as regras de rateio.

O financiamento de planos pelos empregadores sofreu uma forte expansão durante a Segunda Grande Guerra em função do congelamento de preços e salários. Nessas condições, os benefícios pagos não foram considerados renda, o que representou um elevado subsídio público, favorecendo empresas, assalariados e seguradoras. Os sindicatos tinham forte interesse nesse tipo de barganha por favorecer a adesão de filiados. No conjunto, esses subsídios inauguraram uma rede complexa de interesses consolidados que impediriam reformas unitárias nos EUA (KIRKMAN-LIFF, 1998).

Na década de 1960, ocorreu uma importante intervenção governamental no setor saúde, por meio da criação em 1965 dos programas *Medicare* (governo federal) e *Medicaid* (governos estaduais). Esses programas eram compatíveis com os seguros privados e preservaram inicialmente o sistema de pagamento por serviço (*fee-for-service*). Esses novos programas também envolveram interesses que se consolidaram ao longo das décadas seguintes. No *Medicare*, a elegibilidade é uniforme (idosos, inválidos), e a titularidade é definida pelo pagamento do seguro social. A prestação de serviços é feita principalmente por seguradoras contratadas pelo governo federal. No *Medicaid*, a elegibilidade varia conforme cada unidade federativa e tem baixa titularidade. A prestação de serviços é feita primordialmente por centros comunitários, escolas médicas e hospitais públicos, os quais constituem grupos também interessados no financiamento governamental.

A década de 1980 caracterizou-se pela explosão de custos na assistência médica e pela alta diferenciação no tipo de provisão e mecanismos de acesso aos serviços médicos. O impacto dos custos sobre os orçamentos governamentais favoreceu ações reguladoras. As grandes corporações criaram seus próprios seguros (*self-insurance*). Foi nesse período que se deu a expansão dos antigos planos de pré-pagamento, agora reconhecidos como empresas praticantes de uma vigorosa microrregulação e controle de custos, são as empresas de atenção à saúde - *Health Maintenance Organizations (HMOs)*.³ Os planos de atenção gerenciada buscaram modificar o sistema de pagamentos por serviço (*fee-for-service*), considerado gerador de custos elevados, de incorporação ilimitada de tecnologias e indutor de exagerada especialização médica.

Como estratégias de controle dos custos, os programas governamentais introduziram os pagamentos por admissão (*Diagnose-Related Groups - DRG*) e as tabelas de pagamentos médicos. As HMOs aplicaram mecanismos de revisão de custos e controlaram o acesso dos beneficiários por meio de médicos de atenção primária (*gatekeepers*) autorizadores de procedimentos mais complexos. As seguradoras ampliaram as práticas de seleção de risco, privilegiando grupos de menor consumo.

O sistema de cobertura ampliada esperado pelas reformas da década de 1960 chegou ao início da década de 1990 com alta exclusão e no foco de propostas reformadoras. Inicialmente, a cobertura universal (ou altamente abrangente) era prevista por uma configuração na qual idosos e inválidos seriam cobertos pelo *Medicare*, os pobres pelo *Medicaid* e a grande massa de assalariados pelos seguros privados financiados pelas empresas e dotados de subsídio público. As crescentes restrições à elegibilidade no *Medicaid*, as estratégias de controle de custos pelos grandes empregadores e as dificuldades de pequenas empresas em arcar com os custos médicos inflacionados encontram-se na origem da elevada exclusão observada na atenção à saúde nos EUA, se comparada a países industrializados e desenvolvidos (KIRKMAN-LIFF, 1998).

As estratégias de controle de custos médicos e a ampliação de cobertura do sistema de camadas, fragmentado, dominaram a agenda política setorial. Os próprios governos são afetados diretamente pelos custos médicos. A distribuição dos gastos demonstra esse impacto. O *Medicare* pagava em 1998 cerca de 19% de todos os custos com saúde no país (LEVIT et al., 2000). Quanto ao *Medicaid*, a participação federal dos gastos foi estimada em torno de 46%, sendo os demais 54% financiados pelos governos estaduais (administradores do programa) e locais. Isso mostra a magnitude que os custos com a

³ Utilizaremos no texto a sigla HMOs para nos referirmos às empresas que se multiplicaram neste período e cujas práticas gerenciais serão apresentadas mais adiante.

atenção médica têm principalmente para o governo federal nos EUA. A composição global do gasto com atenção à saúde nos EUA, que será melhor detalhada mais adiante, mostra o peso do gasto público, apesar de essa distribuição não seguir os padrões europeus médios, nos quais os gastos privados têm menor expressão. Os números médios para a última década apontaram que cerca de 52% correspondiam a atividades privadas com fins lucrativos (com a participação predominante dos seguros privados, que respondem por 34% do gasto global), 43% de programas governamentais, restando 5% para atividades diversas, como a filantropia.

■ 4. Estrutura empresarial dos serviços de saúde

Um número bastante variado de formas organizacionais povoa a estrutura de acesso aos serviços. A dinâmica acelerada de inovações organizacionais, a combinação de soluções pertencentes a modelos distintos e o fechamento e a abertura de empresas tornam a tipologia organizacional muito difícil de ser feita com precisão. As próprias denominações *managed care* e HMOs tornaram-se obsoletas ou excessivamente sintéticas. No entanto, a identificação de formas comuns desse mosaico organizacional ajuda a compreender o sistema a partir de um mínimo de estabilidade organizacional e a compreender as últimas inovações.

Os custos crescentes no setor, associados à distribuição em larga escala de inovações tecnológicas, atenção especializada e novas terapias, estimularam um vigoroso reordenamento organizacional que atingiu a provisão pública e privada de serviços de saúde, conhecido, em termos gerais, como *managed care* e fortemente associado ao advento das *Health Maintenance Organizations* (HMOs), principalmente à partir da década de 1980.

Como visto, a formação de organizações privadas voltadas ao provimento de serviços de saúde, na forma de planos de pré-pagamento por grupos, remonta às décadas de 1920 e 1930. Essas organizações foram estimuladas pela expectativa de controlar custos. O governo Nixon, em 1970, foi o primeiro a tomar esses planos como centrais à política nacional de saúde, e o termo *Health Maintenance Organization* (HMOs) foi cunhado por Paul Ellwood para designar um modelo alternativo ao pagamento direto por serviços (*fee-for-service*). Uma variante que surgiu foram as *Independent Practice Associations* (IPA), que preservaram o pagamento dos médicos por serviço. Neste caso, permitiram a manutenção pelo segurado de seu médico usual mediante uma estrutura organizacional voltada à redução de custos. Algumas IPAs recorreram aos médicos de atenção primária

(*gatekeepers*) para comandar as referências a especialistas e hospitais, muitas vezes pagos também por meio de listas de associados aos planos (*capitation*) em vez da prestação direta de serviço (STARR, 1994).

Após duas décadas, o conceito originário das HMOs foi ampliado para o de *managed care* (“atenção gerenciada”),⁴ inicialmente pela incorporação das IPAs e depois pela própria generalização dos *gatekeepers* para os demais planos. A noção de atenção gerenciada alargou-se para incluir redes de provedores que oferecem aos associados maior cobertura em troca da aceitação das taxas dos planos. Nessas redes de provedores, ao contrário das HMOs, são oferecidas coberturas fora dos planos. O conceito acabou por incorporar inclusive planos de reembolso de pagamentos diretos (seguros indenizatórios) quando acompanhados de técnicas de controle médico, como revisão de utilização, perdendo a conotação inicial de gerenciamento de planos baseados na capitação.

Apesar da amplitude com a qual são utilizados os termos atenção gerenciada (estratégia) e HMOs (organização), estes podem ser resumidos na utilização de mecanismos de controle de custos médicos que suprimem ou reduzem os pagamentos por serviços em favor de modalidades alternativas como orçamentação global, capitação, assalariamento. A exigência de autorização por médicos de atenção primária para o acesso a serviços de maior complexidade e custo reduz o escopo da livre escolha pelos beneficiários. Mecanismos de controle sobre a decisão médica, por meio de revisão de prontuário e estratégias para compartilhar os riscos financeiros das empresas com os médicos, afetam a autonomia profissional médica. No conjunto, a atenção gerenciada e as HMOs buscam alterar, por mecanismos altamente diferenciados, os pilares da assistência médica nos EUA: pagamentos por serviço, livre escolha de médicos pelos pacientes e inviolabilidade das decisões médicas. O grau diferenciado de ataque a esses fundamentos pelas organizações que atuam no setor explica a grande variedade de modalidades atualmente observada e discutida mais adiante. O quadro a seguir adaptado a partir de Robinson e Steiner (1998), resume as mudanças nas relações entre médicos e pacientes determinadas pelos novos arranjos.

⁴ Utilizaremos no restante do texto o termo traduzido, já reconhecido na literatura nacional, embora as publicações de conselhos médicos, sindicatos, associações hospitalares, de seguradoras, entre outros, usem também o termo original em inglês.

Quadro 1 - Modelos de oferta de serviços médicos nos EUA

Livre escolha	HMOs
Livre escolha por pacientes	Clientela por associação a plano de saúde segundo rol de serviços
Autonomia médica nas decisões clínicas	Associados pagam parcelas fixas independentemente do uso de serviços
Honorários definidos entre médicos e pacientes	HMO é um agente comprador que negocia os pagamentos com os médicos (terceiro-pagador)
Pagamento na base <i>fee-for-service</i>	Clientes aceitam restrições de escolha
Práticas em bases individuais ou pequenos grupos de especialistas	Riscos financeiros concentrados nas HMOs e compartilhados com os médicos
Associação profissional controla habilitação e atuação dos médicos	Controle sobre aspectos da decisão médica
	Orçamento prospectivo

Fonte: Adaptado de Robinson e Steiner (1998)

Com a diversificação dos produtos, a atenção gerenciada passou a ter sua imagem associada a mecanismos de controle nos quais “burocratas e enfermeiras ficam ao telefone negando autorizações de pagamentos” (STARR, 1994). A noção de atenção gerenciada foi associada aos seguros de saúde contratados pelos empregadores, embora se observem modalidades individuais (mais dispendiosas pela tendência de os mais afeitos a doenças procurarem mais diretamente a contratação dos seguros).

As principais seguradoras não lucrativas nos EUA eram a *Blue Cross* (serviços hospitalares) e a *Blue Shield* (serviços médicos e de outros profissionais), a *Kaiser-Permanente* (maior HMOs não lucrativa do país) e o *Health Insurance Plan of Greater New York*. As companhias lucrativas de maior porte eram a Cigna, a Metropolitan e a Prudential.

A *Blue Cross* foi criada na década de 1920 por lideranças hospitalares, e a *Blue Shield*, na de 1930 por lideranças médicas, mantendo estruturas independentes por estado. Como não lucrativas, são mais sujeitas à regulação governamental estadual e mais passíveis de inscrever grupos rejeitados pelas entidades lucrativas. O ambiente competitivo em que vivem tem estimulado alguns desses planos a abandonar o *status* não lucrativo. Historicamente, têm praticado a venda de planos segundo rateios comunitários para todos os grupos, minimizando o risco esperado. Esses seguros passaram também a oferecer menores prêmios para grupos com menores riscos, ampliando os custos para os pequenos

empregadores, forçando muitos deles (não atrativos para os seguros lucrativos) a suspenderem a oferta de seguro saúde a seus empregados (RAFFEL, M.; RAFFEL, N., 1997).

Os seguros do modelo *Blue Cross* de modo geral cobrem os custos hospitalares na atenção emergencial na faixa de 21-30 dias de internação, sendo os hospitais pagos por *Diagnosis Related Groups* (DRG)⁵ e cada vez menos por contas diretas. Os hospitais muitas vezes usam os pagamentos obtidos por contas diretas (que geralmente superam seus custos por paciente admitido) para compensar perdas com a atenção filantrópica e com o *Medicaid*. Os seguros individuais fora da *Blue Cross* pagam os hospitais por tabelas fixas que podem ou não cobrir toda a conta hospitalar. Há uma tendência entre as grandes corporações para criarem seus próprios seguros e negociarem diretamente com médicos e hospitais. Quando estes aceitam uma dada tabela, o modelo aproxima-se ao de uma *Preferred Provider Organization* (PPOs).

As *Preferred Provider Organizations* (PPOs) são arranjos nos quais um número limitado de provedores (médicos, hospitais) atende grupos (como empregados de empresas), praticando uma tabela fixa de pagamento por serviço inferior aos preços praticados no mercado. Desenvolvidas nos anos 1980, buscam contornar as restrições das HMOs com relação à livre escolha de médicos pelos pacientes. O uso de médicos e hospitais fora das PPOs pode ser feito mediante pagamentos extras. Os pacientes não precisam passar por um médico de atenção primária (restrição comum às HMOs). Os médicos tendem a preferir as PPOs não apenas pela forma de remuneração, mas por preservar a prática do consultório. As PPOs também praticam o controle de custos pedindo autorização prévia para hospitalização não emergencial, revisão de utilização, segunda opinião para cirurgias e comparação de decisões médicas.⁶

Mais recentemente, os grandes empregadores passaram a oferecer aos seus empregados a escolha entre as modalidades de seguros de saúde anteriormente descritas: HMOs (menos dispendiosas), PPOs (em que a contribuição do empregado é maior) e tradicionais modalidades de pagamento por serviço na forma de seguros indenizatórios (as mais caras para o empregado). “Estas três opções e o poder de negociação de coalizões empresariais estiveram no núcleo das propostas de reforma da saúde defendidas pela

5 Modalidade de pagamento prospectivo na qual as doenças são classificadas segundo os recursos que consomem, e os custos médios hospitalares para o cuidado médico são estimados, servindo de base para o pagamento por admissão de pacientes pelas seguradoras aos hospitais.

6 As revisões de utilização implicam a consulta de prontuários médicos por auditores das organizações que compram os serviços para seus beneficiários. Assim como o pedido de segunda opinião e a comparação de decisões médicas para casos similares, representam estratégias organizacionais de controle de custos para lidar com a autonomia médica sem que esta seja suprimida completamente.

administração Clinton em 1994, não adotadas pelo Congresso” (RAFFEL, M.; RAFFEL, N., 1997, p. 278).

O impacto da atenção gerenciada pode ser percebido em números que revelam sua presença junto aos próprios médicos. Em 1993, havia nos EUA 607.339 médicos em atividade (258,3/hab.), dos quais 37% foram classificados como de atenção primária (médicos de família, pediatras) e 63% representavam especialistas. Em 1994, 77% dos médicos já possuíam contratos de atenção gerenciada, dos quais retiravam mais de um terço de sua renda. Esse quadro revela uma drástica alteração com relação ao início do século, quando predominava a prática médica independente e os pagamentos diretos aos médicos por tipo de atendimento ou serviço realizado.

O impacto dos novos arranjos ficou evidente quando as HMOs se tornaram a principal modalidade, contando com cerca de 65 milhões de associados em 1996 - cerca de

25% da população norte-americana. Essas organizações são altamente heterogêneas em função da alta competitividade dos diferentes mercados e provêm um rol de serviços aos seus membros mediante um pré-pagamento fixo e assumem diversos modelos organizacionais. Utilizam procedimentos de controle de custos para evitar o uso desnecessário de recursos, tais como médico de atenção primária para controlar o acesso aos especialistas, meios diagnósticos e internações hospitalares. Praticam técnicas de comparação entre procedimentos médicos para resultados e custos; *guidelines* (protocolos clínicos) para tratamento, entre outras. Os médicos podem ser assalariados, pagos na base do *fee-for-service* ou por associação de beneficiários em listas. São frequentes os incentivos financeiros para reduzir o volume de serviços prestados. As HMOs possuem seus próprios hospitais ou fazem contratos, e as de fins lucrativos representam o segmento de maior crescimento.

As HMOs competem com as PPOs, e mediante o pagamento de prêmios maiores permitem o uso de serviços fora da organização, e quando isso ocorre há um co-pagamento e costumam ser denominadas *Point of Service-HMOs* (PSO). Os sistemas de atenção gerenciada aumentaram a demanda por médicos de atenção primária para tratar e referenciar pacientes.

Com relação aos procedimentos dos usuários e dos beneficiários dos planos, o comportamento das HMOs também variou substancialmente conforme o produto acessível. Quando se pratica o pagamento por serviço, observa-se a livre escolha pelos pacientes, e os médicos tomam decisões clínicas submetidos a uma regulação fraca. De modo geral, os médicos atuam em hospitais privados, e os preços praticados não costumam ser ta-

belados, mas sujeitos ao acerto com os pacientes. Estes pagam pelos serviços prestados e ativam o sistema de reembolso por um terceiro pagador, que pode ser o seguro, uma grande empresa ou governos (*Medicaid, Medicare*). Os associados pagam prêmios mensais ou anuais aos seguros, e observa-se alguma forma de co-pagamento vinculado ao padrão de utilização de serviços. O co-pagamento pode funcionar para capitalizar o sistema ou simplesmente como moderador do consumo. Esta modalidade é vulnerável aos custos incrementais e à utilização excessiva dos serviços pelos associados. Entretanto, facilita o acesso aos serviços mediados por organizações públicas ou privadas e reduz os custos administrativos. A combinação entre controle de custos e acesso facilitado é almejada por meio de inovações organizacionais no mercado.

Nas HMOs os associados aderem ao plano sob contrato para o provimento de um conjunto de serviços. Os provedores recebem mensalidades ou anuidades fixas, independentemente da utilização dos serviços. A organização, por sua vez, compra serviços e negocia preços com os médicos. Os pacientes têm sua escolha limitada pelo plano contratado. O contrato com os médicos pode envolver alguma forma de *risk-sharing*, e os usuários podem estar sujeitos ao *cost-sharing* segundo o perfil de utilização dos serviços. Essas estratégias configuram um desvio do risco das seguradoras para profissionais, hospitais e beneficiários dos planos.

Em alguns casos, as HMOs provêem diretamente serviços por intermédio de médicos do próprio *staff*, sem compartilhar riscos, embora a organização possa penalizar o uso de recursos considerados excessivos. Em outros casos, a separação entre a organização e os grupos provedores é mais definida, e a HMO não contrata médicos, preferindo estabelecer contratos com grupos provedores por capitação e estes grupos regulam o trabalho médico. Essas inovações têm ganhado espaço nos últimos anos e serão descritas mais adiante. Os grupos ou médicos individuais podem ser exclusivos ou não, e a exclusividade pode variar também conforme o tipo de prática, embora o padrão dominante seja o contrato não exclusivo. Os programas governamentais, como o *Medicare*, também influenciam o mercado e ampliam a diversidade organizacional, geralmente exigindo rateios comunitários e impedindo exclusões (seleção de risco) por parte das seguradoras.

Em resumo, a diversidade organizacional é muito elevada, formando um mosaico de situações que torna cada vez mais difícil a tipificação das empresas. Em cada arranjo específico, como os descritos anteriormente, existem diferenças com relação às formas de pagamento de prêmios e co-pagamento, às modalidades de remuneração dos médicos e aos mecanismos de acesso dos beneficiários aos serviços. Com a complexidade crescente dos contratos, desenhos organizacionais, mercados competitivos e múltiplos controles

sobre médicos e hospitais, diferentes componentes regulatórios apresentam-se na formulação da reforma ou de inovações na atenção à saúde. A experiência norte-americana aponta para a oposição entre regulação governamental e auto-regulação no mercado. Na medida em que os programas governamentais influenciam os mercados de planos de saúde, os componentes microrregulatórios da atenção gerenciada estão presentes na agenda política setorial.

No plano microorganizacional, certos controles são exercidos diretamente sobre as decisões médicas. As tecnologias utilizadas visam a tornar mais previsível o consumo tecnológico nos planos, e observa-se uma ênfase crescente das operadoras no estímulo à prevenção de doenças e a intervenções precoces e simplificadas para reduzir as mais custosas e tardias. As estratégias variam de incentivos financeiros diretos até aquelas voltadas a induzir comportamentos adequados dos pacientes ou controlar mais diretamente a decisão médica. Os incentivos financeiros praticados com os médicos ou organizações são distribuídos por diferentes modalidades (ROBINSON; STEINER, 1998):

- (i) as organizações recebem parcelas mensais ou anuidades por número de associados (pré-pagamento) independentemente do volume de serviços ofertados; este orçamento prospectivo incentiva a organização ao controle do uso excessivo de recursos médicos, diferente do pagamento por serviço retrospectivo (facilitador de consumo); o incentivo leva a que as organizações desenvolvam estratégias de controle individual sobre médicos e pacientes; ou
- (ii) os médicos são estimulados ao comportamento responsável pelo recebimento de pagamento prospectivo pelos clientes alistados independentemente do consumo, reproduzindo-se o tipo de incentivo no plano organizacional; existem controles mais diretos como o não-pagamento por procedimentos fora de padrões estabelecidos de decisão médica.

Meta-análise realizada por Robinson e Steiner (1998) revelou menor utilização de hospitais, maiores taxas de atenção preventiva e níveis comparáveis de qualidade para HMOs com relação à atenção médica provida exclusivamente com base no pagamento por serviço. Ademais, a satisfação dos pacientes mostrou-se inferior em um número maior de estudos realizados.

A forte expansão da atenção gerenciada estimula alguns clamores por intervenções regulatórias pelos governos federal e estaduais, embora o sucesso obtido na desaceleração da elevação de custos na atenção à saúde gere confiança em soluções de mercado. Alguns autores identificam maior aceitação pelas grandes empresas de atenção gerenciada com

relação ao exercício governamental de algum grau de regulação em razão de conflitos de base federativa. Existe forte ação regulatória por parte de governos estaduais, e na medida em que muitas dessas empresas têm caráter nacional, os custos de adaptação a regras diferenciadas são elevados, tornando a intervenção federal aceitável, dependendo de sua amplitude (MORAN, 1997). Outros lembram que as forças de mercado podem promover uma regulação adequada, nomeando a atenção gerenciada como uma resposta à espiral de custos crescentes na atenção à saúde, mas ressaltam que “devido às características especiais do mercado para o *managed care*, as forças de mercado por si falham em produzir uma alocação eficiente e equitativa dos recursos de atenção à saúde. A ação coletiva é necessária” (ENTHOVEN; SINGER, 1997).

A regulação setorial varia quanto ao modelo (auto-regulação *versus* regulação governamental) ou objeto (médicos e/ou organizações privadas e públicas). Apesar da eficiência dos esquemas regulatórios no controle de custos, existe menor consenso com relação à qualidade dos serviços prestados. As evidências são insuficientes, como assinalado anteriormente, em demonstrar que a regulação tenha aprimorado a qualidade da atenção à saúde, o que favorece uma combinação entre auto-regulação e inovações, “desde que a agência regulatória seja capaz de punir aqueles que não participem de programas razoáveis” (BRENNAN, 1998).

■ 5. Financiamento setorial

A estrutura dos gastos em saúde reflete a diversidade do financiamento setorial. Os aspectos mais significativos dizem respeito à diversidade organizacional, o volume dos gastos e à forte participação do setor público nessa composição.

Dados e projeções recentes apresentados por Heffler et al. (2004) sobre o gasto em saúde nos EUA expressam a singularidade do sistema entre as grandes economias mundiais. Para o ano de 2002, o gasto nacional em saúde girou em torno de US\$ 1.553,00 bilhão, dos quais US\$ 839,60 bilhões (54,1%) foram realizados por fundos privados e US\$ 713,40 bilhões (45,9%) por fundos públicos. A composição do gasto privado foi concentrada em pagamentos de consumidores (US\$ 762,10 bilhões), dos quais as despesas diretas (*out-of-pocket*) montaram a US\$ 212,50 bilhões, e os pagamentos realizados a seguros privados de saúde chegaram a US\$ 549,60 bilhões.

A composição do gasto público mostra o predomínio do governo federal no financiamento dos programas e apresenta a seguinte distribuição, em bilhões de dólares:

- Fundos federais - US\$ 504,70 bi, dos quais:
 - *Medicare* - US\$ 267,10 bi
 - *Medicaid* - US\$ 147,50 bi
 - Outros - US\$ 90,1 bi
- Fundos estaduais e locais - US\$ 208,70 bi, dos quais:
 - *Medicaid* - US\$ 102,90 bi
 - Outros - US\$ 105,80 bi

Os gastos privados cresceram cerca de 9,3% com relação ao ano anterior (2001), e os gastos públicos mostraram crescimento da ordem de 9,4%. As estimativas de crescimento para o ano de 2003 mostram taxas menores de crescimento dos gastos, sejam privados (8,9%) ou públicos (6,4%). As estimativas de Heffler et al. (2004) apontam para os anos seguintes um declínio proporcional nas taxas de crescimento dos gastos privados ante os gastos públicos, mesmo sem levar em consideração o impacto nos gastos públicos decorrentes da recente reforma do *Medicare* efetuada pelo Congresso norte-americano que amplia o financiamento à compra de medicamentos no âmbito deste programa.

Esses dados colocam os EUA como o país com o maior gasto *per capita* em saúde no mundo, atingindo para o ano de 2000 um valor de US\$ 4.631,00 (corrigidos por paridade de poder de compra), equivalente a 13,0% do PIB (ANDERSON et al., 2003).

Cerca de 86% da população possui seguro saúde ou cobertura por algum programa governamental. Dessa forma, cerca de 14% da população não possui cobertura definida (de 38-40 milhões de pessoas). Os gastos em saúde em 1993 corresponderam a 13,9% do Produto Interno Bruto, e a tendência de aumento verificada deve-se ao desenvolvimento tecnológico, à inflação médica (superior à inflação geral) e ao aumento da população idosa (RAFFEL, M; RAFFEL, N.; 1997). Apenas ao final da década essas tendências começaram a mostrar alguns sinais de mudança.

No entanto, é importante caracterizar melhor a composição da população não coberta. Short e Graefe (2003), ao estudarem o período de 1996-1999, observaram que um total de 84,8 milhões de norte-americanos com idade abaixo de 65 anos (portanto não elegíveis ao *Medicare*) experimentaram ao menos um mês da condição de não coberto. Ao mesmo tempo, um total bem menor, de cerca de 10,1 milhões desta população (4%), permaneceu não coberto por todo o período observado.

Como resultado de medidas governamentais de controle de fraudes e de imposição de tetos orçamentários no *Medicare*, combinado ao contínuo crescimento econômico

(com a conseqüente expansão do emprego e de oferta de planos patrocinados pelos empregadores), foram observadas mudanças importantes no perfil dos gastos.

Dados sobre o acompanhamento dos gastos em saúde para 1998 apresentados por Levit et al. (2000) revelaram:

- aceleração no aumento dos gastos globais em 1998 (4,5%) ante o período 1995-1997 (menos de 3% a cada ano);
- redução no crescimento anual do gasto do *Medicare* de 6% (1997) para 2,5% (1998), representando 19% de todo o gasto nacional em saúde e cobrindo cerca de 38.8 milhões de beneficiários;
- menor crescimento do gasto público em 1998 (4,1%) que o privado (6,9%), fato que não ocorria desde 1988;
- alteração no perfil de crescimento do gasto público, que representou 40,4% dos gastos globais em 1988, subiu para 46,2% em 1997 e caiu para 45,5% em 1998; e
- mudanças na distribuição do gasto privado, com a manutenção da queda na participação do desembolso direto (*out-of-pocket*) entre 1988-1997 (de 22,7% para 17,4%), com o predomínio dos gastos com os seguros privados, que passaram a representar em 1998 um terço do gasto global em saúde.

Outra mudança observada foi a migração de beneficiários de planos restritivos (HMOs) para os mais abrangentes (PPOs e POS). A mudança foi significativa: a filiação a modalidades menos restritivas cresceu de 33% do conjunto de planos patrocinados pelas empresas em 1993 para 59% em 1998.

Esses números devem ser ainda observados para fins de impacto nos orçamentos domésticos, levando-se em conta o elevado volume de desembolso direto por parte dos segurados decorrente do pagamento de prêmios e de diversas formas de co-pagamento que atingem os beneficiários de planos patrocinados por empresas. Estudo realizado para medir o impacto do desembolso direto (*out-of-pocket*) mostra que indivíduos de meia-idade não cobertos por seguros privados e não elegíveis ao *Medicare* apresentaram, após acompanhamento por dois anos, despesas diretas em saúde muito pouco superiores aos segurados. Para isso recorreram à autolimitação no consumo médico e no acesso a redes sociais e ao *Medicaid* em situações mais agudas, buscando contornar o impacto das chamadas despesas catastróficas (JOHNSON; CRYSTAL, 2000).

As inovações seguem o rumo da ampliação da complexidade do sistema com repercussões para os esquemas regulatórios mais viáveis. As margens de operação das HMOs,

por exemplo, estão caindo. Em 1994, quase 90% delas eram lucrativas, mas em 1997 esse percentual caiu para apenas 49%. Se os planos não se tornarem mais eficientes em resposta às pressões dos empregadores contra o aumento de prêmios, as soluções tenderão a envolver diminuição de cobertura ou aumento da partilha de custos. Nesse sentido, a atenção gerenciada não representa um golpe fatal para a contenção de custos, e a questão central reside em como prover maiores quantidades por menores custos e para quais clientelas, principalmente pelo fato de o conhecimento tecnológico exceder rapidamente a quantia que aqueles que pagam a conta final acreditam poder ou desejar pagar.

Esse quadro sugere que mecanismos institucionais estão envolvidos nas decisões adotadas por governos, empresas e beneficiários, para além das estratégias maximizadoras de cunho informacional e que as soluções políticas para esses mercados são não apenas freqüentemente demandadas por diversos setores da economia como, a princípio, necessárias para a sustentação desse modelo de provisão de serviços de saúde.

O quadro torna-se mais complexo com a recente recessão norte-americana e a contração no mercado de trabalho. Isso associado à crise das HMOs, em que, como antecipado, muitas das estratégias de controle de custos, especialmente a interposição dos *gatekeepers* ao livre acesso dos beneficiários, são vistas como fatores que comprometem a qualidade da atenção.

A eficiência das HMOs no controle de custos da atenção à saúde, assim como o conjunto de tecnologias de *managed care*, enfrentou o desafio da qualidade, e movimentos recentes nos diferentes mercados norte-americanos sugerem a adoção de novas estratégias das HMOs no sentido de equilibrar de modo mais atraente para empregadores e beneficiários o *trade off* eficiência e qualidade. As restrições de acesso podem ser responsáveis pelo menor número de associados a esses planos no período 1999-2000 (menos 1% em termos de filiados e menos 9% em termos de empresas). Eventos recentes têm revelado pressões crescentes de empregadores e de consumidores quanto a aspectos contratuais, como a maior participação de pagamentos diretos a médicos (*fee-for-service*) e por casos clínicos e cirúrgicos para os hospitais. Agências reguladoras estaduais e federais têm atuado sobre as modalidades contratuais em resposta a essas pressões de consumidores.

Pesquisa qualitativa, de abrangência nacional, realizada com um conjunto de informantes-chave detectou mudanças nas estratégias das HMOs. Inicialmente, essas organizações enfatizaram o controle de custos por meio do controle do acesso e da utilização de serviços e a ampliação da base de filiados para obter ganhos de escalas e melhores condições de negociações com prestadores. O estudo revelou, no entanto, que no pe-

ríodo de 1999 a 2001 as estratégias predominantes enfatizaram a oferta de produtos menos restritos, a restrição dos atritos com os prestadores de serviços e o predomínio da busca por maior rendimento em detrimento de maiores fatias do mercado. O efeito parece conduzir a uma menor diferenciação nos mercados, com as HMOs se tornando mais parecidas com as PPOs por causa do maior leque de redes de serviços oferecidos e pela não-utilização de *gatekeepers*. Estratégias para ampliar a rentabilidade incluem por exemplo o deslocamento do aumento nos valores dos prêmios pagos para maior partilha de risco com os consumidores. No entanto, um relaxamento no controle de custos tende a desviar para as empresas pagadoras parte do ônus financeiro, e o aumento de seus custos tende a retornar às HMOs e aos beneficiários na forma de oferta de produtos segmentados (DRAPER et al., 2002).

■ 6. Reforma Clinton e agenda política setorial

A última grande iniciativa de reforma abrangente do setor saúde deu-se na administração passada. O impulso reformador do governo Clinton deveu-se em grande parte a uma combinação entre custos crescentes para governos, empregadores e beneficiários, lacunas de cobertura e ineficiência crescente. A “crise na saúde” apresentou-se nos meios políticos, na mídia e na opinião pública. A percepção da crise aumentou nas duas décadas anteriores e, no plano político, as soluções conservadoras buscaram alternativas orientadas ao mercado e as liberais voltaram-se para a criação de um sistema nacional de saúde nos moldes canadense ou europeu.

Os elementos da crise foram destacados por Paul Starr, um dos principais integrantes do grupo tarefa montado no início do primeiro governo Clinton:

- os gastos com a atenção à saúde saltaram de 7,3% do PIB em 1970 para 14,3% em 1993;
- a cobertura dos seguros de saúde começou a diminuir a partir de 1980, e as restrições ampliaram-se a partir de 1990, com a multiplicação de HMOs e similares, especialmente por meio da imposição da porta de entrada e do uso de hospitais e farmácias credenciadas, além de outras ofertas encaixadas em redes próprias (*in-networks*);
- o *marketing* intensivo, a busca por especialistas e a incorporação de novas tecnologias promoveram um impacto devastador em orçamentos, sem uma percepção proporcional de satisfação de empresários, executivos e trabalhadores, apesar da ampla satisfação da opinião pública com o padrão tecnológico da medicina;

- as lacunas de cobertura a cerca de 40 milhões de habitantes associa-se à falta transitória de proteção, uma vez que 26% dos norte-americanos estiveram por algum instante sem qualquer tipo de cobertura no período 1987-1989;
- a exclusão tornou-se mais seletiva, atingindo famílias com empregos em pequenos negócios ou autônomos; famílias de classe média enfrentaram restrições quanto a condições de alto custo médico; diversas ocupações foram penalizadas por risco associado a moléstias de alto custo;
- os empregadores multiplicaram estratégias de redução na extensão de cobertura de seus planos, sendo as mais comuns: terceirizações; empregos temporários ou parciais; cortes em número de dependentes; redução percentual na participação nos prêmios (queda global de 80% em 1980 para atuais 69%); e
- a vinculação do empregado ao trabalho (*job lock*), na medida em que um número crescente de planos de saúde exclui doenças preexistentes (STARR, 1994).

Dois diagnósticos foram apresentados para definir a crise. O primeiro atribuía os custos crescentes à maior expectativa de vida, ao aumento da demanda por serviços, às novas tecnologias e aos processos sobre erros médicos. Em seu conjunto, apontavam para os sucessos do sistema e estimulavam reformas limitadas. O segundo diagnóstico destacava os problemas decorrentes da estrutura organizacional do sistema e do financiamento da atenção à saúde. Esse enfoque sustentava propostas de reforma global do sistema.

Sucessivas crises no sistema de atenção à saúde nos EUA têm sido destacadas, e o debate da Reforma Clinton, assim como a recente crise do *managed care*, são suas expressões recentes mais relevantes. A proposta de reforma do setor saúde nos Estados Unidos na década de 1990 e a rápida expansão da atenção gerenciada (*managed care*) são movimentos muitas vezes vistos como correlatos em meios políticos e acadêmicos. A maciça incorporação de clientelas aos planos e aos seguros de assistência médica e hospitalar deixou de fora importantes contingentes de norte-americanos, seja pelo desemprego seja pela inserção fraca no mercado de trabalho. As regras de acesso de clientelas aos programas públicos federais e estaduais impedem a cobertura de um grande número de não-segurados, na medida em que os sistemas públicos (União e Estados) não são universalistas. O controle sobre os custos crescentes da atenção médica e o impacto da população não coberta por programas públicos, planos vinculados ao emprego e aqueles financiados individualmente funcionam como fatores que impulsionam inovações por parte de governos e empresas, apesar da derrota política da reforma proposta pela administração. A baixa crença na capacidade governamental em resolver problemas sociais

e um passado repleto de reformas incrementais decorrentes de ajustes de interesses conjunturais teriam tornado demasiado complexa a articulação de interesses no setor e de difícil conversão a um sistema planejado e eqüitativo (KIRKMAN-LIFF, 1998).

O resultado das transformações aceleradas a partir da década de 1970 na direção da atenção gerenciada e uma resposta dos mercados aos custos ampliados da assistência médica levaram ao predomínio das diferentes organizações provedoras de serviços e de suas estratégias gerenciais de seleção de risco e controle de custos. A Reforma Clinton buscou resolver a crise do setor por meio de soluções orientadas a mudanças nos mecanismos de governança que regem a ação dos grupos atuantes nesses mercados, como resultado de uma vigorosa intervenção governamental. A reforma almejou combinar padronização dos planos, cobertura universal e mudanças na estrutura de incentivos do *managed care* e dos seguros indenizatórios, buscando direcionar a pesada microrregulação rumo a práticas cooperativas entre empregadores, médicos e pacientes, basicamente pela adoção da orçamentação global.

A comunitarização (*pooling*) dos riscos para grandes contingentes de beneficiários representaria solução adequada tanto em termos de custos transacionais (maior integração vertical e hierarquização das relações entre agentes) quanto na redução dos efeitos de estratégias maximizadoras endógenas (*moral hazard*) ou exógenas (*adverse selection*). Em meio aos impulsos reformadores, muitos formuladores almejavam a cobertura universal por serviços de saúde, mesmo que não acompanhada pela criação de um sistema nacional de saúde de corte europeu (STARR, 1994). Em função da adoção de estratégias de *managed care* pelo principal programa público norte-americano (o *Medicare*), os objetivos da reforma (ampliação de cobertura e controle de custos) combinaram-se a esses modelos de microrregulação.

Na década de 1970, as iniciativas reformadoras da administração federal não afetaram o sistema de reembolso, nos moldes do seguro indenizatório, que autorizavam médicos a tomar decisões mais livremente e com impactos inflacionários.

Os programas de revisão de utilização de recursos para checagem retrospectiva de decisões clínicas mostraram-se limitados em função da distância que os avaliadores e os auditores se encontram da cena clínica, e seu papel ficou restrito ao bloqueio de pagamentos. Na prática, aceitavam as rotinas estabelecidas sem possibilidade de interação segundo critérios de custo-efetividade (STARR, 1994).

As agências de planejamento de atenção à saúde para revisão de decisões de investimento de capital dos hospitais centravam-se no aconselhamento a governos sobre planos de

expansão de hospitais sem poder de interferência para redirecionar investimentos de capital e, como na situação anterior, seus efeitos foram sentidos apenas em situações extremas.

Em 1979, o governo Carter sofreu derrota no Congresso quanto a propostas voltadas a ampliar a regulação federal sobre o setor. Nos anos 1980, sob o governo Reagan, a ênfase na política regulatória deslocou-se do controle governamental para a competição em mercados. Em 1983, o Congresso adotou um novo sistema de pagamentos a hospitais pelo *Medicare*, substituindo o reembolso por dia de internação pelo sistema de admissão baseado em 470 DRG. Este configurou o principal incentivo ao controle de custos pelos hospitais, porém deixou de fora os médicos, que são os principais tomadores de decisões de impacto sobre os custos.

Os empregadores também tomaram medidas de controle de custos ao revisarem seus planos de benefício. Além de promoverem programas de seguro próprio, passaram a requisitar uma maior participação dos empregados na partilha dos custos em casos de doenças; a solicitar uma segunda opinião em casos de cirurgia; a estabelecer critérios de credenciamento de hospitais; a contratar empresas para monitoramento dos planos. Mais recentemente, as empresas voltaram-se maciçamente para sistemas de *managed care*.

A percepção difusa de crise (mais notada entre os grupos excluídos, os políticos e os intelectuais atentos à noção de seguro social compulsório e às vantagens de um sistema de saúde unitário nos moldes europeus) elevou a reforma da medicina norte-americana ao topo da agenda pública por volta de 1992 no ambiente da campanha eleitoral. Isso deu importante suporte a iniciativas reformadoras de amplo alcance (MARMOR, 1994). A administração Clinton propôs então ao Congresso uma reforma abrangente, por meio do *Health Security Act*, mas foi derrotada em 1994. Embora bem elaborada tecnicamente, a derrota foi atribuída à atuação de grupos de pressão (associações de pequenas empresas, médicas e de seguros saúde), desinformação, fraqueza na condução política, baixa compreensão do público em função da complexidade da proposta. Some-se a isso o fato de a maioria dos norte-americanos serem segurados e estarem satisfeitos com sua atenção à saúde e temerem as mudanças (RAFFEL, M.; RAFFEL, N., 1997).

Aspectos da reforma, no que se refere ao seu componente vinculado às técnicas e aos modelos organizacionais da atenção gerenciada, foram implementados de modo incremental e por partes. Empresas vêm organizando planos similares aos das cooperativas de compra de Clinton (as organizações regionais descritas a seguir). Após a derrota, muitos governos estaduais desenvolveram suas próprias reformas, apesar dos impactos fiscais. A formulação mais comum refere-se ao *play or pay*, nos quais os governos determinam

que os empregadores paguem seguros aos seus empregados ou então paguem uma taxa para que agências públicas adquiram planos para os empregados e seus familiares.

A administração Clinton conseguiu aprovar, em 1997, no Congresso a criação do *Children's Health Insurance Program* (Chip). O Chip foi aprovado para implementação pelos governos estaduais e financiamento pelo governo federal. Existem cerca de 10 milhões de crianças não cobertas por seguros saúde nos EUA. O Chip assegurou inicialmente recursos federais da ordem de 20,3 bilhões de dólares destinados aos Estados para o período 1997-2002 e fundos adicionais para os cinco anos seguintes. O programa é focalizado em crianças não cobertas por seguros de famílias de baixa renda e “representa um compromisso entre aqueles que defendem o *Medicaid* como veículo para a expansão do seguro saúde e os que preferem uma nova alternativa por intermédio do setor privado” (HALFON et al., 1999, p. 49). A legislação que criou o Chip permite a escolha do modelo de implementação pelos governos estaduais, e a maioria deles (25 Estados) preferiu ampliar os critérios de elegibilidade das famílias ao *Medicaid*.

Os debates eleitorais de 1992 geraram expectativas de combinação entre a agenda republicana (controle de custos) e a democrata (cobertura universal) em torno de uma reforma profunda e unitária. Esses objetivos seriam alcançados por um seguro compulsório vinculado ao trabalho (modelo alemão de seguro social), combinado com a competição entre planos de atenção gerenciada por captação de associados (KIRKMAN-LIFF, 1998).

O governo montou um grupo-tarefa de especialistas responsável pela montagem de um sistema de atenção à saúde em caráter nacional, porém adaptado às tradições e às condições norte-americanas de provisão privada de serviços. Nesse sentido, as transformações observadas no mercado nos últimos anos colocaram o conjunto heterogêneo de práticas e estruturas organizacionais designado como atenção gerenciada no centro dos principais modelos reformadores. Os fundamentos do Plano Clinton combinavam uma reforma sistêmica com a imposição de tetos globais e de uma dinâmica de competição administrada (STARR, 1994). O caráter sistêmico apoiava-se na redução de custos considerados desnecessários em prol de recursos para inclusão da população não segurada. O equilíbrio esperado depende de uma reforma penetrante que altere padrões de decisões de médicos, administradores e pacientes. A estrutura de incentivos deve ser alterada no sentido de favorecer atitudes cooperativas entre os agentes mais imediatamente envolvidos.

A orçamentação global, comum aos países ocidentais, foi adaptada ao tipo de região, população, grupos de provedores, hospitais, evitando a centralização excessiva, que é o que usualmente ocorre. Os tetos financeiros teriam as vantagens de reduzir os custos de transação decorrentes da microrregulação, servindo de referência às negociações inter-

nas ao sistema, e exigir menor regulação governamental. Em uma abordagem otimista da capacidade de pactuação, alguns reformadores esperavam que esses tetos impostos aos médicos estimulassem a profissão a regular o abuso orçamentário, pois o estouro do teto de um médico afetaria o dos colegas.

Por fim, o desenho institucional da competição administrada associava-se às experiências em curso há mais de duas décadas nos EUA. O modelo introduzido em 1977 por Alain Enthoven baseava-se na capacidade das forças de mercado de controlar os custos e conferir eficiência ao sistema. O ponto básico seria gerar competição entre provedores num arranjo que permitisse a escolha pelos consumidores, estimulando decisões sensíveis aos custos. As escolhas dar-se-iam em mercados regulados, nos quais as opções seriam feitas em intervalos anuais por um plano de saúde e perante alternativas múltiplas. Sob a competição administrada, as alternativas envolvem desde modelos de atenção gerenciada até planos mais convencionais de pagamentos por serviço.

A competição administrada caracteriza-se por difusão de informações por agências especializadas ou grupos de empregadores, livre associação dos beneficiários, cesta básica de benefícios, desmonte das amarras ao emprego e rateio comunitário dos prêmios. Nesse sistema, haveria um pagador único no sistema nacional com orçamento global e competição entre provedores por capitação. O conjunto de soluções apresentadas fez a reforma proposta aproximar-se de modelos experimentados em países da OECD, como no Reino Unido.

No plano organizacional, a cobertura universal estaria assegurada com a criação das *Regional Health Alliances*. Essas organizações agiriam como promotoras de cobertura, responsáveis pela organização do mercado e pela informação dos consumidores sobre um conjunto de planos privados, cada um provendo uma cesta de benefícios ampla. Sua sustentação dar-se-ia por um fundo mantido por empregadores, empregados e governos, e os recursos seriam transferidos aos planos conforme a população inscrita. O *Medicare*, preservado na nova estrutura, teria seus benefícios ampliados. A configuração desse modelo foi criticada pelos seus oponentes pelo que consideravam uma pesada intervenção governamental nos mercados de atenção à saúde, gerando uma “medicina socializada”. A derrota do Plano Clinton no Congresso em 1994 gerou soluções parciais (como o Programa Chip), críticas à condução política efetuada pelos seus formuladores e culminou com um forte desencanto com relação à viabilidade de reformas unitárias nos EUA.

Para Zelman (1998), havia um suporte inicial no governo Clinton para elaborar a reforma, e a não-implementação imediata de seus aspectos centrais relacionados à expansão da cobertura dos seguros e de proteção à classe média temerosa da perda do seguro com

a perda do emprego teve papel preponderante na derrota. O grupo tarefa ter-se-ia se isolado ao longo da elaboração do plano, aumentando as desconfiças dos cidadãos, especialmente na classe média, e fomentado a oposição. No balanço entre competição e regulação, a imagem de excessos regulatórios prevaleceu. Para Kirkman-Liff (1998), entretanto, os obstáculos às reformas unitárias são de caráter institucional e decorrem dos interesses estruturados por mais de oitenta anos de reformas incrementais.

Um contraponto à reforma regulatória foi a proposta de uma pesada orientação ao mercado por meio do sistema de *vouchers*. A distribuição de bônus de consumo aos beneficiários para escolha no mercado do provedor de serviço desejado preserva a estrutura da competição administrada basicamente pelo limite de consumo individual, cujo equilíbrio seria resultado de escolhas individuais. Seus proponentes argumentam que o *Medicare* seria insustentável nas bases vigentes de mudanças demográficas e inflação setorial e que o novo sistema imporia limites de consumo a baixos custos administrativos.

Defensores da adoção de sistemas nacionais nos moldes canadense e europeu como Marmor e Oberlander (1998) lembraram que nenhuma nação desenvolvida reformou seu sistema de saúde por meio de mecanismos similares e apontaram para os riscos embutidos nos *vouchers*:

- desvio de riscos de custos associados à inflação médica para os beneficiários que acabariam cobrindo as diferenças de preços;
- deslocamento dos beneficiários do *Medicare* para os planos de *managed care*, de menor custo, mas penalizadores de doentes crônicos e idosos pobres, abandonando os planos de livre escolha (seguros indenizatórios); e
- enfraquecimento das bases do seguro social do *Medicare* e seu comprometimento com o universalismo.

Em função desses argumentos, fizeram coro com Starr (1994), defendendo que “o modo mais prudente de os Estados Unidos controlarem os custos da atenção à saúde do envelhecimento e das pressões sobre o *Medicare* está em criar, como outras nações, um sistema de atenção à saúde universal que inclua os idosos. Separar os idosos no *Medicare* amplifica a real dimensão de pressões demográficas ao isolar uma população crescente em sua própria base de financiamento” (MARMOR; OBERLANDER, 1998).

Os argumentos por maior intervenção governamental no setor são usualmente combinados a uma perspectiva comparativa entre os EUA e o Canadá e a Europa Ocidental. Em linhas gerais, os EUA são apresentados em grandes números como tendo um sistema de saúde caro e sem ganhos de qualidade proporcional aos custos.

Os dados para 1997 da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) para 29 países industrializados mostravam que os gastos *per capita* do EUA continuam sendo os maiores (\$ 3.925), seguido pela Suíça (\$ 2.547), embora no período 1960-1997 a taxa de crescimento tenha sido similar à média da OECD. Os gastos proporcionais ao PIB dos EUA são também os maiores (13,5%). Em contrapartida, 24 dos 29 países apresentaram ao menos 99% dos cidadãos com cobertura de saúde (cobertura universal). Nos EUA, a cobertura assegurada pelos governos (*Medicare*, *Medicaid*, Serviço de Saúde Indígena, Serviço dos Servidores Cíveis e Cobertura aos Militares) subiu de 6,9% em 1960 para 33,3% em 1997, mas não evitou que cerca de 43 milhões de habitantes estivessem desprovidos de cobertura governamental ou de seguros privados (ANDERSON; POULLIER, 1999).

Esses números devem ser ainda observados, para fins de impacto nos orçamentos domésticos, levando-se em conta o elevado volume de desembolso direto por parte dos segurados decorrente do pagamento de prêmios e diversas formas de co-pagamento que atingem os beneficiários de planos patrocinados por empresas. Estudo recente para medir o impacto do desembolso direto (*out-of-pocket*) mostra que indivíduos de meia-idade não cobertos por seguros privados e não elegíveis ao *Medicare* apresentaram, após acompanhamento por dois anos, despesas diretas em saúde muito pouco superiores aos segurados. Para isso, recorreram a uma certa autolimitação no consumo médico e no acesso a redes sociais e ao *Medicaid* em situações mais agudas, buscando contornar o impacto das chamadas despesas catastróficas (JOHNSON; CRYSTAL, 2000).

Por sua vez, com relação à opinião pública comparada em cinco países desenvolvidos (Austrália, Canadá, Nova Zelândia, EUA e Reino Unido), Donelan (1999) assinalava que em nenhum deles se obteve maioria de satisfeitos. Há convergência nas opiniões. No caso americano, as falhas de cobertura mantêm barreiras de acesso e geram riscos financeiros, e 40% dos associados a planos de atenção gerenciada reclamam de dificuldades em acessar atenção especializada. Segundo a experiência européia, as reformas voltadas à oferta mostram-se mais bem-sucedidas que estratégias defendidas no contexto norte-americano voltadas à partilha de riscos ou ao controle de demanda. A convergência entre os modelos aponta para a regulação estatal e o equilíbrio entre funções do Estado (SALTMAN; FIGUERAS, 1998). O incrementalismo que predominou nos EUA ao longo do século XX gerou uma gama diferenciada, complexa e consolidada de interesses de clientelas, médicos, hospitais, empresas, assalariados, que dificultam a adoção de um sistema unitário de saúde nos Estados Unidos em um futuro próximo (KIRKMAN-LIFF, 1998).

■ 7. Estratégias de redução de custos de transação

O quadro discutido revela alta diversidade contratual, pluralismo e ação intensa de grupos de interesses e regimes regulatórios diversificados, nos quais os governos agem por meio de agências e como financiadores altamente relevantes. O atrito nas relações entre empregadores, empregados, empresas operadoras, prestadores individuais e coletivos é previsível. Soluções tradicionais no sentido de reduzir custos transacionais, como alta verticalização e integração completa de empresas e mercados de um lado (concentração), ou a criação de um sistema nacional público, de outro, não se mostram viáveis, em larga escala, no âmbito da estrutura de incentivos descrita ou mesmo em termos políticos. Dessa forma, novas estratégias têm sido observadas e se orientam nitidamente para novos mecanismos de governança nos quais grupos altamente relevantes são integrados e internalizam incentivos cujo objetivo principal está justamente em reduzir custos transacionais elevados característicos do *managed care* e das HMOs. São exemplos a disseminação de grupos de médicos provedores de serviços e as associações entre empresas compradoras de planos de saúde.

Com relação aos médicos, em função da persistência de esferas de autonomia e independência técnica, o custo da regulação do processo decisório desses profissionais mostra-se muito elevado e com impacto, muitas vezes, sobre a qualidade. Ademais, a renúncia ao controle e o uso extensivo dos mecanismos de *fee-for-service*, como visto, apresentam fortes efeitos sobre os custos. As inovações mais recentes desenvolvidas no Estado da Califórnia orientam-se para soluções nas quais os médicos se associam em empresas prestadoras de serviços para as HMOs e, mediante mecanismos de capitação e pré-pagamento, assumem o risco dos associados e as funções do *managed care*. O efeito esperado é que, interessados em manter qualidade (nível elevado de filiados), exerçam controle mais eficiente da atenção aos beneficiários. Dessa forma, os custos transacionais seriam reduzidos de modo substantivo. Os resultados, auspiciosos de início, mostram-se contraditórios segundo as últimas evidências empíricas.

O modelo da Califórnia expandiu-se rapidamente, chegando a cobrir cerca de 16 milhões de beneficiários por meio de HMOs que contratam em torno de 250 organizações de médicos. Esse amplo mercado, incentivado por decisões de agências reguladoras locais, no entanto encontra-se em crise, com as organizações médicas reduzindo a expansão territorial, a capitação para itens mais caros, como hospitais e medicamentos, e efetuando fusões entre grupos e consolidações com hospitais (ROBINSON, 2001). A aceitação do novo modelo, observado também em outras regiões do país, decorre da reação dos consumidores à forte integração da oferta de serviços promovida pelas HMOs.

Nesse sentido, as organizações médicas promovem um tipo de integração da assistência voltada a substituir a pulverização de contratos e as condições de acesso negociadas entre as HMOs e os médicos individuais. Caso essas inovações, em vez de alcançarem um equilíbrio em novo ponto, ajustado à vigente recessão econômica norte-americana, enfrentem um colapso, os motivos centrais seriam decorrentes do fato de os ganhos de eficiência obtidos pela expansão dos grupos médicos terem sido consumidos pela ineficiência característica de organizações grandes e complexas, especialmente quando resultantes de fusões e incorporações (ROBINSON, 2001).

Os fundamentos teóricos que sustentam a análise dos “custos de transação econômica” das empresas em ambiente de incerteza e orientam sobre qual a melhor escolha sobre o modo de produção de bens têm sido difundidos em pesquisas setoriais. Como visto, uma adaptação a partir de modelos industriais preconiza que sob certas condições as organizações têm duas opções: a verticalização integrada e hierarquizada de toda a produção ou a compra de componentes ou serviços de fornecedores especializados pela contratação no mercado competitivo.

Williamson (1985, 1996) argumenta que a verticalização e o mercado são mecanismos alternativos para lidar com transações. Quando a especificação dos contratos é difícil, em razão da complexidade, da incerteza e da informação inadequada, as firmas recorrem a métodos mais burocráticos para organizar a produção, por serem mais eficientes. As organizações procurariam sempre minimizar os custos de transação ao mesmo tempo que buscariam reduzir o risco do oportunismo.

Flynn e Williams (1997) destacaram a utilidade da teoria do custo de transação por chamar atenção para os processos de contratualização e para as estruturas de governança que orientam as escolhas estratégicas das organizações.

No núcleo dessa discussão, emergem considerações sobre os elevados custos de transação que envolve a compra e a venda de serviços ou a produção de bens públicos por terceiros. Como assinalam Appleby e Smith (1994), ratificando as idéias de Williamson, a contratualização no campo da saúde parece exigir altos custos de transação por serem os contratos caros para redigir, complicados para executar e difíceis para implementar. Essa contratualização exigiria melhorar o ambiente para a cooperação entre provedores e compradores, levando principalmente ao alongamento do período de validade dos contratos. Estes tenderiam a perder a lógica da negociação anual e ganhar a forma de acordo de longo prazo.

Os processos em curso na distribuição entre mercados e hierarquias, como apontado a partir de Williamson (1985), podem ser adaptados para compreender as soluções organizacionais em mercados de atenção à saúde. Dados obtidos em estudo sobre o modelo californiano de delegação do *managed care* para grupos médicos são ilustrativos (ROSENTHAL et al., 2001). Os dados obtidos mostram que os contratos por meio de capitação, de caráter prospectivo, e a absorção de parte dos riscos financeiros em conjunto com as HMOs são as características dominantes do modelo de financiamento. As respostas das organizações médicas, após a fase inicial de expansão desde finais da década de 1990, foram orientadas para a realização de parcerias com hospitais, além de maior utilização de empresas especializadas na administração de planos. Os resultados têm se orientado para um arranjo no qual predominam estruturas híbridas, porém de maior porte.

Esse modelo, ao preservar estoques de autonomia médica e delegar a microrregulação aos médicos, baseia-se no fato de os médicos serem incentivados, em nome do risco compartilhado com as HMOs, a agir adequadamente em termos do equilíbrio entre eficiência e qualidade. No entanto, autores apontam para a falta de um caso exitoso plenamente documentado em torno dessas expectativas. Para Casalino (2001), a experiência ainda não comprovou que esses novos arranjos coordenam a competição de modo adequado, pois as estruturas de incentivos estimulam mais as decisões em torno de alavancagem de mercado por grupos médicos e controle de custos, em vez de premiar de modo mais intenso os ganhos de qualidade e a própria eficiência de cada ato médico.

Com relação aos empregadores, que formam com os programas governamentais os principais financiadores das seguradoras e das operadoras de planos de saúde nos EUA, observam-se experiências na direção posta, ou seja, a busca por reduzir o grau de delegação da estrutura de oferta de serviços às HMOs. No caso, experiências recentes no Estado de Minnesota, também observadas em outras regiões do país, apontam para estratégias empresariais típicas do consumismo, em que os empregadores formam grupos de compradores, estruturam planos que, escolhidos pelos empregados, definem parcelas de prêmios, co-pagamentos e partilha de riscos segundo a oferta de serviços desejada. Nesse sentido, a formação de grupos de empregadores compradores mostrou-se uma resposta à espiral de custos transferidos pelas HMOs e pelas seguradoras.

Estudo sobre estratégias e perspectivas de empregadores aponta para a adesão a soluções onde predominem a concessão de benefícios segundo “contribuição definida”, embora as modalidades para a construção de tais modelos não sejam uniformes ou ao menos nítidas (TRUDE, 2002). Enquanto soluções nessa direção não ocorrem, os empregadores usam medidas que desviam os custos para os empregados segundo a utilização dos serviços.

A concessão de benefícios segundo uma combinação entre contribuição definida e compartilhamento de riscos entre empregadores e empregados pode ser vislumbrada a partir da formação de grupos de empregadores que comprem e formatam planos de saúde. A orientação aos consumidores tem sido praticada em casos como o do Minnesota (programa *Choice Plus*), em que a competição entre provedores de atenção à saúde é dirigida pelas escolhas dos consumidores por meio da formação de coalizões de compradores (CHRISTIANSON; FELDMAN, 2002).

■ 8. Considerações finais

Embora os termos do debate norte-americano apontem para a capacidade de controle de custos médicos e hospitalares pela atenção gerenciada, as evidências existentes não são uniformes. Como aponta a consistente meta-análise efetuada por Robinson e Steiner (1998), embora a maior parte dos estudos validados conclua pelo efetivo controle de custos, muitos chegaram a resultados contrastantes. A propalada tendência da atenção gerenciada em favorecer condições monopsonicas e a sua progressiva complexidade estrutural não asseguram de modo evidente sua eficiência sistêmica. Essas condições ocorrem quando existe apenas um plano (comprador) em um mercado local, mas existem múltiplos vendedores competidores daquele serviço e uma curva de oferta em nível de mercado inclinada para cima (oferta elástica). Para Pauly (1998), nessas condições os planos de saúde que utilizam seu poder de mercado para reduzir o gasto médico podem afetar o bem-estar de médicos especialistas e de consumidores. Nesse caso, a condição monopsonica seria ineficiente, comprometendo a suposta capacidade de controlar custos. A ineficiência decorreria do aumento do custo marginal, gerando equilíbrios a preços acima dos observados em mercados competitivos (não monopolizados, não monopsonicos). Como aponta, a difusão do *managed care* (comparado ao seguro convencional) é acompanhada pela redução nas quantidades de alguns serviços, especialmente os relativos aos pacientes internados.

Seguindo o mesmo ceticismo acerca da capacidade de controle de custos via *managed care*, Gold (1999) descreveu alguns cenários para o modelo norte-americano:

- pluralismo continuado: o sistema manter-se-ia pluralista, com peso substancial do setor privado e a presença continuada de uma grande população não segurada demandando alternativas;
- reforço no papel do comprador e impulso à atenção gerenciada: compradores públicos ou privados dominariam a cena política, favorecendo os mecanismos de

atenção gerenciada e maior diversidade de produtos como resposta a uma crescente filiação aos planos;

- aumento na partilha de custos dos empregados: em 1996, os empregados pagavam em média cerca de 30% do prêmio para cobertura familiar e 22% para individual (em 1988 era de 26% e 10%, respectivamente). Entre 1980 e 1993, a participação daqueles com cobertura individual sem custo caiu de 72% para 37%; e
- mudanças contínuas e lentas na prática clínica: a oferta clínica responderia à tendência dos sistemas de saúde de serem cada vez mais submetidos a avaliações.

Conforme a análise aqui efetuada, sejam as estratégias reformadoras voltadas ao universalismo ou ao *laissez-faire*, todas destacam o complexo cada vez mais heterogêneo de práticas profissionais e formas organizacionais envoltas no conceito de atenção gerenciada alvo de estreita atenção.

Problemas informacionais são enfrentados por fiscalização, difusão de informações, avaliação de solvência, conhecimento de custos e padrão de utilização de serviços. Além disso, organismos de defesa de direitos dos consumidores são elementos cada vez mais ativos no jogo regulatório. Certamente, a difusão de informações e as medidas orientadas a maior transparência são necessárias e seus efeitos bem estabelecidos. A simples publicação de resultados operacionais e de indicadores de qualidade mostra efeitos positivos no desempenho de hospitais (HIBBARD et al., 2003). Os temas aqui discutidos enfatizam, no entanto, a dimensão marcante das relações contratuais entre agentes, a ação governamental e o peso que os cálculos sobre os custos contratuais possuem sobre a decisão entre verticalizar (integrar os processos no âmbito da hierarquia das empresas) ou terceirizar.

Problemas relacionados ao grau de verticalização do mercado e a integração das empresas dizem respeito aos tipos de contratos e modelos de governança adotados. Nesse enfoque institucionalista, a questão central não estaria no número de empresas em competição, nem na adoção do pressuposto de que o melhor equilíbrio está associado ao maior número de competidores. A questão principal remete à redução do “atrito” e aos custos políticos e administrativos associados aos contratos e ao tipo de governança. A ação reguladora estatal poderia, dessa forma, reorientar sua atuação no sentido de favorecer as melhores e mais fluidas relações contratuais, mesmo que à custa de um número mais reduzido de competidores.

■ 9. Referências

ANDERSON, Gerard F.; POULLIER, Jean-Pierre. Health spending, access, and outcomes: trends in industrialized countries. **Health Affairs**, v.18, n.3, p.178-192, May/June, 1999.

ANDERSON, G. F.; REINHARDT, U. E.; HUSSEY, P. S.; PETROSYAN, V. It's the prices, stupid: why the United States is so different from others countries. **Health Affairs**, v.22, n.3, p.89-105, 2003.

APPLEBY, J. **Monitoring managed competition in evaluating the NHS reforms**. London: King's Fund Institute, 1994.

ARMSTRONG, M., COWAN, S.; VICKERS, J. **Regulatory reform: economic analysis and British experience**. Cambridge: The MIT Press, 1995.

AYRES, I.; BRAITHWAITE, J. **Responsive regulation: transcending the deregulation debate**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

BRENNAN, T. A. The role of regulation in quality improvement. **The Milbank Quarterly**, v.76, n.4, 1998.

CASALINO, L. Canaries in a coal mine: California physician groups and competition. **Health Affairs**, v.20, n.4, p.97-107.

CHRISTIANSON, J. B.; FELDMAN, R. Evolution in the buyers health care purchasing initiative. **Health Affairs**, v.21, n.1, p.76-88, 2002.

DONELAN, Karen; BLENDON, Robert J.; SCHOEN, Cathy; DAVIS, Karen; BINNS, Katherine. The cost of health system change: public discontent in five nations. **Health Affairs**, v. 18, n. 3, p. 206-216, May/June 1999.

DRAPER, Debra A.; HULLEY, Robert E.; LESSER, Cara S.; STRUNK, Bradley C. The changing face of managed care. **Health Affairs**, v.21, n.1, p.11-23, Jan./Feb. 2002.

ENTHOVEN, A. C.; SINGER, S. J. Markets and collective action in regulating managed care. **Health Affairs**, v.16, n.6, p.26-35, 1997.

FLYNN, R.; WILLIAMS, G. **Contracts for health: quasi-markets and the National Health Service**. Oxford: Oxford University Press, 1997.

HEFFLER, S.; SMITH, S.; KEEHAN, S.; CLEMENS, M.K.; ZEZZA, M.; TRUFFER, C. Health spending projections through 2013. **Health Affairs**, p. 79-92, Feb., 2004. Disponível em: <www.healthaffairs.org>.

HIBBARD, Judith, H.; STOCARD, J.; TUSLER, M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? **Health Affairs**, v.22, n.2, p.84-100, 2003.

JOHNSON, R. W.; CRYSTAL, S. Health insurance and health plan choice: uninsured status and out-of-pocket costs at midlife. **Health Services Research**, v.35, n.5, parte I, p.911-931, 2000.

KIRKMAN-LIFF, B. The United States. In: HAM, C. (Ed.). **Health care reform: learning from international experience**. London: Open University Press, 1998. p. 21-45.

LAFFONT, J. J.; TIROLE, J. **A theory of incentives in procurement and regulation**. Cambridge: The MIT Press, 1993.

LEVIT, K.; COWAN, C.; LAZENBY, H. Health spendings in 1998: signals of change. **Health Affairs**, v.19, n.1, p.124-132. 2000.

MARMOR, Theodore R. **Understanding health care reform**. New Haven/London: Yale University Press: 1994.

MARMOR, Theodore R.; OBERLANDER, Jonathan. Rethinking medicare reform. **Health Affairs**, v.17, n.1, p. 52-68, Jan./Feb. 1998.

MORAN, D. W. Federal regulation of managed care: an impulse in search of a theory? **Health Affairs**, v.16, n.6, p.7-21, 1997.

PAULY, Mark V. Managed care, market power, and monopsony. **Health Services Research**, v.33, n.5, parte II, p. 1439-1459, Dec. 1988.

RAFFEL, M. W.; RAFFEL, N. K. The health system of the United States. In: RAFFEL, M. W. (Ed.). **Health care and reform in industrialized countries**. Pennsylvania State University Press, 1997.

ROBINSON, J. C. Physician organization in California: crisis and opportunity. **Health Affairs**, v.20, n.4, p.81-96, 2001.

ROBINSON, R.; STEINER, A. **Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service**. London: Open University Press, 1998.

ROSENTHAL, M. B.; FRANK, R. G.; BUCHANAN, J. L.; EPSTEIN, A. M. Scale and structure of capitated physician organizations in California. **Health Affairs**, v.20, n.4, p. 109-119, 2001.

SALTMAN, Richard B.; FIGUERAS, Josep. Analysing the evidence on european health care reforms. **Health Affairs**, v.17, n.2, p.85-108, Mar./Apr.1998.

SHORT, P. M.; GRAEFE, D. R. Battery-powered health insurance ? Stability in coverage of the uninsured. **Health Affairs**, v.22, n.6, p.244-255, 2003.

STARR, Paul. **The logic of health care reform: why and how the President's Plan will work**. New York: Penguin Books, 1994.

TRUDE, S.; CHRISTIANSON, J. B.; LESSER, C. S.; WATTS, C.; BENOIT, A. M. Employer-sponsored health insurance: pressing problems, incremental changes. **Health Affairs**, v.21, n.1, p.65-75.

TURNOCK, B. J.; ATCHINSON, C. Governmental public health in the United States: the implications of federalism. **Health Affairs**, v.21, n.6, p.68-78, 2002.

WILLIAMSON, O. **The economic institutions of capitalism**. New York: The Free Press, 1985.

WILLIAMSON, O. **The mechanisms of governance**. New York: Oxford University Press, 1996.

ZELMAN, Walter; BROWN, Lawrence D. Looking back on health care reform: no easy choices. **Health Affairs**, v.17, n.6, p.61-68, Nov./Dec.1998.

seção 3

Países Pertencentes ao Mercosul

CAPÍTULO 6

SISTEMA DE SAÚDE DA ARGENTINA: ASPECTOS GERAIS, REFORMAS E RELAÇÕES COM O SETOR PRIVADO

Sérgio Francisco Piola

Médico com especialização em saúde pública e em elaboração e análise de projetos. Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Maria de Lourdes Cavalcante

Médica com especialização em medicina preventiva e social, mestrado em saúde pública e doutorado em saúde da mulher e da criança pela Fiocruz. Professora adjunta da UFRJ.

■ 1. Introdução

1.1 Organização política

A organização política da Argentina é de república federal. O país está constituído por 23 províncias e uma capital federal, também autônoma, e por mais de 1.600 municípios. As províncias mantêm todo o poder que não tenha sido expressamente delegado ao governo central. A Constituição Nacional constitui a lei suprema, e suas disposições devem sujeitar-se à legislação, seja nacional, seja provincial. A saúde é uma das áreas não delegadas pelas províncias ao governo central. Assim, pela Constituição, as províncias argentinas têm autonomia em matéria de saúde.

1.2 Características gerais

a) Contexto econômico e social

A Argentina serviu como palco, na década de 1990, para o exercício de ousadas políticas no campo econômico. As políticas praticadas após a introdução do plano de convertibilidade incluíam câmbio fixo com paridade entre o peso e o dólar estadunidense, liberação comercial e financeira, privatizações e desregulações. Estas políticas se permitiram, de início, um bom desempenho do PIB, por outro, foram acompanhadas por efeitos adversos, como a concentração econômica e a pauperização de importantes segmentos da população (ZEBALLOS, 2003).

Efetivamente, entre 1991 e 1998, o PIB apresentou um crescimento quase constante. Contudo, a partir de 1999, a falta de sustentabilidade do modelo adotado, acoplada à restrição dos fluxos financeiros internacionais, fez estancar o crescimento do produto, que passou a apresentar taxas negativas.

Tabela 1 - PIB a preços de mercado, valor agregado a preços do produtor (em milhões de pesos a preços de 1993)

Ano	PIB	Varição percentual
1991	201.806	10,3
1992	225.591	10,3
1993	236.505	6,3
1994	250.308	5,8
1995	243.186	-2,8
1996	256.626	5,5
1997	277.441	8,1
1998	288.123	3,9
1999	278.320	-3,0
2000	276.948	-0,5
2001	268.370	-4,7

Fonte: ZEBALLOS, 2003

No tocante às condições de emprego, observa-se que mesmo no período de maior crescimento da economia (1991 a 1994) a taxa de desemprego foi crescente, alcançando em 1995 a taxa de 18,4%, a mais elevada da década. Entre 1996 e 1998, o desemprego decresceu, mas, a partir de 1999, no período de recessão, a taxa de desemprego voltou a subir. Além disso, mesmo no período de crescimento econômico (1991 a 1994 e 1996 a 1998) a taxa de emprego não apresentou incremento significativo (Tabela 2).

Tabela 2 - Taxa de emprego e desemprego, 1991 a 2001

Ano	Taxa de emprego	Taxa de desemprego
1991	36,8	6,9
1992	37,1	6,9
1993	37,4	9,9
1994	36,7	10,7
1995	34,8	18,4
1996	34,0	17,1
1997	35,3	16,1
1998	36,9	13,2
1999	36,6	14,5
2000	35,9	15,4
2001	35,8	16,4

Fonte: ZEBALLOS, 2003

A maior parte dos empregos perdidos foram no mercado formal, conseqüentemente os mais estáveis e mais bem remunerados, que foram substituídos por ocupações de menor qualidade, principalmente no setor de serviços.

A deterioração da situação econômica levou a um empobrecimento da população. Pesquisa Permanente de Domicílios, realizada em 2002 pelo Indec, revelou um grande incremento na população considerada pobre ou indigente: 57,5% da população (cerca de 13,8 milhões de pessoas) estavam abaixo da linha de pobreza¹ e 27,5% (cerca de 6,6 milhões de pessoas) estavam abaixo da linha de indigência.² Em 2000 e 2001, segundo dados do Siempro, o percentual da população considerada abaixo da linha de pobreza era de 28,9% e 35,4%, e a de indigência, de 7,7% e 12,2%, respectivamente, o que demonstra os efeitos avassaladores do aguçamento da crise econômica sobre a população argentina.

¹ A linha de pobreza é estabelecida a partir da renda dos domicílios. Estão abaixo da linha da pobreza os domicílios cuja renda é insuficiente para comprar um conjunto de bens e serviços alimentares, de vestimenta, transporte, etc.).

² A linha de indigência compreende aqueles domicílios cuja renda é inferior à necessária para comprar uma cesta básica de alimentos, capaz de satisfazer um mínimo de necessidades energéticas.

b) Contexto demográfico

A população da Argentina é estimada em cerca de 37,5 milhões de habitantes em 2003. A população está espacialmente bastante concentrada: quase a metade (47%) localiza-se na província de Buenos Aires, onde se situa a cidade autônoma de Buenos Aires. De acordo com os Indicadores Básicos de 2003, publicado pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde com base nos dados do Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001, 87,2% da população vivia em áreas urbanas. O maior índice de urbanização foi encontrado na cidade autônoma de Buenos Aires (100%) e os menores nas províncias de Santiago del Estero (60,7%) e Misiones (62,5%). A proporção da população de 65 anos ou mais é de 9,69% para o país, com os valores extremos de 16,8% para a cidade autônoma de Buenos Aires e de 1,88% para a Terra del Fuego. Os menores de 15 anos têm uma participação de 27,74% na população total, com índices que variam entre 36,68% na Terra del Fuego e 17,52% na província de Buenos Aires. A taxa de crescimento anual médio da população é baixa (1,19%), ainda que sete províncias apresentassem taxas de crescimento anual superiores a 2%.

A esperança de vida, uma das mais altas da América Latina, é estimada, para o período 2000-2005, como de 74,2 (70,64 para homens e 77,74 para mulheres).

c) Situação epidemiológica

Apesar de os indicadores de saúde evidenciarem a transição epidemiológica para um perfil mais desenvolvido, persistem áreas e grupos populacionais em situação sanitária ainda bastante insatisfatória.

A mortalidade infantil, que era de 25,8 por mil nascidos vivos em 1985, caiu para 16,3 por mil nascidos vivos em 2001. No período entre 1990-1999, a mortalidade infantil teve uma queda de 31,3%, com diferenças significativas entre as províncias. Nas províncias mais ricas, a taxa de mortalidade infantil ficou entre 9,6 e 15 por mil nascidos vivos, enquanto nas províncias mais pobres foi superior a 23 por mil nascidos vivos.

Atualmente, dois terços das mortes infantis são neonatais. Em 2000, de cada duas mortes infantis, uma foi por causa evitável em todas as províncias. Em 2001, foram registrados 206 óbitos de menores de 5 anos por diarreia e 528 óbitos por insuficiência respiratória aguda (IRA). A quase totalidade dos partos (98,5%) ocorre em instituições hospitalares. A percentagem de nascidos vivos com insuficiência de peso (menos de 2,5 kg) é de 7,4%.

A taxa de mortalidade materna, expressada por 10 mil nascidos vivos, foi de 4,3 em 2001, variando de 9,5/10.000 na região Nordeste (Chaco, Corrientes, Formosa e Misiones) a 2,5/10.000 na região central (Cidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Entre Rios e Santa Fé).

A principal causa de morte foram, em 2001, as doenças do aparelho circulatório, com uma taxa bruta de 250,61 mortes por 100.000 habitantes. As neoplasias, com uma taxa de 148,88/100.000 foram a segunda causa de morte, enquanto as infecciosas e parasitárias, com uma taxa de 69,62/100.000, foram a terceira causa. Em 1999, foram registradas 11.871 mortes por tuberculose, muitas vinculadas à Aids. As causas externas, com uma taxa de 53,13/100.000, são a quarta causa de morte. As causas externas e as neoplasias responderam pela maior quantidade de anos potenciais de anos de vida perdidos em 2001, com taxas de 164,08 e 108,04 anos por 10 mil habitantes, respectivamente (MS/OPS, Indicadores Básicos, 2003).

Segundo dados de 2000, as doenças cardiorrespiratórias representavam 33% do total das mortes; os tumores malignos, 20%; as causas externas, 7%; e as enfermidades infecciosas e parasitárias, 4,7%, enquanto o percentual de mortes por causas maldefinidas foi de 6,7%.

Em relação às doenças transmissíveis, merece destaque a Aids (1.640 casos notificados em 2001 e 1.070³ em 2002), a tuberculose (11.525 casos em 2002) e a ocorrência de dois casos de tétano neonatal em Misiones em 2002, bem como de 18 casos de tétano não-neonatal. Com relação ao sarampo, em 2001 e 2002, não houve notificação de casos.

■ 2. Estrutura do sistema de saúde

2.1 Organização geral

O sistema de saúde da Argentina pode ser definido como abrangente em termos de cobertura, segmentado em relação ao número de fundos de financiamento e de relações interinstitucionais e caracterizado por um elevado estágio de separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços (MACEIRA, 2003).

De acordo com relatório da OPAS (2002), o setor saúde da Argentina estrutura-se com base em três subsetores principais:

3 Número sujeito a revisão por causa do atraso nas notificações.

- (a) um subsetor público, com financiamento e provisão públicas, integrado pelas estruturas administrativas provinciais, municipais e nacional (responsáveis pela condução setorial em suas respectivas áreas de competências) e uma rede pública de prestação de serviços;
- (b) um subsetor de seguro social obrigatório, que se organiza em torno das denominadas Obras Sociais (nacionais e provinciais). As Obras Sociais Nacionais, em torno de 270 instituições, são organizadas por ramo de atividade produtiva, gerenciadas, em sua maior parte, por sindicatos de trabalhadores, coordenadas por uma instituição de caráter nacional (Superintendência de Serviços de Saúde). Às Obras Sociais Provinciais, em número de 23, encontram-se filiados os empregados públicos em cada província. Adicionalmente, existe o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSPJ), que é responsável pela execução do Programa de Assistência Médica Integral (Pami), destinado ao atendimento de aposentados e pensionistas. A maioria das Obras Sociais tem pequena capacidade instalada própria, como consequência atendem seus beneficiários por intermédio de contratos com terceiros;
- (c) um subsetor privado, integrado por profissionais e estabelecimentos de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, etc.) que atendem demandantes individuais e, principalmente, os beneficiários das Obras Sociais mediante acordos individuais e coletivos, e as entidades de seguro voluntário, chamadas Empresas de Medicina Pré-Paga.

Na década de 1990, ocorreram importantes mudanças na cobertura provida pelo setor saúde. Em 1997, cerca de 22,2 milhões de argentinos, 62,3% da população, tinham algum tipo de cobertura por meio de obra social, mutual ou medicina pré-paga. Em 2001, esse número caiu para 20,6 milhões, representando 56,9% da população. Como consequência, a população dependente de cobertura provida por meio do setor público passou de 13,4 milhões (37,7%) para 15,6 milhões em 2001 (43,2%). Além disso, as medidas de reforma e a forte crise econômica praticamente eliminaram a dupla cobertura (obra social e pré-paga). Em 1991, em torno de 4,5 argentinos declaravam ter dupla cobertura. Esse montante cai para 1,5 milhão em 1997 e quase desaparece (400 mil) em 2001 (TOBAR, 2003).

2.2 O setor público

As províncias são responsáveis pela proteção e pela assistência à saúde da população. Os municípios podem realizar ações de saúde, de forma independente, o que ocorre, principalmente, entre os municípios de maior poder econômico. O governo central está presente nas províncias por meio de Delegacias do Ministério da Saúde,

da Superintendência de Serviços de Saúde, da Superintendência de Riscos do Trabalho e da Superintendência das Administradoras de Fundos de Aposentadorias e Pensões. O Ministério da Saúde e Assistência Social (MSAS) conta, também, com diversos organismos descentralizados, como a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia (Anmat), a Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde (Anlis); o Instituto Nacional Central Único Coordenador de Captação e Implantes (Incucai); o Centro Nacional de Reeducação Social (Cenareso) e o Instituto Nacional de Reabilitação e Promoção de Pessoas com Incapacidades. Também dependem do MSAS alguns hospitais nacionais (três) que não foram descentralizados e, de certa forma, a obra social de maior número de beneficiários do sistema, que é o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas, cujo orçamento foi incorporado ao orçamento nacional a partir de 2002 (OPAS, 2002). Cerca de 43% da população depende da oferta pública - hospitais e centros de saúde. Teoricamente, essa população tem uma cobertura mais incerta, pois depende, basicamente, da capacidade pública instalada.

2.3 A seguridade social

a) Obras sociais nacionais

As Obras Sociais Nacionais cobrem uma população de aproximadamente 11,6 milhões de pessoas e atuam, basicamente, como agências gerenciadoras de recursos, uma vez que a prestação de serviços é feita, majoritariamente, por meio de contratos com o setor privado.

As Obras Sociais são financiadas com aportes dos trabalhadores e contribuições dos empregadores (Leis nº 23.660 e nº 23.661) sobre a folha de salário, inicialmente essas contribuições foram fixadas em 3% (trabalhadores) e 6% (empregadores) dos pagamentos ou folha de salário. A contribuição dos empregadores foi, durante os anos 1990, diminuída para 5%. Em 2002, no entanto, com a declaração do Estado de Emergência Sanitária, a contribuição dos empregadores foi restabelecida em 6%.

Com o objetivo de reduzir as desigualdades na prestação de serviços, a Lei nº 23.660 criou o Fundo Solidário de Redistribuição, que seria financiado com 10% da arrecadação das Obras Nacionais Sindicais e 15% da arrecadação das Obras Sociais de Pessoal de Direção e das Associações Profissionais de Empresários. Recentemente, na legislação de emergência (Decreto nº 486/02), esses valores foram aumentados em cinco pontos percentuais para os aportes e as contribuições incidentes sobre as remunerações que superam o montante de 1000\$ mensais.

Maceira, analisando as obras sociais nacionais segundo o porte, encontrou que 60 obras sociais são muito pequenas (até 1.000 beneficiários), 108 podem ser classificadas como pequenas (entre 1001 e 10.000 beneficiários), 80 têm tamanho intermédio (entre 10.001 e 100.000 beneficiários) e somente 20 podem ser classificadas como de grande porte (mais de 100.000 beneficiários) (MACEIRA, 2002). Ademais, os salários médios dos assegurados nas diferentes obras sociais também são muito heterogêneos, tanto nas muito pequenas como nas de grande porte. Maceira encontrou uma variação de salário médio de 221\$ a 3.342\$ entre as muito pequenas e de 382\$ e 2.715\$ entre as grandes. Naturalmente, essas diferenças de porte e capacidade contributiva geram diferenças no atendimento que têm de ser enfrentadas pela administração pública.

A forma encontrada para enfrentar essas desigualdades foi a instituição do Plano Mínimo Obrigatório (PMO), que estabelece o conjunto de prestação que deve ser oferecido aos beneficiários das obras sociais e estabelece também, com recursos do Fundo de Solidariedade, um subsídio a todo assegurado cujos aportes e contribuições sejam inferiores a 40\$, correspondente à diferença entre o valor do aporte e da contribuição e esse valor.

b) Obras sociais provinciais

A Argentina conta com 23 Obras Sociais Provinciais (OSPr), bastante heterogêneas entre si. Em um país federal, essas Obras Sociais não contam com estruturas que promovam redistribuição de fundos, que estabeleçam pacotes básicos de serviços ou mecanismos homogêneos de fiscalização da qualidade da atenção. Contam, atualmente, com uma cobertura de 5,2 milhões de beneficiários e respondem, aproximadamente, por 14% da população (MACEIRA, 2002).

As OSPr foram criadas por leis e decretos dos respectivos governos provinciais para atender os empregados públicos e seus familiares, incluindo também os trabalhadores das municipalidades integrantes da província.

Há uma grande dispersão quanto ao número de afiliados, que variam de 404.655 na loma de Buenos Aires e 101.363, na lapa de Santá Fé, até a Obra Social Provincial de Corrientes, que tem apenas 954 afiliados, num total de cerca de 1.025.000 afiliados (dados de 1999). As OSPr são financiadas com aportes dos empregados públicos e com recursos fiscais das províncias. Praticamente não possuem rede própria, brindando seus serviços por intermédio da rede privada e têm escassa conexão com os serviços públicos de saúde (MERA; BELLO, 2003).

2.4 Subsetor privado

Segundo dados da Associação de Entidades de Medicina Privada (Ademp), uma das associações que congregam as entidades de medicina pré-paga, a população coberta por planos e seguros de saúde privados era de cerca de 2,7 milhões de pessoas em 2001. Dessas, 71,2% estavam associadas a entidades de medicina pré-paga, 15,5% a afiliados de obras sociais de direção, na qualidade de segurados voluntários, e 13,3% a hospitais de comunidade (MERA; BELLO, 2003).

Em 1997 existiam 269 instituições em atividade no país. Desse total, 57 eram afiliadas à Ademp, 16 à Cimara, 8 a ambas e 188 não tinham filiação. Há grande concentração no subsetor. Segundo dados desse ano, 10 instituições respondiam por 50% do faturamento total e por 41% do total de afiliados. As empresas com maior número de afiliados eram a Amsa, TIM e Galeno Life, Medicus e Swiss Medical, congregando 25% do total de afiliados (AHUAD et al., 1999).

Dados mais recentes indicam a existência de 270 instituições de medicina pré-paga, com 80 agrupadas em Câmaras (Ademp e Cimara) e 190 não vinculadas. Dessas, 158 localizam-se em Buenos Aires em área conurbada, e as demais, no restante do país. A concentração não se modificou: 10 empresas líderes mantêm 50% do faturamento e 40% dos afiliados. Os prêmios mensais médios variam entre 190\$ por afiliado ao mês para os planos integrais a menos de 40\$ por afiliado ao mês para planos parciais.⁴

A inserção das entidades de medicina pré-paga no sistema de saúde faz-se de diferentes formas: (i) como contratantes de seguros médicos individuais privados; (ii) como contratantes do gerenciamento de serviços para a população vinculada a uma obra social;⁵ (iii) como entidades fornecedoras de serviços complementares ou suplementares aos oferecidos pelas Obras Sociais (MERA; BELLO, 2003).

Existem diversos tipos de organizações que oferecem sistemas de cobertura médica privada por sistema de pré-pagamento: (i) sociedades comerciais de diversas naturezas; (ii) sociedades cooperativas e mutuais; (iii) hospitais privados e fundações; (iv) associações e colégios profissionais; (v) obras sociais mediante planos de adesão voluntária (ALAMI, 2002).

Os representantes da medicina pré-paga reclamam de um tratamento tributário diferenciado conferido a essas instituições. O Imposto de Renda alcança as instituições

4 Armando Reale no Seminário A Regulação das Relações entre o Público e o Privado nos Sistemas de Saúde das Américas, Rio de Janeiro, 1º e 2 de dezembro de 2003.

5 A existência de acordo entre Obra Social e entidade de medicina pré-paga, segundo o presidente da Ademp, serve de estímulo para a transferência de afiliados para essa Obra Social.

de medicina pré-paga, mas deixa isentas, por exemplo, as sociedades civis sem fins lucrativos, as fundações, etc. Recentemente, o IVA foi estendido à medicina pré-paga, bem como a hospitais de comunidade, cooperativas, mutuais e fundações, mas não incide sobre as Obras Sociais (ALAMI, 2002).

Quanto à forma de remuneração dos prestadores de serviços, as instituições de medicina pré-paga durante muito tempo utilizaram-se do sistema de pagamento por prestação, dentro de um sistema de reembolso. Nos últimos anos, no entanto, começaram a utilizar outros modelos de pagamento, como por capitação, por módulos, por consulta integrada e outros.

No tocante à regulação, segundo o documento supracitado da Alami, não existe na atualidade uma regulação específica para as instituições de medicina pré-paga, a não ser em algumas províncias, como Chaco e Santa Fé, por exemplo. Na maior parte das províncias, essas instituições são regidas pelo Código de Comércio, de acordo com o tipo de instituição. A legislação sanitária é aplicada somente às instituições que têm serviços assistenciais próprios. A proteção dos usuários desse subsistema é feita pela Lei de Defesa do Consumidor, sob os auspícios da Secretaria de Comércio.

Desde 1996 (Lei nº 24.754), as instituições de medicina pré-paga estão obrigadas a ofertar o Programa Médico Obrigatório (PMO). Iniciativas mais abrangentes de regular o funcionamento dessas instituições tramitam no Poder Legislativo.

■ 3. Recursos físicos e humanos

a) Rede hospitalar

Em 2000, a capacidade instalada em termos de leitos hospitalares era de 153.065 leitos (4,13 leitos/1.000 habitantes). Desse total, 53,45% eram leitos do setor público e 43,9% do setor privado. No setor privado, estabelecimentos hospitalares agregam-se em torno de três organizações principais:

- (i) a Acami congrega os hospitais de comunidade ou confessionais (sem fins lucrativos), menos de vinte instituições, que são, em geral, mais sólidas economicamente;
- (ii) a Adecra-ConfeSalud agrega cerca de oitocentas instituições com finalidade lucrativa;
- (iii) a Caes-Confeclisa nucleia cerca de 1.200 estabelecimentos de pequeno porte, geralmente semicooperativas médicas, que funcionam sob diferentes formas societárias (OPAS, 2003).

As Obras Sociais, que trabalham basicamente por meio da contratação de serviços junto à rede privada, possuem um pequeno número de leitos próprios: 2,5% da capacidade instalada total.

Tabela 3 - Argentina: leitos hospitalares, segundo a vinculação institucional do estabelecimento, 2000

Vinculação institucional	Número de leitos	%
Setor público	81.816	53,4
Obras sociais	3.947	2,6
Setor privado	67.233	43,9
Mista	69	
Total	153.065	100,0

Fonte: MERA; BELLO, 2003

A maior parte dos leitos públicos são administrados pelas províncias (66,7%) e pelas municipalidades (26,6%). Apenas 6,25% dos leitos ainda são administrados pelo governo da nação.

Tabela 4 - Argentina: Distribuição dos leitos do setor público, segundo vinculação administrativa, 2000

Vinculação administrativa	Número de leitos	%
Nação	5.113	6,25
Províncias	54.556	66,7
Municípios	21.733	26,6
Mista	414	0,45
Total	81.816	100

Fonte: MERA; BELLO, 2003

b) Recursos humanos

Há grande variabilidade nos dados sobre o pessoal ocupado no setor saúde na Argentina. Estimativas feitas em 1998 pela Rede Nacional do Observatório de Recursos Humanos em Saúde na Argentina trazem um dado parcial de 440.100 trabalhadores, cerca de 3% da população economicamente ativa. Estimativas da Pesquisa Permanente de Domicílios (EPH), com cobertura de 66% das áreas urbanas, calculam essa força de trabalho em 465 mil em 2002 (MERA; BELLO, 2003).

Os dados de 1998 mostram que existia um estoque de 108 mil médicos (24,7% da força de trabalho setorial). A relação era de um médico para cada 332 habitantes do país, mas essa distribuição é bastante heterogênea, variando de um médico para cada 95 habitantes na cidade de Buenos Aires para um médico para cada 962 habitantes na Terra do Fogo. Essas disparidades repetem-se com relação à distribuição de outros profissionais, como, por exemplo, odontólogos. Havia um total de 28.900 profissionais, a média do país era de um odontólogo para cada 1.267 habitantes, enquanto em Buenos Aires havia um odontólogo para cada 367 habitantes. Além disso, como ocorre na maioria dos países da América Latina, a relação enfermeiro/médico é bastante baixa: cerca de 0,27 enfermeiro por médico (MERA; BELLO, 2003). A maioria dos profissionais e técnicos da saúde exerce suas atividades no setor público/seguridade social e no setor privado. A dedicação exclusiva tem caráter excepcional.

■ 4. Financiamento e gasto

4.1 Financiamento

O financiamento do sistema de saúde argentino é feito com recursos originários de três fontes principais: (i) recursos fiscais, correspondentes aos recursos do setor público, nacional, provincial e municipal, originários de impostos diretos (sobre renda e riqueza) e indiretos (sobre a produção, a circulação e o consumo de bens e serviços - IVA, impostos internos, etc.); (ii) contribuições sociais, que são cotizações de trabalhadores e empregadores, descontados sobre a folha de salário, e que se destinam às Obras Sociais Nacionais e Provinciais. Atualmente, esses descontos correspondem a 3% (aporte do segurado) e 6% (contribuição do empregador) da remuneração. Adicionalmente, existem cotizações específicas para trabalhadores sem vínculo empregatício (autônomos) e uma contribuição de 2% sobre a folha de salários, a cargo dos empregadores, para custeio do Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões (que atende os aposentados e os pensio-

nistas quando se desligam da obra social a que pertenciam quando em atividade); (iii) desembolso direto das famílias, seja na compra direta de bens (medicamentos, etc.) e serviços ou no pagamento de planos e seguros de saúde voluntários.

Estimava-se em 1997 que 22% dos recursos do sistema de saúde argentina tinham origem em recursos fiscais; 34% em contribuições sociais; 44% em desembolso direto (11% em prêmios de planos e seguros voluntários e 33% em outros gastos diretos com serviços e medicamentos) (TOBAR et al., op. cit.).

Considerando-se em conjunto os recursos fiscais e da seguridade como alocações do setor público, verifica-se que o setor público é o principal financiador da área de saúde, correspondendo a mais da metade (56%) dos recursos disponíveis. Apesar de um pouco majoritária, essa participação do setor público é inferior à média observada entre os países da OCDE, que é de 70%.

4.1.1 Evolução geral do gasto

Em 2001, o gasto total (público e privado) em saúde da Argentina foi estimado em 22.060 milhões de pesos ou de dólares⁶ (Tabela 5), quase o mesmo valor estimado para 1995, que foi de 22.105 milhões de pesos.

Tabela 5 - Argentina: evolução dos gastos em saúde, 1995-2001

Ano	Gasto (milhões de \$)	% do PIB	Gasto <i>per capita</i>
1995	22.105	8,6	635,8
1996	22.205	8,2	630,5
1997	23.701	8,1	652,9
1998	24.472	8,2	677,4
1999	24.840	8,7	678,7
2000	24.193	8,5	653,3
2001	22.060	8,2	909,0

Fonte e elaboração: TOBAR, 2002

⁶ Até janeiro de 2002 prevaleceu na Argentina a Lei de Convertibilidade, segundo a qual um peso argentino equivalia a um dólar americano. Por esse motivo, todos os valores apresentados para o período podem ser considerados indistintamente para ambas as moedas.

Como percentual do PIB, o gasto argentino oscilou entre 8,7% em 1999 e 8,1% em 1997 (Tabela 5), o que coloca a Argentina numa posição privilegiada em relação aos demais países da América Latina e bastante perto do valor médio dos países da OCDE (TOBAR, 2002) (Tabela 6).

Tabela 6 - Gasto em saúde como porcentagem do PIB em países selecionados, 1997

País	% do PIB
Alemanha	10,5
Uruguai	10,0
França	9,8
Colômbia	9,3
Itália	9,3
Holanda	8,8
Canadá	8,6
Espanha	8,0
Brasil	6,5
Chile	6,1
Reino Unido	5,8
México	5,6

Fonte: OMS - *Informe sobre la salud en el mundo, 2000*

O gasto *per capita* no período (Tabela 5) variou de um mínimo de 609\$ em 2001 a 678,7\$ em 1999, situando-se acima do gasto da grande maioria dos países latino-americanos, mas bastante abaixo de países europeus ou do Canadá (Tabela 7).

Tabela 7 - Gasto *per capita* em saúde em países selecionados, 1997**US\$ câmbio oficial**

País	<i>Per capita</i>
Alemanha	2.713
França	2.369
Holanda	2.041
Itália	1.855
Canadá	1.783
Reino Unido	1.303
Espanha	1.071
Uruguai	660
Brasil	319
Chile	315
Colômbia	247
México	240

Fonte: OMS - *Informe sobre la salud en el mundo, 2000*

4.1.2 Composição do gasto segundo agentes de financiamento

Uma forma de se analisar a composição do gasto em saúde é de acordo com os agentes de financiamento, ou seja, segundo a natureza das instituições que administram o gasto. A Tabela 8, a seguir, mostra a distribuição do gasto em 1995 e 2000, período em que o gasto nacional em saúde da Argentina apresentou um crescimento de 9,45% para logo no ano seguinte sofrer uma queda de quase 9%, baixando de 24.193 milhões de pesos no ano 2000 para 22.060 milhões de pesos em 2001. Comparando-se 1995 e 2000, observa-se que os maiores crescimentos ocorreram no gasto público (14,64%) e no gasto privado (11,56%), enquanto o crescimento dos gastos da seguridade social foi bem menor (3,79%). Como consequência, observou-se um crescimento na participação relativa dos gastos do setor público (excluída a seguridade) e do setor privado no gasto nacional total (Tabela 8).

Tabela 8 - Argentina: gasto em saúde, segundo agentes de financiamento, 1995 e 2000
(Em milhões de \$)

Agente	1995	%	2000	%	Var. %
Setor público	4.850	21,94	5.560	22,98	14,64
Min. Saúde da Nação	582	2,63	805	3,33	38,32
Min. Saúde Províncias	3.499	15,83	3.913	16,17	11,83
Sec. Saúde Províncias	769	3,48	842	3,48	9,49
Seguridade social	7.942	35,93	8.243	34,07	3,79
OS Nacionais	3.497	15,82	3.861	15,96	10,41
OS das Províncias	1.756	7,94	2.112	8,73	20,27
INSSJP	2.689	12,16	2.270	9,38	(15,58)
Setor privado	9.313	42,13	10.390	42,95	11,56
Desembolso direto	9.313	42,13	10.390	42,95	11,56
Total	22.105	100,00	24.193	100,00	9,45

Fonte: TOBAR, et al., 2002

No ano 2001, no entanto, observou-se uma queda generalizada nos recursos aplicados em saúde em relação ao ano 2000. Os recursos públicos decresceram em 8,24%, os da seguridade social em 10,24% e os gastos privados em 8% (Tabela 9).

Tabela 9 - Argentina: gasto em saúde, segundo agentes de financiamento, 2000 e 2001
(Em milhões de \$)

Agente	2000	%	2001	%	Var. %
Setor público	5.560	22,98	5.102	23,13	(8,24)
Min. Saúde da Nação	805	3,33	755	3,42	(6,21)
Min. Saúde Províncias	3.913	16,17	3.589	16,27	(8,28)
Sec. Saúde Províncias	842	3,48	758	3,44	(9,98)
Seguridade social	8.243	34,07	7.399	33,54	(10,24)
OS Nacionais	3.861	15,96	3.282	14,88	(15,00)
OS das Províncias	2.112	8,73	2.007	9,10	(4,97)
INSSJP	2.270	9,38	2.110	9,56	(7,05)
Setor privado	10.390	42,95	9.559	43,33	(8,00)
Desembolso direto	10.390	42,95	9.559	43,33	(8,00)
Total	24.193	100,00	22.060	100,00	(8,82)

Fontes: TOBAR et al., 2002

■ 5. Política de Medicamentos

A política de medicamentos da Argentina foi gerada em resposta à profunda crise de 2002, refletida em grande desabastecimento setorial. Os antecedentes da crise foram se desenhando mediante um sustentado aumento dos preços dos medicamentos, que cresceram, entre 1995 e 2001, a taxas bem superiores ao índice geral de preços. Na verdade, enquanto o IPC geral decresceu 31 pontos percentuais entre 1995 e 2001, os preços dos medicamentos elevaram-se 52 pontos (TOBAR et al., 2002).

A repercussão mais imediata da crise foi sobre o consumo privado de medicamentos, que teve uma queda de 25% só nos primeiros meses de 2002, o que teve como consequência o aumento da demanda no setor público, também combatido financeiramente (Ministério da Saúde/OPS/OMS, 2003).

Para enfrentar essa situação, o Ministério da Saúde tomou duas importantes medidas: (i) iniciou políticas de prescrição de medicamentos pelo nome genérico, mediante o decreto de emergência sanitária e, mais tarde, sob a forma de lei; (ii) desenvolveu o Programa Remediar, cujo objetivo é prover o acesso da população mais carente aos medicamentos essenciais ao tratamento das doenças de maior prevalência.

A adoção da prescrição pelo nome genérico teve resultados imediatos: a partir de junho de 2002, os preços dos medicamentos estabilizaram-se até o final do ano, conforme demonstra estudo de Tobar, que acompanhou a evolução do preço médio de 68 produtos de maior consumo.

A boa *performance* inicial da adoção da prescrição pelo nome genérico pode ser atribuída à grande dispersão dos preços no mercado, principalmente entre os medicamentos mais vendidos, e da boa aceitação da medida por parte dos profissionais de saúde. Segundo Tobar (2002), em dezembro de 2002, em média, 50% das receitas traziam o nome genérico dos medicamentos prescritos, e naqueles casos em que as receitas, além do nome genérico, traziam uma sugestão de nome de marca comercial, os farmacêuticos declararam que, em média, os pacientes preferiam o genérico em 30% dos casos.

Além disso, o Programa Remediar, que atua como um componente do Programa de Reforma da Atenção Primária de Saúde (Proaps), começou a distribuir cestas integradas por 26 medicamentos genéricos, em um total de 34 apresentações, a cerca de 2 mil Centros de Atenção Primária de Saúde (Caps).

Para financiar o Remediar, foi acordado o redirecionamento de parte dos recursos do Programa de Apoio à Reforma da Atenção Primária, financiado pelo BID, e aportados recursos nacionais adicionais. Ademais, pelo Decreto de Emergência Sanitária facultou-se

ao Ministério da Saúde estabelecer mecanismos de monitoramento dos preços dos medicamentos e insumos do setor saúde e de utilizar alternativa de compra direta diante de aumentos injustificados que pudessem afetar o acesso da população aos medicamentos essenciais.

■ 6. Reformas e marco regulatório

6.1 Reformas

Como em outros países da América Latina, a assistência à saúde na Argentina começou a se organizar de forma voluntária e espontânea. No final do século XIX e primórdios do século XX, as mútuas, organizações sociais autônomas em relação ao Estado, que se organizavam por comunidades étnicas, eram as formas predominantes. Paulatinamente, à solidariedade étnica associou-se a solidariedade laboral e começaram a ser criadas entidades vinculadas a associações de trabalhadores (sindicatos). O Estado argentino passa a participar desse movimento a partir de 1944, constituindo “Obras Sociais” (OS) por ramos de atividades, mas atribuindo-lhes individualidade jurídica e financeira. A primeira Obra Social nesse novo modelo foi a atual Obra Social para Pessoal Ferroviário. As OS expandem-se durante o segundo governo Perón e consolidam-se durante o governo Frondizi. Um relacionamento estreito entre o governo e as Obras Sociais foi uma das características marcantes desse modelo.

Com cobertura antes restrita aos trabalhadores, nos anos 1970 (Lei nº 18.610/71) a cobertura das obras sociais é estendida aos familiares do trabalhador, fazendo com que o percentual da população argentina coberta pelas obras sociais passasse de 35,5% da população em 1967-1968, para 75% da população em 1984. Isso fez com que, à época, a Argentina fosse um dos países que mais se aproximasse da cobertura universal, via mercado formal de trabalho, na América Latina (MÉDICI, 2002).

Ainda segundo Medici (2002), já no começo dos anos 1970 os principais problemas do sistema de saúde argentino já eram claramente identificáveis: (i) excessiva fragmentação; (ii) heterogeneidades na cobertura; (iii) escassa equidade no gasto e no acesso; (iii) insuficiente solidariedade no financiamento.

A tentativa de organizar um Sistema Integrado de Saúde (SNIS), articulando os serviços públicos e os da seguridade social (obras sociais), ainda em 1974, foi abortada pelo regime militar em 1976.

Uma iniciativa com o objetivo de regular as coberturas e o financiamento, no âmbito da seguridade social, foi feita com a criação do Instituto Nacional de Obras Sociais (Inos) em 1984. Um avanço foi a criação de um fundo solidário (Fundo Solidário de Redistribuição), ao qual todas as OS sindicais aportavam o equivalente a 10% de seus ingressos, e as Obras Sociais de Pessoal de Direção e as Obras Sociais das Associações Profissionais e de Empresários, 15% (Lei nº 23.661/88). Tais recursos deveriam ser redistribuídos para as obras sociais economicamente mais fracas. Essa iniciativa foi ineficaz por não estabelecer um nível mínimo obrigatório para a provisão de serviços assistenciais e por deixar a alocação dos recursos a serem redistribuídos sob o julgamento discricionário das autoridades do Inos (MEDICI, 2002). Ademais, o FSR vem acumulando um déficit crônico. Até o primeiro semestre de 2002, o déficit acumulado era de 165 milhões de pesos (Tabela 10).

Tabela 10 - Arrecadação do Fundo Solidário de Redistribuição, 1997 a 2002, em milhões de pesos

Ano	Arrecadação do FSR	Transferências a OSNs, SSS e Apes	Déficit anual	Déficit acumulado
1997	383	394	-12	-12
1998	360	360	0	-12
1999	356	342	14	3
2000	364	441	-77	-75
2001	331	405	-74	-149
2002 (1º semestre)	168	184	-16	-165

Fonte: MERA; BELLO, 2003

Atualmente, no marco da declaração de emergência sanitária nacional (Decreto nº 486/2002), para sanar os problemas financeiros, os aportes para o Fundo Solidário de Redistribuição foram incrementados: as Obras Sociais Sindicais devem contribuir com 10% da receita bruta média mensal (receita de contribuições), no caso das obras sociais cuja receita média mensal seja até 1.000 pesos e de 15% para as obras sociais sindicais cuja receita média mensal seja superior a 1.000 pesos. No caso das Obras Sociais de Pessoal de Direção e das Associações Profissionais de Empresários, o percentual de cotização ao fundo é maior: 15% quando a receita média bruta mensal é de até 1.000 pesos e de 20% quando a receita média for superior a 1.000 pesos.

As condições de repartição dos recursos do FSR foram modificadas a partir de 1995. Nesse ano, o Decreto nº 292/95 conferiu automatismo aos repasses do fundo, acabando com seu caráter discricionário. Ainda em 1995, o Decreto nº 492/95 passou a garantir a cada Obra Social um ingresso mínimo de \$40 por titular, e em 2000, de acordo com o Decreto nº 446/00, o FSR passou a subsidiar os aportes dos subsidiários de menores ingressos, estimando-se um aporte mínimo de \$20 por beneficiário.

Os recursos do FSR, de acordo com os objetivos de sua criação, destinam-se a: (i) manter, em sua maior parte, a distribuição automática às obras sociais para cobrir os custos do PMO e equiparar os níveis de cobertura; (ii) financiar programas especiais (alta complexidade e incapacitados); (iii) manter a estrutura da Superintendência de Serviços de Saúde; e (iv) custear programas dirigidos a grupos vulneráveis executados pelo Ministério da Saúde (MACEIRA, 2002).

A segunda onda de reformas teve lugar no início dos anos 1990, mais precisamente a partir de 1993 - no bojo do Plano de Convertibilidade - e apresentou como bases, no setor público: (i) a descentralização dos estabelecimentos do governo central para as províncias; (ii) a introdução do modelo de autogestão nos hospitais públicos; e (iii) o fortalecimento da atenção primária, de forma descentralizada, mas sob impulso do Ministério da Saúde.

O modelo de autogestão para hospitais públicos foi introduzido pelo Decreto nº 578/93. Como os beneficiários das Obras Sociais e dos seguros privados (medicina pré-paga) eram atendidos pelos hospitais públicos, sem custos para as entidades seguradoras, o referido decreto também estabeleceu mecanismo de reembolso aos hospitais públicos por esses atendimentos. Contudo, o fluxo de recursos para os hospitais públicos não tem sido o esperado, principalmente pela subinformação dos serviços prestados.

No âmbito das obras sociais, as principais bases da reforma (Decreto nº 9, de 1993) consistiram: (i) na liberdade de escolha, pelos afiliados da seguridade social, de obra social de sua preferência, uma vez que a existência de clientela cativas era diagnosticada como uma das origens das ineficiências do sistema; (ii) na permissão para fusão ou união entre obras sociais; (iii) no estabelecimento de um Pacote Mínimo Obrigatório (PMO) de prestações; e (iv) na instituição de mecanismos que permitissem ao Fundo de Solidariedade compensar as diferenças entre os aportes recebidos pelas OS e as necessidades de cobertura das prestações incluídas no PMO.

O Programa Médico Obrigatório (PMO) foi aprovado pelo Decreto nº 247/96. A definição de um conjunto de serviços de prestação obrigatória a ser oferecido por todos os agentes

de seguros (obras sociais e medicina pré-paga) tem como objetivo diminuir as iniquidades na prestação de serviços e tornar mais operativa a livre eleição de obra social. O PMO foi modificado pela Resolução nº 939/00. A principal modificação foi a obrigatoriedade de estabelecer um sistema de medicina de família para o primeiro nível de atenção.

Ainda em 1996, a Administração Nacional do Seguro Social (Anssal), que havia sucedido o Inos, foi transformada na Superintendência de Seguros de Saúde (SSS), tendo como funções principais a fiscalização do cumprimento do PMO, a supervisão do processo de reembolso aos hospitais públicos dos atendimentos prestados a beneficiários das obras sociais e o cumprimento do Programa Nacional de Garantia de Qualidade.

A possibilidade de livre eleição de obra social foi regulamentada pelo Decreto nº 1.141 de 1996, e sua aplicação foi iniciada em 1997. Inicialmente prevista para contemplar apenas os filiados das obras sociais, numa segunda fase a livre eleição deveria abranger também as instituições de medicina pré-paga. Até maio de 1999, cerca de 345 mil titulares do sistema de obras sociais, que somados aos seus familiares alcança o número estimado de cerca de 860 mil beneficiários, mudaram de obra social. A livre eleição de obra social foi interrompida pelo governo em 1999 por causa da forte resistência dos sindicatos e de outros segmentos corporativos no contexto das eleições gerais.

A livre eleição, associada à possibilidade de fusão de obras sociais, provocou uma redução no número de obras sociais e incentivou aquelas economicamente mais fortes a captar usuários de maior poder contributivo, aumentando o risco sistêmico das demais obras sociais (MEDICI, 2002).

O processo de reforma teve continuidade a partir de janeiro de 2001 (Lei nº 1503/00). Essa lei restabeleceu o direito de o afiliado mudar de obra social, para prestação de assistência médica, pelo menos uma vez ao ano; colocou no Ministério da Saúde a responsabilidade pela fiscalização e pela regulação do sistema, passando a supervisionar a Superintendência de Serviços de Saúde que tem como responsabilidade garantir o cumprimento do PMO;⁷ aprovou legislação que torna obrigatória a utilização da denominação genérica nos medicamentos comercializados no país.

⁷ O PMO não é obrigatório para as províncias que não aderem a este, contudo em diversas situações a Justiça tem obrigado o seu cumprimento quando os afiliados de uma obra social provincial entram com ação judicial.

6.2 Marco regulatório do mercado de asseguamento da saúde

No sistema de saúde argentino funciona, de certa forma, um mercado de asseguamento.⁸ No segmento que corresponde a esse mercado, há uma separação entre as funções de financiamento e provisão de serviços e um *mix* de prestadores públicos e privados, sendo estes últimos amplamente majoritários.

A demanda desse mercado provém: (i) dos afiliados às obras sociais nacionais e ao INSSJP - cerca de 14 milhões de pessoas; (ii) dos afiliados às obras sociais provinciais - cerca de 5,2 milhões de pessoas; e (iii) dos afiliados a mútuas e entidades de medicina pré-paga - cerca de 3,3 milhões de pessoas (TOBAR, 2001).

Têm atribuições de ordem nacional para regular sobre matéria de asseguamento em saúde as seguintes instituições:

- (iv) o Ministério da Saúde, por meio da Superintendência de Serviços de Saúde, da Administração de Programas Especiais e do Fundo Solidário de Redistribuição;
- (v) o Ministério da Economia na matéria de defesa da competição e do consumidor;
- (vi) o Instituto Nacional de Associativismo e Economia Social na regulação das entidades cooperativas e mútuas nacionais, que oferecem serviços sob a modalidade de medicina pré-paga;
- (vii) entidades que agregam instituições de medicina pré-paga, como Ademp e Cimara, e federações de obras sociais podem exercer atividades de auto-regulação de seus associados.

No caso específico do segmento de medicina pré-paga, este se desenvolveu, desde seu começo, sem um marco jurídico específico (AHUAD et al., 1999). Formado por sociedades comerciais, associações civis com fins lucrativos ou não, fundações, mútuas e cooperativas, é regido pela Lei nº 19.550, conhecida como Lei de Sociedades, e pelo Código de Comércio e Regulamentação. Essa regulamentação, no entanto, não alcança aspectos relativos à atividade propriamente dita das instituições de medicina pré-paga, restringindo-se a aspectos formais do funcionamento societário (AHUAD, op. cit.).

Uma tentativa de regulação foi experimentada em 1993, quando o Ministério da Economia procurou colocar as instituições de medicina pré-paga sob a supervisão e o controle

⁸ Asseguamento, do ponto de vista financeiro, é um mecanismo de proteção das pessoas contra os riscos de adoecer e morrer, já que garante o acesso necessário à atenção à saúde (Tobar, s.d.), embora existam marcantes diferenças quando é constituído por seguros coletivos de contribuição obrigatória ou seguros de contribuição voluntária.

da Superintendência de Seguros da Nação. A partir dessa data, foram apresentados ao Parlamento argentino mais de dez projetos de regulação da atividade.

Na atualidade, pela Lei nº 24.754, as instituições de medicina pré-paga estão obrigadas a prover o Plano Médico Obrigatório (PMO), e pela Lei nº 24.445, estão obrigadas a cobrir tratamentos médico, psicológico e farmacológico dos pacientes com HIV/Aids e dependentes de drogas.

Não obstante, argumentando que tais instrumentos legais interferem em contratos celebrados entre particulares, as instituições de medicina pré-paga têm utilizado representações judiciais para não cumpri-los.

A tendência nas propostas de regulação da medicina pré-paga é de considerar que suas atividades têm características de um contrato de seguro (AHUAD, op. cit.). Nos últimos anos, mais de uma dezena de projetos de lei com o objetivo de regular o segmento da medicina pré-paga foi discutida no Legislativo. Um deles, do senador Martinez Almudévar, obteve meia sanção do Senado, no final de 1999, mas ficou parado na Câmara de Deputados. Esse projeto estabelecia uma série de dispositivos sobre as relações entre contratantes e contratados, basicamente procurando proteger os contratantes; submetia as entidades de medicina pré-paga ao controle da Superintendência de Serviços de Saúde; e estabelecia as condições econômicas e financeiras que deveriam reger o funcionamento dessas instituições.

O referido projeto de lei estabelecia, no tocante às condições econômicas e financeiras, a necessidade de serem atendidos os seguintes requisitos, para a operação das instituições de medicina pré-paga:

- margem de solvência em relação ao patrimônio líquido;
- reserva técnica que não poderá ser inferior a um doze avos do faturamento médio anual;
- patrimônio líquido de 250.000 pesos para as instituições já em funcionamento e de 500.000 pesos para as instituições que quiserem entrar no mercado;
- obrigatoriedade de registro da entidade na Superintendência de Seguros de Saúde.

Os problemas de funcionamento do sistema de saúde argentino, principalmente no que tange ao atendimento dos direitos dos usuários, têm sido objeto de constantes reclamações. Segundo dados divulgados pela Defensoria del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, as queixas vinculadas ao sistema de saúde ocupam o primeiro lugar no *ranking* geral, com 18,1% das reclamações. Deste percentual, 57,3% das queixas estão

relacionadas a limitações no acesso a tratamentos médicos e na obtenção de medicamentos. O não cumprimento do PMO por parte das empresas de medicina pré-paga tem sido uma constante nas queixas referentes a esse item. A seguir vêm as reclamações relacionadas a deficiências no atendimento em hospitais e centros de saúde públicos (10,7%), nas obras sociais (8,8%) e nas dificuldades que padecem os pacientes com HIV para receber os medicamentos necessários ao controle da enfermidade (7,5%) (www.defensoria.org.ar).

■ 7. Considerações finais

A saúde dos argentinos apresentou, nos últimos anos, incrementos importantes: a expectativa de vida passou de 65,4 anos para homens e 72,1 anos para mulheres no período 1975-1980 para 68,4 para homens e 75,59 para mulheres em 2001; a taxa de mortalidade infantil baixou de 25,8 por mil nascidos vivos em 1985 para 16,3 por mil em 2001; a taxa de mortalidade materna decresceu 32% entre 1990 e 2001, situando-se em 4,3 por 10.000 nascidos vivos. Contudo, com o período recessivo iniciado em 1998, as condições de vida começaram a se deteriorar, colocando em risco os bons níveis sanitários alcançados.

A provisão de serviços de saúde, tradicionalmente feita pelo setor público, seguridade social e setor privado, apresenta crônicos problemas de falta de integração, coordenação e articulação, o que impede a conformação de um verdadeiro “sistema” de saúde, acarretando problemas ao uso mais eficiente dos recursos, tanto financeiros como físicos, e ao alcance de níveis aceitáveis de equidade no acesso.

Além da falta de integração, no âmbito de cada setor há um elevado grau de fragmentação: os segmentos nacional, provincial e municipal do setor público não têm o necessário grau de coordenação; a seguridade social, tanto no tocante às obras sociais nacionais como provinciais, apresenta um grande número de instituições bastante heterogêneas em relação ao porte, à capacidade de prover as coberturas mínimas definidas, aos recursos disponíveis e às formas de operação; o setor privado inclui instituições e serviços de características muito distintas.

Para enfrentar esses problemas, uma das soluções aventadas é reforçar, no âmbito do setor público, as funções de comando e de regulação, de forma pactuada, entre Ministério da Saúde, províncias e municipalidades. Nesse sentido, a avaliação da experiência brasileira de articulação entre os distintos âmbitos de governo poderia ser proveitosa para a Argentina.

No campo das obras sociais, a despeito das possíveis resistências, a tendência parece ser a de prosseguimento do processo de fusão/descredenciamento das obras sociais com poucas condições de funcionamento, diminuindo a fragmentação. O aperfeiçoamento do PMO é um caminho para diminuir as desigualdades no acesso aos serviços, assim como a instituição de mecanismo de repasse às obras sociais de valor *per capita* ajustado ao risco da população coberta e o reforço de instrumentos de repartição solidária entre as obras sociais do financiamento das doenças catastróficas.

Com relação à medicina pré-paga, a grande discussão política é sobre sua efetiva integração ou não ao sistema de saúde nas mesmas condições das obras sociais. De qualquer forma, diante dos riscos da não-regulamentação corroborado pelo aumento do número de ações judiciais para dirimir conflitos entre usuários e instituições de medicina pré-paga, é bem possível que as resistências do segmento a uma maior regulação da atividade, por parte das autoridades de saúde, diminuam no curto ou no médio prazos.

■ 8. Referências

AHUAD, A. et al. **Medicina pré-paga: história e futuro...** Buenos Aires, 1999. (Ediciones Insalud).

ASSOCIACION LATINOAMERICANA DE SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD. Analisis comparado de la industria de las instituciones aseguradoras privadas de salud en Latinoamérica: estudio conjunto Alami-OPS. (borrador de discusión para OPS) . 2001.

MACEIRA, D. Financiamento e equidad en el Sistema de Salude Argentino. In: **Série Seminários de Salud e Políticas Públicas - SEMINÁRIO, 7**. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2002.

MACEIRA, D. Instituciones sanitárias en um país federal: las obras sociales provinciales en contexto. In: **Série Seminários Salud e Política Pública - SEMINÁRIO, 4**. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2003.

MEDICI, A. **La desregulación de las obras sociales: un episodio mas de la reforma de salud en Argentina. Que vendrá luego?** [s.l.]: BID, División de Desarrollo Social, 2002. (Informe Técnico).

MERA, J. A.; BELLO, J. N. **Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción.** Buenos Aires: OPS, 2003.

ARGENTINA. Ministério de Salud. Organización Panamericana de la Salud. **Situación de Salud en Argentina, 2003.**

ARGENTINA. Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas Y Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas e Servicios de Salude. **Perfil del sistema de servicios de salud. 2. ed.** Buenos Aires, 2002.

TOBAR, F. et al. **El gasto en salud en Argentina y su metodo de calculo.** Buenos Aires, 2002. (Ediciones Isalud, n. 5).

TOBAR, F. et al. **Impacto de la política nacional de medicamentos en el año 2000.** Buenos Aires, 2002. 9 p.

TOBAR, F. **Economía de la reforma de los seguros de salud en Argentina.** Buenos Aires, 2001.

TOBAR, F. **Cambios en la población cubierta por el Sector Salud en Argentina.** Buenos Aires, 2003. 4 p.

ZEBALLOS, J. L. **Argentina: efectos sociosanitários de la crisis, 2001-2003.** Buenos Aires: Organización Panamericana de Salud, 2003.

CAPÍTULO 7

O SISTEMA DE SAÚDE BOLIVIANO: ALCANCES E LIMITES

Joice Valentim

Economista, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada do Instituto de Economia da Unicamp. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas - Nepp/Unicamp.

Hudson Pacífico da Silva

Economista, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas - Nepp/Unicamp.

■ 1. Introdução

1.1 Organização política

A Bolívia é uma república unitária e democrática, dividida politicamente em nove departamentos desde 1995, com o Ato de Descentralização Administrativa. Cada departamento é presidido por um prefeito. Os nove departamentos são subdivididos em 111 províncias e 315 municípios, sendo alguns destes autônomos. O Poder Executivo do país é representado por um presidente eleito a cada cinco anos; o Poder Legislativo é composto por um Senado e por uma Câmara dos Deputados; e o Poder Judiciário é constituído pela Suprema Corte de Justiça, por cortes superiores dos distritos e por demais tribunais e corte.¹

1.2 Características demográficas e epidemiológicas

Dos 8,3 milhões de habitantes da Bolívia, 63% residem em área urbana. Cerca de 3,6 milhões de habitantes pertencem a 36 grupos étnicos distintos.

Segundo os dados apresentados pela OPAS, as doenças mais comuns entre as crianças menores de 5 anos eram diarreia (25%) e pneumonia (26%) no ano de 1998. Entre as crianças com menos de 3 anos, a anemia atingiu 67% destas, e 26% sofriam de desnutrição.

Existe um problema de dados referentes à estrutura de mortalidade por idade e causa. Estima-se que as doenças transmissíveis respondam por 12%, as neoplasias, por

¹ Cf. OPAS, 2001.

8,7%, as doenças do sistema circulatório, por 30,3%, e as causas externas, por 10,7%. Entre os anos de 1992 e 2000, houve aumento da incidência de malária, e a doença de Chagas é o principal problema público de saúde, estando 60% da população sob risco de contraí-la. Uma doença crônica significativa entre a população é o diabetes. O país costuma sofrer epidemias, como de cólera em 1991 e sarampo entre 1998 e 2000. Os casos de Aids concentram-se nas áreas urbanas, havendo uma subestimação de cerca de 30% (OPAS, 2001).

A população tem uma grande participação de jovens, e a expectativa de vida ao nascer é uma das mais baixas entre os países das Américas. Os números de médicos, enfermeiros e leitos também são baixos:

Tabela 1 - Indicadores sociodemográficos e de saúde, 2000

Indicadores	
PIB <i>per capita</i> (dólar internacional)*	2.368
População (milhões)	8,33
Proporção da população com menos de 15 anos	39,62%
Proporção da população com mais de 60 anos	6,16%
Expectativa de vida ao nascer**	62,7
Taxa de mortalidade estimada (por 100.000 habitantes)	845,6
Médicos por 10.000 habitantes	3,2
Enfermeiros por 10.000 habitantes	1,6
Razão de leitos por mil habitantes	1,7

Fonte: OPAS < <http://www.paho.org/english/sha/prflbol.htm>>

*OMS; **OMS 2001 < <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=bol>>

■ 2. Sistema de proteção social

O sistema de seguridade social boliviano consta do artigo 158 da Constituição, artigo este que determina a obrigação do Estado de defender o capital humano, incluindo a proteção à saúde da população. Os programas de seguridade social iniciaram-se com a Lei de 22 de setembro de 1831, que criou o *Fondo de Jubilaciones* para os funcionários do Estado, a Lei de 24 de setembro de 1924, pela qual se passou a cobrir acidentes de trabalho e enfermidades profissionais, abrangendo os setores fabril e mineiro, e a Lei de 11 de dezembro de 1951, do *Seguro Social Obligatorio*, que incorporou as prestações para todo o território (FUNDAÇÃO INTERAMERICANA).

O programa de *Seguridad Social Integral*, aplicado a partir da promulgação do *Código de Seguridad Social*, de 14 de dezembro de 1956, incluía os riscos de enfermidade, maternidade, invalidez, morte, moradia popular e baseava-se no sistema tripartite de contribuições dos trabalhadores, dos empregadores e do Estado. As Forças Armadas gozam ainda de outros regimes especiais (FUNDAÇÃO INTERAMERICANA).

Atualmente, as atividades relacionadas à saúde estão incluídas no Plano Geral de Desenvolvimento Econômico e Social (PGDES) implementado pelo Plano Estratégico de Saúde (PES) estabelecido pelo *Ministerio de Salud y Previsión Social* (MSPS). As linhas de ação no PES são incorporadas aos planos de desenvolvimento departamental e municipal (PDD e PDM) ao coordenar o plano de saúde indicado no PED com planejamento participativo local no nível municipal. Os governos municipais apresentam o Programa de Operação Nacional (POA) que contém as atividades de saúde projetadas para todos os níveis da administração (OPAS, 2001).

De acordo com documento disponibilizado pelo MSPS sobre a crise do setor saúde (MSPS, 2003), o Seguro Social da Bolívia não foi capaz de desenvolver os três princípios básicos que fundam os modernos sistemas de seguridade social: unidade de gestão; universalidade e solidariedade.

O princípio da unidade de gestão não teria funcionado no Seguro Social Boliviano porque as prestações sindicais deram espaço à formação dos chamados Seguros Delegados para alguns setores produtivos, como os ferroviários. Posteriormente, vieram os seguros dos mineiros, dos petroleiros, dos universitários, dos motoristas e outros com forte presença na economia nacional.

O princípio da universalidade tampouco se teria cumprido, uma vez que o seguro estabelecido está fortemente enraizado nos centros urbanos do país e responde à relação

do crescimento das forças produtivas, em que o padrão é ditado pelo próprio Estado. Dessa forma, amplas camadas da população, como a população residente nas áreas rurais, jamais tiveram acesso aos serviços do Seguro Social, por não possuírem um vínculo formal de trabalho.

Finalmente, o princípio da solidariedade não se teria cumprido em decorrência da ausência dos dois princípios anteriores - falta de unidade de gestão e acesso universal. Nesse sentido, a solidariedade estaria restrita às caixas setoriais.

■ 3. Sistema de saúde

O Sistema Nacional de Saúde da Bolívia é formado pelo conjunto de entidades, instituições e organizações públicas e privadas que prestam serviços de saúde, reguladas pelo MSPS, que é o organismo diretor e normativo da gestão da saúde no nível central, responsável por formular a estratégia, as políticas, os planos e os programas nacionais, assim como por ditar as normas que regem o Sistema Nacional de Saúde.²

Foram estabelecidos quatro âmbitos de gestão no Sistema Nacional de Saúde, que envolvem os diferentes níveis de governo do país:

- (a) Nacional: correspondente ao *Ministerio de Salud y Previsión Social* (MSPS);
- (b) Departamental: correspondente ao *Servicio Departamental de Salud* (Sedes), dependente dos governos departamentais;
- (c) Municipal: correspondente ao *Directorio Local de Salud* (Dilos); e
- (d) Local: correspondente ao estabelecimento de saúde em sua área de influência e brigada móvel com nível operacional.

De acordo com a legislação que estabelece o Sistema Nacional de Saúde, o *Servicio Departamental de Salud* (Sedes) representa o nível máximo de gestão técnica de saúde nos departamentos, responsável por articular as políticas nacionais e a gestão municipal, coordenar e supervisionar a gestão dos serviços de saúde nos departamentos, em direta e permanente coordenação com os governos municipais, promovendo a participação comunitária e do setor privado. O diretor técnico que dirige o Sedes é nomeado pelo

² Ao longo da história do sistema de saúde boliviano, vários modelos foram tentados. Em 1979, o governo criou um sistema de saúde composto pelos setores público, privado e seguridade social. A partir de então, o MSPS supervisiona, regula e executa as políticas e as estratégias nacionais, sendo o responsável por todo o setor público. Os níveis regionais, que são as prefeituras, são responsáveis pela administração dos recursos humanos. No nível local, os municípios cuidam das instalações físicas.

governo departamental e depende tecnicamente do MSPS e administrativamente do diretor de Desenvolvimento Social do Departamento.

Os governos municipais responsabilizam-se pela gestão municipal de saúde no âmbito de suas competências e obrigações estabelecidas pela legislação. Em um processo de descentralização e envolvimento da comunidade, os municípios, além da infra-estrutura, são responsáveis também por financiar parte dos gastos. O modelo participativo faz parte das reformas debatidas para o Sistema Nacional de Saúde, que ainda apresenta um déficit social muito grande (OPAS, 2001).

O *Directorio Local de Salud* (Dilos) constitui a autoridade máxima nos municípios para a gestão compartilhada com a participação popular em saúde, para o cumprimento da Política Nacional de Saúde, implantação do *Seguro Universal Materno Infantil* (Sumi) e aplicação de programas priorizados pelo município.

A prestação de serviços na Bolívia é realizada por todos os estabelecimentos de saúde, organizados em três níveis de atenção:

- primeiro nível: corresponde às modalidades de atenção cuja oferta de serviços se caracteriza pela promoção da saúde e prevenção de enfermidades, pela consulta ambulatorial e a internação em trânsito. Este nível de atenção envolve a medicina tradicional, a brigada móvel de saúde (espécie de equipe de saúde itinerante), o posto de saúde, o consultório médico, o centro de saúde com ou sem leitos, as policlínicas e os policonsultórios, e constitui a porta de entrada do sistema;
- segundo nível: corresponde às modalidades que requerem atenção ambulatorial de maior complexidade e internação hospitalar nas especialidades básicas de medicina interna (cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia), anestesiologia e os serviços complementares de diagnóstico e tratamento. A unidade operacional deste nível de atenção é o Hospital Básico de Apoio; e
- terceiro nível: corresponde à consulta ambulatorial de especialidade, internação hospitalar de especialidades e subespecialidades, os serviços complementares de diagnóstico e os tratamentos de alta tecnologia e complexidade. Os hospitais gerais, institutos e hospitais de especialidades constituem as unidades operacionais do terceiro nível.

Os serviços e os estabelecimentos de saúde integrantes do Sistema Nacional de Saúde devem organizar-se territorialmente em redes que correspondem a diferentes níveis de atenção e complexidade. As redes são compostas pelo Sistema Público de Saúde e pelo Seguro Social de curto prazo. Além disso, os estabelecimentos da Igreja, privados lucra-

tivos e filantrópicos e de medicina tradicional podem fazer parte das redes de saúde, mediante convênios de prestação de serviços.

O MSPS, juntamente com os governos departamentais, administra os recursos humanos, financiados pelo Tesouro Nacional. A comunidade organizada deve exercer o controle social do gerenciamento das atividades por meio das Redes Sociais. A gestão compartilhada prevê, ainda, a utilização do planejamento participativo, que conta com a participação do governo municipal, do Sedes e de organizações da sociedade civil. Trata-se de um modelo complexo, cujos diferentes atores necessitam de apoio na administração local, analisando, identificando problemas e apresentando projetos.

O Seguro Social oferece cobertura aos trabalhadores assalariados por meio de esquemas de financiamento tradicionais. Há oito fundos de saúde e dois planos de seguro com um regime especial. A Seguridade Social conta com aproximadamente 8% dos hospitais, dos centros e dos postos de saúde. Seu atendimento concentra-se principalmente no primeiro nível (70%),³ cobrindo também os segundo (14%) e terceiro (16%) níveis (OPAS, 2001).

Os agentes que administram o sistema de seguro público de saúde obrigatório (seguridade social) são as caixas de saúde (públicas e privadas), os seguros universitários e a corporação de seguro social militar. As caixas de saúde existentes são: *Caja Nacional de Salud*, *Caja Petrolera*, *Caja Ferroviaria Occidental*, *Caja Ferroviaria Oriental*, *Caja de la Banca Estatal*, *Caja de Caminos*, *Caja de las Corporaciones*, *Servicio Integral de Salud*, *Caja Banca Privada*, *Corporacion Seguro Militar* e os seguros universitários de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, Sucre, Oruro, Tarija, Potosi e Beni (CÁRDENAS, 1998).

O setor privado inclui companhias de seguro, planos médicos pré-pagos e organizações não-governamentais. As companhias de seguro recebem fundos que financiam os serviços do setor privado. As principais fontes de financiamento são as contribuições de famílias e empresas, por meio dos prêmios.

As organizações não-governamentais têm um papel muito importante na Bolívia em função do número de pessoas que atendem, por sua contribuição no fornecimento de serviços e pelo volume de recursos financeiros que administram. Respondem por 14% dos hospitais, dos centros e dos postos de saúde juntamente com as igrejas. Seu atendimento é quase todo básico (97%), atendendo muito pouco no segundo (2%) e terceiro (1%) níveis (OPAS, 2001). A maioria dessas organizações recebe financiamento internacional e poucas operam com recursos locais. Grande parte está localizada em áreas urbanas afastadas

³ Participação com base no número de hospitais, centros e postos de saúde.

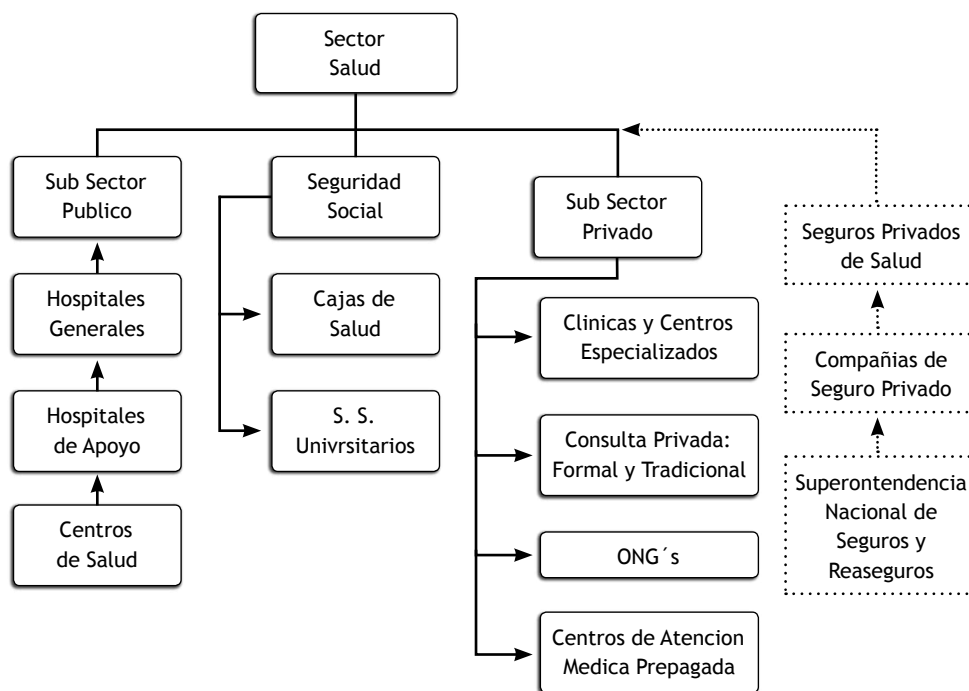
e um pequeno número, particularmente as que recebem financiamento externo, em municípios extremamente pobres.

A Igreja também opera em regiões menos favorecidas. Geralmente utiliza recursos humanos do governo e infra-estrutura própria, sendo o financiamento dividido com os usuários. Em alguns locais, a Igreja é o único provedor.

Deve-se destacar que a prática de curandeiros (*yatiri*) é bastante comum na Bolívia. Muitas áreas rurais ou urbanas afastadas contam com eles e com parteiras. O sistema de saúde está gradualmente incorporando as parteiras na rede local.

A seguir é apresentado o esquema do sistema de saúde:

Sistema de Saúde Boliviano*



* Em 1998 a Superintendencia Nacional de Seguros y Reaseguros foi substituída pela Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros.

Fonte: Cárdenas (1998)

■ 4. Cobertura

Apesar de o setor público responder pela maior parte dos hospitais, centros e postos de saúde (77%), a população coberta por seus serviços é bem inferior a esse número, como se pode observar na tabela a seguir:

Tabela 2 - Cobertura do setor saúde

Setor público	30%
Seguridade social	25,8%
Organizações não-governamentais	10%
Setor privado	0,5%
Sem cobertura	33,7%

Fonte: OPAS (2001)

Como apontado previamente, as organizações não-governamentais exercem um papel muito importante na Bolívia, respondendo por cerca de 10% da cobertura, principalmente nas áreas mais pobres. Já o setor privado lucrativo tem participação muito pequena.

Com base nos dados da OPAS para cobertura do setor público, seguridade social, ONGs e setor privado, calculou-se a porcentagem da parcela sem cobertura, que é muito alta (33,7%).

■ 5. Financiamento e gasto

As fontes de financiamento do Sistema Nacional de Saúde da Bolívia incluem um conjunto diversificado de fontes: recursos do Tesouro Geral da Nação; recursos próprios do Seguro Social de curto prazo; recursos gerados pelos estabelecimentos de saúde; créditos e contribuições de cooperação nacional e internacional; recursos da co-participação tributária; recursos dos governos municipais alocados à saúde; e recursos das igrejas e das organizações privadas (lucrativas e filantrópicas) conveniadas ao MSPS.

O gasto em saúde na Bolívia vem aumentando nos últimos anos, tendo atingido o patamar de 6,7% do PNB em 2000, o que representou uma variação positiva de 2,3% entre 1995 e 2000. O gasto anual por habitante, porém, continua sendo um dos mais baixos entre os países da América do Sul: 67 dólares *per capita* no ano 2000, a taxas cambiais médias. O gasto público representou 72,4% do gasto total com saúde, com maior parti-

cipação dos recursos do Seguro Social. Dessa forma, a participação dos gastos privados foi de 27,6% em 2000, mas apenas 9,5% desse total refere-se a gastos com planos e seguros privados:

Tabela 3 - Indicadores sociodemográficos e de saúde, 2000

Bolívia	2000
Gasto total em saúde como % do PIB	6,7
Gasto <i>per capita</i> em saúde (US\$)	67
Gasto privado em saúde como % do gasto total em saúde	27,6
Gastos com planos e seguros privados como % do gasto privado total em saúde	9,5
Gasto público em saúde como % do gasto total em saúde	72,4
Gasto de seguridade social em saúde como % do gasto público em saúde	48,3
Recursos externos como % do gasto público em saúde	13,1

Fonte: OMS

De acordo com dados apresentados por Cárdenas para o ano de 1996, a maior parcela de gasto com saúde estava associada com os serviços da Caixa de Saúde (44%), com maior participação das caixas públicas. Os serviços públicos respondiam por 23% do total, sendo o MSPS a entidade que mais contribuía para esse percentual. Já os gastos familiares representavam 30% do gasto total, sendo direcionados para a aquisição de medicamentos nas farmácias e serviços privados lucrativos em sua maior parte (Tabela 4).

Tabela 4 - Gasto nacional em saúde para Bolívia, 1996

Matriz 2. Gasto Nacional en Salud para Bolivia, 1996 en miles de dolares corrientes Agentes y Proveedores de Servicios							
	Servicios Publicos	Servicios cajas de salud	Servicios Privados		Farmacias	Medicina Tradicional	Total
			Lucrativo	ONG ' s			
SECTOR PÚBLICO	76,292						76,292
	(22,73%)						(22,73%)
Ministerio de Salud	58,619						58,619
	(17,46%)						(17,46%)
Prefecturas/Corporaciones	781						781
	(0,23%)						(0,23%)
Municipios	8,948						8,948
	(2,67%)						(2,67%)
Fondo de Inversión Social	3,340						3,340
	(0,99%)						(0,99%)
Otros del Sector Público	4,603						4,603
	(1,37%)						(1,37%)
CAJAS		148,450					148,450
		(44,22%)					(44,22%)
Públicas		124,071					124,071
		(36,96%)					(36,96%)
Privadas		5,915					5,915
		(1,76%)					(1,76%)
Militar		12,190					12,190
		(3,63%)					(3,63%)
Universitárias		6,273					6,273
		(1,87%)					(1,87%)
SEGUROS PRIVADOS			2,276				2,276
			(0,68%)				(0,68%)
Aseguradoras			2,276				2,276
			(0,68%)				(0,68%)
Prepagadas							
ONG ' s				8,514			8,514
				(2,54%)			(2,54%)
HOGARES	1,070	587	28,336	5,547	64,406	222	100,168
	(0,32%)	(0,17%)	8,44%	(1,65%)	(19,19%)	(0,07%)	(29,84%)
TOTAL	77,362	149,037	30,612	14,061	64,406	222	335,700
	(23,04%)	(44,40%)	(9,12%)	(4,19%)	(19,19%)	(0,07%)	(100,00%)

Fonte: Cárdenas (1998)

■ 6. Sistema privado de saúde

O setor privado é composto por empresas seguradoras e de medicina pré-paga. As primeiras são empresas que oferecem seguros de saúde com um sistema de prêmios de acordo com a cobertura solicitada. São intermediárias para a oferta de serviços de saúde, pois estabelecem convênios com várias clínicas e centros de saúde. Os seguros são familiares, de empresas ou individuais (CÁRDENAS, 1998).

A origem do mercado segurador boliviano data do século XIX, quando empresas seguradoras britânicas e européias estabeleceram filiais na Bolívia. A primeira empresa nacional a obter autorização para operacionalizar seguros foi *La Boliviana*, em 1946. Entre 1953 e 1978, diversas outras empresas obtiveram autorização de funcionamento, incluindo empresas nacionais e estrangeiras, mas somente uma continua operando até hoje.

Em 1998, entrou em vigor a Lei de Seguros nº 1.883, que promoveu uma reestruturação do setor, na medida em que determinou a constituição de novas empresas seguradoras especializadas em seguros de vida, em virtude da exploração separada de duas modalidades: seguros gerais e pessoais. Ou seja, a operação de seguros gerais (incêndio, roubo, transporte, automóveis, etc.) deve ser realizada de modo separado dos seguros pessoais (vida individual e grupo, acidentes pessoais, saúde, etc.), de modo que uma seguradora que atua em um dos ramos não pode atuar em outro, e vice-versa.

De acordo com a *Associação Boliviana de Aseguradores* (ABA), o mercado segurador na Bolívia movimentou 141 milhões de dólares em prêmios em 2002, o que representou uma variação positiva de 38,4% em relação a 2001. Os seguros saúde constituem o principal ramo dentro da modalidade de seguros pessoais, tendo mobilizado 12 milhões de dólares em 2002, o que representa 8,5% do total do mercado segurador.

Entre 1998 e 2000, os seguros saúde apresentaram uma evolução positiva em termos de faturamento, com taxas de crescimento anual ao redor de 50%. Em 2001, o crescimento foi menor (24,5%), e em 2002 houve redução dos prêmios em 13,6%, o que parece indicar que, dada a situação socioeconômica do país e o padrão de distribuição de renda da população, esse ramo atingiu seu limite e passa atualmente por uma crise, já que esses dados não são os mesmos para os demais ramos do mercado.

Tabela 5 - Variação anual dos prêmios subscritos

Ramo	Taxa de crescimento anual			
	98-99	99-00	00-01	01-02
Mercado total	6,5%	2,1%	26,8%	38,4%
Seguros gerais	-5,1%	-6,4%	7,4%	12,6%
Seguros pessoais	61,9%	24,1%	13,1%	-3,4%
Seguros saúde	50,5%	53,8%	24,5%	-13,5%

Fonte: ABA (2003)

Outro dado importante relacionado com o mercado segurador é o índice de sinistralidade. Segundo a *Asociación Boliviana de Aseguradores*, a sinistralidade média dos seguros pessoais situava-se ao redor de 62% em 2001, tendo permanecido no mesmo patamar em 2002. Já a sinistralidade dos seguros saúde havia evoluído de 76,8% em 2001 para 84,6% em 2002, o que demonstra que houve aumento das despesas assistenciais ou até mesmo mudanças na estrutura de risco dos grupos segurados, colocando em risco as possibilidades de manutenção dos planos.

O mercado segurador boliviano abrange atualmente 14 empresas. Das seis empresas seguradoras que operam seguros pessoais e de saúde, quatro estão vinculadas a outras seguradoras que também operam seguros gerais, como mostra o quadro a seguir.

Tabela 6 - Empresas de seguros pessoais e gerais

Empresas de seguros pessoais e saúde		Empresas de seguros gerais
1. Alianza Vida Seg. y Reas. S. A.	vinculada à	1. Alianza Cia. de Seg. y Reas. S. A.
2. La Vitalicia Seg. y Reas. de Vida S. A.	vinculada à	2. Bisa Seg. y Reas. S. A.
3. La Boliviana Ciacruz Seg. Pers. S. A.	vinculada à	3. La Boliviana Ciacruz Seg. Pers. S. A.
4. Seguros Provida S. A.	vinculada à	4. Seguros Illimani S. A.
5. Nacional Vida Seg. de Pers. S. A.		5. Adriática Seg. y Reas. S. A.
6. International Health Insurance Danmark Bolivia S.A.		6. Credinform International S. A. de Seg.
		7. Cia. de Seg. y Reas. Cruceña S. A.
		8. Seg. y Reaseg. 24 de Septiembre S. A.

Fonte: ABA (2003)

As empresas de medicina pré-paga, por sua vez, constituem centros de atenção integral com serviços de consulta, internação e serviços complementares de diagnóstico. Ao contrário das empresas seguradoras, a medicina pré-paga não é uma intermediária de recursos de seus segurados. São empresas que oferecem serviços de forma direta ao usuário por meio de um sistema de co-pagamento, que possibilita acesso aos serviços mediante o pagamento de 20% do valor real do serviço prestado, uma vez que o usuário realiza o pagamento de uma cota anual previamente estabelecida. Há vários tipos de modalidades de planos de assistência médica, sendo a cota média anual por pessoa de 250 dólares em um plano básico, e os co-pagamentos representam 20% em média do custo da consulta, internação e serviço de laboratório. O co-pagamento de medicamentos é de 30% (CÁRDENAS, 1998).

■ 7. Instituições reguladoras

No nível central, o MSPS é a principal instituição que regula, avalia, supervisiona e audita o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde na estrutura descentralizada. Nos departamentos, órgãos de saúde ligados aos governos departamentais implementam e adaptam a política nacional. No nível municipal, entidades locais são responsáveis por questões operacionais e pela provisão de serviços (OPAS, 2001).

A instituição responsável pela regulação do mercado segurador na Bolívia é a *Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS)*, autarquia pública integrante do Sistema de Regulação Financeira criada em 1998, como órgão que fiscaliza e controla as pessoas, as entidades e as atividades do setor de seguros, tendo os seguintes objetivos principais:

- velar pela segurança, pela solvência e pela liquidez das entidades seguradoras, resseguradoras, entidades pré-pagas, intermediários e auxiliares do seguro;
- informar periodicamente a opinião pública sobre as atividades do setor e da própria *Superintendencia*;
- proteger os assegurados, os tomadores e os beneficiários;
- velar pela adequada publicidade e transparência das operações no mercado segurador; e
- cumprir e fazer cumprir a legislação que regulamenta o setor, assegurando a correta aplicação de seus princípios, políticas e objetivos.

As atividades da SPVS são financiadas por meio de um aporte deduzido do valor total dos prêmios emitidos pelas empresas seguradoras ou dos rendimentos brutos das pessoas submetidas à regulação, mas o aporte não deve exceder 2% dos prêmios líquidos das empresas que operam nos ramos gerais e 1% daquelas que operam seguros obrigatórios, provisionais e de vida.

A SPVS possui um conjunto amplo de atribuições, destacando-se as seguintes atividades:

- conceder, revogar e modificar as autorizações de funcionamento e os registros das pessoas e das entidades sujeitas à sua regulação;
- supervisionar as atividades, as apólices de seguro e os contratos em geral realizados pelas entidades sob sua jurisdição;
- supervisionar a conformação das margens de solvência para o cálculo do patrimônio e as reservas técnicas, de acordo com a legislação;
- estabelecer e atualizar os métodos de cálculos dos fatores e parâmetros técnicos dos seguros;
- ordenar a conciliação periódica das contas de resseguro;
- estabelecer o registro de corretores e resseguradoras que operam no mercado nacional;
- determinar normas contábeis e estabelecer planos únicos de contas para as empresas seguradoras e resseguradoras de cada modalidade e para as pessoas intermediárias e auxiliares do seguro;
- ordenar inspeções e auditorias às pessoas e às entidades sob sua jurisdição;
- caso necessário, realizar a intervenção e a dissolução das entidades sob sua jurisdição, assim como fiscalizar a liquidação voluntária ou forçosa destas;
- autorizar a cessão voluntária de carteira entre as empresas seguradoras e dispor quanto for obrigatória;
- elaborar estatísticas técnicas e biométricas e exigir sua aplicação; e
- publicar mensalmente os dados financeiros das entidades sob sua jurisdição.

Para os seguros em geral, há exigência de estudos técnico, econômico e financeiro para a concessão de registros; limitações de participação societária em casos predeterminados; obrigação de contratação de serviços de auditora externa independente; reservas técnicas, fundo de garantia, margens de solvência para seguros de curto e longo prazos. Quanto ao aspecto assistencial, há exigência de informação clara ao segurado, como também exigência de suporte ao segurado durante o período de vigência do seguro.

Desde a desregulação da tarifa de seguros automotivos em 1991, as taxas embutidas nos prêmios são absolutamente livres no mercado segurador boliviano. A Lei de Seguros de 1998 enfatiza o fato de que as empresas seguradoras podem determinar suas próprias tarifas livremente, desde que baseadas em prudentes cálculos técnicos e atuariais.

Não existem empresas seguradoras de propriedade estatal ou sob administração do Estado. Os investidores privados, sejam nacionais ou estrangeiros, não enfrentam problemas de regulação para estabelecer empresas seguradoras na Bolívia. Além disso, a exploração das atividades de resseguro é livre a todas aquelas que quiserem participar do setor.

De acordo com informação fornecida por J. J. Zeballos, Diretor de Informação da SPVS, está em elaboração um Decreto Supremo de Regulamentação que tratará do funcionamento dos planos de medicina pré-paga atualmente existentes na Bolívia.

■ 8. Política de medicamentos e tecnologia

O mercado de medicamentos na Bolívia é predominantemente de produtos importados (70%), e o setor sofre com o problema de contrabando. A participação dos medicamentos genéricos no total de produtos farmacêuticos registrados é de 21% (OPAS, 2001).

O MSPS delega à *Central de Abastecimiento de Suministros* (Ceass) a ação logística de distribuição dos medicamentos e a avaliação de demanda. Existe também um Formulário Nacional de Medicamentos, com 245 itens, e seu uso é obrigatório tanto no setor público quanto no privado. Mas somente cerca de 30% da população tem acesso aos medicamentos listados.

De acordo com o diagnóstico da OPAS, os provedores não têm treinamento suficiente com relação a protocolos e procedimentos administrativos, apesar da existência de manuais e padrões de procedimentos e cuidados.

Recentemente foi estabelecida uma nova política de medicamentos na Bolívia com o objetivo de

[...] fazer com que a população boliviana tenha acesso com equidade a medicamentos essenciais eficazes, seguros e de qualidade, por meio da ação reguladora do Estado, da concorrência de todos os atores envolvidos e da participação da comunidade, reconhecendo suas terapias tradicionais” (CABALLERO, 2003).

Para tanto, foram criados dois sistemas no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, procurando reorientar a oferta de medicamentos no mercado boliviano e garantir o acesso da população: o *Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos* e o *Sistema Nacional Único de Suministro*.

■ 9. Considerações finais

O sistema de saúde boliviano enfrenta problemas graves de cobertura e acesso da população aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que o setor público não consegue responder às necessidades de sua população, o setor privado, de participação extremamente pequena, não consegue suprir essa lacuna. A situação socioeconômica e o padrão de distribuição de renda da população limitam a expansão do setor privado de saúde, além de comprometerem a própria atuação do Estado como fornecedor e provedor do sistema público. Parte dessa demanda carente da cobertura pública e privada é atendida por organizações não-governamentais e pela Igreja, que têm papel de destaque, principalmente nas regiões rurais. A questão geográfica é ponto determinante no acesso aos serviços de saúde, sendo a prática de curandeiros e parteiras, estas últimas já incorporadas nas redes locais, o único recurso disponível para muitos.

■ 10. Referências

ASOCIACIÓN BOLIVIANA DE ASEGURADORES. **El mercado de seguros boliviano**. 2003. Disponível em: <<http://www.ababolivia.org/actividad.asp>>.

BOLIVIA. **Ley 1883 - Ley de Seguros de la Republica de Bolivia**. 1998. Disponível em: <<http://www.spvs.gob.bo/LeyesReglamentos/Seguros/Ley%20seguros.pdf>>.

CÁRDENAS, M. **Cuentas nacionales de salud: Bolivia**. 1998. Disponível em: <<http://www.americas.health-sector-reform.org/english/8hsrpren.pdf>>.

CABALLERO, J. T-G. **Política nacional de salud**. 2003. Disponível em: <<http://www.sns.gov.bo/politicanacionaldesalud.htm>>.

FUNDAÇÃO INTERAMERICANA. **La previsión y su historia**. Disponível em: <http://www.finteramericana.org/historia/hist_bolivia.htm>.

MSPS. **La crisis del sector salud y la reforma del sector**. 2003. Disponível em: <<http://www.sns.gov.bo/crisis8.htm>>.

OPAS. **Perfil del sistema de servicios de salud**. La Paz: Opas, 2001.

CAPÍTULO 8

CHILE: SAÚDE PRIVADA E SAÚDE PÚBLICA EM MEIO ÀS REFORMAS DO PLANO AUGE

Geraldo Biasoto Júnior

Professor do IE-Unicamp e Coordenador Adjunto do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas.

■ 1. Introdução

O Estado do Chile é unitário e democrático. Divide-se em 13 regiões administrativas. A população é estimada em 15,4 milhões (junho de 2001). A população urbana concentra-se na Região Metropolitana. Cerca de 10% da população é indígena.

O perfil demográfico encontra-se em processo de transição demográfica e epidemiológica. Houve uma diminuição das taxas de natalidade e mortalidade. Em 1998, o grupo de idade menor de 15 anos correspondeu a 28,8%, o grupo entre 15-64 anos a 64,2%, e a população acima de 65 anos alcançou 7%. A esperança de vida ao nascer no período 1995-2000 era estimada em 75,2 anos.

Em 1999, a taxa de mortalidade foi de 510,7 por 100 mil habitantes. As causas declaradas que correspondem às taxas ajustadas de mortalidade (por 100 mil habitantes) são as seguintes: enfermidades circulatórias (150,3), neoplasias malignas (124,2), enfermidades transmissíveis (67,5) e causas externas (57,6).

A marca do setor saúde chileno é a convivência de um setor público, que teve êxito nos mais importantes problemas de saúde pública e ostenta bons indicadores, e de um setor privado organizado na forma de seguros, com expressiva adesão das camadas de renda média e assalariada da população.

O intento deste texto é avaliar os elementos dessa convivência, a abrangência das instituições privadas, as formas regulatórias e as questões postas pelo Plano Auge para o futuro do setor saúde chileno.

■ 2. O desenho geral do sistema de saúde no Chile

No início deste novo século, o sistema de saúde chileno ainda é uma mescla dos elementos altamente divergentes que o configuraram durante os últimos quarenta anos. De um lado, mantém-se um sistema público, marcado pela utilização de rede própria

do Estado e financiado por recursos públicos e cotizações dos beneficiários, majoritariamente de baixa renda. De outro, um sofisticado sistema privado de asseguarção¹ atende às camadas de renda mais elevada da população, cuja base de financiamento repousa numa obrigatoriedade imposta pelo Estado: a contribuição dos assalariados.

A convivência desses dois sistemas é resultado direto da sobreposição de planos distintos, derivados da realidade da construção das políticas sociais chilenas em diferentes momentos da história política do país. Desde as primeiras décadas do século XX, as políticas do Estado foram mobilizadas para enfrentar os grandes problemas de saúde da população, em especial as doenças infecto-contagiosas, a atenção ao parto, a mortalidade infantil e as condições de tratamento na rede hospitalar.

Em 1952, a criação do *Servicio Nacional de Salud* reforçou este perfil de inserção pública. Entre outros fatores, esse desenho merece destaque na determinação de um comportamento dos indicadores muito acima da média regional. Na atualidade, são exemplos marcantes a taxa de mortalidade materna por nascimentos (2,3 para 10 mil) e a taxa de mortalidade infantil (10,3 para cada mil nascidos vivos), nos anos de 1999 e 2000, respectivamente.

A outra face histórica da construção do sistema de saúde chileno viria na esteira das reformas econômicas liberalizantes do governo de Augusto Pinochet. O interesse geral na construção de mercados e *players* para atuarem dentro deles promoveu a estruturação de um mercado de grandes proporções para o florescimento de empresas especializadas na atenção à saúde da população.

Dois fatores contribuíram de forma decisiva para a criação e a expansão de grandes empresas e de um expressivo mercado de seguro saúde: a) a geração de um mercado cativo pela obrigatoriedade de todo assalariado formal realizar uma dedução de 7% de seus salários para a aquisição de planos de cobertura em atendimento de saúde e para a garantia da continuidade da percepção de salários em caso de afastamento por doença não vinculada ao trabalho; b) o sucateamento da rede pública de saúde, tanto em termos de equipamentos quanto no que diz respeito à qualidade dos serviços, decorrente dos seguidos cortes de verbas públicas. Os dois elementos em conjunto serviram como fortes incentivos para a adesão dos trabalhadores formais aos planos privados, e isso direcionou as ações dos empreendedores na constituição de posições de mercado neste setor.

É fácil entender que o sistema tem um vínculo essencial entre os campos público e privado. A obrigatoriedade da contribuição de 7% por parte do assalariado pode ser

¹ Em espanhol, o termo utilizado é *asseguramiento*. Consideramos o termo asseguarção o mais correto para identificar o conceito em questão.

exercida em qualquer um dos sistemas. No primeiro caso, o beneficiário será segurado junto ao *Fondo Nacional de Salud*, braço operativo do Ministério da Saúde do Chile. No segundo caso, o assalariado terá a assistência em saúde garantida por uma das *Instituciones de Salud Previsional (Isapre)*. Nos dois casos há normas sobre co-pagamentos da assistência, que dependem do local de atendimento e dos tipos de contrato.

A parcela da população que não tem vínculo formal com o mercado de trabalho também participa do sistema. Cada indivíduo tem a mesma obrigação de cotização junto ao Fonasa ou às Isapres. Nos casos em que a renda não possibilita o cumprimento das obrigações mínimas para com o Fonasa ou com uma Isapre, a vinculação se dá ao sistema público, sob a declaração de indigência por parte do beneficiário. Implicitamente, o Fonasa custeia a saúde dessa parcela da população a partir do financiamento público, configurando uma espécie de subsídio à oferta.

A situação de afiliação entre os dois sistemas mostrava, ao final de 2002, forte predominância do sistema público, mas com expressiva participação do seguro privado. De uma população de 15,2 milhões de pessoas, as Isapres possuíam uma clientela de 2,8 milhões, entre contribuintes e familiares, cerca de 19,5% da população chilena. O Fonasa, na mesma data, tinha sob sua responsabilidade 10,3 milhões de pessoas, representando 68,1% da população. Em complemento, cerca de 13,2% da população vinculava-se às Forças Armadas (471 mil), e uma parcela restrita enfrentava os gastos com recursos próprios, em regime pós-pagamento (1,5 milhão).

É importante notar que os últimos cinco anos marcaram uma forte retração do seguro privado. Numa avaliação da evolução histórica, é visível a rapidez com que o sistema se estruturou e cresceu. A população vinculada ao sistema privado subiu de 16% do total, em 1990, ao patamar de 26%, no triênio 1995-1997. O período recente foi marcado por dois elementos que condicionaram a queda. Em primeiro lugar, a crise econômica e a baixa dinâmica do mercado de trabalho reduziram o tamanho do mercado cativo à disposição dos seguros. Em segundo lugar, foi eliminado o subsídio público à demanda de até 2% dos salários dos trabalhadores formais² que não conseguiam chegar aos pisos de contribuição fixados pelos planos privados. Com a eliminação desse subsídio, um conjunto de trabalhadores de renda mais baixa teve de migrar do sistema privado ao Fonasa.

Do ponto de vista das fontes de financiamento dos dois grandes blocos de assistência à saúde, é importante identificar as repartições entre fundos obrigatórios, pagamentos diretos e aportes orçamentários. No ano de 2002, o Fonasa desembolsou cerca de U\$ 2.013

² Os recursos eram integralizados à contribuição do empregado à Isapre pela empresa. Esta última abatia o valor equivalente dos impostos a recolher ao Tesouro.

milhões. Esses recursos foram provenientes, majoritariamente, do orçamento chileno, com cerca de 51%; US\$ 693 milhões (34,4% do total) foram recolhidos aos trabalhadores formais como cotização compulsória relativa ao salário (7%); o restante foi realizado por meio de co-pagamento dos segurados (US\$ 170 milhões) e venda de serviços a particulares e seguradoras (US\$ 124 milhões).

No âmbito do subsistema privado, o faturamento global das Isapres chegou, em 2002, a US\$ 1.558 milhão. A maior parcela desse valor foi proveniente dos pagamentos obrigatórios dos trabalhadores formais (58,5% do total), o que demonstra que o sistema não teria como se sustentar sem a forte indução que a obrigatoriedade contributiva representa. A segunda fonte de receita foi o co-pagamento imposto aos usuários (22,1%), prática permitida e estimulada pelo sistema, no sentido de coibir comportamentos do tipo *moral hazard*.³ A terceira fonte de recursos foi o aporte mensal adicional voluntário, no regime de pré-pagamento, para obtenção de garantias ampliadas, preferências na assistência ou co-pagamentos reduzidos. Vale notar que a contribuição de empregadores ao sistema foi apenas residual (2%), e que o remanescente de contratos dotados de subsídio estatal de 2%, acima referido, significou tão somente 0,5% do financiamento do conjunto das Isapres.

No que diz respeito à evolução do gasto com saúde, para o conjunto da população, o valor *per capita* expandiu-se de maneira expressiva entre 1990 e 2002. Dos US\$ 82 *per capita* verificados em 1990, o gasto evoluiu para US\$ 171 em 1996, para fechar o período em US\$ 220. Desse modo, tomados os extremos da série analisada, o gasto global cresceu 168%.

Na análise individualizada entre os universos de gastos realizados pelo Fonasa e pelas Isapres, o comportamento mais favorável do primeiro é explicado pelo expressivo crescimento dos gastos públicos. No ano de 1990, o gasto *per capita* do subsistema Fonasa era de US\$ 67, tendo evoluído para US\$ 163 em 1996 e chegando a US\$ 202 e US\$ 195 em 2001 e 2002, respectivamente. A redução verificada no último ano derivou-se, em grande parte, do refluxo de segurados do seguro privado para o seguro público. Desse modo, tomando-se o final do período, a ampliação do gasto *per capita* foi de 191%.

No âmbito do subsistema Isapre, os gastos *per capita* também experimentaram expressiva evolução. Em 1990, esse coeficiente representava US\$ 150 por afiliado. Em 1996, o

³ Entende-se por *moral hazard* o comportamento de expansão das demandas de serviços dos consumidores numa situação em que o pagamento prévio garante o acesso aos serviços. Os co-pagamentos realizados pelos beneficiários de planos e seguros de saúde teriam o objetivo de estabelecer uma barreira monetária a essa tendência de ampliação do consumo de bens e serviços de saúde. Ver GETZEN, T. E., *Health economics: fundamentals and flow of funds*. New York: John Wiley, 1997, p. 58-76.

mesmo indicador chegava a US\$ 189, enquanto em 2002 se chegava a US\$ 311 *per capita*. É crucial identificar que o movimento de expansão entre 1996 e 2002 é explicado pela redução do número de segurados e pela mudança no seu perfil. A queda no número de segurados nesse período foi de 3,8 milhões para pouco mais de 2,8 milhões. Na medida em que o principal determinante da queda foi a eliminação do subsídio à demanda de 2%, anteriormente franqueado aos assalariados de menor renda, a queda de cobertura teve concentração nos trabalhadores de menor contribuição, ou seja, beneficiários que forçavam o gasto *per capita* para baixo foram retirados do subsistema Isapre.

Esses elementos indicam um crescimento dos gastos com saúde impulsionado pela ampliação do gasto público ao mesmo tempo em que a clientela dos seguros privados passa por um processo de elitização, refletido na retração do montante de beneficiários. De todo modo, o sistema continua a apresentar seu caráter híbrido, dispondo de diversas formas de interfaces que acabam por definir uma complexa inter-relação entre os dois subsistemas.

■ 3. A superintendência e o setor privado: evolução e regulação das ISAPRES

O ano de 1981 marcou o início do funcionamento das instituições previsionais privadas de saúde. O Decreto com Força de Lei nº 3 do Ministério da Saúde chileno permitiu à administração privada acesso à cotização obrigatória de saúde por parte dos trabalhadores. A escolha entre o sistema público e o privado foi deixada a cargo de cada beneficiário.

Quatro momentos podem ser identificados como as mais importantes alterações no marco legal que dá base ao funcionamento das Isapres durante estas duas décadas. O primeiro foi em 1990, por meio da Lei nº 18.933, que criou a *Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional* (Sisp) como instância fiscalizadora das Isapres e deu início a um processo de monitoramento dos contratos. O segundo foi a Lei nº 19.381, que ampliou o monitoramento dos contratos entre as seguradoras e os cotistas. O terceiro foi a Lei nº 19.650, de 1999, que aboliu o mecanismo de compensação tributária para os casos em que a empresa colocava mais 2% do salário do cotista que não lograva o mínimo exigido pelos prêmios de seguro. O quarto foi a Lei nº 19.895, de 2003, que ampliou drasticamente as possibilidades de gerenciamento de crises das Isapres pela superintendência.

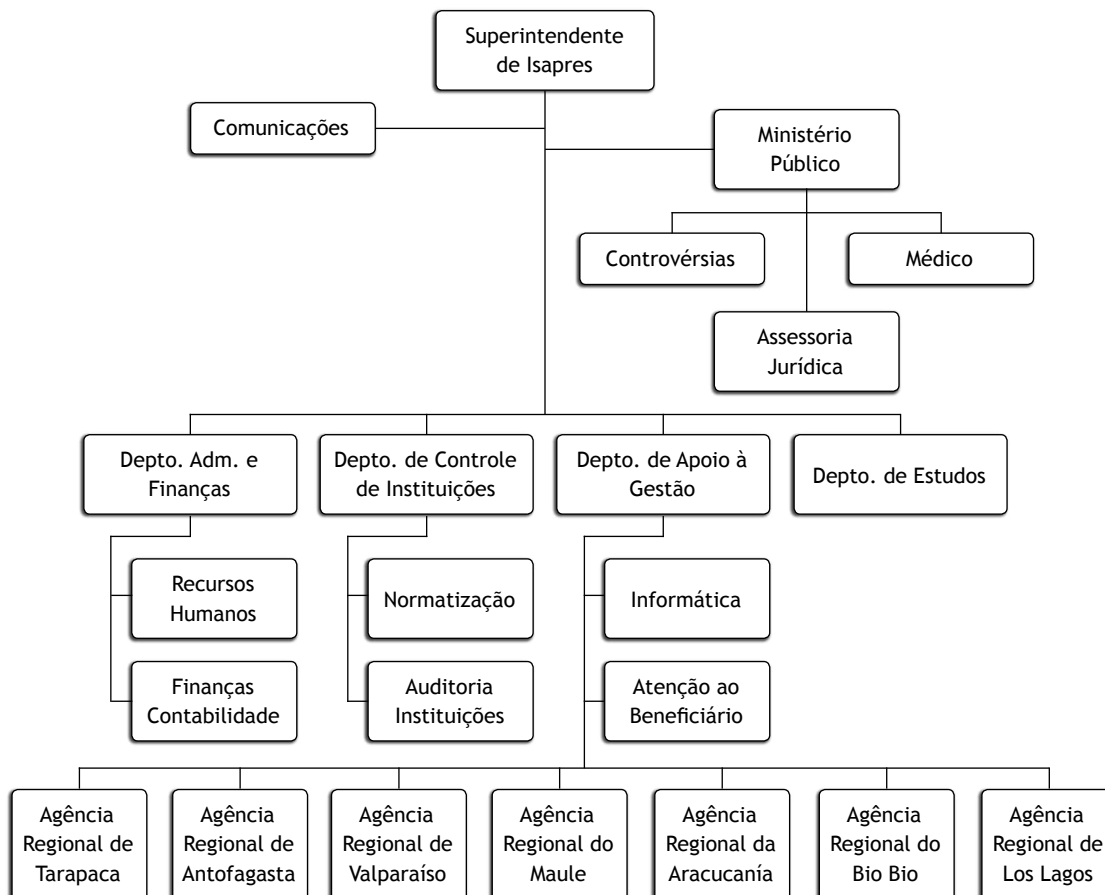
A Lei nº 18.933, de 1990, que criou a Superintendência de Isapre veio alterar o *locus* decisório sobre a regulação do subsistema privado de saúde. Anteriormente, o monitoramento e o registro eram realizados no âmbito do Fonasa, mas essa tarefa limitava-se a manter o controle do capital mínimo das empresas. A Sisp foi criada com um enfoque marcadamente financeiro, no qual a principal atribuição era efetivamente a avaliação da saúde financeira das empresas do setor e o monitoramento e o gerenciamento de crises dentro do mercado.

As funções de regulação das relações entre o seguro e o beneficiário e as questões contratuais eram inicialmente quase ausentes da pauta de atribuições assumida pela Sisp. É importante notar que na medida em que a base do sistema é a relação contratual individual, a noção de que houvesse um espaço regulatório a ser ocupado, nesse contexto, permaneceu obscurecida. De fato, não era função legal da Sisp interferir nas normas contratuais gerais e nem nos reajustes de preços ou tipos e planos de seguros oferecidos.

O organograma 1 mostra a forma atual de configuração institucional da Sisp, merecendo destaque os Departamentos de Fiscalização e Controle de Instituições. Isso revela a ampliação que a Sisp foi operando ao longo dos anos no rol de suas atribuições, passando a ter maior participação na regulação específica e impacto sobre questões médicas e de organização do sistema.

Neste ponto é fundamental notar uma característica da atuação da Sisp que a levou a ter uma influência sobre o mercado que não estava perfeitamente identificada nas atribuições que inicialmente lhe foram outorgadas - a Sisp possui a prerrogativa de julgar pendências em contratos individuais sobre as quais não cabe recurso à Justiça, a não ser sobre questões de forma processual. Portanto, embora não seja atribuição da Sisp interferir nas relações contratuais na discussão de mérito, ela passou, com suas decisões sobre questões específicas, à condição de norteadora de concepções e posturas sobre as obrigações das partes envolvidas que direcionaram o comportamento do conjunto do setor.

Organograma 1 - Sisp – formato institucional



Fonte: Sisp

A análise dos resultados do sistema Isapre mostra que as receitas operacionais se situaram em 2002 em 728,6 milhões de pesos (ver Tabela 1), tomando-se tanto as Isapres abertas quanto as fechadas, valor que revela uma estagnação do sistema, dado que o crescimento sobre o ano anterior foi de apenas 0,8%. Como os custos operacionais chegaram a 608,3 milhões de pesos e os gastos administrativos e de vendas chegaram a 107,3 milhões de pesos, o resultado operacional foi de 13 milhões de pesos, expressivamente melhor que o registrado no ano anterior. O resultado do exercício de 2002 foi, no entanto, inferior em 19,6% ao de 2001, dada a violenta retração das receitas não operacionais.

O sistema Isapre é um misto de dois tipos de instituições com formas distintas de inserção no mercado. As instituições abertas franqueiam seus contratos a quaisquer pessoas que queiram aderir ao plano com seus recursos compulsoriamente consignados para as

prestações de serviços relativas à saúde. As fechadas são instituições especializadas no atendimento a clientela selecionada com maior participação dos empregadores no patrocínio e na gestão destas. As Tabelas 1, 2 e 3 mostram as contas financeiras consolidadas para os dois tipos de instituição e separadamente para as Isapres abertas e as fechadas.

Tabela 1 - Resultados financeiros comparados do sistema ISAPRE - 2002

em milhões de pesos de dez/2002

Variáveis	2001		2002		Variação anual
	Valores	Estrutura percentual	Valores	Estrutura percentual	
Nº de Isapres em operação	24		18		-25,0%
1.- Resultados					
Receitas operacionais	722.456	100,0%	728.589	100,0%	0,8%
Custos operacionais	603.368	83,5%	608.288	83,5%	0,8%
Gastos em administ. e vendas	115.165	15,9%	107.343	14,7%	-6,8%
Resultado operacional	3.924	0,5%	12.959	1,8%	230,3%
Resultado não operacional	11.680	1,6%	-151	0,0%	-101,3%
Resultado do exercício	12.909	1,8%	10.373	1,4%	-19,6%
2.- Estrutura da receita operacional					
Cotização legal 7%	548.780	76,0%	547.142	75,1%	-0,3%
Cotização adicional legal 2%	5.596	0,8%	3.317	0,5%	-40,7%
Cotização adicional voluntária	149.935	20,8%	159.161	21,8%	6,2%
Aporte empregadores	18.145	2,5%	18.968	2,6%	4,5%
Total da receita operacional	722.456	100,0%	728.589	100,0%	0,8%
3.- Estrutura do custos operacionais					
Prestações de saúde	479.484	66,4%	494.010	67,8%	3,0%
Subsídios incapacidade laboral	109.280	15,1%	108.314	14,9%	-0,9%
Provisão - prestações ocorridas e não liquidadas	561	0,1%	492	0,1%	-12,3%
Outros custos	4.854	0,7%	3.006	0,4%	-38,1%
Cápita	9.190	1,3%	2.466	0,3%	-73,2%
Total custo operacional	603.368	83,5%	608.288	83,5%	0,8%

Fonte: SISP

Tomando as contas consolidadas das instituições abertas, a verificação da receita operacional das Isapres demonstra que a contribuição obrigatória de 7% dos rendimentos dos trabalhadores foi responsável por mais de 76% do valor global. Isso comprova a absoluta centralidade da compulsoriedade para a existência desse mercado, pelo menos na forma como ele se configura atualmente. A cotização adicional voluntária foi a segunda fonte de receitas das Isapres, com 23% em 2002. Essa receita refere-se tanto a pré-pa-

gamentos por ampliação de garantias quanto a co-pagamentos relativos a atendimentos e intervenções efetivadas.

A mesma Tabela 2 permite visualizar duas questões importantes. A primeira é a contribuição adicional de 2% que os empregadores podiam fazer para completar rendimentos de assalariados que com os 7% não chegavam ao piso contributivo. Essa receita é meramente residual, porque remete a contratos ainda vigentes, mas firmados antes da extinção do referido mecanismo. A outra questão é o aporte de empregadores, que se limita a 0,2% dos valores de receita operacional, revelando a quase inexistente inserção das empresas no gerenciamento das relações com as seguradoras.

O terceiro bloco das contas das Isapres abertas é formado pelos custos operacionais. Como não poderia deixar de ser, o principal item de desembolso é relativo às prestações de saúde, com 68,3% do global em 2002. Digna de nota, no entanto, é a expressiva participação de uma especificidade do sistema chileno decorrente da própria compulsoriedade da contribuição - os subsídios à incapacidade laboral. Pouco menos de 15% do valor global dos custos operacionais representam o pagamento dos dias de afastamento a que a o trabalhador foi submetido por questões de saúde.

Tabela 2 - Resultados financeiros comparados das ISAPRES abertas - 2002

em milhões de pesos de dez/2002

Variáveis	2001		2002		Variação anual
	Valores	Estrutura percentual	Valores	Estrutura percentual	
Nº de Isapres em operação	16		10		-37,5%
1.- Resultados					
Receitas operacionais	668.823	100,0%	674.324	100,0%	0,8%
Custos operacionais	553.673	82,8%	563.308	83,5%	1,7%
Gastos em administ. e vendas	108.617	16,2%	100.603	14,9%	-7,4%
Resultado operacional	6.534	1,0%	10.413	1,5%	59,4%
Resultado não operacional	9.457	1,4%	2.928	0,4%	-69,0%
Resultado do exercício	13.095	2,0%	10.974	1,6%	-16,2%
2.- Estrutura da receita operacional					
Cotização legal 7%	515.567	77,1%	514.008	76,2%	-0,3%
Cotização adicional legal 2%	5.365	0,8%	3.095	0,5%	-42,3%
Cotização adicional voluntária	146.754	21,9%	156.042	23,1%	6,3%
Aporte empregadores	1.137	0,2%	1.179	0,2%	3,7%
Total da receita operacional	668.823	100,0%	674.324	100,0%	0,8%
3.- Estrutura do custos operacionais					
Prestações de saúde	441.628	66,0%	460.843	68,3%	4,4%
Subsídios incapacidade laboral	99.460	14,9%	98.282	14,6%	-1,2%
Provisão - prestações ocorridas e não liquidadas	428	0,1%	393	0,1%	-8,3%
Outros custos	2.973	0,4%	1.324	0,2%	-55,5%
Cápita	9.184	1,4%	2.466	0,4%	
Total custo operacional	553.673	82,8%	563.308	83,5%	1,7%

Fonte: SISP

A participação das Isapres fechadas é muito limitada no mercado. A Tabela 3 mostra que a receita operacional em 2002 foi de 53 milhões de pesos. Isso representa apenas 7,3% do conjunto das Isapres. As particularidades dessas instituições estão justamente na elevada participação dos aportes de empregadores (32,8% do total das receitas operacionais em 2002) e na baixa receita com cotização adicional voluntária. Vale notar que os gastos com administração e vendas foram expressivos para um segmento fechado (12,4%), em verdade pouco inferiores ao registrado nas Isapres abertas (14,9%).

Tabela 3 - Resultados financeiros comparados das ISAPRES fechadas - 2002

em milhões de pesos de dez/2002

Variáveis	2001		2002		Variação anual
	Valores	Estrutura percentual	Valores	Estrutura percentual	
Nº de Isapres em operação	8		8		0,0%
1.- Resultados					
Receitas operacionais	53.633	100,0%	54.266	100,0%	1,2%
Custos operacionais	49.695	92,7%	44.980	82,9%	-9,5%
Gastos em administ. e vendas	6.548	12,2%	6.740	12,4%	2,9%
Resultado operacional	-2.610	-4,9%	2.546	4,7%	197,5%
Resultado não operacional	2.223	4,1%	-3.080	-5,7%	-238,5%
Resultado do exercício	-187	-0,3%	-601	-1,1%	-221,9%
2.- Estrutura da receita operacional					
Cotização legal 7%	33.213	61,9%	33.134	61,1%	-0,2%
Cotização adicional legal 2%	231	0,4%	223	0,4%	-3,7%
Cotização adicional voluntária	3.180	5,9%	3.119	5,7%	-1,9%
Aporte empregadores	17.009	31,7%	17.790	32,8%	4,6%
Total da receita operacional	53.633	100,0%	54.266	100,0%	1,2%
3.- Estrutura do custos operacionais					
Prestações de saúde	37.856	70,6%	33.167	61,1%	-12,4%
Subsídios incapacidade laboral	9.820	18,3%	10.031	18,5%	2,2%
Provisão - prestações ocorridas e não liquidadas	133	0,2%	99	0,2%	-25,4%
Outros custos	1.881	3,5%	1.682	3,1%	-10,5%
Cápita	6	0,0%	0	0,0%	
Total custo operacional	49.695	92,7%	44.980	82,9%	-9,5%

Fonte: SISP

Cifras expresadas en moneda de diciembre de 2002

Os indicadores financeiros para o conjunto das Isapres abertas revelam uma situação financeira bastante confortável. O índice de liquidez, quociente entre ativo e passivo circulantes, mantém-se em 0,8, enquanto o endividamento (passivo exigível dividido pelo patrimônio) é de 2,3, cifra bastante razoável para um setor no qual a exigência de ativos produtivos é muito baixa e o que importa é a rotação dos pedidos de prestação de serviços para o conjunto dos segurados, o que também se reflete no índice de gestão, que busca medir o peso do ativo fixo no ativo total. O ponto que merece maior destaque é o indicador de rentabilidade, que foi de 23,8% em 2002, percentagem muito expressiva, especialmente num período de deterioração da economia e do mercado de trabalho.

Tabela 4 - Indicadores financeiros e de custo - 2001 e 2002

	2001	2002	Var
Indicadores financeiros			
Liquidez (ativo circulante/passivo circulante)	0,8	0,8	
Endividamento (passivo exigível/patrimônio)	2,3	2,3	
Rentabilidade (resultado do exercício/capital e reservas)	25,6%	23,8%	
Gestão (ativo fixo/ativo total)	25,6%	25,9%	
Indicadores média mensal (em pesos)			
Cotização total por cotizante	44.200	46.101	4,3%
Cotização adicional voluntária por cotizante	9.698	10.668	10,0%
Custo operacional por beneficiário	16.231	17.196	5,9%
Custo em prestações por beneficiário	12.947	14.068	8,7%
Custo em subsídios por cotizante	6.573	6.719	2,2%
Gasto de administração e vendas por beneficiário	3.184	3.071	-3,6%

Fonte: SISP

Os indicadores de custos do sistema mostram valores expressivos para um país de renda como a chilena. O valor médio mensal pago por cotizante foi de 46,1 mil pesos, sendo igualmente elevado o valor pago como adicional voluntário, 10,7 mil pesos mensais. O custo operacional por beneficiário e o custo em prestações por beneficiário subiram fortemente em 2002, 5,9% e 8,7%, respectivamente, espelhando a redução do número de cotizantes ante a inércia no comportamento dos gastos, dada a extensão de garantia existente nos contratos para os meses posteriores à expansão do desemprego. Vale notar que o gasto por beneficiário com administração e vendas é muito elevado, chegando a 3.071 pesos, o que equivale a 22% das prestações de saúde por beneficiário.

A avaliação das fatias de mercado é especialmente relevante para o caso chileno. Um conjunto de dez Isapres abertas controla a totalidade dos contratos de asseguarção em saúde. A Tabela 5 mostra as receitas operacionais para cada uma dessas instituições no ano de 2002 e deixa clara a liderança da Isapre ING Salud, com receita operacional de 147 milhões de pesos. Esta empresa emergiu da fusão entre a ING e a Cruz Blanca. Note-se que este é o único caso de participação efetiva do capital externo no mercado de seguro saúde chileno. O segundo posto é ocupado pela Banmédica (com 131 milhões de pesos), e o terceiro, pela Consalud (121 milhões de pesos). Fechando o conjunto das quatro grandes instituições, a Colmena Golden Cross possui receita de 111 milhões de pesos.

Tabela 5 - Resultados financeiros das ISAPRES abertas – em 31 de dezembro de 2002

em milhões de pesos de 12/2002

Isapres	Receita operacional	Custos operacionais	Margem de exploração	Adm. e vendas	Resultado operacional	Resultado não operacional	Resultado antes de impostos	Imposto de renda	Resultado do exercício
Promepart	21.028	-16.670	4.358	-4.260	98	-1.700	-1.602	0	-1.602
Vida Plena (1)	30.467	-25.841	4.626	-4.929	-303	154	-149	13	-136
Colmena Golden Cross	111.324	-93.186	18.139	-13.750	4.389	792	5.181	-806	4.375
Normédica	10.424	-8.661	1.763	-1.867	-104	479	375	-72	303
ING Salud (2)	147.537	-124.380	23.157	-23.015	142	889	1.031	-324	706
Vida Tres	55.107	-46.356	8.751	-7.390	1.361	483	1.844	-267	1.577
Masvida	43.940	-36.017	7.923	-8.490	-567	978	411	0	411
Isapre Banmédica	131.496	-109.075	22.421	-18.979	3.442	23	3.464	-593	2.872
Sfera	1.952	-946	1.006	-998	8	119	127	0	112
Consalud S.A.	121.049	-102.177	18.872	-16.924	1.948	711	2.659	-304	2.355
Alemana Salud	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Total isapres abertas	674.324	-563.308	111.016	-100.603	10.413	2.928	13.341	-2.353	10.974

Fonte: SISP, Ficha Econômica Financeira das Isapre em 31/12/2002

(1) A fusão das isapre Cigna Salud e Vida Plena foi autorizada em 31/12 e a informação apresentada corresponde aos resultados consolidados de ambas já sob a nova razão social: Vida Plena.

(2) Em 30/08/2002 a isapre Cruz Blanca absorveu a la isapre ING Salud. O novo registro manteve a razão social ING Salud S.A. A informação apresentada corresponde ao consolidado de ambas.

Dentre as Isapres fechadas, os resultados de 2002 foram muito piores que os do conjunto das Isapres. A Tabela 6 mostra que para três das oito Isapres fechadas os resultados do exercício foram negativos. Como nos outros cinco casos, os resultados positivos foram muito baixos. No consolidado, o comportamento foi expressivamente negativo. Na maioria dos casos das Isapres fechadas há uma relação forte de patrocínio por empresas e instituições de grande porte, o que reduz o risco de que a situação se encaminhe para a insolvência.

Tabela 6 - Resultados financeiros das ISAPRE fechadas em 31 de dezembro de 2002

em milhões de pesos de 12/2002

Isapres	Receita operacional	Custos operacionais	Margem de exploração	Adm. e vendas	Resultado operacional	Resultado não operacional	Resultado antes de impostos	Imposto de renda	Resultado do exercício
San Lorenzo	1.487	-1.404	84	-175	-92	205	113	-16	97
El Teniente	17.750	-11.523	6.227	-1.271	4.956	-4.822	134	-113	20
Chuquicamata	9.419	-9.135	284	-766	-482	504	22	-2	20
Río Blanco	4.628	-4.343	285	-392	-108	168	61	-10	51
Banco del Estado	11.804	-10.293	1.511	-2.082	-571	616	46	0	46
Ferrosalud	1.380	-1.169	211	-575	-365	254	-111	0	-111
CTC - Istel	6.095	-5.591	504	-1.262	-758	66	-692	57	-635
Cruz del Norte	1.703	-1.523	180	-215	-35	-71	-106	16	-89
Total isapres cerradas	54.266	-44.980	9.286	-6.740	2.546	-3.080	-534	-67	-601
Total sistema	728.589	-608.288	120.302	-107.343	12.959	-151	12.807	-2.420	10.373

Fonte: SISF, Ficha Econômica Financeira das Isapre em 31/12/2002

É importante ressaltar o altíssimo nível de concentração do mercado de seguro saúde no Chile. Quatro grandes seguradoras (ING, Banmédica, Consalud e Colmena) são responsáveis por nada menos que 76% da receita operacional do setor. O Gráfico 1 mostra que essas quatro empresas possuem fatias de mercado que vão de 21% a 17% do total dos 674 milhões de pesos movimentados no ano de 2002. Essa concentração teve novo crescimento em 2003 em razão da quebra do grupo financeiro a que estava ligada a seguradora Vida Plena, cuja carteira foi redistribuída entre as outras operadoras. Vale notar que esta é uma tendência que perdura nos últimos 12 anos. Em 1990, eram 21 Isapres abertas, número que em 2003 se limita a dez após a quebra da Vida Plena.

Os dados de 2003 revelam elementos interessantes sobre a situação financeira e operacional das seguradoras de saúde chilenas. Como pode ser verificado por meio da Tabela 7, o resultado do exercício de 2003 foi positivo para a maioria delas, notadamente no campo das Isapres abertas. No que diz respeito à rentabilidade do capital de reservas, os números são extremamente expressivos, indicando que a maioria das Isapres têm remunerado de maneira bastante lucrativa o capital investido. Quanto à taxa de sinistralidade, os percentuais mantiveram-se em patamares que viabilizam uma margem financeira bastante aceitável, mantendo-se, em geral, na faixa dos 80%.

Tabela 7 - Resultados do exercício financeiro de 2003 por ISAPRE

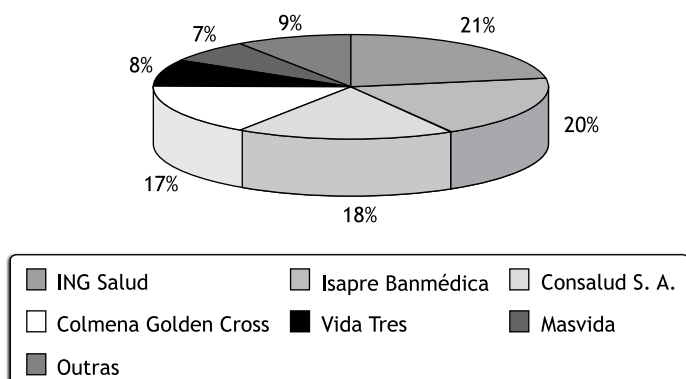
Isapres	Resultado no exercício (milhões \$)*	Rentabilidade do capital e reservas	Taxa de sinistralidade	Taxa de gastos de adm. e consultas
Ing Salud	4.824	49,1%	82,8%	13,4%
Banmédica	4.782	45,5%	81,5%	14,2%
Colmena G.C.	4.357	74,2%	84,2%	11,7%
Vida Tres	3.009	92,7%	83,6%	11,0%
Consalud S. A.	2.946	35,6%	82,9%	14,8%
El Teniente	1.120	1.278,3%	64,7%	7,1%
Normédica	529	43,5%	76,7%	19,7%
Masvida	315	6,4%	83,0%	16,9%
San Lorenzo	94	42,8%	95,0%	13,6%
Sfera	84	21,7%	49,8%	50,3%
Ferrosalud	44	48,8%	81,9%	48,8%
Chuquicamata	33	2,7%	95,9%	10,7%
Cruz del Norte	-27	-22,3%	86,3%	11,4%
Rio Blanco	-70	-20,6%	96,5%	7,7%
Banco del Estado	-395	-7,5%	90,0%	18,3%
CTC - Istel	-620	-58,1%	94,9%	15,3%
Promepart	-667	-23,3%	67,5%	30,0%
Vida Plena**	-2.417	-405,8%	85,5%	21,3%
Total sistema	17.942	31,9%	82,4%	14,4%

* Valores em milhões de \$ de dezembro de 2003.

** Informação financeira referente ao período de janeiro-outubro de 2003.

Fonte: Superintendencia das Isapres, Fefi, 31 dic. 2003

Vale a pena, a partir da mesma tabela, identificar o alto peso dos gastos administrativos e os esforços de vendas. O comprometimento de recursos é, sem dúvida, elevado, e, em alguns casos, como o da Promepart, em que chegam a 30%, comprometem de maneira expressiva o resultado financeiro. Para o conjunto do subsistema privado, este índice de comprometimento chega a 14,4%.

Gráfico 1 - Participação de mercado das Isapres abertas na receita total do mercado - 2002

Fonte: Sisp

O fluxo de caixa das principais Isapres abertas durante o ano de 2002 mostra a importância da arrecadação derivada do co-pagamento dentro das suas contas. Como a Tabela 8 mostra, no seu consolidado, as Isapres receberam, a título de co-pagamento, o equivalente a 13% da arrecadação de cotizações. Em verdade, o co-pagamento significou mais de cinco vezes o fluxo positivo final de caixa. Vale a pena, também, registrar que para uma Isapre como a Consalud, cujo perfil de clientela é de menor renda, o co-pagamento foi equivalente a 23% da arrecadação de cotizações, ou seja, mesmo para clientelas de perfil mais modesto de renda, a cotização obrigatória de 7% tem ficado bem aquém da mobilização de recursos requerida para dar conta das despesas com saúde, fazendo com que parcela da renda livre seja alocada para fazer frente a esse tipo de gasto.

Tabela 8 - Fluxo de caixa das ISAPRES abertas - 2003

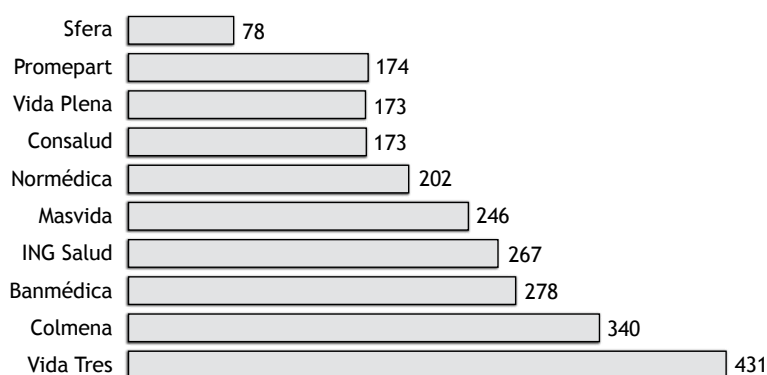
em milhões de pesos de dez de 2002

Contas	Promepart	Vida Plena	Colmena Golden Cross	ING Salud	Vida Tres	Másvida	Banmédica	Consalud S.A.	Total
Arrecadação de cotização	22.097	31.258	120.133	156.729	58.427	44.317	134.521	120.744	701.090
Co-pagamento	3.643	6.011	7.487	18.593	4.572	6.340	14.083	27.549	91.246
F.U.P.F.	2.982	3.846	9.759	13.533	4.374	4.662	11.321	-108	50.426
Receita financeira	0	118	219	828	328	322	562	101	2.635
Dividendos	-173	0	0	0	0	0	0	0	-173
Outras receitas	7.104	0	80	0	233	979	857	1.791	11.314
Prestações de saúde	-15.724	-21.063	-87.770	-124.847	-43.096	-35.127	-103.616	-109.832	-551.560
Subsídios incapacidade laboral	-7.481	-9.164	-24.951	-34.647	-10.754	-10.647	-29.660	-21.292	-150.963
Devolução de cotizações	-1.496	-303	-1.587	-2.893	-917	-622	-1.723	-1.819	-11.926
Provedores e pessoal	-6.012	-5.140	-12.853	-21.544	-7.488	-7.972	-17.843	-17.302	-98.562
Juros pagos	-1.091	-15	-17	-471	-337	-1	-136	0	-2.085
Imposto de renda pago	0	0	-958	0	-211	-8	-431	-524	-2.153
IVA e outros similares pagos	-392	-893	-4.013	-2.571	-1.866	-302	-2.028	-542	-12.717
Outros gastos	-2.183	-6.249	0	0	-338	-587	-878	0	-10.350
Fluxo líquido originado na operação	1.275	-1.594	5.530	2.710	2.927	1.355	5.029	-1.231	16.221

Fonte: SISP

A questão anteriormente enunciada pode ser mais bem verificada comparando-se as receitas anuais por beneficiário dentre as distintas Isapres. O Gráfico 2 mostra esses dados e permite averiguar que a Isapre Vida Tres possui uma receita *per capita* muito superior às outras instituições seguradoras, com 431 pesos. A Colmena Golden Cross, que vem em segundo lugar, apresenta coeficiente de 340 pesos por beneficiário. Ambas têm marcas muito superiores às demais Isapres.

Gráfico 2 - Receita operacional anual por beneficiário em cada ISAPRE aberta - 2002



Fonte: Sisp

É digno de destaque o baixo coeficiente da relação entre beneficiários e cotizantes para algumas Isapres, até abaixo da média, que já é também bastante reduzida. A Tabela 9 mostra que existiam ao final de 2002 2,67 milhões de beneficiários para 1,2 milhão de cotizantes no âmbito das Isapres abertas. O quociente dessa relação é tão-somente 2,22, demonstrando uma carência de famílias de maiores proporções no universo segurado. Vale notar que as Isapres fechadas têm quocientes muito superiores, e a Isapre aberta Consalud, justamente por ser voltada para estratos de renda médios e inferiores, obteve o maior quociente do segmento aberto, com 2,52.

Tabela 9 - Participação de cotizantes e beneficiários por ISAPRE - Dezembro de 2002

Isapres	Cotizantes		Beneficiários		Relação beneficiário-cotizante
	Número	Participação	Número	Participação	
Promepart	58.536	4,9%	106.897	4,0%	1,83
Cigna Salud	52.271	4,3%	119.506	4,5%	2,29
Colmena Golden Cross	146.064	12,1%	327.915	12,3%	2,25
Normédica	20.406	1,7%	49.991	1,9%	2,45
ING Salud S.A. (1)	270.943	22,5%	562.254	21,0%	2,08
Vida Tres	64.076	5,3%	128.694	4,8%	2,01
Masvida	87.337	7,2%	184.412	6,9%	2,11
Vida Plena S.A. (2)	22.509	1,9%	47.004	1,8%	2,09
Isapre Banmédica	209.345	17,4%	471.337	17,6%	2,25
Sfera	16.266	1,3%	27.878	1,0%	1,71
Consalud S.A.	257.188	21,3%	648.673	24,3%	2,52
Total isapres abertas	1.204.941	95,4%	2.674.561	94,6%	2,22
San Lorenzo	2.098	3,6%	7.482	4,9%	3,57
El Teniente	18.185	31,6%	47.369	30,8%	2,60
Chuquicamata	9.808	17,0%	33.597	21,9%	3,43
Río Blanco	1.591	2,8%	5.182	3,4%	3,26
Banco del Estado	13.305	23,1%	27.549	17,9%	2,07
Ferrosalud	4.462	7,8%	10.079	6,6%	2,26
CTC - Istel	6.552	11,4%	17.510	11,4%	2,67
Cruz del Norte	1.572	2,7%	4.899	3,2%	3,12
Total isapres fechadas	57.573	4,6%	153.667	5,4%	2,67
Total sistema	1.262.514	100%	2.828.228	100%	2,24

Fonte: SISP

- (1) A fusão das isapre Cigna Salud e Vida Plena foi autorizada em 31/12 e a informação apresentada corresponde aos resultados consolidados de ambas já sob a nova razão social: Vida Plena.
 (2) Em 30/08/2002 a isapre Cruz Blanca absorveu a la isapre ING Salud. O novo registro manteve a razão social ING Salud S.A. A informação apresentada corresponde ao consolidado de ambas.

A análise dos padrões de renda dos cotizantes das distintas Isapres pode ajudar a elucidar as estratégias distintas de cada uma das seguradoras em sua participação no mercado. Como pode ser avaliado por meio da Tabela 10, as seguradoras Promepart e Consalud têm grande concentração de clientela nas duas camadas inferiores de renda (de 0 a 500 mil pesos por ano). No outro extremo encontram-se a Vida Tres e a Colmena Golden Cross, com cotizantes provenientes, basicamente, dos estratos de renda mais elevados. ING e Banmédica revelam maior equilíbrio nas participações de sua clientela segundo a faixa de renda.

Tabela 10 - Distribuição dos cotizantes por faixa de renda - 2002

em mil pesos de dezembro de 2002

	0 - 200	201 - 500	501 - 900	mais de 900
Promepart	15.033	27.648	9.443	2.451
Cigna Salud	5.638	19.637	10.343	8.082
Colmena Golden Cross	4.567	32.735	32.108	43.910
Normédica	1.663	7.122	5.882	3.069
ING Salud S.A. (1)	28.977	88.571	51.232	40.241
Vida Tres	3.413	14.562	14.441	20.104
Masvida	4.480	26.305	22.380	16.327
Vida Plena S.A. (2)	4.040	8.870	2.115	322
Isapre Banmédica	14.716	61.261	50.392	47.496
Sfera	3.407	4.088	497	186
Consalud S.A.	19.068	92.354	53.833	32.841

Fonte: SISP

A forma de organização das relações entre o cotista e a instituição seguradora sempre foi extremamente complexa, tanto que todo o desenrolar da legislação citada anteriormente reflete a tentativa de estabelecer regras que melhor protegessem o beneficiário. Para tratar deste tema, dois elementos devem ser frisados como específicos do caso chileno. O primeiro é que a relação é efetivamente entre um indivíduo e uma seguradora, cuja mediação se dá por um contrato entre ambos. Desse modo, não existem contratos coletivos ou algo que se assemelhe aos contratos firmados entre empresas de saúde e empresas ou grupos de pessoas. O segundo é que os contratos, dentro do período de um ano de vigência, esgotam os compromissos entre a seguradora e o indivíduo; ou seja, diagnosticada uma mudança no estado de saúde do beneficiário na renovação anual subsequente, os prêmios de seguro terão seu recálculo efetuado, alterando o valor do prêmio de seguro relativo à assistência cobrado à pessoa.

Esta configuração do sistema de pré-pagamento em saúde no Chile acabou por gerar enormes distorções na condução das atividades das empresas seguradoras. De um lado, o sistema contém receitas cativas para as instituições de saúde, sem que se tenham desenhado mecanismos de incentivo para induzir as empresas no sentido da utilização de estratégias de gerenciamento em saúde, como administração dos custos de serviços fornecidos pelos prestadores. De outro, o co-pagamento e a faculdade de rever os valores pagos na renovação anual do seguro, fizeram das seguradoras tomadoras de preços ao

setor fornecedor de bens e serviços de saúde. Os custos, portanto, não tiveram mecanismos de controle e otimização adequados. O encarecimento do sistema não poderia deixar de se colocar como tendência geral num contexto como este.

De outro lado, um aspecto de enorme importância para a análise do setor privado de saúde no Chile é que não existem noções de poupança de longo prazo por parte dos cotistas nem de fidelização do afiliado por parte das seguradoras. Na medida em que não há nenhum tipo de comprometimento de longo prazo da seguradora para com o beneficiário, a troca de seguradora é usual, e a prática da seleção adversa está consagrada na própria lógica da montagem do rol de beneficiários. Como os preços são ditados pelas seguradoras segundo as condições de saúde dos beneficiários, podendo ser alterados anualmente, mulheres em idade fértil, idosos e portadores de doenças crônicas são altamente prejudicados na formação de preços de contrato do setor.

A existência de uma disciplina legal sobre a contribuição de saúde e a possibilidade de escolha entre atendimento privado e público acabam por construir uma sólida inter-relação entre seguradoras e Estado. Por um lado, há um mercado garantido para as seguradoras, justamente porque a contribuição é compulsória e o atendimento tende a ser melhor no setor privado que no setor público. Por outro, a migração do contribuinte para o Fonasa sempre é possível, o que dá plena liberdade às seguradoras para praticar a expulsão dos usuários de alto custo ou de alto risco ao final do período de vigência de contrato.

Essas considerações indicam que há uma espécie de subsídio público ao funcionamento das seguradoras. Esse subsídio começa no estabelecimento de um mercado cativo comprador de seguros e termina na oferta de pontos de fuga para a empresa seguradora, com a possibilidade de alteração contratual e conseqüente transferência do segurado, e das despesas a ele relativas, para o Fonasa.

Um ponto que deve ser ressaltado no mercado de seguro privado chileno é a reduzidíssima relação das seguradoras com a rede prestadora. À exceção da Consalud, as demais seguradoras parecem ser meras tomadoras de preços dos prestadores privados de assistência em saúde. A liberdade para transferir custos aos contratos e a existência do co-pagamento parecem ser tomadas pelas seguradoras como variáveis de ajuste para não colocar em seu rol de ações a gestão de serviços ou mesmo uma negociação mais forte acerca de preços e condições de oferta de serviços.

A citada exceção da seguradora Consalud deriva-se de dois motivos. O primeiro deles é que seu público-alvo é de renda inferior e, portanto, mais influenciável em suas

condições de permanecer no seguro privado pela variação dos prêmios de risco e dos custos gerais do seguro. Portanto, a gestão de custos da prestação é um ingrediente importante da manutenção da receita para a seguradora. O segundo ponto, coligado ao anterior, é que esta seguradora, cujo grupo controlador é da construção civil, possui no próprio grupo uma expressiva área de prestação de serviços em saúde.

É importante notar que este mesmo grupo, que tem participação no sistema de saúde colombiano, está iniciando uma experiência de plano de acesso gerenciado por um clínico que o usuário referenda em contrato como responsável pela avaliação inicial e pelo encaminhamento ao atendimento mais especializado ou de maior complexidade. Essa experiência, na concepção da própria Consalud, viabilizaria uma redução de custos que permitiria a venda de planos a preços inferiores, impulsionando o crescimento da referida seguradora no mercado mais numeroso: o de assalariados que direcionam suas cotizações obrigatórias ao Fonasa.

Outro campo no qual o seguro privado teve de passar ao gerenciamento da assistência foi o de eventos de alto custo. Por vários anos, o sistema sofreu forte descrédito em decorrência dos elevados valores de co-pagamento, muitas vezes superiores aos salários percebidos pelos usuários, em casos de intervenções cirúrgicas de maior complexidade, como as relacionadas a doenças cardíacas ou a tratamentos de câncer. A solução encontrada foi o seguro catastrófico que consistiu na divisão do co-pagamento em prestações sujeitas a um limite relativo ao salário recebido pelo segurado. Isso significou um encargo para a seguradora, que tinha de antecipar o pagamento e esperar para receber de volta o pagamento pelos procedimentos realizados, o que só foi equacionado financeiramente com o rompimento da livre escolha e o gerenciamento do atendimento, em geral contratado com hospitais públicos e universitários.

Em síntese, o segmento privado de seguro saúde chileno, embora desfrute de boa situação financeira, apresenta uma enorme dificuldade em ter um papel dinâmico para o setor saúde. A restrita presença no manejo da rede de serviços e a falta de incentivos para que isso ocorra inibem o exercício pelo setor do que de mais produtivo tem a inserção privada nas atividades econômicas, qual seja, a otimização dos processos produtivos e a racionalização de custos. No caso chileno, o que aparece como mais surpreendente é que estruturas de seguro acabem se comportando como meros administradores de contratos sem ampliar os horizontes de risco e a garantia para além do prazo contratual de um ano.

■ 4. O setor público: o Fonasa e o atendimento à população

O Fonasa é uma forma singular de seguro público em saúde. Ele mescla em sua clientela segurados que realizam aportes com recursos derivados de dedução em seus salários relativos a vínculos formais, contribuições de pessoas que têm rendimentos do trabalho autônomo ou informal e aqueles que não possuem renda para cotização. Ao mesmo tempo, as modalidades de atendimento são separadas em quatro classes distintas, o que cria quatro tipos de segurados.

O Fonasa estrutura-se como uma instituição de saúde de amplo espectro, tendo quatro funções muito bem demarcadas no sistema chileno. A primeira função é a seguro individual. Em seu exercício, o Fonasa administra coberturas e garantias, gerindo a massa de recursos que os beneficiários, assalariados formais, aportam de maneira compulsória. Esta função de seguro individualizado exige uma capacidade de identificar e satisfazer o usuário que é estranha aos sistemas públicos, que geralmente apenas disponibilizam ofertas, sem gerir ou reconhecer demandas individuais e coletivas.

A segunda função do Fonasa é a de braço financeiro do sistema de saúde chileno. Na medida em que o fundo administra recursos provenientes de fontes de naturezas distintas, acaba por ter uma posição privilegiada no arbitramento da equidade e na administração de riscos da população, que definem o grau de eficiência e benefício da utilização dos recursos públicos. O Fonasa é responsável pelo efetivo recolhimento dos cotizantes e por isso deve controlar as fraudes e monitorar os atrasos nos recolhimentos realizados pelas entidades privadas. Vale frisar que apenas recentemente o Fonasa está recebendo diretamente as cotizações. Anteriormente, estas eram recolhidas ao Tesouro e posteriormente repassadas, gerando descompassos entre os recolhimentos realizados e a disponibilidade de recursos financeiros ao Fonasa.

A terceira função exercida pelo Fonasa é a de compra de serviços de saúde. Neste âmbito, grande parte dos recursos ainda é gasta na forma de pagamentos globais a hospitais públicos em bases históricas, sem vínculos mais estreitos com a produção corrente de serviços, ou seja, a forma orçamento ainda prevalece como maneira de efetuar os pagamentos devidos à rede, sem que se gerem mecanismos de incentivo à produtividade. Novas formas de pagamento, efetivamente vinculadas à prestação de serviços ou a diagnósticos realizados, estão sendo paulatinamente introduzidas. Espera-se que ao final de 2004 mais da metade dos recursos transferidos à rede hospitalar tenha vinculação à produção efetiva.

As novas formas de pagamento em operacionalização pelo Fonasa chocam-se frontalmente com a lógica mais tradicional do perfil de unidades orçamentárias que as unidades

hospitalares herdaram de décadas de vinculação específica à peça orçamentária e ao estilo incremental de montagem dos orçamentos públicos. Mais além, a introdução dos pagamentos por diagnóstico, modalidade mais eficaz que o pagamento por realização de procedimentos, tem permitido expressivos avanços na forma de enfrentar as enfermidades associadas a altos custos de tratamento.

O atendimento do Fonasa estende-se a toda a rede pública, formada por hospitais, ambulatórios, clínicas, consultórios, centros de referência, centros de diagnóstico terapêutico. Os beneficiários podem ter acesso a todas as instâncias da rede, por meio dos consultórios de atenção primária, que são de livre escolha por parte do segurado, e em conformidade com o referenciamento realizado por este profissional. A rede privada também participa do Fonasa, sob a forma de relação convenial, na qual os serviços são adquiridos e os segurados efetuam co-pagamentos pela realização do atendimento.

A incorporação ao rol de beneficiários do Fonasa ocorre automaticamente no momento em que a pessoa, não optando por afiliação a alguma Isapre, adquire as seguintes características:

- (a) vínculo trabalhista público ou privado, inclusive por turnos ou serviços temporários, cuja cotização legal é de 7% da remuneração;
- (b) trabalhador autônomo que seja vinculado ao sistema de previdência, destinando 7% de sua remuneração;
- (c) desempregado que receba seguro outorgado pela municipalidade;
- (d) aposentados que destinem 7% de suas pensões à cotização;
- (e) beneficiários de sistemas de pensão por invalidez e idade;
- (f) mulheres grávidas até o sexto mês depois do nascimento;
- (g) deficientes mentais;
- (h) familiares dos afiliados por cotização;
- (i) familiares que recebem o subsídio único familiar.

O Fonasa divide seus segurados em duas modalidades de atenção: a institucional e a de livre escolha. Em verdade, existem quatro categorias de segurados, que se dividem entre os grupos A, B, C e D. O Quadro 1 mostra como os segurados são classificados em cada grupo, segundo suas possibilidades contributivas.

Quadro 1 - Divisão dos grupos de beneficiários do Fonasa

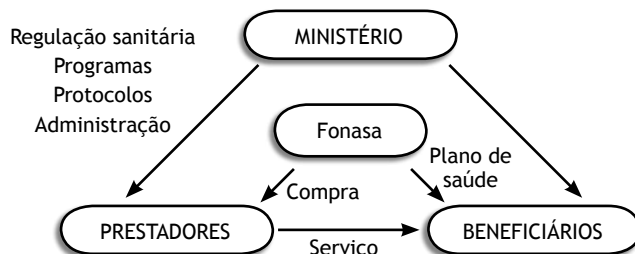
Grupo	Beneficiários	Caracterização do segurado	Responsabilidade de pagamento
A	3,8 milhões	Indigente	Atenção gratuita
B	3,6 milhões	Rendimento mensal inferior a US\$ 170,00 (ou até US\$ 248,00, em caso de mais de três dependentes)	Atenção gratuita
C	1,7 milhão	Rendimento mensal entre US\$ 170,00 e US\$ 248,00 ou afiliados com mais de três dependentes de qualquer renda	Co-pagamento de 10%
D	1,3 milhão	Rendimento mensal de mais de US\$ 248,00 e até três dependentes	Co-pagamento de 20%

Fonte: Fonasa

O segurado do Fonasa que pertence aos grupos A e B só pode ser atendido por meio da modalidade de atenção institucional, com acesso a atendimento apenas pela rede pública. Já os segurados dos grupos C e D podem utilizar a modalidade de atenção institucional ou a modalidade de livre escolha. Na opção por esta última, os serviços privados utilizados têm pagamentos correlacionados aos níveis e ao formato de convênio assinado entre a rede e o Fonasa, que podem ser de três categorias distintas. Vale notar, no entanto, que a distância entre os pagamentos realizados pelo Fonasa aos estabelecimentos hospitalares e seus preços é bastante expressiva, resultando em demandas para pagamentos co-laterais por parte dos segurados em níveis elevados, barrando esse tipo de livre escolha.

A separação de funções entre o Ministério da Saúde e o Fonasa pode ser verificada por meio do Gráfico 3. Enquanto a administração direta do Ministério é um órgão normatizador e regulador, o Fonasa atua como um agente de intermediação entre o usuário que recorre à assistência médica e os prestadores que são contratados para fornecer esses serviços. Logicamente, a forma de vinculação institucional entre o Ministério e suas unidades de saúde impede que essa separação de funções tenha formas bem delineadas. A realidade é a da permanência de diversos rituais próprios da máquina pública, implicando expressivos entraves à melhor condução das ações por parte desses órgãos.

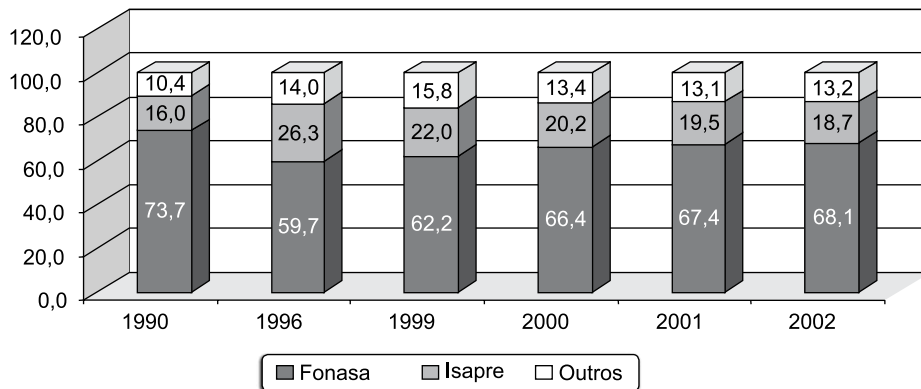
Gráfico 3 - Relações entre os integrantes do sistema de saúde



Fonte: Fonasa

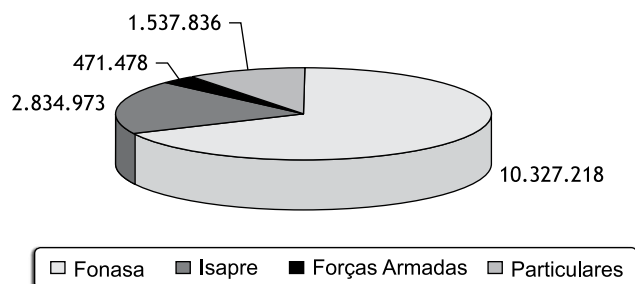
O Fonasa, dadas as características da renda da população chilena, acaba sendo responsável pela parcela amplamente majoritária do atendimento à saúde. Como pode ser verificado por meio do Gráfico 4, em 1990, o Fonasa atendia a 73,7% do total da população chilena, participação que se retraiu até 1996, quando, com a forte presença das Isapres, se registrou a participação de 59,7%. A partir daí, a participação do Fonasa foi subindo até chegar a 68,1% em 2002, com o encolhimento da parcela administrada pelas Isapres, que caiu de 26,3% em 1996 para 18,7% em 2002. No ano de 2002, como pode ser observado por meio do Gráfico 5, os afiliados ao Fonasa atingiam 10,3 milhões de pessoas, contra 2,8 milhões de afiliados às Isapres.

Gráfico 4 - Participação de cada um dos sistemas no atendimento – em percentual de número de beneficiários – 1990 a 2002



Fonte: Fonasa

Gráfico 5 - Decomposição da população por afiliação aos subsistemas – em número de habitantes – 2002



Fonte: Fonasa

A Tabela 11 mostra o gasto realizado pelo Fonasa entre 1990 e 2001. Há duas formas de avaliar os gastos realizados por este fundo público. A primeira delas identifica o conjunto do gasto público, cuja conceituação abarca tanto os gastos realizados com fundos orçamentários, transferidos de fontes tributárias em geral ao Fonasa para realização de despesas com saúde, quanto os gastos realizados a partir das provisões de recursos constituídas pelas contribuições individuais dos trabalhadores. No período de 12 anos em avaliação, o conjunto desses gastos cresceu de 2,1% a 3,3% do PIB.

A segunda categoria de recursos despendidos pelo Fonasa é o aporte fiscal *stricto sensu*, ou seja, apenas o recurso orçamentário que colabora para financiamento da saúde. Esta categoria, que a Tabela 11 denomina gastos fiscais, avançou de 0,9% do PIB a 1,8% do PIB entre 1990 e 2001, ou seja, ampliou-se em 100%. Desse modo, a parcela de contribuição do aumento do aporte fiscal respondeu por 75% do incremento de gastos de 1,2% do PIB. Vale notar que o complemento, gasto financiado por recursos derivados dos pagamentos dos cotizados, se ampliou de forma muito mais modesta: de 1,2% do PIB para 1,5% do PIB.

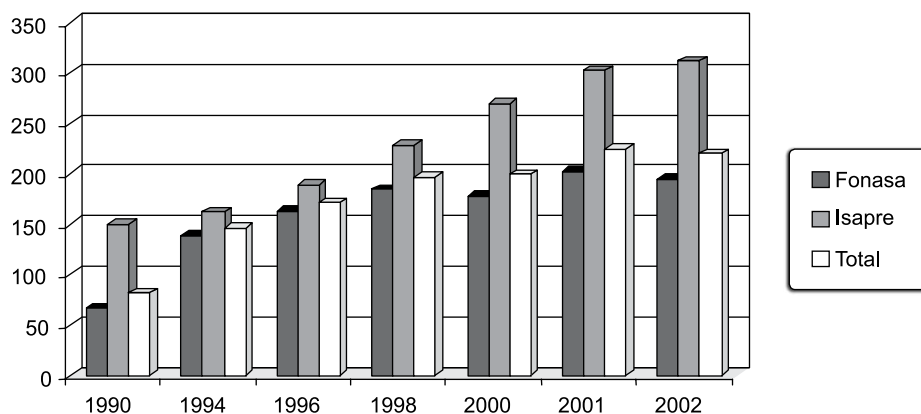
Tabela 11 - Participação do gasto público e aporte fiscal em saúde – 1990 a 2001

Ano	Gasto público/PIB % do PIB	Gasto fiscal/PIB % do PIB
1990	2,1	0,9
1991	2,3	1,1
1992	2,5	1,3
1993	2,7	1,5
1994	2,9	1,6
1995	2,8	1,6
1996	2,8	1,6
1997	2,8	1,6
1998	2,9	1,6
1999	3,1	1,7
2000	3,0	1,6
2001	3,3	1,8

Nota: a diferença entre gasto público e fiscal são os co-pagamentos e as cotizações de segurados.

Fonte: Fonasa

Numa comparação entre o gasto *per capita* dos sistemas Isapre e Fonasa, é visível a forte elevação dos valores do Fonasa. Enquanto o valor *per capita* das Isapres avançou de US\$ 150 para pouco mais de US\$ 311 entre 1990 e 2002, como mostra o Gráfico 6, os gastos *per capita* do Fonasa aumentam de cerca de US\$ 67 para US\$ 195 no mesmo período. O comportamento do Fonasa foi determinante para a expressiva elevação dos gastos globais, de US\$ 82 para US\$ 220.

Gráfico 6 - Valores de gasto per capita – 1990 a 2002 (em US\$)

Fonte: Fonasa

É importante chamar atenção para o fato de que a multiplicidade de clientelas do Fonasa faz com que um segmento de população que tem capacidade contributiva seja beneficiário. São os grupos C e D, que representam contingentes populacionais de 3 milhões de pessoas. Essas pessoas contribuem com algo como 1,5% do PIB para o financiamento do Fonasa e acabam permitindo que haja algum nível de subsídio cruzado no interior do sistema público. Ou seja, os 1,8% do PIB destinados ao Fonasa para a cobertura de ações de saúde pública e dos grupos A e B são, evidentemente, insuficientes para dar conta dos 7,4 milhões de beneficiários que não realizam contribuições. Parcela desses recursos é proveniente da cotização realizada pelos assalariados dos grupos C e D.

Essa forma de subsídio cruzado produz dois efeitos diferentes: primeiro, cria-se um mecanismo de solidariedade social no financiamento das despesas de saúde. Não fossem os recursos carreados pelos cotizantes, duas alternativas estariam colocadas à autoridade sanitária chilena: a primeira seria a deterioração da qualidade da assistência ofertada ao conjunto dos beneficiários não contribuintes vinculados ao Fonasa; a segunda alternativa seria a expansão do aporte de recursos orçamentários derivados de fontes tributárias, ou seja, aumento dos gastos fiscais.

O segundo efeito é de grande importância para o setor saúde no Chile e merece reflexão. A convivência deste sistema de subsídio cruzado num ambiente em que há livre mobilidade entre planos públicos e privados não poderia deixar de gerar uma propensão, por parte dos cotizantes, à migração do Fonasa para os seguros privados. O contribuinte dotado de maior capacidade de pagamento ganha condições de fugir do sistema público para absorver maiores benefícios por seus recursos, eximindo-se da participação no fundo que tem subsídios cruzados. Vale dizer, aqueles que têm capacidade financeira para se vincular ao setor privado pertencem a um grupo que pode tomar a decisão de usar seus recursos próprios ao largo do sistema de solidariedade social montado no Fonasa.

É importante que seja bem caracterizada a forma que este subsídio cruzado assume para o cotizante do Fonasa. O que caracteriza o cotizante dos grupos C e D é a possibilidade de livre escolha de médicos e clínicas. No entanto, a forma como o Fonasa realiza os pagamentos acaba por inviabilizar a livre escolha. Uma pessoa atendida nesta modalidade acaba pagando algo entre 50% e 95% do procedimento realizado no ato da utilização do serviço privado porque o Fonasa apenas se responsabiliza pelos pagamentos nos termos de uma tabela de procedimentos muito inferior aos valores cobrados no setor privado.

O acesso irrestrito ao Fonasa atua, contudo, como uma grande válvula de escape para o subsistema privado de saúde. Um cotizante pode, a qualquer tempo, trocar o subsistema público pelo privado. Ou seja, a expulsão de beneficiários das Isapres para

o Fonasa é um processo de baixo custo para as instituições privadas e não envolve o desamparo para os cotizantes, embora estes possam incorrer em prejuízos do ponto de vista da qualidade esperada de atendimento.

Essa alternativa viabiliza a existência de uma forte tendência à seleção adversa por parte das Isapres. O comportamento comum das instituições privadas é manter entre seus clientes os beneficiários de baixo risco, realizando um processo de expulsão por meio da alteração de preços nas renegociações anuais de contrato. Passar a ter uma doença crônica de alto custo de tratamento significa uma alteração de custo de seguro para o cotizante que geralmente não é sustentável mediante sua renda. O Fonasa passa a ser a única alternativa para a grande maioria dos beneficiários de Isapres que adquirem doenças crônicas. O mesmo mecanismo de seleção adversa é utilizado com as mulheres em idade fértil e os idosos.

O perfil de beneficiários das Isapres é, dessa forma, extremamente influenciado pelas pontes que se estabelecem, mesmo que informalmente, entre os subsistemas público e privado. A existência do Fonasa como uma válvula de escape para os pacientes de alto custo, para a velhice e para a maternidade conduz a estrutura operacional das Isapres a uma acomodação operacional. A expulsão do beneficiário pelas Isapres é uma prática natural e legitimada pela própria estruturação do sistema.

A decisão de afiliação às Isapres ou ao Fonasa contém esses ingredientes e opera de forma ainda mais complexa. Aos cotizantes de renda média e média baixa que têm um perfil de gasto esperado favorável em função de características e número dos dependentes, bem como das doenças preexistentes, é atraente a afiliação à Isapre, justamente para “fugir” ao ônus de arcar com um subsídio cruzado no âmbito do regime Fonasa, que se traduz em hotelaria inferior e dificuldades no atendimento. Assim sendo, à medida que as características de cobertura implicam aumento de preços dos planos, vai ficando maior a probabilidade da adesão ao Fonasa ser a única alternativa.

Desse conjunto de reflexões sobre a forma de operação do Fonasa e de suas interfaces com o subsistema privado de saúde é crucial destacar seu duplo papel no âmbito do conjunto do sistema. Ao mesmo tempo em que o Fonasa assiste a larga maioria da população que não possui renda suficiente para atingir o piso do subsistema privado, o que é feito com um *mix* de financiamento direto do Tesouro chileno e recursos derivados das cotizações individuais, as instituições privadas o têm como um colchão amortecedor para sua gestão corrente. A possibilidade de repassar ao Fonasa os beneficiários que alteram seu índice de risco, seja por doença, seja por velhice, altera dramaticamente a forma de ação das instituições de seguro, garantindo enorme *hedge* contra os riscos envolvidos na administração das carteiras.

■ 5. A reforma: desafio da garantia de acesso à saúde e divisão de campos de ação

O governo Ricardo Lagos assumiu com o objetivo de promover importantes modificações no sistema de saúde. O ponto de partida foi a questão da equidade no acesso à assistência. Embora os indicadores de saúde chilenos estejam reconhecidamente muito acima dos de países de mesmo grau de desenvolvimento, as questões de qualidade do acesso e formas de inserção no sistema foram identificadas pelo novo governo como pontos de fragilidade.

A nova linha de políticas de saúde ficou conhecida por Plano Auge. Em verdade, este nome emblemático identificava-se mais estreitamente a uma estratégia de garantia de acesso, sendo o componente nuclear das reformas que se estendiam pelos seguintes campos:

- a) estabelecer um sistema de garantias de acesso aos serviços primários, secundários e terciários, com prazos de atendimento bem definidos e fluxos de referência bem especificados;
- b) incrementar a rede de atenção primária para reforçar seu caráter de gerenciamento do acesso à rede hierarquizada;
- c) concretizar dos direitos e os deveres dos cidadãos em matéria de saúde;
- d) modificar a regulação médica e financeira das Isapres;
- e) alterar os sistemas de gestão da rede hospitalar e de autoridades sanitárias regionais; e
- f) redesenhar os fluxos financeiros no sistema de saúde.

A profundidade e o alcance de várias das proposições do Plano Auge sobre o setor saúde chileno tornam obrigatória a discussão de alguns de seus aspectos. Logicamente, o conjunto dessas proposições entabuladas pelo Plano Auge vai muito além do escopo deste trabalho. Desse modo, serão enfocados os elementos que dizem respeito às relações entre o público e o privado e às questões regulatórias.

O primeiro elemento a destacar, desta perspectiva, é a busca da equidade do acesso à saúde. Embora legalmente a equidade esteja assegurada por dispositivos constitucionais, a realidade apresenta-se mais complexa que a legalidade. O Fonasa, seja por meio das contribuições individuais, seja mediante a declaração de indigência, deveria assegurar a assistência à saúde nas mesmas bases dos seguros privados. No entanto, as deficiências da capacidade de atendimento representam um entrave à efetivação dos

direitos à saúde, seja na forma de filas de espera, seja na forma de deterioração da qualidade dos serviços.

A estratégia do Plano Auge é concretizar a possibilidade do acesso implementando instrumentos que efetivamente dêem garantias de atendimento ao cidadão. Por meio de uma série de instrumentos gerenciais, os protocolos clínicos terão de ser honrados, observados os momentos devidos para as intervenções, sob pena de punição aos responsáveis. Isso para um rol de 56 patologias, começando com 17 em 2004 e atingindo a forma plena em 2006.

É importante notar que o principal alvo é o atendimento público, mas o rebatimento sobre as seguradoras privadas não é desprezível. Como o patamar de serviços ofertados pelo Fonasa é o piso de todo o mercado, as Isapres terão de ofertar, no mínimo, as mesmas condições de assistência e parâmetros de atendimento. Desse modo, há uma forma de regulação de protocolos em atendimentos privados que terá o Plano Auge como parâmetro.

Três mudanças institucionais são de enorme relevância no arcabouço geral do sistema. A primeira é a reconfiguração da Superintendência de Isapre. As funções de monitoramento do sistema privado continuarão sendo desempenhadas, mas inclusas numa superintendência com atribuições de monitorar os direitos dos segurados junto a instituições públicas e privadas. Na prática, o Fonasa passa a ser regulado, como as Isapres, em suas relações com os segurados.

A segunda grande inovação é que a mesma superintendência passará a ter uma intendência de regulação dos serviços de saúde. Tanto para prestadores privados quanto para prestadores públicos, a nova intendência usará as regras criadas pelo Plano Auge e por seus sistemas de protocolo para avaliar a qualidade dos serviços. Vale a pena ressaltar que na realidade chilena o monitoramento da qualidade dos serviços deve ser muito mais firmemente avaliado no caso dos hospitais públicos, que significa dizer, os hospitais que atendem em nome do Fonasa. Portanto, a inovação tem uma característica de identificar um parâmetro privado para o julgamento das ações conduzidas pelo setor público.

A terceira mudança institucional seria posta na própria máquina pública e na divisão de atribuições entre as instâncias de governo. O Ministério da Saúde passaria a ter um papel mais normativo, deixando às superintendências o papel de realizar as ações diretas e o monitoramento das ações privadas e públicas. Para garantir maior agilidade ao sistema e às unidades de saúde, mecanismos de descentralização das atribuições para as autoridades regionais e a autogestão hospitalar serão introduzidos no sistema de trabalho do Ministério.

No campo das relações de financiamento do sistema, as propostas colocadas pelo Plano Auge contemplam mudanças de grande magnitude na forma de gerenciamento dos recursos, com fortes impactos sobre as seguradoras de saúde. O estabelecimento do Fundo de Compensação Solidário promete ser um marco divisor na forma de ação e na apropriação de recursos por parte das seguradoras.

Em linhas gerais, o Fundo de Compensação Social produz uma nova repartição do conjunto de recursos gerados pela cotização obrigatória. Na forma atual, cada indivíduo tem seu risco calculado e contribui ao fundo segundo um piso de 7% sobre sua remuneração. Evidentemente, as seguradoras apropriam-se do excedente gerado pelas pessoas com piso de contribuição superior ao prêmio de risco. Como nos outros casos, o prêmio é cobrado na integralidade, não há subsídio cruzado dentro do sistema, mas apropriação de lucro por parte de seguradoras e prestadores de serviços.

A nova forma, em vias de operacionalização, vai estabelecer uma espécie de fundo virtual no qual as seguradoras privadas e o Fonasa irão apropriar-se dos recursos cotizados a depender do perfil epidemiológico de seus beneficiários; ou seja, contabilizando riscos mais elevados para velhos e mulheres em idade fértil, uma seguradora que só vender planos para homens jovens receberá as cotizações de seus segurados, mas terá de recolher uma parte desses recursos ao Fundo, justamente para compensar os encargos que outras instituições públicas e privadas estarão assumindo ao aceitar que seus perfis de afiliados contenham maior número de egressos desses grupos de maior risco. Vale notar que caberá à Superintendência de Saúde o gerenciamento dos recursos deste fundo virtual.

Ao mesmo tempo, a regulação das Isapres pela nova intendência passa a dispor de instrumentos mais adequados a suas funções de regulação do sistema. Aspectos como aumentos de preços dos seguros complementares, da tabela de fatores e os reajustes anuais passam a ser objeto de regulação, o mesmo se dando com o rompimento de contratos. Passa a existir um limite de ônus ao salário (20% do salário anual) para todas as situações de eventos de alto custo - o risco catastrófico. Alteram-se também as normas para enfermidades preexistentes e declaração de saúde.

As novas propostas aumentam em muito o raio de manobra da Intendência de Isapre sobre essas instituições. De um lado, a intendência ganha instrumentos efetivos para fazer valer as novas regras de operação, que incluem o repasse de carteira no caso de instituições em encerramento de atividades, incluindo o leilão público dessas carteiras. De outro, a abertura de maior acesso à documentação e a informações e a majoração da estrutura de multas incrementam o poder de coerção por parte da autoridade sanitária.

Nesse sentido, a nova legislação: a) muda a definição de patrimônio, garantia e liquidez; b) cria regime especial de monitoramento e controle; e c) dá competência à Sisp de realocar a carteira de clientelas de Isapres falidas, em uma administração provisional.

■ 6. Considerações finais

O sistema de saúde é um retrato da própria história do desenvolvimento nacional. Nele se apresentam tanto a via pública, seguida por tantos anos, quanto a via privatista, característica essencial do período Pinochet. Mais que isso, a própria diversidade econômica da sociedade chilena traduz-se num sistema que abre portas distintas para seus cidadãos segundo características de capacidade de pagamento e riscos envolvidos no seu atendimento. Vale lembrar que a trajetória de constituição deste sistema teve seu caminho caracterizado pelo descompromisso para com as instituições públicas ou mesmo a regulação estatal. O mercado, no caso chileno, foi soberano como em poucas outras situações pode se registrar, a despeito de ter sido criado pelo Estado ao transformar a contribuição para saúde em compulsoriedade para o trabalhador.

A riqueza da avaliação do caso chileno repousa justamente na forma de composição dessa ruptura entre público e privado. Os esforços dos últimos anos têm-se dirigido justamente no reforço à capacidade de regulação do sistema como um todo, tanto no campo do financiamento quanto no campo da efetividade do atendimento. O estabelecimento do fundo virtual que distribui recursos captados pelas instituições públicas e privadas, segundo os riscos assumidos, tendo em conta os perfis de clientela, é um mecanismo poderoso de organização sistêmica. O comprometimento das unidades de saúde com padrões de atendimento por protocolos e patologias é a face da responsabilidade efetiva dos prestadores de serviços de saúde (públicos ou privados). A inovação desenvolvida pelas seguradoras privadas, no âmbito do Fundo Catastrófico, já enunciava este caminho, vinculando recursos privados, prestadores públicos e oferta gerenciada.

Todos os casos comprovam a tendência estrutural do sistema a uma tentativa de integração entre os sistemas público e privado, sem dúvida difícil, em decorrência das grandes divergências de poder contributivo vigentes na sociedade, mas uma necessidade absoluta, em decorrência tanto da necessidade de atendimento de direitos básicos da cidadania em sociedades democráticas quanto da enorme tendência ao aumento de custos e riscos na administração de sistemas públicos e privados em assistência à saúde.

■ 7. Referências

FONASA. **Plan Piloto AUGE 2002**. Apresentação PowerPoint, 2003.

GETZEN, T. E., **Health economics: fundamentals and flow of funds**. New York: John Wiley, 1997.

GOBIERNO DE CHILE. MINSAL. **Hacia un nuevo modelo de gestión en salud**. Santiago, 2002.

GOBIERNO DE CHILE. MINSAL. **Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010**. Santiago, 2000.

GOBIERNO DE CHILE. MINSAL. **Manual para la aplicación del Sistema AUGE en la Redes de Atención del Sistema Nacional del Sevicios de Salud**. Santiago, 2003.

GOBIERNO DE CHILE. MINSAL. **Piloto AUGE**. Santiago, 2004.

ISAPRESDECHILE. **The private health sector in Chile**. Santiago, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Perfil del Sistema de Servicios de Salud: Chile**. Washington, 2002.

SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES. **Memoria Anual de 2002**. Santiago, 2003.

SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES. **Ficha Econômico Financeira de Isapres**. Santiago, 2003.

CAPÍTULO 9

ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: A SAÚDE NO PARAGUAI

Joice Valentim

Economista, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada do Instituto de Economia da Unicamp. Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas – Nepp/Unicamp

Hudson Pacífico da Silva

Economista, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. Pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas – Nepp/Unicamp.

■ 1. Introdução

1.1 Organização política

A República do Paraguai é um Estado unitário descentralizado. Democracia representativa, o Paraguai tem sua organização política representada pelo Poder Executivo (eleições diretas a cada cinco anos), um Poder Legislativo composto por duas Câmaras - o Senado (45 senadores) e a Câmara dos Deputados (80 deputados) - e um Poder Judiciário formado pela Corte Suprema e por tribunais estabelecidos por lei. A divisão geopolítica do país abrange 17 departamentos e 221 distritos (municípios), com todas as autoridades departamentais (governador e Junta Departamental) e municipais (intendente e Junta Municipal) diretamente eleitas pela população. A Constituição de 1992 consagrou o Estado Democrático e Social de Direito no Paraguai, com participação pluralista e tendência à descentralização política e administrativa (OPAS, 2001).

1.2 Características demográficas e epidemiológicas

De acordo com a *Encuesta Integrada de Hogares*, o Paraguai possuía uma população total de 5,7 milhões de habitantes em 2000, com perfil predominantemente jovem (39,5% da população tem menos de 15 anos) e taxa de crescimento de 2,5% ao ano, decorrente da elevada taxa de fecundidade no país, que apresenta uma média de 3,8 filhos por mulher. A distribuição por gênero mostra um relativo equilíbrio entre homens e mulheres, com pouco mais da metade da população (57,3%) residindo em áreas urbanas, principalmente na região metropolitana de Assunção. Em 2000, a expectativa de

vida ao nascer era de 70,7 anos; a mortalidade infantil foi estimada em 37,9 por mil nascidos vivos; e a mortalidade materna registrada era de 114,4 por 100 mil nascidos vivos (dados de 1999).

Tabela 1 - Indicadores demográficos, 2002

Indicadores	Paraguai
População total (milhares)	5.778
População (homens)	2.915
População (mulheres)	2.864
Proporção (%) da população urbana	57,3
Proporção (%) da população com menos de 15 anos	39,5
Proporção (%) da população com mais de 60 anos	5,3
Taxa global de fecundidade (mulheres)	3,8
Esperança de vida ao nascer	70,7
Taxa de mortalidade infantil estimada (por 1.000)*	37,9
Taxa de mortalidade materna registrada (por 100.000)**	114,4

* 2000

** 1999

Fonte: OPAS. *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud: Perfil de Salud de País 2002*. Disponível em: <<http://www.paho.org/english/sha/prflpar.htm>>. Acessado em 03/09/2003

O perfil epidemiológico do Paraguai apresenta altas taxas de doenças infecciosas e parasitárias (dengue, malária) e alta prevalência de doenças crônico-degenerativas (câncer e acidentes), evidenciando que o país apresenta um padrão que combina características tanto de países subdesenvolvidos quanto daqueles com taxas mais elevadas de urbanização. Enfermidades não transmissíveis, como as do aparelho circulatório, constituem a principal causa de mortalidade no país, decorrente da situação de risco da população, que apresenta alta prevalência de hipertensão, obesidade e hábitos sedentários. As enfermidades infectoparasitárias também constituem causas importantes de mortalidade, incluindo problemas típicos de países pobres, tais como desnutrição, complicações do parto e infecções neonatais.

■ 2. Sistema de proteção social

De acordo com Mesa-Lago apud IDRC (1999), o grupo de países composto por Colômbia, Costa Rica, México, Peru, Paraguai e Venezuela implementou sua seguridade social tardiamente (até a década de 1940), ainda que em alguns tenha havido anteriormente alguma proteção para poucas categorias ocupacionais. Esses sistemas foram centralizados administrativamente, com menores níveis de estratificação que os países pioneiros na América Latina. Seus níveis de cobertura são mais baixos, situando-se entre 25% e 40% da População Economicamente Ativa.

De acordo com relatório da OPAS (2001), o Paraguai não possui uma política social explícita. Os mecanismos para resolver os problemas sociais são canalizados de forma fragmentada por intermédio de várias instituições, como o *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*, o *Ministerio de Educación*, o *Ministerio de Justicia y Trabajo*, a *Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República*, o *Instituto de Bienestar Social*, a *Dirección de Beneficiencia*, a *Fundación de la Primera Dama* e o *Instituto Nacional de Indígenas*, entre outras. O país apresenta grandes desafios na área social, principalmente para a população residente nas áreas rurais, que tem indicadores socioeconômicos mais frágeis, como percentual maior da população considerada pobre, taxa de analfabetismo mais elevada e menor participação de crianças com menos de 5 anos vacinadas (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores socioeconômicos urbano-rural, 2000-2001

Indicador	Urbano	Rural	Total
População pobre *	26,7	41,9	33,7
Taxa de analfabetismo	5,1	12,9	8,4
Crianças que receberam vacina BCG ou antituberculose	91,3	77,4	84,1
Crianças que receberam vacina contra sarampo	75,0	70,9	72,8
Crianças que receberam vacina antípólio	87,4	82,6	84,9
Crianças que receberam vacina tríplice ou DPT	90,1	86,6	88,3
Domicílios com coleta de lixo	63,3	1,7	36,6
Domicílios com tratamento de água	79,5	21,7	54,5
Domicílios com energia elétrica	97,9	82,0	91,0

* 1999

Fonte: Paraguay. *Encuesta Integrada de Hogares, 2000-2001*

A desigualdade de condições socioeconômicas no Paraguai aparece também quando se verifica que os 20% mais ricos da população ganhavam, em média, 13 vezes mais do que os 20% mais pobres (dados de 1999). Essa situação é mais desfavorável nas áreas rurais do país, onde o índice de Gini, que mede o nível de concentração de renda, foi de 0,534, contra 0,479 nas áreas urbanas.

As desigualdades na distribuição de renda estão associadas a outras desigualdades em diversos fatores sociodemográficos. A análise desses fatores por quintil de renda revela, por exemplo, que somente 19% da população situada entre os 20% mais pobres (quintil I) residia em áreas urbanas, enquanto este percentual subia para 87% entre os 20% mais ricos (quintil V). Da mesma forma, o percentual de jovens é relativamente maior nos estratos de menor renda, mostrando que a relação de dependência econômica é maior entre as pessoas destes grupos. O tamanho dos domicílios, por sua vez, tende a ser maior à medida que cai o nível de renda, produto de padrões diferenciais de comportamento reprodutivo e de formação das famílias. Por fim, observa-se uma relação direta entre o nível de renda e o percentual da população que reside em domicílios com conexão de água e energia elétrica, como mostram os dados da Tabela 3.

Tabela 3 - Indicadores sociodemográficos por quintil de renda, 1997-1998

Indicador	Quintil de renda					Total
	I	II	III	IV	V	
População urbana	19	44	60	78	87	57
População 0-4 anos	18	16	14	11	9	13
População 5-14 anos	36	32	28	23	17	27
População 15-59 anos	40	45	51	59	65	52
População 60 anos e mais	6	8	7	8	8	8
Tamanho médio do domicílio	7,3	6,3	6,0	5,2	4,6	5,9
População que vive em domicílios com conexão de água	5	26	48	61	78	44
População que vive em domicílios com energia elétrica	64	81	96	98	99	87

Fonte: Encuesta Integrada de Hogares, 1997-1998 apud OPAS 2002b

■ 3. Sistema de saúde

O Paraguai, juntamente com outros países da América Latina e Caribe (México, Haiti, República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicarágua, Panamá, Guiana, Suriname, Venezuela, Equador, Peru e Bolívia), apresenta um sistema de saúde fragmentado (OIT, 1999). A Lei nº 1.032/96 criou o Sistema Nacional de Saúde, que tem por finalidade prestar serviços a toda a população de maneira eqüitativa, com base no conceito de atenção integral à saúde. Sua operacionalização ocorre mediante a oferta de serviços de saúde por parte dos subsetores público, privado ou misto, de seguros de saúde e das universidades, de acordo com as normas de direito público e privado vigentes no país. O Estado, por sua vez, assume a função de desenvolvimento do Sistema, atuando como ente integrador e regulador de todas as instituições e serviços, com a finalidade de estabelecer uma cobertura integral de saúde a toda a população, garantindo o acesso aos serviços.

A organização do Sistema Nacional de Saúde contempla a descentralização dos serviços públicos por níveis de complexidade, mediante mecanismos de convênios, contratos e complementação de instituições e recursos, assim como a coordenação de planos e programas com os municípios e os governos departamentais.

O Sistema conta ainda com a atuação de conselhos locais e regionais de saúde, possibilitando a participação das principais instituições do setor, além de um Conselho Nacional de Saúde, presidido pelo ministro da Saúde e responsável pela coordenação e pelo controle de programas e atividades dos setores público e privado. Subordinadas ao Conselho encontram-se a *Superintendencia Nacional de Salud*, a *Dirección Médica Nacional* e o *Fondo Nacional de Salud*. Na prática, o Ministério da Saúde exerce as funções estabelecidas legalmente para o Conselho Nacional de Saúde (OPAS, 2002b).

A oferta de serviços de saúde à população é realizada no âmbito de três setores distintos. O subsetor público é formado pelos serviços oferecidos no âmbito das seguintes entidades: *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)*; *Instituto de Previsión Social (IPS)*; *Sanidad de las Fuerzas Armadas*; *Sanidad Policial*; *Universidad Nacional de Asunción*; *Municipios y Gobernaciones*; e *empresas estatales descentralizadas*.¹

O MSPyBS constitui a principal autoridade do Poder Executivo para proteger a saúde da população e oferece serviços nas 18 Regiões Sanitárias, que correspondem aos 17 departamentos da divisão política do país (Alto Paraná, Alto Paraguay, Amambay, Boquerón, Caaguazú, Caazapá, Canindeyú, Central, Concepción, Cordillera, Guairá, Itapúa, Misio-

¹ A descrição do funcionamento do subsetor público de saúde no Paraguai baseia-se sobretudo em documento produzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2001).

nes, Ñeembucú, Paraguari, San Pedro e Villa Hayes) acrescidos da cidade de Assunção, que também constitui uma Região Sanitária em razão de sua densidade populacional e importância como capital. O MSPyBS atua nos três níveis de atenção e conduz atividades na área de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. O financiamento do MSPyBS é realizado principalmente com recursos do tesouro público (64%), mas também conta com recursos provenientes de pagamentos originados na Central Hidroelétrica de Itaipu (14%), recursos gerados pelos estabelecimentos de saúde do Ministério (6%), recursos de crédito externo (6%), recursos especiais (5%) e outros recursos (5%).²

Criado em 1943, o IPS representa a oferta de serviços médico-hospitalares no âmbito de um esquema de seguro social contributivo, responsabilizando-se pelos casos de doenças, invalidez, maternidade e morte de trabalhadores. Um programa de não-contribuição cobre os veteranos da Guerra do Chaco e suas famílias. Existe um regime de seguro de saúde para professores (públicos e privados), trabalhadores domésticos em *Assunción* e empregados de autarquias. O IPS opera em cinco níveis de complexidade, e os serviços oferecidos incluem atenção médica e cirúrgica, dental, farmacêutica e hospitalização (OPAS, 2001).³ O IPS é financiado com contribuições dos empregadores e dos trabalhadores, contribuições do Estado, recursos provenientes dos fundos de reserva, contribuições em regime especial e contribuições de pensionistas e aposentados. Das fontes mencionadas do IPS, as mais importantes são as contribuições dos empregadores (14% dos salários de seus trabalhadores), dos trabalhadores (9% do salário mensal) e do Estado (1,5% do montante dos salários).

As Forças Armadas possuem seus próprios estabelecimentos de saúde e oferecem serviços a todos os militares ativos ou aposentados e seus familiares, assim como a ex-combatentes e à população civil em regiões onde não existem centros assistenciais públicos ou privados. Este sistema está organizado em três níveis de complexidade e conta com um Hospital Militar Central, com 250 leitos, e com o Hospital San Jorge, com 60 leitos, localizados em Assunção, além de três hospitais em unidades militares do interior do país. Seus recursos são provenientes do Orçamento Geral da União, mediante alocação orçamentária para o Ministério da Defesa.

O sistema da polícia atende a funcionários, ex-funcionários, familiares e presidiários. Os serviços são financiados via alocação de recursos no Orçamento Geral da União, por intermédio da Polícia Nacional, e conta ainda com um seguro complementar em forma de prêmio fixo.

² Cf. Olesker (s.d.).

³ Tanto o MSPyBS quanto o IPS estão organizados de forma regionalizada nos distintos níveis de complexidade, e as funções de cobertura, compra e provisão não estão separadas.

A Universidade Nacional de Assunção presta serviços assistenciais parcialmente gratuitos, incluindo atenção ambulatorial, hospitalar e especializada em dois hospitais: o Hospital de Clínicas e o Hospital Neuropsiquiátrico. O financiamento dos serviços é proveniente dos recursos alocados pelo Orçamento Geral da União à Faculdade de Medicina da Universidade.

Em decorrência do processo de descentralização do sistema de saúde para as esferas locais e regionais, os municípios e os departamentos também oferecem serviços mediante a atuação de uma rede formada basicamente por postos e centros de saúde. Os recursos provêm de transferências do Tesouro, de contribuições locais e da geração de receitas decorrentes da prestação de serviços.

Já algumas empresas estatais, como a Itaipu Binacional e a Yacyretá, oferecem serviços de saúde e seguro médico adicional a seus funcionários, ex-funcionários e familiares em instalações próprias, geralmente de natureza ambulatorial. Também oferecem programas preventivos e de assistência médica a toda a população residente em suas áreas geográficas de atuação.

Tabela 4 - Estabelecimentos de saúde do setor público, 2000

Rede	Nº
Ministério da Saúde Pública e Assistência Social	
Postos de saúde	634
Centros de saúde	120
Hospitais regionais	17
Hospitais distritais	18
Hospitais especializados	12
Centros de especialização	7
Leitos	2.184
Instituto de Previdência Social (IPS)	
Leitos	1.195
Saúde das Forças Armadas	
Hospitais	2
Leitos	310

Fonte: OPAS. *La Salud em las Americas*. Edición de 2002, Volumen II

O subsetor privado é constituído por instituições lucrativas e não lucrativas (clínicas, hospitais, laboratórios, serviços de emergência, etc.), incluindo as empresas de medicina pré-paga e as seguradoras que atuam no setor saúde. Este setor é financiado basicamente por planos pré-pagos e pagamentos diretos efetuados pelos usuários.

Finalmente, o sistema de saúde do Paraguai conta com a participação das chamadas instituições mistas, como a Cruz Vermelha Paraguaia, que é financiada com aportes de uma fundação privada sem fins lucrativos, ao passo que os salários dos profissionais de saúde e do quadro administrativo são financiados com recursos do MSPyBS.

■ 4. Cobertura

De acordo com dados levantados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002a), o subsetor público é responsável pela cobertura a 58% da população, enquanto o setor privado oferece cobertura para um percentual bastante inferior - 15%. Além disso, uma parcela significativa da população não tem acesso a serviços de saúde, seja por razões econômicas, seja por razões geográficas, como mostram os dados da tabela a seguir.

Tabela 5 - Cobertura de serviços de saúde

Cobertura	%
Setor público	58%
Ministério	32%
IPS	17%
Forças Armadas e polícias	08%
Outros públicos	01%
Setor privado	15%
Sem cobertura	27%
TOTAL	100%

Fonte: OPAS, 2002a

Dados da *Encuesta Integral de Hogares* mostram que somente 20% da população do Paraguai está coberta por algum tipo de seguro saúde, considerando os seguros oferecidos pelo IPS e pelo setor privado. Desse total, 62% corresponde à cobertura oferecida no âmbito do IPS, 32% a seguros privados e 6% a outros tipos (OPAS, 2002a). Constata-se,

portanto, que a grande maioria da população depende dos serviços oferecidos pela rede pública do MSPyBS.

Os serviços e os recursos públicos de saúde estão concentrados na capital e no Departamento Central, onde os hospitais nacionais e especializados estão localizados. Dessa forma, 34% da população gera 74% dos gastos médicos e odontológicos do MSPyBS e do IPS. Em 1998, somente 23% das comunidades rurais contavam com a atuação de um médico, enquanto 92% possuíam enfermeiros e 43% parteiras. Mais de 2/3 das comunidades rurais não tinham um centro ou posto de saúde, o que fazia com que as pessoas necessitassem viajar cerca de 20 km para ter acesso a esses serviços (OPAS, 2002a).

■ 5. Financiamento e gasto

Em termos gerais, o Paraguai gasta 7,9% do PIB com saúde, o que o situa na média registrada de gasto para os países da América Latina. A distribuição do gasto total entre gasto público e privado revela, porém, que somente 38,3% do gasto era efetuado no âmbito do subsetor público, apesar de este setor ser responsável por oferecer cobertura para a maior parte da população do país.

Tabela 6 - Indicadores de financiamento e gasto

Indicadores de financiamento e gasto	
Gasto total em saúde como % do PIB	7,9
Gasto <i>per capita</i> em saúde (US\$)	112
Gasto privado em saúde como % do gasto total em saúde	61,7
Gastos com planos e seguros privados como % do gasto privado total em saúde	27,3
Gasto público em saúde como % do gasto total em saúde	38,3
Gasto de seguridade social em saúde como % do gasto público em saúde	48,3
Recursos externos como % do gasto público em saúde	5,1

Fonte: OMS, 2000

Os dados sobre financiamento do sistema de saúde do Paraguai revelam ainda que a maior parte dos recursos é proveniente de desembolso direto, o que corresponde a 54% do total. Os 46% restantes são financiados por recursos fiscais (20%) e pelas contribuições dos trabalhadores e dos empregadores ao IPS (26%) (OLESKER, s.d.).

Com relação à evolução e à composição do gasto público em saúde, Barrios Kück (2002) destaca que o orçamento alocado ao MSPyBS representou 7% dos gastos do governo central para o ano 2000, tendo permanecido praticamente o mesmo desde 1992. Outro dado importante é que o gasto com saúde representou, em média, 16% de todo o gasto realizado na área social (educação, saúde, saneamento básico, habitação, previdência social, cultura, etc.) no período 1992-1998, tendo oscilado de 10% a 18%, dependendo do ano considerado. Relacionando o nível de gasto com saúde com a produção total do país, o orçamento alocado ao MSPyBS representou 1,6% do PIB.

A distribuição do gasto do MSPyBS entre despesas e investimentos indica que as primeiras constituíram a maior parte do total de gastos, variando de 73% a 85% dos gastos totais. Entre os anos 1992-2000, o MSPyBS destinou em média 60% dos recursos para pagamento de pessoal, 13% para compra de materiais e 13% para investimentos na rede física. Deve-se destacar que o percentual de gasto com investimentos apresentou crescimento desde 1994, embora tenha caído em 2000.

O orçamento do MSPyBS contempla recursos para o financiamento de diversos programas que o setor público executa, com os programas de ação absorvendo cerca de 70% da média total de gastos no período 1993-2000, apresentando comportamento positivo em termos de crescimento e chegando a representar 80% em 1997. Os principais programas de ação são aqueles relacionados à prestação de serviços de assistência médica geral, que consumiram 40% dos gastos do MSPyBS, distribuídos entre as distintas regiões sanitárias.

A distribuição dos gastos por departamento (Região Sanitária), tomando por base um indicador de necessidade de saúde da população dos diferentes departamentos, mostra que os gastos com assistência médica geral do programa de ação do MSPyBS apresentam problemas de equidade, uma vez que não são coerentes com as necessidades da população de cada departamento. Dessa forma, pode-se dizer que os gastos públicos por departamento são regressivos, na medida em que não levam em consideração a necessidade diferenciada de atenção à saúde (nutrição, acesso à água potável, nível educacional, condições de moradia, etc.), sem alterar de modo substantivo as dificuldades de acesso da população mais necessitada aos serviços.

Analisando as transferências de recursos financeiros para subsidiar os serviços de consulta médica, exames laboratoriais, internações e medicamentos oferecidos pelo setor público, Barrios Kück (2002) mostra que tais subsídios apresentam padrões diferenciados, dependendo do tipo de serviço e da variável de caracterização da população (área de residência ou quintil de renda). Em alguns casos, os subsídios públicos contribuem para

diminuir a distância existente entre os mais pobres e os mais ricos na atenção à saúde, como são os casos da realização de exames laboratoriais e do custo dos medicamentos para aqueles que são atendidos pela rede pública, já que um percentual maior é destinado à população que reside nas áreas rurais e que pertence aos estratos de renda mais baixos. Em outros casos, porém, os subsídios apresentam um panorama claramente regressivo, privilegiando os grupos populacionais localizados em áreas urbanas e de maior renda, como as internações hospitalares (Quadro 1).

Quadro 1 - Equidade dos subsídios públicos para financiamento dos serviços de saúde, 1997-1998

Tipo de serviço	Variável de análise	
	Área de residência (urbano x rural)	Quintil de renda (pobres x ricos)
Consultas médicas	Regressivo	Eqüitativo
Internações	Regressivo	Regressivo
Exames laboratoriais	Eqüitativo	Eqüitativo
Medicamentos	Eqüitativo	Eqüitativo

Fonte: Barrios Kück (2002)

6. Sistema privado de saúde

O início das Instituições de Medicina Privada pré-paga no Paraguai ocorreu no final de 1965, quando essas instituições eram apenas três: *Rumbos de Seguros* (posteriormente *Servicio Médico Familiar*), *Clínica Cruz Blanca* e *OAMI*. Em 1987, foi criada a *Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales del Paraguay* (Cimap), que atualmente agrupa todas as empresas dedicadas à prestação de saúde - diretas e indiretas (AUSENT, 2001).

Existem basicamente três tipos de instituições privadas que oferecem serviços de assistência à saúde no Paraguai - as clínicas e os hospitais, as empresas de medicina pré-paga e as entidades pré-hospitalares, oferecendo, por exemplo, serviços de transporte de emergência. De acordo com o *Registro Nacional de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud*, o país contava com a atuação de 47 clínicas e hospitais, 45 empresas que comercializam seguros e planos de saúde e 6 entidades pré-hospitalares (Quadro 2).

A remuneração dos prestadores privados é realizada, em 90% dos casos, pelo sistema de pagamento por serviços prestados e o restante por assalariamento, especialmente nas instituições administradoras e prestadoras que possuem médicos que atuam como

porta de entrada do sistema (*gate keeper*). Os hospitais e os laboratórios de diagnóstico também são pagos por serviço prestado, de acordo com preços estabelecidos contratualmente. Apesar dos esforços realizados por algumas instituições, não haviam sido implantados sistemas de pagamento por capitação nem a figura do médico de família, cujo funcionamento poderia ajudar a reduzir os custos do Sistema.

De acordo com os dados apresentados pela Alami (2001), tem havido uma diminuição no número de usuários filiados ao setor privado de saúde no Paraguai, decorrente sobretudo da situação socioeconômica do país. Estima-se que as empresas de medicina pré-paga tenham perdido de 10% a 15% de sua carteira de clientes por razões econômicas de seus filiados ao final da década de 1990. A Tabela 7 permite verificar a evolução do número de pessoas cobertas por planos privados de assistência à saúde no período 1989-1997, observando-se uma redução significativa entre 1996-1997.

Tabela 7 - População coberta por planos de saúde, 1989-1997

Ano	Total de pessoas filiadas ao final de cada ano	Taxa de crescimento anual
1989	18.724	
1990	23.706	26,61%
1991	31.114	31,25%
1992	39.454	26,80%
1993	49.373	25,14%
1994	60.747	23,04%
1995	75.408	24,13%
1996	80.875	7,25%
1997	75.977	-6,06%

Fonte: ALAMI (2001)

Quadro 2 - Entidades inscritas no Registro Nacional de Entidades Prestadoras de Serviços de Saúde (junho, 2001)

CLÍNICAS E HOSPITAIS	ENTIDADES QUE COMERCIALIZAM PLANOS PRÉ-PAGOS	ENTIDADES PRÉ-HOSPITALARES
1. HOSPITAL PRIVADO ITAUGUA	48. EBSA EL BUEN SAMARITANO S. A. CAMPO CERVERA Y CRUZ DEL DEFENSOR	94. MEDIMOVIL S. A.
2. SERVICIO MÉDICO TAYI	49. SANATORIO MIGONE BATTILANA	95. GEMA
3. SANATORIO CRUZ VERDE - SAMIP	50. CRUZ BLANCA S. A.	96. SAN ENRIQUE DE OSSO S. A. (SEPSEO)
4. SANATORIO SANTANÍ	51. SAMAJA S. A.	97. SASA S. R. L.
5. SANATORIO ADVENTISTA	52. SANATORIO SAN BENIGNO S. A.	98. EQUIPO MÉDICO DE EMERGENCIAS PARAGUAY S. R. L. (EME)
6. SANATORIO AMERICANO	53. SANTA CLARA S. A.	99. INVERSIÓN Y DESARROLLO EN EMERGENCIAS MÉDICAS S. A. GRUPO IDEM
7. SANATORIO ADVENTISTA	54. SERVICIO MEDICO FAMILIAR S. A.	
8. SANATORIO CRUZ BLANCA	55. GOLDEN CROSS (ASISTENCIA INTERNACIONAL DE SALUD)	
9. CENTRO MEDICO BAUTISTA	56. M. E. P. (MEDICINA EMPRESARIAL PARAGUAYA)	
10. SANATORIO ESPAÑOL	57. REYVA S.R.L.	
11. SANATORIO ITALIANO	58. ASISMED SAN ROQUE	
12. SANATORIO MEDICIS	59. HOSPITAL SAMARITANO	
13. SANATORIO SAN	60. MEDICA S.A. GAUDIOSO	
14. SANATORIO CHRISTIAN	61. HOSPITAL PRIVADO SAN LUCAS S. A.	
15. SANATORIO SANTO DOMINGO	62. SERVICIOS MÉDICOS GENERALES AZARA	
16. SANATORIO MIGONE	63. INSTITUTO MUTUAL DE SALUD (INSALUD)	
17. SANATORIO SANTA CLARA	64. PRO-MED S.A. (PROTECCIÓN MEDICA S. A.)	
18. INSTITUTO PRIVADO DEL NIÑO	65. S.A.M.A.P. (SANATORIO ADVENTISTA DE ASUNCIÓN)	
19. HOSPITAL PRIVADO SAN LUCAS	66. CORPORACIÓN PARAGUAYA DE LA SALUD S. A. (GLOBALMED)	
20. HOSPITAL SAMARITANO	67. DOCTHOR'S SEGURIDAD MEDICA TOTAL	
21. SANATORIO SAN ROQUE	68. VERO S. A. (ASISTENCIA MÉDICA INTERNACIONAL)	
22. HOSPITAL PRIVADO FRANCÉS	69. O. A. M. I. S. A.	
23. SANATORIO PROMED	70. SANATORIO AMERICANO	
24. SANATORIO ALEMÁN	71. FUNDACIÓN I. S. M. S. T. E.	
25. CLÍNICA CORONEL OVIEDO	72. GRUPO GUIDE S. A.	
26. HOSPITAL PRIVADO REGIONAL	73. INVER SALUD S. A.	
27. CENTRO ASISTENCIAL DE MEDICINA Y CIRUGÍA	74. FUNDACIÓN HOSPITAL DEL CORAZÓN.	
28. SANATORIO MAINCOOP	75. PREVENCIÓN MEDICA DE SAN LORENZO S. R. L.	
29. CLÍNICA C.E.T.R.O.	76. SANATORIO DEL CARMEN - VELCAR S. A.	
30. SANATORIO INTERNACIONAL. GRUPO GUIDE S.A.	77. HOSPITAL PRIVADO ITAUGUA S. A.	
31. SANATORIO DEL CARMEN. VELCAR S. A.	78. CENTRO MEDICO CORDILLERANO	
32. SANATORIO ITAPÚA S. A.	79. S. A. M. I. P.	
33. SANATORIO SANTA RITA	80. SE. ME. FA. S. R. L. (SEGURO MEDICO FAMILIAR)	
34. SOCIEDAD COOPERATIVA CHORTITZER KOMITEE - HOSPITAL LOMA PLATA	81. MEDIGRUP S.A.	
35. SANATORIO MODELO DEL GUAIRÁ	82. C I SALUD S.A.	
36. HOSPITAL MENONITA KM. 81	83. UNIMED	
37. ASOCIACIÓN CIVIL MENONITA COLONIA FERNHEIN - HOSPITAL FILADELFIA	84. COMEDI LTDA.	
38. SANANTORIO CENTRAL	85. SEGURO DE MEDICINA PRE-PAGA	
39. CLÍNICA DR. JULIÁN ACEVEDO	86. S. E. M. E. I.	
40. CLÍNICA SAN GREGORIO	87. COMED AMAMBAY LTDA.	
41. CENTRO MEDICO CORDILLERANO	88. UNICOM LTDA.	
42. SANATORIO PATIÑO SEPPE	89. ITALMED S. A. - CENTRO ODONTOLÓGICO CORONA	
43. INSTITUTO DE O RTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	90. OMEGA SALUD	
44. SANATORIO SAN JOSÉ S. R. L.	91. SERVICIO INTEGRAL MÉDICO S. R. L. - SIME	
45. SANATORIO SANTA BARBARA	92. COOMECEIPAR LTDA.	
46. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN	93. HOSPITAL UNIVERSITARIO - PRE-PAGA	
47. FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR PARAGUAYA - HOSPITAL DEL CORAZÓN		

Fonte: Fulvio Celauro Falcón em: <<http://www.intermed.com.py/entrevistas.html>>

O nível de gasto operacional das instituições privadas manteve-se praticamente constante com relação ao faturamento durante os anos de 1996 a 1998, com pequenas variações positivas e negativas no período, mas sem exceder 1%. Os maiores aumentos nos custos em 1998 foram gastos administrativos e de vendas, chegando a atingir cerca de 30% do faturamento. Os custos de atenção ambulatorial e de internação hospitalar mantiveram-se relativamente constantes, destacando-se uma queda de 4% nos gastos com exames diagnósticos (ALAMI, 2001).

Segundo estimativas da Alami (2001), as perspectivas de ampliação do funcionamento das empresas de medicina pré-paga no Paraguai baseiam-se fortemente no fim do monopólio dos serviços públicos do IPS, uma vez que existem 900 mil pessoas que estão asseguradas pelo Sistema Médico Obrigatório da Previdência Social (IPS). O setor privado estima que conseguiria duplicar o número de afiliados aos sistemas privados sociais com tal mudança.

Existe ainda um contingente de 140 mil empregados públicos que não está coberto pelo IPS e que, desde 1996, conta com um adicional de salário especialmente destinado a subsidiar sua adesão a algum sistema privado de medicina pré-paga. Esses trabalhadores, juntamente com seus dependentes familiares, somam um grupo potencial de 450 mil usuários.

■ 7. Regulação do setor privado

A instituição responsável pela acreditação e pela categorização das entidades prestadoras de serviços de saúde no Paraguai, incluindo hospitais, empresas operadoras de serviços pré-pagos do setor público ou privado, entidades mistas ou da seguridade social, é a *Superintendencia de Salud*, criada pela Lei nº 1.032/96 (artigos 31 a 33) e regulamentada pelo Decreto nº 20.553/96. A *Superintendencia* iniciou suas atividades em 2 de maio de 1999, e sua criação contou com o apoio técnico e logístico das próprias empresas do setor privado, especialmente as de medicina pré-paga, que se sentiam legalmente desprotegidas e reivindicavam a existência de um órgão público regulador (FALCÓN, s. d.).

De acordo com a legislação, a *Superintendencia de Salud* é responsável pelo cumprimento das leis e das normas de funcionamento do setor, exercendo as funções de inspeção, controle e auditoria das entidades prestadoras de serviços de saúde, mediante a supervisão de seus dados contábeis, sua situação patrimonial e os resultados de suas atividades, assim como o capital mínimo para seu funcionamento e as reservas

técnicas necessárias para sua operacionalização. Para tanto, as entidades reguladas devem informar sua situação econômico-financeira e submeter seus registros contábeis à *Superintendencia*, além de fornecer cópias dos contratos dos planos comercializados, possibilitando acompanhar o cumprimento das cláusulas contratadas.

Para realizar suas atividades de regulação, a *Superintendencia de Salud* realiza tarefas de fiscalização (auditoria) médica, contábil e jurídica. As fiscalizações médicas são realizadas nas entidades prestadoras de serviços de saúde, nas clínicas e nos hospitais com dupla finalidade: categorizar as entidades sujeitas ao controle da *Superintendencia* e investigar fatos ocorridos nos estabelecimentos de saúde denunciados para a *Superintendencia*. As fiscalizações de natureza contábil são efetuadas nas empresas de medicina pré-paga com o objetivo de medir seu nível de solvência por meio de taxas médias apresentadas pelo setor, procurando garantir a continuidade da prestação de serviços por meio dos planos de saúde comercializados por essas empresas, e de apurar denúncias de superfaturamento. Por fim, as fiscalizações jurídicas buscam verificar se toda a documentação das entidades reguladas segue as normas vigentes.

A *Superintendencia de Salud* vincula-se hierarquicamente ao *Consejo Nacional de Salud*, que seleciona seu dirigente principal para um mandato de três anos a partir de uma lista com quatro candidatos; os demais funcionários são selecionados mediante concurso público. A estrutura organizacional da *Superintendencia* contempla a atuação de cinco diretores, além do dirigente principal, como mostra o quadro a seguir:

Quadro 3 - Estrutura organizacional da Superintendência de Saúde

Área	Responsável
Superintendente de Salud	Dr. Pedro Guanes Serrano
Director de Asesoría Jurídica	Dr. Miguel Ángel Rotela
Director de Auditoría Médica	Vacante.
Directora de Auditoría Contable	Lic. María Elena Castillo
Directora de Administración y Finanzas	Lic. Lourdes Arestivo
Directora de Planificación y Presupuesto	Lic. Ascensión Vera Bogado
Jefe de Atención al Público	Lic. Fulvio Celauro Falcón
Jefa de Contabilidad	Lic. María Angélica Medina Otto
Secretaría General y Mesa de Entrada	Sr. Diego Recalde Guimarães

Fonte: Falcón, s.d.

■ 8. Política de medicamentos

Existe uma política de distribuição de medicamentos a preços subsidiados feita pelo MSPyBS. O IPS, por sua vez, produz e distribui medicamentos internamente. O suprimento desses medicamentos nas farmácias do IPS segue uma lista estabelecida.

A Lei nº 1.119/97 cobre produtos usados para saúde e outros registros, incluindo o controle de produção, operação, qualidade, prescrição, distribuição, importação e exportação de medicamentos. O Decreto nº 20.996/98 estabeleceu total controle sobre medicamentos, incluindo preços.

Ainda não há uma política nacional de medicamentos em vigor.

■ 9. Considerações finais

O Paraguai enfrenta sérias deficiências de cobertura de serviços de saúde, sendo significativa a participação do subsetor público entre aqueles que são atendidos pelo sistema de saúde. Embora a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1996, tenha resgatado o conceito de atenção integral à saúde de maneira eqüitativa, deve-se destacar a existência de uma parcela significativa da população desprovida de qualquer tipo de atenção, questão esta agravada pelo fator geográfico, comprometendo a proposta inicial do sistema público. Os serviços e os recursos públicos de saúde estão concentrados na capital e no departamento central, negligenciando fortemente as regiões rurais e afastadas. Os gastos públicos são regressivos e não coerentes com as necessidades populacionais de cada departamento. Por fim, é preciso destacar que a situação socioeconômica do país configura um obstáculo também para o subsetor privado de saúde, que encontra dificuldades para expandir seus negócios.

■ 10. Referências

ALAMI. **Análisis comparado de la industria de las instituciones aseguradoras privadas de salud en Latino América.** Estudio conjunto ALAMI-OPS, 2001.

AUSENT, C. Situación de los seguros médicos privados en Paraguay. **Boletim trimestral de NAADIIR/AL - Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma**, n. 7, enero/feb., 2001. Disponível em: <<http://www.insp.mx/ichsri/boletinesatra/infor7.pdf>>.

IDRC. La reforma de la seguridad social en América Latina. In: Foro de Desarrollo Social para Las Américas. **Proyectos en Desarrollo Social**, 1999. Disponível em: <http://www.idrc.ca/lacro/foro/projects/pension_6.html>.

FALCÓN, F. C. **Intermed: Portal de Medicina.** Disponível em: <<http://www.intermed.com.py/>>.

BARRIOS KÜCK, M. E. **Equidad en el gasto público en salud en Paraguay.** Assunción: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), 2002.

MESA-LAGO, C. El desarrollo de la seguridad social en América Latina. **Estudios e Informes de la CEPAL**, Santiago, n. 43, 1985.

OIT. Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe. In: **Reunión Regional Tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS**, México, 29 nov./1 enero, 1999.

OLESKER, D. **Estudio comparado de los sistemas de salud de Mercosur Y Chile.**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Perfil del sistema de servicios de salud - Paraguay**, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Health in the Americas**, v. 2, 2002a.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Hoja resumen sobre desigualdades en salud - Paraguay**. 2002b.

PARAGUAY. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2003). **Encuesta Integrada de Hogares 2000/01**. 2003.

CAPÍTULO 10

SAÚDE NA AMÉRICA LATINA: O PÚBLICO E O PRIVADO NO SISTEMA DE SAÚDE PERUANO

Regina Faria

Socióloga, pesquisadora associada do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp), membro permanente do QDI da Flacso – Sede Acadêmica Brasil e Consultora de Avaliação de Políticas Públicas.

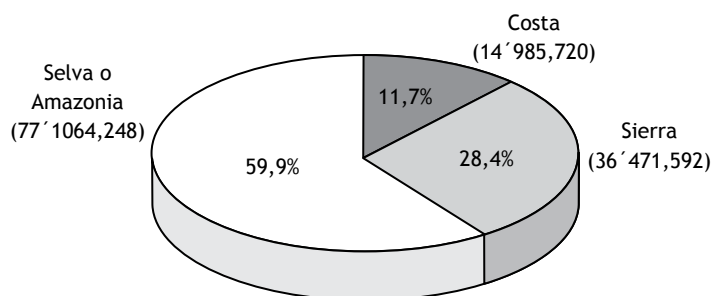
Hudson Pacífico da Silva

Economista, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisador do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade Estadual de Campinas (Nepp/Unicamp).

■ 1. Território e organização político-administrativa

O Peru está situado no hemisfério sul do continente americano e tem 6.940 km de fronteiras. Limita-se ao norte com o Equador e a Colômbia; a leste com o Brasil e a Bolívia; ao sul com o Chile e a Bolívia e a oeste com o oceano Pacífico. A extensão costeira é de 3.079 km. Organizado institucionalmente como República, tem um governo unitário representativo. Conta com 24 departamentos, 188 províncias e 1.793 distritos distribuídos num território de 1.285.216 km². As províncias e os distritos contam com autonomia política, administrativa e econômica relativa para tratar dos assuntos de sua competência. Divide-se em três grandes regiões geográficas: selva, costa e serra, sendo selva e serra aquelas que concentram as províncias e a população mais pobres.

Gráfico 1 - Superfície de las tierras del Peru



Fonte: Ministério de Agricultura, Peru - Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA).

■ 2. Contexto sociodemográfico e econômico

O país tem uma população¹ de 26.090.330 habitantes, sendo 33% jovem (menos de 15 anos) e 5% idosa (maiores de 64 anos). A razão de dependência dos jovens e idosos com respeito à População Economicamente Ativa (PEA) é de 61,3% em 2001.² A taxa global de fecundidade é mais alta nas áreas rurais (4,6%) do que nas regiões urbanas (2,3%). A correlação entre educação e fecundidade é inversa: as taxas de fecundidade dos grupos populacionais sem instrução e com instrução primária são de 6,9% e 5,0% respectivamente, enquanto as da população com instrução secundária e superior são de 3,0% e 2,1%. Alguns indicadores demográficos e de saúde selecionados indicam - no período 1990-2000 - aumento da população em áreas urbanas; aumento (em anos) da esperança de vida ao nascer; queda da mortalidade e da mortalidade infantil; leve queda na taxa de crescimento anual da população, ocasionada por queda de natalidade; e queda da taxa global de fecundidade.

Tabela 1 - Indicadores demográficos selecionados

Indicadores	1990	2000
Porcentagem de população urbana	70,3	72,3
Taxa de crescimento anual da população	1,9	1,7
Taxa bruta de natalidade por 1.000 hab.	29,0	23,7
Taxa global de fecundidade (nº de filhos por mulher)	3,7	2,9
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,6	69,1
Taxa bruta de mortalidade (por 1.000 habitantes)	7,2	6,3
Mortalidade infantil (por 1.000 nv)	61,6	39,0

Fonte: *Perfil, 2001*. "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Peru. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud". Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición 3 mayo 2001

Depois de um decréscimo nos dois anos finais da década de 1990, o PIB acusou leve recuperação em 2000. No período 1991-2000, a taxa anual de inflação acusa notável queda, passando de 139% em 1991 para 4% em 2000. O crescimento econômico foi sustentado até 1997 pela austeridade fiscal e monetária, reestruturação do gasto público e inserção na economia internacional. A partir de 1998, registra-se recessão com fuga de

1 Estimada para 2001. Nas declarações verbais e em alguns textos menciona-se 25 661.690 hab. ou "quase 26 milhões".

2 No mesmo período, a razão de dependência total da PEA brasileira é de 60,3%.

investimentos internacionais. O desempenho econômico do país, expresso pelo PIB real *per capita* passou de 2.180 dólares americanos em 2000 para 1.050 em 2001.

Tabela 2 - Indicadores socioeconômicos selecionados

Indicadores socioeconômicos	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB <i>per capita</i> em US\$ ¹	1922	1858	1768	2152	2505	2527	2659	2551	2271	2180
Inflação	139	57	40	15	10	12	7	6	4	4
Gasto público total (% do PIB) ²	29	31	29	30	31	29	26	26	27	ND
Gasto público social (% do PIB) ³	ND	ND	3,6	4,0	6,0	6,0	5,7	6,5	7,1	7,9
Gasto com saúde (em % do PIB) ⁴	ND	ND	ND	ND	4,4	4,2	4,0	4,4	ND	ND

Fonte: *Perfil 2001*. Arredondamentos desprezando os decimais: até 04 para menos; acima de 04-09 para mais; (1) em 2001 = 1.050 US\$; (2) inclui gastos correntes e de capital; (3) inclui educação, saúde, programas de combate à pobreza; (4) "Cuentas Nacionales - Base de datos Minsa/OPS no disponible"

Entre 1997 e 2000, a concentração de renda (razão entre a renda do quintil superior e a do quintil inferior da população) passou de 4,9 para 7,9. Um dos fatores impeditivos do desenvolvimento social é o desemprego ou o subemprego: em fins de 2001, uma porcentagem de 7,8% da PEA estava desempregada, 47,6% subempregada e 44,6% adequadamente empregada. As taxas de pobreza em 1991 e 2001 são respectivamente de 57,4% e 54,8% da população, e as taxa de indigência de 26,8% e 24,4% da população no mesmo período.³ A população mais pobre está concentrada nas províncias predominantemente rurais das regiões da serra e da selva.

O analfabetismo da população feminina maior de 15 anos e que vive nas regiões rurais teve aumento significativo entre 1994 e 2000, passando de 69% para 77%. Em 2002, a taxa de alfabetização é de 90,6% (95,1% entre os homens e 86,3% entre as mulheres).

³ Segundo a definição usada no Brasil, indigentes são pessoas que vivem em famílias cuja renda *per capita* é insuficiente para comprar uma cesta básica, regionalmente definida, que cubra as necessidades de consumo calórico mínimo do indivíduo. Pobres são aqueles que vivem em famílias cuja renda *per capita*, ainda que seja suficiente para adquirir a cesta básica, não é suficiente para outros gastos, como vestuário, habitação e transporte. A linha de pobreza é calculada como múltiplo da linha de indigência. Assim, quando se enuncia a porcentagem de pobres, os indigentes estão incluídos.

Em linhas gerais, e a exemplo de outros países da região, o Peru é um país com elevadas taxas de pobreza e indigência, níveis expressivos de desemprego e subemprego, iniquidade na distribuição da renda, expressiva porcentagem de analfabetismo e diferenças regionais com predominância de pobreza e exclusão nas regiões interioranas.

■ 3. Conformação do sistema de saúde

O sistema de saúde peruano está organizado em dois subsetores: público e não-público (privado lucrativo e não lucrativo).

O *subsetor público* - que detém a maioria dos equipamentos (51% do total de hospitais, 69% dos centros de saúde e 99% dos postos, esparsos em zonas rurais) - compreende: (a) o Ministério da Saúde (Minsa), órgão do Poder Executivo que “conduz, regula e promove a intervenção do Sistema Nacional de Saúde com o objetivo de alcançar o desenvolvimento da pessoa humana, por meio da promoção, da proteção, da recuperação e da reabilitação de sua saúde e do desenvolvimento de um entorno saudável, com total respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana desde seu nascimento até sua morte”.⁴ Faz parte do Minsa o Sistema Integral de Saúde (SIS), que consiste numa ampliação do antigo seguro escolar gratuito (SEG). Com vinte meses de existência, é um organismo público descentralizado, possui 35 escritórios em todo o país (pelo menos um em cada Departamento) e é voltado para a população pobre e para a extremamente pobre; (b) a “Seguridade” Social de Saúde (Essalud), “organismo público descentralizado, com personalidade jurídica de direito público interno, adscrito ao setor Trabalho e Promoção Social, com autonomia técnica, administrativa, econômica, financeira, orçamentária e contábil”, que atende os trabalhadores com vínculo formal;⁵ e (c) os Serviços das Forças Armadas e da Polícia Nacional (FFAA-PN), destinados aos profissionais do Exército, da Marinha, da Aeronáutica e da Polícia Nacional, incluindo seus familiares.

O *subsetor não público* compreende a rede lucrativa, as igrejas e a rede filantrópica, com aproximadamente 300 clínicas e 2 mil leitos, sendo financiada com recursos da seguridade e do desembolso direto (*out-of-pocket*). Inclui o Sistema EPS, composto pela Superintendência das Empresas Prestadoras de Serviços (Seps), por três prestadoras privadas (Rimac, Pacífico e Novasalud) e algumas dezenas de entidades vinculadas (clínicas, hospitais, consultórios), além de sete empresas seguradoras que atuam no ramo

4 Lei nº 27.657 de 17 de janeiro de 2002. Define o âmbito, a competência, a finalidade e a organização do Minsa e de seus organismos públicos descentralizados e órgãos desconcentrados (regulamento e organização aprovados por Decreto Supremo 013-2002-SA e 014-2002-AS de novembro de 2002).

5 Lei nº 27.056 de 28 de janeiro de 1999.

saúde, reguladas pela *Superintendencia de Banca y Seguro* (SBS). A extensão do sistema, indicada pelos equipamentos existentes, está reproduzida na Tabela 3.

Tabela 3 - Equipamentos de saúde por subsetor e instituição - 1999*

Instituição	Tipo de equipamento			
	Hospital	Centro de Saúde	Posto de Saúde	Total
Subsetor público - Minsa	139	1.115	4.954	6.208
Subsetor público - Essalud	91	38	192	321
Subsetor público - FFAA e polícia	20	81	57	158
Subtotal	250	1.234	5.203	6.687
Subsetor não público - rede privada	224	440	16	680
Subsetor não público - outros	12	104	18	134
Subtotal	236	544	34	814
TOTAL DO SETOR	486	1.778	5.237	7.501

* Os dados provêm do Minsa. Censo de Infra-Estrutura Sanitária e Recursos do Setor Saúde realizado em 1996

Fonte: *Perfil 2001*

3.1 Cobertura

O *setor público*, por meio da rede própria do Minsa e do Seguro Integral de Saúde (SIS), atende predominantemente a população pobre que não dispõe de seguro saúde e cobre aproximadamente 54% da população.⁶ Por meio da Essalud atende os trabalhadores formais, tanto por seguros individuais-opcionais,⁷ quanto por seguros coletivos (feitos pela instituição empregadora) cobrindo de 7 a 11 milhões de pessoas. Oferece serviços de alta complexidade (*capa compleja*), mas também contempla atenção básica (*capa simple*). O financiamento provém de 9% (independentemente da faixa salarial) do salário dos trabalhadores formais (com carteira assinada) pagos pelo empregador. Quando aposentados, essa contribuição cai para 4% paga pelo próprio segurado. Os trabalhadores autônomos com seguro *potestativo* (opcional) pagam 70-90 soles cada. Do total arrecada-

6 Neste sumário executivo estou considerando, para base de cálculos, uma população total de 26.090.330 habitantes (estimada para 2001). Em algumas entrevistas, no que se refere à cobertura do Minsa, mencionou-se 12 milhões de pessoas como correspondente a 54%, o que significa que os entrevistados consideraram uma população total de 24 milhões de habitantes.

7 Os seguros opcionais - denominados potestativos - podem ser feitos por qualquer cidadão, desde que assumam seu ônus. A Essalud conta com 60 mil segurados nesta modalidade.

dado pela Essalud, 96% são provenientes da contribuição de 9%; 03% dos potestativos e 01% de inversões financeiras.

Por meio do SIS, o setor público atende aproximadamente 7 milhões de peruanos mediante um seguro subsidiado, não contributivo. O público-alvo do SIS é a população pobre, enfatizando-se as crianças de 0 a 4 anos e as gestantes. Sua carteira ampla, entretanto, engloba sete planos: 0-4 anos; 5-17 anos; gestantes; adultos pobres e indigentes sem cobertura; adultos focalizados como os trabalhadores voluntários do setor público (merendeiras); segurados da Essalud onde não há postos de saúde; e seguros contributivos (potestativos) para aqueles que possam pagar (estudantes universitários, trabalhadores autônomos, etc.). O financiamento do SIS, nos termos da Lei nº 27.812, de 23 de julho de 2002, provém de recursos do Tesouro; arrecadação própria; doações e contribuições (fundo perdido) de outros governos, instituições de cooperação internacional, pessoas físicas ou jurídicas; transferências do *Fondo Intangible Solidario de Salud*.⁸

O serviço de saúde das FFAAs e da polícia atende aos próprios militares, policiais e seus familiares, num total de 1,5 milhão de pessoas. O financiamento do serviço prestado é oriundo de recursos do Tesouro.

O setor privado cobre 600 mil pessoas, sendo 384.030 no sistema EPS, dos quais 11 mil na modalidade potestativa.⁹ O sistema EPS considera-se um serviço complementar voltado para a atenção básica (*capa simple*), mas não cobre todos os serviços deste nível. Há exclusões (parto por cesárea, p. ex.). O sistema EPS, formado por apenas três prestadoras, é supervisionado pela Superintendência das Entidades Prestadoras de Saúde (Seps), e seu financiamento provém principalmente de contribuição sobre a folha de pagamentos, recolhido pelos empregadores, no âmbito da seguridade social: quando a empresa empregadora efetiva, para seus empregados, seguro “complementar” no sistema EPS, 2,25% do salário dos segurados (deduzidos dos 9% da contribuição devida à Essalud) é direcionado para aquele sistema.¹⁰ Apesar disso, o valor arrecadado por essa via consegue cobrir somente parte do custo médio dos planos operados pelas EPS,

8 O Fundo Intangível e Solidário de Saúde (Fissal), criado pela Lei nº 27.656, de 16 de janeiro de 2002, é destinado unicamente à prestação de saúde à população excluída. O Fissal é pessoa jurídica de direito privado com duração indeterminada e pode receber recursos de doações e contribuições, a fundo perdido, de governos, organismos internacionais, fundações, instituições públicas e privadas, pessoas físicas e pode beneficiar-se de receita decorrente da administração de seus próprios recursos.

9 Dados de junho de 2003.

10 O desejo de filiar-se ao sistema EPS pode ocorrer por parte dos dirigentes da empresa ou por solicitação de pelo menos 20% dos empregados. Solicita-se o plano a pelo menos duas EPS (em geral as três participam) que enviam seus planos em envelopes lacrados. Os funcionários da EPS detalham o plano para os empregados. Em seguida, ocorre a eleição, que demanda 50% + 1 dos votos dos presentes. Se o plano for rejeitado, os empregados da empresa só poderão entrar no sistema EPS mediante a aquisição de um plano individual na modalidade potestativa.

estimado em 32 dólares mensais para cada segurado em média. Deve-se ressaltar ainda que os segurados do sistema EPS têm o direito de ser atendidos pela seguridade pública em procedimentos não cobertos pelas EPS privadas, geralmente de maior complexidade, uma vez que parcela significativa da contribuição de 9% continua sendo direcionada para a Essalud.

Segundo todos os entrevistados, aproximadamente 3,5 milhões de peruanos que poderiam pagar não têm qualquer tipo de seguro de saúde - usam a rede lucrativa ou pública pagando o atendimento por desembolso direto. Essa demanda potencial representa possibilidades de aportes adicionais de recursos para o sistema, constituindo-se alvo tanto do setor público (por meio dos seguros potestativos da Essalud e do plano voluntário do SIS) quanto do setor privado (seguros potestativos da EPS e empresas seguradoras).

O sistema de saúde peruano é enormemente fragmentado, com vários subsistemas e escassa coordenação nos níveis nacional e subnacionais, o que inflaciona as áreas de superposição e atrito. Uma parcela considerável da população ainda não tem qualquer tipo de seguridade social ou possibilidade de acessar os equipamentos que poderiam atendê-la gratuitamente. A implementação do SIS constitui um esforço para incluir a população pobre. Entretanto, há notável tensão entre a mensagem presidencial sobre o SIS (seguro não contributivo voltado para a população pobre e indigente) e sua real atuação. Por estar baseado num seguro escolar gratuito e sem ampliar seu público-alvo nesses vinte meses de vida, o SIS ainda não conseguiu alcançar a população pobre (que está fora da escola). Também há tensão entre o sistema EPS e o Minsa/Essalud, uma vez que parcela considerável da contribuição obrigatória para a seguridade pública está sendo canalizada para o sistema não público, dito “complementar”.

Tabela 4 - Características principais do sistema de saúde – resumo

ITEM	SUBSISTEMA PÚBLICO			SUBSISTEMA NÃO-PÚBLICO	
	MINSA/SIS	ESSALUD	FFAA E POLÍCIA	SISTEMA EPS	OUTROS
Público-alvo	População pobre e muito pobre, enfatizando crianças e gestantes	Trabalhadores formais e autônomos ou qualquer cidadão que deseje seguro potestativo (voluntário)	Militares, policiais e seus familiares	Empresas (seguros coletivos) e individual potestativo	Geral com desembolso direto
Cobertura	12-14 milhões de pessoas (o SIS atende aproximadamente 7 milhões)	Estimado em 7-11 milhões de pessoas	1,5 milhão de pessoas	384.030 segurados em junho de 2003	Aproximadamente 215 mil segurados
Rede	Própria	Própria	Própria	Própria, formada por aproximadamente 300 clínicas e 2 mil leitos. Pode comprar serviços	
Fonte de financiamento	Impostos e arrecadação própria (desembolso direto de pacientes sem seguros). SIS: recursos do Tesouro; arrecadação própria; doações e contribuições (fundo perdido) de outros governos, instituições de cooperação internacional, pessoas físicas ou jurídicas; transferências do <i>Fondo Intangible Solidario de Salud</i> ¹	Recolhimento da contribuição devida de 9% do salário dos empregados formais (pagos pelo empregador) + seguros potestativos (70-90 soles mensais) + inversões financeiras	Recursos do Tesouro	Desembolso direto + 2,25% dos salários de empregados formais (com seguro empresa) pagos pelo empregador, o que significa 25% dos 9% da contribuição obrigatória	Desembolso direto

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas realizadas e na bibliografia examinada. Novembro de 2003

3.2 Financiamento e gasto¹¹

O financiamento da saúde no Peru é considerado insuficiente, injusto, ineficiente e precário:

- *insuficiente* porque, por um lado, o percentual de 4,7% do PIB peruano destinado à saúde é menor que a média latino-americana (7% a 8%) e que a média mundial (5,4% a 5,6%) e, por outro, porque essa alocação não consegue cobrir a totalidade da população que necessita acessar os serviços não contributivos de atenção à saúde. A baixa disponibilidade de médicos e de leitos no Peru reflete essa insuficiência de recursos aplicados no sistema, como mostram os dados da Tabela 5:

Tabela 5 - Oferta do setor saúde – indicadores e países selecionados

Países	Componente essencial de oferta	
	Médicos por 10 mil habitantes (1999)	Leitos por mil habitantes (1996)
EUA	27,9	4,0
Argentina	26,8	3,3
Chile	13,0	2,7
Peru	10,3	1,5

Fonte: OPS. Perfil de los Sistemas, 2001 passim

- *injusto* porque, em função da insuficiência e da não-universalidade, só acessam os serviços aqueles que podem pagar: enquanto 61,2% da população situada no quintil mais elevado de renda possui algum tipo de seguro saúde, esse percentual é de apenas 17,3% para o primeiro quintil de renda. Além disso, a análise por faixa etária

¹¹ Esta análise está baseada em *cinco fontes principais*, todas obtidas durante a visita e a coleta de dados: *Cuentas Nacionales*; que vem a ser um conjunto de dados inter-relacionados sobre fluxos de financiamento e gasto, composição do setor saúde, estrutura produtiva dos principais prestadores e estrutura do gasto em funções essenciais de saúde; *Rol del Sector Privado em la Dinâmica Del Sector Salud em el Peru* - documento da Associação de Clínicas e Hospitais Privados, cedido pelo Dr. Jorge Ruiz Portal, gerente geral da Clínica Stela Maris; *Tendências em la Utilización de Servicios de Salud 1985-2000*, OPS/OMS (Margarita Petrera, Luis Cordero e equipe de trabalho); *Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006* (OPS/OMS, Pedro Francke e Luis García (PUC/Peru) y Margarita Petrera (OPS/OMS); *Financiamiento en Salud* (Margarita Petrera) em *La Salud Peruana em Siglo XXI. Retos y Propuestas de Políticas*: (88-139) - separata. A visita para o trabalho de coleta de dados foi realizada entre 12 e 16 de outubro de 2003 por Regina Faria, Hudson da Silva e Adriano Ramos. Registramos nossos agradecimentos à Dra. Margarita Petrera, economista e socióloga da OPS/OMS do Peru por sua decisiva, competente e inestimável colaboração.

também releva uma situação de desigualdade da população segurada, na medida em que o acesso da população idosa e com maior risco potencial é proporcionalmente menor nos quintis de renda mais baixa:

Tabela 6 - População com seguro de saúde por idade e quintil de renda¹² (%)

Quintil de renda	Idade			
	0-14	15-49	50 +	Total
1	26,9	8,4	6,1	17,3
2	38,8	15,8	24,2	25,7
3	46,5	24,7	34,3	33,2
4	54,4	33,3	47,3	41,7
5	72,8	52,2	71,3	61,2
Média	47,9	26,9	36,7	35,8
Razão Q5/Q1	2,7	6,2	11,7	3,5

Fonte: OPAS. *Hoja resumen sobre desigualdades en salud*. Peru, 2002

- *ineficiente* porque a articulação do processo de financiamento enfatizou arranjos técnicos (composição, fontes, fundos, compras), mas subestimou os fatores organizacionais (cultura dos prestadores, ambiente administrativo, mecanismos de coordenação nacional e subnacionais), o que gerou superposição de atendimento e desequilíbrio para responder à demanda - o setor público é restrito (as áreas rurais não dispõem de equipamentos acessíveis) e lento porque opera com capacidade plena. O setor privado apresenta maior agilidade e opera com capacidade ociosa, mas sua atuação restringe-se aos serviços de menor complexidade e é mais cara que a do setor público.
- *precário* porque “no descansa en una previsión anticipada y porque se trata de un gasto que puede resultar devastador para las economías de los hogares”.¹³ Da população que relatou algum tipo de enfermidade em 2000, 40% não consultaram nenhum serviço de saúde. Desse total, 21% disseram que a consulta era necessária, mas não dispunham de recursos financeiros para fazê-la.

12 Encuesta Nacional de Hogares (Medición de niveles de vida). Pergunta feita: “Está asegurado en Essalud ou possui um seguro privado de saúde?”. Consideram-se segurados todos os que responderam: a) Sim, Essalud; b) Sim, privado individual; c) Sim, privado empresa; d) Sim, militar; e) Sim, Essalud e particular; f) Outro.

13 PETRERA, M. Financiamento en Salud. *La salud peruana em siglo XXI: retos y propuestas de políticas*, p. 88-139. Separata.

Os recursos destinados à saúde provêm basicamente das famílias (38,8%), dos empregadores e dos trabalhadores da economia formal (34,5%) e do governo (22,9%). Em muito menor escala, provêm de cooperação técnica internacional, doações internas e outros recursos (integralizados por venda de equipamentos obsoletos e alimentos não consumidos nos hospitais, p. ex.). Dessa forma, as famílias constituem a principal fonte de recursos, com um financiamento equivalente a 1,7 vezes o destinado pelos recursos fiscais. Os recursos dos empregadores e dos trabalhadores, por sua vez, chegam a representar 1,5 vezes os aportes do Tesouro público, recursos estes compostos em sua maioria pelas contribuições obrigatórias à seguridade social.¹⁴

Não apenas as famílias constituem a principal fonte de financiamento do gasto com saúde no Peru, mas esse financiamento é realizado principalmente por meio de desembolso direto com medicamentos e compra direta de serviços e não mediante um esquema de aquisição de seguros privados. Tal situação pode afetar de forma negativa a equidade, a eficácia e a eficiência do sistema de saúde peruano, como corretamente observa recente relatório com projeções de financiamento da atenção à saúde no Peru elaborado pela OPAS. Afeta a equidade porque restringe o acesso ao sistema àqueles que possuem capacidade de pagamento, contribuindo para excluir os segmentos mais pobres do país; reduz a eficácia porque não há possibilidade de financiamento adequado para aquisição de muitos bens públicos essenciais para a saúde da população, já que parcela significativa dos gastos ocorre mediante compra direta de serviços no momento da necessidade e sem qualquer tipo de planejamento prévio; e afeta a eficiência do sistema porque não é possível distribuir o risco financeiro entre os participantes de um fundo comum, uma vez que o desembolso direto ocorre de forma individual e impede o compartilhamento de risco.

Deve-se destacar, ainda, o alto percentual de gasto das famílias com drogarias e farmácias localizadas fora do estabelecimento prestador, refletindo hábitos culturais de automedicação que poderiam ser modificados com adequada política de regulação de medicamentos, incluindo controles eficazes de sua distribuição e venda.

¹⁴ Embora não haja contribuição direta dos trabalhadores formais, deve-se ressaltar que na prática a contribuição é entendida como parte do custo da força de trabalho, sendo portanto compartilhada entre trabalhadores e empregadores. Conforme OPAS, *Proyecciones de financiamiento de la atención de salud*, 2002.

Tabela 7 - Origem e destino dos recursos da saúde

Quem financia a saúde			Para onde vai o financiamento das famílias		
Financiamento	1995	2000	Gasto	1995	2000
Famílias	45,7	38,8	Farmácias e drograrias ²	49,6	47,9
Empregadores	25,6	34,5	Prestadores privados ³	34,2	36,0
Tesouro	25,3	22,9	Prestadores públicos	5,6	11,3
Cooperação técnica	1,4	1,1	Essalud a não filiado	0,6	0,4
Internacional			Pagamento seguro Social	8,5	0,5
Outros	2,0	2,7	Seguros privados	1,5	2,0
			EPS	-	1,9

Fonte: PETRERA, Margarita. *Financiamiento em salud* (ver nota 14)

Há um descompasso entre as estruturas do gasto e da utilização dos serviços no sistema de saúde peruano: enquanto o subsetor público (Minsa Nacional) atende 50% das pessoas que utilizam os serviços de saúde, gastando 25% dos recursos, o subsetor privado (lucrativo ou não) atende 26% dessa população e mobiliza 42% do gasto.

Tabela 8 - Gastos da saúde e utilização dos equipamentos (em %) – 2000

Equipamento de saúde ou serviços	Gasto	Utilização
Minsa Nacional	24,8	49,6
Outros públicos	0,1	1,7
Sanidades	4,1	0,9
Essalud	24,7	17,3
Farmácias e drogarias	19,4	12,7
Prestador privado lucrativo	20,1	9,7
Prestador privado não lucrativo	2,1	3,8
Curandeiro	3,0	4,3
Administrador de fundos	1,7	-

Fonte: Ver nota 14

Comparando a estrutura de gasto dos prestadores públicos com a estrutura dos prestadores privados, observa-se que o Minsa e o Essalud gastam cerca de 45% com remuneração de pessoal, ao passo que os prestadores privados gastam somente 26% com esse item, mas apresentam lucro de 23%.

Tabela 9 - Estrutura do gasto dos prestadores públicos e privados

Elemento	Minsa	Essalud	Lucrativo e não lucrativo ⁴
Consumo - insumos médicos e medicamentos	10,5	21,1	8,0
Consumo - bens não médicos e serviços	32,4	20,3	24,7
Valor agregado - remunerações e honorários	45,6	45,3	26,0 e 27,1
Valor agregado - impostos, produção, vendas	2,3	1,6	9,3
Depreciação	1,0	3,4	3,3
Excedente (lucro)	-	-	23,3
Investimentos	8,2	8,1	5,5 e 1,0

Fonte: ver nota 14

■ 4. Seguridade social privada: sistema EPS

O papel do subsetor privado na dinâmica do setor saúde está emoldurado, necessariamente, pela relação entre a capacidade de ofertar planos competitivos e abrangentes de saúde e sua adequação aos hábitos e aos recursos financeiros da população. Segundo pesquisa realizada pelo subsetor privado,¹⁵ o produto vendido atualmente pelas seguradoras é caro para a maioria das famílias peruanas, considerando-se o montante de seus orçamentos que é destinado para a saúde (7,5% nas classes mais ricas, 4,5% na classe B; 3% na classe C; 2% na classe D e 1,4% na classe mais pobre). As opiniões dos nossos entrevistados divergem com respeito à avaliação dos dois subsetores no que se refere à eficiência, à qualidade dos equipamentos disponíveis, à agilidade, à capacidade de atendimento da demanda, aos custos, à capacidade de gerar receita própria e à abrangência da cobertura.

O sistema EPS opera com três empresas prestadoras, e o total de 384.030 segurados é distribuído entre elas com os seguintes percentuais (em junho 2003): Rimac, 44%; Nova-salud, 37%; e Pacífico, 19%. Por tipo de seguro, 35% da clientela é segurada com o Seguro

¹⁵ Hábitos de uso de seguros e serviços de saúde. *Apoio, Opinião e Mercado*, out., 2001.

Complementar de Trabalho de Risco (SCTR), 62% representam os segurados regulares e apenas 3% são segurados potestativos. Os 62% de segurados regulares distribuem-se entre as três prestadoras, com 24% na Pacífico, 38% na Rimac e 38% na Novasalud. A maioria absoluta dos segurados com SCTR é cliente da Rimac (56%), contra 30% da Novasalud e 14% da Pacífico.

Se considerarmos a informação de que 3,5 milhões de peruanos podem pagar seguros e não se filiam, poderemos hipotetizar que o sistema EPS não é atraente e competitivo com respeito ao subsetor público para onde vai essa população quando necessita. Um seguro “potestativo” na Essalud pode ser obtido por um trabalhador autônomo pela razoável quantia de 70 soles mensais, “uma quantia mágica”, porque é definida aleatoriamente, segundo alguns entrevistados.

Em junho de 2003, a contribuição média mensal dos segurados do sistema EPS foi de 111 soles para o *seguro regular* e 16,30 soles para o SCTR. Não há dados para o custo médio do seguro potestativo. O *seguro regular* (coletivos/empresa, com remuneração paga pelo empregador no montante de 2,25% do salário do segurado) responde por 93% da composição das “contribuições ao sistema”; os seguros potestativos representam 4%, e o SCTR, 3% das contribuições totais.

A sinistralidade registrou percentuais variados de acordo com o tipo de seguro, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 10 - Sinistralidade por tipo de seguro e prestado (jun./2003 em %)

Tipo de seguro	Prestadora			Total
	Rimac	Novasalud	Pacífico	
Regular	91,9	77,6	85,5	84,9
Potestativo	-	71,7	-	71,7
SCTR	29,5	32,4	36,7	31,0
Total	84,3	75,0	84,0	80,6

Fonte: SEPS. *Boletín Estadístico*, 2003

Comando e supervisão. A supervisão do regime de saúde complementar, como já vimos, é feita por uma organização “reitora” denominada Superintendência de Entidades Prestadoras de Saúde” (Seps), que autoriza, regula e supervisiona o funcionamento da

entidades prestadoras (EPS) e o uso dos fundos que administram. Em decorrência, fiscaliza a solvência patrimonial, econômica, financeira e de infra-estrutura das prestadoras, assim como a qualidade dos serviços que ofertam.

A Seps tem três anos de existência e foi apoiada inicialmente por recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento. O superintendente é nomeado pelo ministro da Saúde, e todos os demais funcionários da Seps são profissionais do quadro interno concursados.

Com o objetivo de ofertar bons serviços com agilidade, a Seps tem realizado investimentos em *atividades educativas e de informação*. As tarefas educativas compreendem informações destinadas a conscientizar a população sobre aspectos relevantes da saúde, das profissões médicas e paramédicas e da modernização da seguridade social. Toda a documentação e informação podem ser acessadas pela página web da Seps <http://www.seps.gob.pe>, publica-se um boletim estatístico bimensal e os serviços prestados são avaliados por meio de pesquisas de opinião, tendo sido realizadas duas em três anos.

No que se refere à *organização de uma rede prestadora*, a Seps teve a intenção inicial de tornar obrigatória a acreditação/credenciamento dos estabelecimentos de saúde feita pela Disa. Essa acreditação seria condição necessária (embora não suficiente) para pertencer ao sistema EPS. Contudo, a expectativa foi frustrada por dois motivos: a acreditação é voluntária e seu custo muito alto para os padrões peruanos (50 a 60 mil dólares, além de um custo semestral para manutenção do registro). Atualmente, apenas sete unidades em todo o país estão acreditadas e não pretendem renovar esse credenciamento. Num segundo momento, pensou-se em fazer a acreditação pela própria Seps, mas essa intenção esbarrou na oposição da Disa. Também se considerou a possibilidade de categorizar os estabelecimentos de saúde em função dos níveis de complexidade dos serviços prestados, o que não ocorreu. Hoje, os centros médicos e policlínicos atendem os níveis 1 e 2, e as clínicas atendem os níveis 3 e 4, inexistentes no interior do país. Afinal, hoje existem 541 estabelecimentos de saúde que podem fazer os contratos que quiserem e com quem quiserem. Os hospitais da rede própria do Minsa podem participar do sistema EPS como entidades vinculadas, mas para tanto precisam separar uma ala para o atendimento privado.

Os *mecanismos de controle* da Seps sobre as entidades prestadoras (EPS) incluem a aplicação de multas que podem chegar a 100 UIT (Unidade Impositiva Tributária), cujo valor unitário é de aproximadamente US\$ 1000 (mil dólares). A Seps já chegou a aplicar multa de até 60 UIT. Os recursos arrecadados devem ser direcionados para o Tesouro, com uma parcela para o orçamento da própria Superintendência.

Os *mecanismos para solução de conflitos* incluem o sistema de atenção das queixas e das reclamações, organizado por intermédio de Escritórios de Atenção ao Usuário nas EPS e do Centro de Conciliação e Arbitragem na Seps. A reclamação é feita à EPS e consiste em uma manifestação verbal ou escrita denunciando algum tipo de descumprimento dos serviços contratados. Se não houver solução nesse escalão, a reclamação passa a ser uma queixa apresentada diretamente à Seps. Decorridos os prazos e cumpridos os procedimentos, se não houver solução satisfatória para a queixa, o usuário poderá recorrer ao Centro de Conciliação e Arbitragem, um organismo autônomo da Seps cuja missão é resolver as controvérsias.

As Empresas Prestadoras de Saúde são obrigadas a apresentar um balanço financeiro à Seps duas vezes por ano até 2004, quando essa auditoria passará a ser anual. Além disso, a qualquer momento a Seps pode realizar supervisão pontual tanto dos procedimentos administrativos quanto das condições de atendimento dos segurados.

■ 5. A questão dos medicamentos

*Os medicamentos constituem um importante componente dos sistemas de saúde: contribuem para salvar vidas e aliviar o sofrimento ocasionado pelas doenças. No Peru, a complexa situação dos medicamentos e a diversidade de problemas a ela associados afetam significativamente a saúde de nossa população.*¹⁶

O mercado farmacêutico peruano, segundo o autor, tem características particulares: a demanda é intermediada pelos prescritores (facultativos ou não); existe forte segmentação por categorias terapêuticas e por produtos; os aumentos de preços não interferem na decisão de comprar, desde que haja recursos financeiros disponíveis e uma vez que o medicamento é bem essencial para a cura; a fixação de preços independe da situação econômica, não havendo relação com as taxas de inflação ou deflação; a participação dos setores pobres no setor de medicamentos é obviamente reduzida; desde a década de 1990, observa-se forte tendência para incremento dos produtos farmacêuticos importados; as estratégias dos laboratórios produtores multinacionais interferem no desenvolvimento tecnológico interno voltado para o setor; na distribuição e na venda vem ocorrendo fortalecimento das “cadeias e das redes” de farmácias e drogarias; um

¹⁶ Dr. Alejandro Midzuaray - OPS/OMS. *Evaluación general y propuesta de mejoramiento de la situación de los medicamentos em el país*. Lima, julho de 2001.

número considerável dos medicamentos consumidos pela população (automedicação e medicação alternativa) tem escassos ou nulos valores terapêuticos.¹⁷

O setor farmacêutico está formado por 150 laboratórios, dos quais 30% são nacionais. Os 25 principais laboratórios concentram 67,5% do total de vendas nacionais.

O Peru é pioneiro na conceituação de “medicamentos essenciais” e desde a década de 1950 o Minsa desenvolveu vários programas de medicamentos orientados para a atenção das principais necessidades da população. Entretanto, há alguns pontos de estrangulamento ainda hoje predominantes: a acessibilidade, a qualidade, a racionalidade no uso e a regulação.

O autor citado apresentou proposta de uma Política Nacional de Medicamentos por ocasião da eleição do presidente Toledo. Em linhas gerais, a proposta enfatiza:

- convocar os diferentes setores (público e privado) que atuam no campo dos medicamentos para um processo de discussão e consenso;
- assumir como objetivos estratégicos a priorização do papel social do medicamento, com predominância dos interesses da saúde pública; o acesso universal aos medicamentos essenciais; a garantia da eficácia, da segurança e da qualidade dos produtos; a promoção do uso racional;
- contar, de fato, com a reitoria do Minsa;
- revisar e aprimorar o marco legal para regulação dos medicamentos; e
- implementar um plano de ação para vigilância da política de medicamentos.

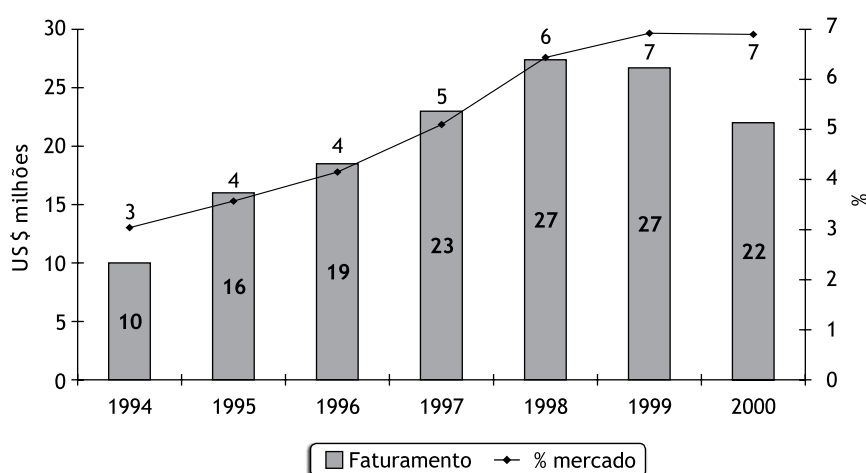
Resultados de pesquisa (ENCUESTA DE HOGARES, 2002) mostram que 48,9% da população relatou algum tipo de enfermidade. Dessa porcentagem, 56,5% procuraram atendimento para consulta e 43,5% não consultaram. Daqueles que consultaram, 92,3% receberam medicamentos e 7,7% não receberam. Dentre os 92,3% que receberam, 57,5% pagaram pelos medicamentos e 42,5% não pagaram.

O mercado farmacêutico peruano registra queda de vendas em 2000 claramente relacionada com a crise econômica e os problemas políticos que o país vem superando, no entendimento do autor citado. Em 1994, os valores de venda a farmácias foram de aproximadamente 340 milhões de dólares; em 1995, 438 milhões de dólares, valores mantidos em 1996; em 1997, atingiu-se 449 milhões, com queda registrada em 1998 e 1999 (314 milhões/ano) continuando o decréscimo no ano de 2000. No período 1994-2000, as unidades vendidas passaram de 100 para 58 milhões, respectivamente em 1994 e 2000.

¹⁷ MIDZUARAY, op. cit., passim.

A venda de medicamentos genéricos no Peru apresentou uma evolução positiva no período 1994-2000, tendo aumentado de US\$ 10 milhões em 1994 para US\$ 22 milhões em 2000. Esse crescimento foi acompanhado pela maior participação dos genéricos no mercado total de medicamentos, chegando a representar 7% em 1999 e 2000, como mostram os dados do gráfico a seguir.

Gráfico 2 - Peru: evolução do mercado de medicamentos genéricos



É importante observar ainda que a rede de distribuição de medicamentos (farmácias) está concentrada em Lima e Callao (52%).

6. Considerações finais

O sistema de saúde peruano padece de recursos financeiros, tanto provenientes do Tesouro quanto da Seguridade Social. É um sistema fragmentado, que recebe subsídios cruzados e presta atendimento superposto, com clara duplicação de esforços. A alocação dos recursos carece de critérios legalmente definidos e socialmente controlados. As diretrizes de saúde que deveriam dar sustentação ao aparato institucional não são claras: quem oferta e com que prioridade; cumprimento dos objetivos de descentralização; universalização; inclusão; atendimento básico x atendimento de alta complexidade, entre outras questões relevantes.

■ 7. Entrevistados

OPS/OMS

- Margarita Petrera (economista OPS, Peru)
- Luis Eliseo Velasquez (representante interino da OPS no Peru)
- Dr. Alejandro Midzuaray (OPS/OMS - médico e farmacólogo)

SIS

- Katia Chavez (médica, subchefe do Seguro Integral de Salud)
- Moises Acuña (chefe do Seguro Integral de Salud)

Superintendencia de Entidades Prestadoras de Saúde (Seps)

- César Donayre Cárdenas (superintendente)
- Jorge S. Del Aguila Díaz (intendente de supervisión, autorización y registro)
- César A. Bustamante Santa Gadea (intendente de regulación y desarrollo)
- Julio Bonilla Tumialán (jefe de la oficina de sistemas de información)

PHRPlus (ONG)

- Oscar Ugarte Ubilluz (diretor da ONG PHRPlus)

Clínica Stela Maris

- Jorge Ruiz Portal (gerente financeiro)

Minsa

- Francisco Sanchez Moreno (presidente do Conselho Nacional de Saúde)

Essalud

- Cecília Lengua Hinojosa (jefe de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo)

Minsa - Parsalud

- Carlos Salazar (coordenador)
- Giovan Alarcón
- Mirian Strul
- Ariela Luna

CAPÍTULO 11

DESAFIOS FUTUROS AO SISTEMA DE SAÚDE COM GARANTIA DE ACESSO À ALTA TECNOLOGIA: O CASO DO URUGUAI

Joice Valentim

Economista, pesquisadora visitante do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – Nepp/Unicamp.

■ 1. Introdução

Organização política

A República Oriental do Uruguai é um Estado unitário com um governo nacional e 19 departamentos. Constitui uma democracia representativa com eleições a cada cinco anos. O governo nacional é formado pelo Poder Executivo, exercido pelo presidente e por 13 ministros, pelo Poder Legislativo, formado pelo Senado e pela Câmara dos Deputados, e pelo Poder Judiciário, representado pela Suprema Corte de Justiça e demais cortes. Os 19 departamentos são governados por Conselhos Departamentais (31 membros) e intendententes.

Características demográficas e epidemiológicas

A população uruguaia é predominantemente urbana (91%) e com expressiva participação de idosos. Ocupa o sexto lugar em expectativa de vida ao nascer entre os países da América. As principais causas de morte entre a população são doenças do sistema circulatório (36%), neoplasias (23,1%) e acidentes (5,2%). Em muitos casos registra-se um excesso de médicos e falta de enfermeiros no atendimento à população, como se observa na tabela a seguir (OPAS, 2002a):

Indicadores	Uruguai - 2000
PIB <i>per capita</i> (dólar internacional)*	9.266,00
População (milhões)	3,337
Proporção da população com menos de 15 anos	24,79%
Proporção da população com mais de 60 anos	17,15%
Expectativa de vida ao nascer**	75
Taxa de mortalidade estimada (por 100 mil habitantes)	935,3
Médicos por 10 mil habitantes	37
Enfermeiros por 10 mil habitantes	7
Razão de leitos por mil habitantes	4,4

*OMS4

**OMS 2001 < <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=ury>>Fonte: OPAS < <http://www.paho.org/english/sha/prfluru.htm>>

■ 2. Sistema de proteção social

Os países do Cone Sul, Brasil e Cuba, podem ser agrupados, de acordo com Mesa-Lago (apud IDRC, 1999), como países de desenvolvimento mais alto na América Latina. Seus sistemas de seguridade social seguem o modelo bismarkiano (fragmentação administrativa de seus múltiplos fundos, administração tripartite - trabalhadores, empregadores e Estado -, com imposição direta sobre o salário e regime de divisão com capitalização coletiva) e foram pioneiros na introdução da legislação IVS (proteção aos riscos de invalidez, velhice e sobrevivência), no mais tardar na década de 1920. A legislação não incorporou todas as categorias ocupacionais de forma conjunta, mas o fez de forma gradual e fragmentada. O processo foi iniciado pelo Estado (MALLOY, 1979 apud IDRC, 1999), contudo, uma vez instalado, diferentes grupos conseguiram “privilégios relativos” (ABRANCHES, 1982 apud IDRC, 1999).

Os programas de seguridade social expandiram-se de forma vertical, certas categorias ocupacionais obtinham vários direitos - seguro desemprego, seguro contra riscos profissionais, pensões, afiliações familiares, seguro de saúde -, enquanto outras não exerciam nenhum direito. A ordem de inclusão foi a seguinte: Forças Armadas, empregados públicos, mais tarde empregados urbanos e por último trabalhadores rurais e domésticos (MESA-LAGO, 1985 apud IDRC, 1999). O resultado foi uma seguridade social estratificada, com altos níveis de cobertura de riscos e altos gastos. Alguns problemas, como questões administrativas e envelhecimento da população, implicaram desequilíbrios financeiros.

Nesses países, os maiores gastos com seguridade social eram realizados pelo subsistema de pensões, o qual chegou a representar em alguns casos mais de 80% do total do gasto (Uruguai, Chile e Argentina) e 17% do PIB (Uruguai), e a cobertura alcançava 80% da população (IDRC, 1999).

Na década de 1990, houve uma reforma estrutural dos sistemas de IVS, com a introdução do setor privado na administração dos fundos de pensão. No Uruguai, a reforma ocorreu em 1995 e foi de caráter misto. O sistema público é reformado e passa a ser um componente do esquema, que se combina com a nova modalidade de CPI (Capitalização Plena Individual). O sistema público reconhece uma pensão básica de prestação definida e a CPI como uma pensão complementar (prestação não definida) (OIT, s.d.).

No biênio 1996-1997, o gasto público social como porcentagem do PIB alcançou 22,5% no Uruguai, valor muito superior à média de 12,4% de países selecionados¹ das Américas do Sul e Central. Desses 22,5%, a educação respondia por 3%, a saúde por 3,7%, a seguridade social por 15,3% e a habitação e a assistência social por 0,5%. Os gastos com saúde também estavam acima da média (3,2%) (CEPAL apud OIT, s.d.).

No sistema uruguaio de saúde pode-se distinguir, historicamente, um sistema privado que cobria a atenção das classes média e alta e com o tempo também parte da classe trabalhadora. O sistema público cobria quem não podia pagar as mutualistas. Nas décadas de 1960 e 1970, mediante acordos bilaterais entre agências estatais e mutualistas, criou-se um sistema pelo qual os empregados estatais podiam, com um pequeno desconto, tornar-se sócios de uma sociedade médica privada. O Estado começou a subsidiar o setor mutualista e os custos da atenção à saúde de seus empregadores. Nos anos 1970, algumas leis e acordos tripartites possibilitaram acordos similares para a primeira categoria de trabalhadores privados (FILGUEIRA, s. d.). Nessa década e início da seguinte, ocorreram mudanças normativas referentes à medicina coletiva privada, incluindo a extensão do seguro social de saúde aos trabalhadores privados. Apesar de a legislação social ter ocorrido cedo no Uruguai, a legislação específica para saúde é tardia, sendo o risco de enfermidade um dos últimos a ser contemplado. Apesar de a princípio dever se universalizar, cobre somente uma parte dos trabalhadores ativos (ALAMI, 2001).

Em 1984, o mecanismo tornou-se universal ao adquirir a última categoria de trabalhadores (rurais e domésticos) do setor formal. Este seguro de saúde obrigatório foi administrado por um novo organismo estatal, a *Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad* (Disse), que se tornou o mediador entre o trabalhador e a sociedade privada

¹ Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Venezuela.

escolhida. A implementação dos acordos entre o Estado e as mutualistas e a posterior criação da Disse aumentaram a cobertura de atenção à saúde com uma forte inclinação redistributiva (o montante pago a uma mutualista é proporcional ao salário). No entanto, dado o aumento dos custos para o usuário com o co-pagamento para controlar o uso dos consumidores, não é claro que proporção dos setores populares incorporados ao sistema pôde e fez uso do sistema (FILGUEIRA, s. d.).

Esse processo de incorporação de novos setores também introduziu tensões nas mutualistas, que sofreram problemas financeiros antes que esse sistema fosse completamente implementado: a incorporação massiva de novos sócios por meio da Disse aumentou os problemas, e a solução foi um forte subsídio estatal para garantir o funcionamento do sistema mutualista. Ainda que a cobertura dos serviços de maior qualidade tenha aumentado, a massificação e a perda de recursos tornaram-se uma ameaça a essa mesma qualidade. Alguns custos foram repassados aos sócios das mutualistas na forma de aumentos em *tickets* médicos (FILGUEIRA, s. d.).

Em 1985, houve a reinstitucionalização do *Banco de Previsión Social* (BPS) como organismo autônomo de criação constitucional. Com essa medida, o seguro de saúde passou a subordinar-se à área administrativa das Prestações de Atividade deste, cobrindo assistência médica e enfermidades temporárias (as enfermidades definitivas são protegidas pelo seguro de invalidez) não provocadas por trabalho, uma vez que estas são cobertas pelo *Banco de Seguros del Estado* (ALAMI, 2001). O sistema de seguridade social como um todo inclui, além do BPS, cinco caixas estatais, que são a *Caja Militar*, a *Caja Bancaria*, a *Caja Policial*, a *Caja Profesional* e a *Caja Notarial*.

Nos anos 1980, apareceu uma terceira forma de serviço médico: as unidades de emergência médica privadas. Esses serviços também estipularam uma cota mensal pré-paga que permitia matrículas mais baixas ao redistribuir custos e riscos. Grande parcela das classes médias e praticamente todas as classes médias-altas e altas associaram-se (FILGUEIRA, s. d.).

O resultado final é o surgimento de um sistema estratificado com três componentes: aqueles que não podem pagar pela atenção à saúde ou podem pagar muito pouco e terminam em um sistema público estagnado, caso este ao que se somam os desempregados e trabalhadores informais; aqueles que só pagam um sistema mutualista, com problemas, e aqueles que são sócios de uma mutualista, mas podem pagar pelos novos serviços de emergência e assistência médica. O contínuo deterioramento da qualidade dos sistemas públicos e mutualista tem gerado um quarto componente: os seguros privados e a atenção puramente privada (FILGUEIRA, s. d.).

■ 3. Sistema de saúde

De acordo com a Lei nº 15.181/81, o Estado estabeleceu uma cobertura de atenção médica a toda a população como essencial componente da seguridade social, por meio de organismos públicos e privados. O *Ministerio de la Salud Pública* é o órgão responsável pela regulação das prestações assistenciais.

A OIT (1999) classifica o sistema de saúde do Uruguai, junto com Argentina e Chile, como um sistema de seguro misto regulado. Esse grupo apresenta diversas formas de financiamento, seguro e provisão de serviços, com importantes graus de regulação pública. O subsetor de seguro social é financiado por meio de contribuições dos empregadores e dos trabalhadores. A prestação dos serviços dos seguros sociais realiza-se por meio de instalações próprias ou contratadas.

O setor de saúde uruguaio divide-se basicamente em dois setores: um público e um privado. As instituições no setor público são o *Ministerio de la Salud Pública* (MSP), que fornece seus serviços por intermédio da *Administración de los Servicios de Salud del Estado* (Asse), o *Banco de Previsión Social* (BPS), o *Banco de Seguros del Estado*, a *Universidad de la República*, os *Ministerios de Defensa Nacional y del Interior*, intendências municipais e outras entidades públicas e entes autônomos. O sistema privado é constituído pelas *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) (instituições de seguro pré-pago de atenção integral), pelas empresas que oferecem seguros parciais de saúde, pelos Institutos de Medicina Altamente Especializada (Imae), que são empresas públicas ou privadas que realizam algum tipo de procedimento estabelecido como de alta tecnologia e/ou alto custo, pagos por meio do *Fondo Nacional de Recursos*, e por clínicas privadas e casas de repouso para idosos.

A Asse foi criada em 1978 e de acordo com a Lei Orgânica nº 15.903 é responsável pela administração dos estabelecimentos de atenção médica do MSP. Separa-se, dessa forma, a função normativa da assistencial. Apesar da proposta de descentralização contida na lei, a Asse segue fortemente centralizada, sendo o prestador de serviços com maior capacidade instalada. Os estabelecimentos de saúde são classificados segundo níveis de complexidade em policlínicas, centros de saúde e hospitais (A, B, C e especializados). No caso de atenção primária existem médicos de família. Para cada um dos 18 departamentos do interior existe um Hospital Departamental que serve de referência para os demais estabelecimentos da Asse. O MSP-Asse conta com sessenta hospitais de diferentes graus de complexidade e distribuídos por todo o território nacional (ALAMI, 2001).

O BPS foi criado com a Constituição de 1968 e tem a função de coordenar os serviços estatais de previdência e seguridade sociais. Ele atua como intermediário entre as contribuições de trabalhadores e empregadores e as contratações de IAMC, tendo os trabalhadores da iniciativa privada direito ao *Seguro Enfermedad* por meio dessa intermediação. Em casos de atenção à gravidez e à infância, é prestador direto de serviços. No Uruguai, os familiares do titular do seguro social carecem de cobertura em muitos casos. O país incluiu os adultos maiores de menor renda no sistema de seguro social, garantindo em sua Constituição atenção gratuita aos indigentes.

Existe um subsídio de responsabilidade do BSP em casos de enfermidade que equivale a 70% do salário durante o período de afastamento do trabalhador. Existe um limite máximo mensal equivalente a três salários mínimos. Em caso de acidente de trabalho esse subsídio é somado ao concedido pelo BPS até alcançar o limite mencionado. O seguro é pago a partir do quarto dia de enfermidade, a não ser em caso de hospitalização, quando é pago desde o primeiro dia. O subsídio pode se estender a até um ano, podendo prorrogar-se por mais um ano sob autorização (ALAMI, 2001).

A *Universidad de la República* oferece serviços públicos de todos os níveis de complexidade. Apesar de ser um centro de referência nacional, enfrenta uma crise por falta de recursos e chegou a suspender alguns serviços.

O *Banco de Seguros del Estado* cobre as enfermidades ocupacionais e os acidentes de trabalho dos trabalhadores do setor privado.

As intencionalidades municipais oferecem atenção ambulatorial básica

Não existe um mecanismo formal de referência entre os diferentes níveis de atenção tanto no âmbito institucional (MSP) como com outras instituições do primeiro nível do setor público. Outra característica do caso uruguaio é a complementação de assistência médica entre diferentes provedores.

A lei que criou a Asse permite que as prestações de maior complexidade possam ser compradas de prestadores privados. No interior do país, é frequente a compra e a venda de serviços entre a Asse e o setor privado.

Desde 1979, com a promulgação da Lei nº 14.897, a população uruguaia conta com um regime de saúde particular que garante acesso a alta tecnologia por intermédio das *Instituciones de Medicina Altamente Especializada* (Imae). De acordo com a Lei nº 16.343/92, o Poder Executivo compromete-se a oferecer serviços especializados por meio dos institutos de medicina altamente especializada destinados ao diagnóstico e ao

tratamento de doenças que o requeiram, estando subordinadas ao *Ministerio de la Salud Pública* e sujeitos às determinações técnicas da *Facultad de Medicina de la Universidad de la República*. O *Fondo Nacional de Recursos* (FNR), órgão privado financiador, integra os serviços prestados aos habitantes assistidos pelo *Ministerio de Salud Pública* (i), pelos serviços descentralizados e administrações departamentais (ii), pelas *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC) (iii) e para aqueles que desejem uma afiliação direta (iv). Nos casos i, ii, e iii, a contribuição é mensal e diretamente proporcional à quantidade de beneficiários da assistência médica responsável de cada setor mencionado. Cada instituição de assistência médica que se relaciona com o FNR deve remeter uma soma mensal de US\$ 5,00 para cada afiliado. A *Comisión Honoraria Administradora* fixa o montante e a forma de atualização dos mesmos. A comissão ainda cuida de casos de tratamento que necessitem ser feitos no exterior (ALAMI, 2001). No ano de 1998, o FNR gastou US\$ 1,5 milhão, e alguns dos procedimentos realizados geraram a seguinte produção (tabela 1):

Tabela 1 - Fundo Nacional de Recursos – 1998

Gasto total	US\$ 1,5 milhão
Estudos hemodinâmicos	6.780
Cirurgias cardíacas	2.486
Angioplastia	1.819
Valvuloplastia	57
Marcapassos	1.665
Próteses	2.953
Transplantes de medula óssea	98
Transplantes renais	59
Díalise (pacientes)	2.317

Fonte: Alami (2001)

A participação do Estado no financiamento de medicina altamente especializada ou entre trabalhadores e IAMC é muito maior do que sua participação como prestador. Como prestador o Estado representa 27%, enquanto como financiador cerca de 47% (OLESKER, s. d.).

O financiamento geral do setor de saúde uruguaio conta com as seguintes fontes (OPAS, 2002b):

- 42% em prêmios (às IAMC e aos seguros parciais);
- 31,8% em pagamentos por produtos (medicamentos etc.) e serviços;
- 25,3% em impostos; e
- 0,9% outros.

Abrindo o financiamento total, as principais fontes de financiamento do MSP são (OPAS, 2002b):

- impostos diretos (88%) com base em um orçamento quinquenal; e
- fontes não tributárias (taxas - 12%).

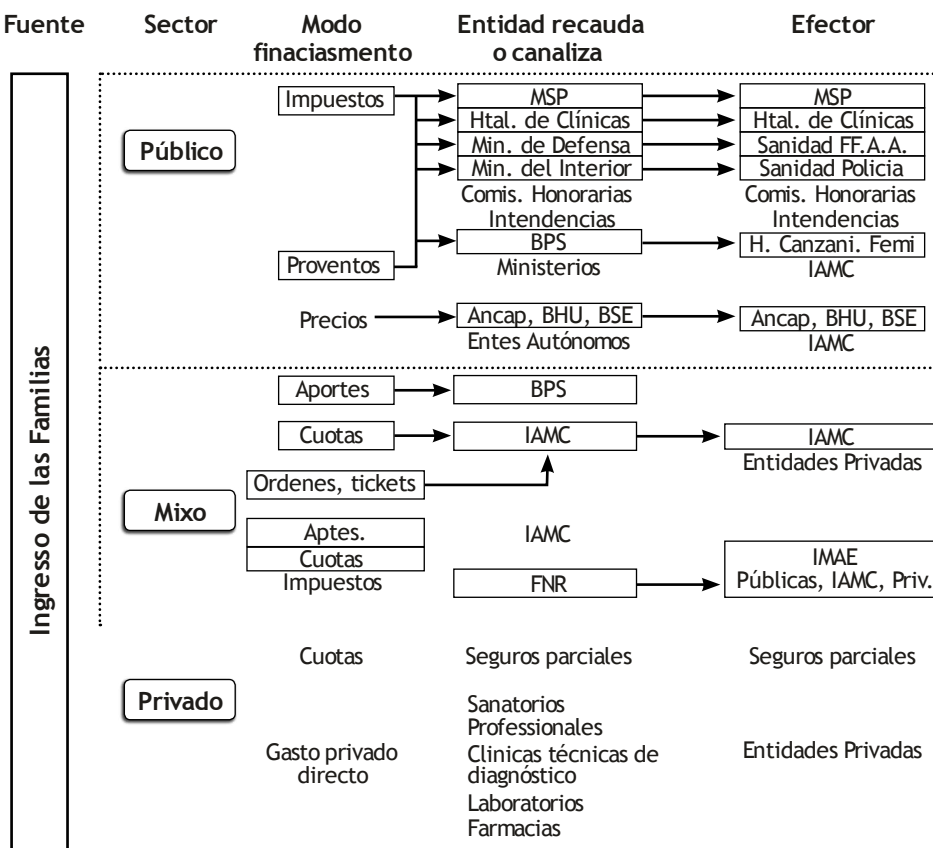
O BSP, por sua vez, conta com as seguintes fontes de financiamento (OPAS, 2002b):

- contribuições de empregados e empregadores (cerca de 90% do total);
- fundos do orçamento quinquenal do governo (10%).

O orçamento quinquenal ainda financia a *Sanidad de las Fuerzas Armadas* e a *Sanidad Policial*.

O quadro a seguir explicita a configuração do sistema de saúde uruguaio, com seus setores, fontes e formas de financiamento:

Estructura de Financiamento de Sector Salud



Fonte: Olesker (s. d.)

■ 4. Sistema privado de saúde

O Uruguai gastou 10,9% do PIB com saúde no ano de 2000. O gasto *per capita* teve uma média de US\$ 653, sendo o gasto privado em saúde representado por 53,5% do total. Do total de gasto privado, os planos e os seguros privados representaram 68,8% (tabela 2):

Tabela 2 - Gastos em saúde. Uruguai, 2000

Uruguai	2000
Gasto total em saúde como % do PIB	10,9
Gasto <i>per capita</i> em saúde (US\$)	653
Gasto privado em saúde como % do gasto total em saúde	53,5
Gastos com planos e seguros privados como % do gasto privado total em saúde	68,8
Gasto público em saúde como % do gasto total em saúde	46,5
Gasto de seguridade social em saúde como % do gasto público em saúde	34,8
Recursos externos como % do gasto público em saúde	1

Fonte: OMS

O setor privado uruguaio teve suas origens nas organizações mutualistas criadas no meio do século passado entre os imigrantes. Essas organizações tiveram um grande desenvolvimento na primeira metade do século XX. No início dos anos 1980, houve a extensão do seguro social de saúde aos trabalhadores privados (ALAMI, 2001).

O setor privado de saúde é constituído pelas seguintes instituições prestadoras de serviços:

- *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva* (IAMC);
- instituições de assistência médica particular (os chamados seguros parciais de saúde), que são empresas com fins lucrativos que oferecem atenção específica (emergência, odontologia);
- os Institutos de Medicina Altamente Especializada (Imae), que podem ser empresas públicas ou privadas que realizam procedimentos pagos pelo *Fondo Nacional de Recursos*; e
- clínicas e consultórios privados.

As IAMC são organizações privadas sem fins lucrativos que oferecem um seguro pré-pago, com cobertura integral e de maior número de afiliados no país.

A Assistência Médica Coletiva é composta de:

- (i) Associações Assistenciais, que inspiradas nos princípios do mutualismo e mediante seguros mútuos outorgam a seus associados assistência médica e cujo patrimônio é vinculado exclusivamente a este fim;
- (ii) Cooperativas de Profissionais, que proporcionam assistência médica a seus afiliados e sócios e nas quais o capital social haja sido aportado pelos profissionais que nelas trabalhem; e
- (iii) Serviços de Assistência, criados e financiados por empresas privadas ou de economia mista para prestar, sem fins lucrativos, atenção médica aos empregados de empresas e eventualmente a familiares.

Das cinquenta IAMCs, existentes no país, sete são mutualistas. A maioria do restante é de cooperativas de profissionais. As IAMCs são organizações independentes e competitivas entre si (OPAS, 2002b). Cobrem 1 milhão e meio de pessoas, sendo 1 milhão só em Montevideu. A terceira modalidade de IAMC não existe mais atualmente (ALAMI, 2001).

O número de IAMCs não se alterou muito entre 1994 e 2000. Houve um aumento da participação das instituições com mais de 20 mil afiliados e as de 5 mil a 9.999 afiliados. Instituições com menos de mil pessoas deixaram de existir:

Tabela 3 - IAMC – Número de instituições e afiliados

Afiliados	1994		1999		2000	
0-999	1	2,0%	2	3,9%	-	-
1.000-4.999	9	17,6%	6	11,8%	7	14,0%
5.000-9.999	2	3,9%	6	11,8%	7	14,0%
10.000-19.999	13	25,5%	10	19,6%	9	18,0%
20.000-49.999	22	43,1%	23	45,1%	23	46,0%
50.000 ou mais	4	7,8%	4	7,8%	4	8,0%
Total	51	100,0%	51	100,0%	50	100,0%

Fonte: *Anuario Estadístico del INE* apud QUIJANO et al. (2002)

Em alguns departamentos do interior, existem monopólios de IAMC, enquanto em outros, incluindo Montevideu, há oligopólios (ALAMI, 2001).

O MSP regulamenta os serviços que as IAMCs devem prestar de forma obrigatória. A cobertura de atenção médica obrigatória compreende ações de prevenção de enfermidade, reparação e reabilitação da saúde. As ações de prevenção de enfermidade baseiam-se em imunizações, controles clínicos, pré-natais, entre outros, determinados pelo MSP, além de incluir programas de educação para a saúde. As ações de recuperação ou reparação de saúde incluem atos médicos e odontológicos. Os atos médicos podem ocorrer em domicílio, consultório ou hospital (internação), compreendendo ainda exames de diagnóstico, recursos terapêuticos, farmacológicos e cirúrgicos. Existe um prazo máximo de seis meses para os casos de reabilitação, cuja prorrogação está a cargo do diretor técnico da instituição (ALAMI, 2001).

No caso de compra direta dos serviços, as normas obrigam as IAMCs a oferecer os seguintes serviços: atenção em consultório em medicina-geral, pediatria, cirurgia-geral, ginecologia, traumatologia, cardiologia, otorrinolaringologia, urologia, oftalmologia, dermatologia e urgências em medicina-geral (incluindo domiciliar), pediatria, cirurgia-geral, ginecologia, traumatologia e cardiologia. Esses serviços devem ser providos com recursos próprios. Nos demais casos, as IAMCs têm liberdade de organização, podendo contratar serviços. É comum a partir de um certo número de afiliados incorporar os serviços. Há exceções, como é o caso da Impasa, que com um número pequeno de afiliados conseguiu incorporar serviços como cirurgia coronária, de coluna, neurocirurgia, transplante de medula óssea, colocação de próteses, medicina nuclear e ressonância magnética. Esses serviços estão constituídos por empresas que contratam instalações e/ou serviços da Impasa e os vendem ao FNR e demais, agindo como intermediárias (ALAMI, 2001).

Os afiliados à IAMC têm direito à atenção em situações de emergência em todo o território. Os gastos e os honorários de profissionais decorrentes desses atos fora do correspondente departamento são de responsabilidade da instituição, com exceções de ordens e *tickets*, que funcionam como co-pagamento no sistema das IAMCs, sob a condição de uma comunicação dentro de 24 horas à instituição de origem do afiliado (ALAMI, 2001).

As exclusões de prestações cobertas pelo pagamento da cota mensal abrangem procedimentos com finalidade estética, próteses, internação psiquiátrica superior a trinta dias ao ano, psicoanálises, terapias psiquiátricas similares, próteses para odontologia e ortodontia, entre outros. Nos últimos anos, incorporou-se à cobertura obrigatória o tratamento com anti-retrovirais, ressonância magnética nuclear e o tratamento concentrado do Fato VIII. As normas impedem que uma IAMC exclua da cobertura médica pessoas com enfermidades crônicas, alto risco ou alto custo. Os contratos vitalícios só

podem ser quebrados por má conduta e morosidade, tendo a IAMC de reportar o caso ao MSP (ALAMI, 2001).

As IAMCs têm um prazo de noventa dias para incorporar um novo afiliado. Toda pessoa que queira incorporar-se a uma IAMC por afiliação individual deve submeter-se a um exame médico prévio de admissão (Decreto nº 457/988 de 12 de julho de 1988, artigo 7º). Por meio do exame médico documenta-se a existência de doenças preexistentes. No entanto, isso não implica restrições ao novo usuário. Por exemplo, no caso de afiliação individual, uma pessoa com doença preexistente pode utilizar os serviços, sem limitações ao tratamento de urgência médica ou cirúrgica. Existem dois casos de exclusão assistencial: as intervenções cirúrgicas não urgentes na patologia clínica e medicação ambulatorial na patologia médica, com limitações totais ou parciais. A medicação para pacientes internados não pode ter nenhum tipo de limite. Quando o solicitante de afiliação individual não apresenta nenhuma afecção prévia, incorpora-se à IAMC com totais direitos assistenciais. Em nenhum caso pode haver períodos de carência (ALAMI, 2001).

As IAMCs também não podem recusar inclusão de grávidas. Caso a paciente já esteja grávida, tem direito a todos os serviços desde que contribua com uma sobrecota de 50% de sua cota usual durante seis meses. As IAMCs estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de atenção durante a gravidez, podendo cobrar o custo dessa atenção e internações a valores mutualistas. Estão também obrigadas a oferecer, antes da 27ª semana, um regime de afiliação pré-natal, pelo qual receberão o equivalente a três cotas de afiliação. Os recém-nascidos afiliados a este regime gozam de todos os direitos assistenciais, não podendo ser desligados por decisão unilateral da instituição, exceto por falta de pagamento. Nos casos de recém-nascidos não amparados pelo regime de afiliação pré-natal, as IAMCs devem prestar atenção pós-natal desde que os responsáveis paguem pelos serviços com tarifa mutualista (ALAMI, 2001).

As afiliações dos beneficiários da seguridade social (trabalhadores ativos da iniciativa privada e trabalhadores domésticos ou aposentados de baixa renda) realizam-se sem exame médico prévio de admissão e sem limitações de idade, sexo ou estado de saúde. Não existe carência e nenhum tipo de restrição a serviços, incluindo atenção à gravidez e ao puerpério. As IAMCs são responsáveis pela atenção pré-natal dos filhos das beneficiárias. Neste caso, o pagamento é equivalente a três cotas mutualistas, incluindo a assistência médica do recém-nascido nos três primeiros meses de vida (ALAMI, 2001).

As afiliações coletivas, por meio do Disse, englobam os acordos com sindicatos de trabalhadores não incorporados ao seguro obrigatório do BSP (trabalhadores da administração central, empresas públicas, docentes universitários e do nível secundário, empre-

gados dos municípios, etc.) ou com *Cajas de Auxilio* (seguros convencionais substitutos do seguro obrigatório). Nesses casos, as IAMCs negociam bonificações nos preços das cotas, muitas vezes diferenciadas segundo a idade das pessoas, ou ainda exonerações nas taxas moderadoras. Estima-se a afiliação de 300 mil pessoas a este tipo de convênio médico (ALAMI, 2001).

A regulamentação de transferência é bem flexível, principalmente para sócios da seguridade social e afiliações coletivas. Caso a adesão à IAMC corrente conte com menos de dois anos, é necessária uma autorização da BPS. Os aposentados podem trocar de IAMC depois de um ano. Nos casos de afiliações individuais, o solicitante deve se submeter a novo exame médico de admissão. Quando uma IAMC fecha não há nenhum tipo de exame médico prévio na transferência (ALAMI, 2001).

As IAMCs constituem entidades privadas que operam seguros regulados pelo Estado, oferecendo uma cobertura mínima garantida que se complementa com o FNR. As IAMCs não podem tarifar por risco nos casos de seguros individuais, não pertencentes à seguridade social, mas podem oferecer cobertura mínima com algumas variações (ALAMI, 2001).

A estrutura organizacional das IAMCs conta com um diretor-geral, para o qual respondem o diretor médico e o diretor ou gerente administrativo. Há outros cargos abaixo, para áreas específicas, como urgência, serviços externos, etc. Em uma IAMC de Montevideu a comissão de direção realizou um contrato de gestão com uma equipe gerencial retribuída por resultados. Esta IAMC triplicou sua participação no mercado em menos de quatro anos (ALAMI, 2001).

Quanto à remuneração da equipe médica, a maioria dos médicos trabalha com contrato de trabalho nas IAMCs, sendo sua forma de pagamento e valores regulados pelos convênios coletivos de trabalho. Os médicos negociam em cada câmara com as distintas organizações gremiais médicas. Participam das negociações também o *Ministerio de Trabajo y Seguridad Social* e o *Ministerio de Economía y Finanzas*, que ainda controla o preço das cotas (ALAMI, 2001).

No interior do país, existe um sistema baseado em salário mensal. Para as distintas funções - consultório, urgência, etc. - estabelecem-se horários mensais de trabalho correspondentes a um salário mensal fixo. Em alguns casos, como atendimento domiciliar, há pagamento por serviço, mas que não é expressivo na massa salarial total (ALAMI, 2001).

Em alguns outros casos, como os convênios firmados entre o *Plenario de IAMC* e *UMU* e sociedades anestésico-cirúrgicas, estipulam-se pagamentos por atos médicos. Atividades cirúrgicas e domiciliares utilizam apenas esta forma de pagamento; consultório, radiologia e outras especialidades utilizam um sistema de pagamento misto (salário mensal por horas de trabalho contratadas e serviços prestados a pacientes assistidos). Alguns outros casos (nefrologistas e médicos laboratoriais, etc.) são pagos mensalmente por horas trabalhadas. Em casos de IAMCs contratando outras instituições, geralmente o pagamento é feito com base nos serviços prestados. Não existe no sistema de convênio coletivo de trabalho o conceito de pagamento por capitação (ALAMI, 2001).

As IAMCs relacionam-se com o setor público principalmente por meio da compra e venda de serviços.

No ano de 1994, foi fechado um acordo entre o MSP e a *Federación Médica del Interior*, no qual esta oferecia à Asse os serviços de atenção médica de emergência e urgência nas quatro especialidades básicas: pediatria, traumatologia, obstetrícia e cirurgia. Esse acordo constituiu um exemplo de complementação entre os serviços público e privado (IAMC). Os principais beneficiários foram os usuários do MSP de menor recurso, que não tinham mais de se deslocar até a capital. Posteriormente, o MSP abandonou o acordo (ALAMI, 2001).

A maioria das IAMCs está agrupada em associações de segundo grau *Federación Médica del Interior (Femi)* - 23 IAMCs; *Unión de la Mutualidad (UMU)* - 4 IAMCs; *Plenario de IAMC* - 13 IAMCs). Cerca de 10%, em sua maioria cooperativas médicas, não se integram a nenhuma associação (ALAMI, 2001).

Existe um problema de desconfiança por parte da população em função de algumas companhias de seguro (IAMCs) não seguirem as mesmas regras (como no caso de seguros individuais). As IAMCs, apesar de serem todas sem fins lucrativos, apresentam formas jurídicas distintas (ALAMI, 2001).

Todas as IAMCs têm convênio com o BPS, que paga pela assistência a cada IAMC 85% do valor da cota média por beneficiário registrado nela. As IAMCs devem oferecer assistência médica completa segundo as regulamentações do MSP. O beneficiário adquire todos os direitos de forma imediata, sem carência, e pode escolher a IAMC a afiliar-se. Os familiares só podem afiliar-se por meio de um prêmio mensal, nos primeiros sessenta dias. Caso o trabalhador saia de seu trabalho, ele pode continuar como sócio individual de sua respectiva IAMC sem limitações de nenhum tipo. Desde janeiro de 1997 o seguro estendeu-se aos aposentados, desde que suas rendas não ultrapassem um limite estipulado (ALAMI, 2001).

A principal fonte de financiamento são os prêmios pré-pagos, que respondiam por 75% do total em 1998. Os prêmios podem ser de três tipos (OPAS, 2002b):

- pagamento individual;
- pagamento por convênio coletivo;
- pagamento pela seguridade social por um seguro obrigatório com os trabalhadores (privados) podendo escolher sua IAMC;
- co-pagamentos pela utilização dos serviços;
- receita de vendas de serviços e outros.

O seguro das IAMCs é financiado com as seguintes contribuições sobre o salário bruto (ALAMI, 2001):

- contribuição dos trabalhadores 3%;
- contribuição dos empregadores 5%.

Os co-pagamentos são chamados de taxas moderadoras. Os beneficiários devem pagar uma soma sempre que usam um serviço, sendo fixa e não vinculada ao custo do serviço. Outras formas de co-pagamentos são as ordens médicas (co-pagamentos aplicados às consultas), as taxas aplicadas a medicamentos, radiologia, análise clínica, etc. (ALAMI, 2001).

Resultado de uma política de controle de preços do Poder Executivo que não permitiu a correção dos preços das cotas em função dos custos dos convênios salariais, mas a permitiu para os co-pagamentos, houve um aumento da participação dos co-pagamentos como fonte de financiamento das IAMCs (ALAMI, 2001):

Tabela 4 - IAMCs – Fontes de financiamento

	1990-1991 (%)	1999-2000 (%)
Receita total	100	100
Receita operacional	96,8	96,3
Cotas	81,9	71,4
Ordens e <i>tickets</i>	8,4	11,4
Venda de serviços	6	10,6
Outras	0,4	2,9
Receita não operacional	3,2	3,7

Fonte: Sindicato dos Médicos do Uruguai apud QUIJANO et al. (2002)

Os preços das cotas são fixados segundo o custo médio de atendimento à população afiliada. Os preços, dessa forma, não dependem do estado de saúde ou de condições de risco. Também não há diferenciação dos preços por adesão pela primeira vez ou renovação de afiliação. Desde 1968, com breves interrupções, o Poder Executivo vem fixando administrativamente os preços das IAMCs. Para preservar um sistema de cota única sem grandes dispersões, estabeleceu-se que a categoria de preços maiores não poderia superar em 10% o valor da cota média dos sócios individuais. Como o BPS ainda paga 85% da cota média, há preservação da estrutura de financiamento de taxa única (ALAMI, 2001).

O faturamento das IAMCs superou a inflação entre 1991 e 2001, e mais que duplicaram em termos reais. Os prêmios passaram de 3 mil pesos anuais para 5,7 mil pesos a preços de 2000 (OLESKER, s. d.).

Apesar do aumento do faturamento das mutualistas, sua situação financeira é delicada. A dívida total das IAMCs de Montevideu em junho de 2000 somava US\$ 329 milhões, comprometendo seis meses de coleta do conjunto das instituições. O déficit operacional sobre receitas médias das IAMCs era de 7%, algumas chegando a 14%. Em 1996, os salários e os encargos sociais representavam 55% da receita. Em 1991, esse número era de 51%. Com os convênios laborais de 1993, essa participação cresceu para 59% entre 1994-1995. Bens respondem por 18% a 21% das receitas, e serviços contratados por 15% (oxigênio, CTI, etc.) (ALAMI, 2001).

Em termos reais, o setor apresentou um superávit em 1991, déficit baixo ou nulo até 1993, déficit entre 1994 e 1995, déficit baixo ou nulo entre 1996 e 1997 e déficit em 1998. A queda da inflação representou uma redução dos ganhos advinda com ela pelas IAMCs. Estima-se que o sistema se encontre em déficit real e maior comparativamente ao período de inflação alta. O fim da inflação significou a perda de um importante instrumento de financiamento. O pagamento das cotas e dos *tickets* ocorria sem atrasos, enquanto os pagamentos dos insumos eram feitos 60, 90 e 120 dias depois (ALAMI, 2001; QUIJANO et al., 2002).

A contrapartida para financiar as novas necessidades de recursos foi o endividamento bancário. As IAMCs utilizam ainda outros mecanismos de crédito informal, havendo casos de atrasos de pagamentos de médicos e demais funcionários (ALAMI, 2001).

Novas propostas de correção de preços objetivam considerar mudanças na estrutura etária e novos custos decorrentes de avanços técnicos. Desde 1993, a soma total das

contribuições não pode ser inferior ao valor do prêmio médio multiplicado pelo número de beneficiários (ALAMI, 2001).

O MSP estabeleceu um programa baseado em um acordo com as principais instituições de saúde para tentar superar a crise que atafa as IAMCs e manter oportunidades de trabalho. O documento, assinado em 2001, visa a proteger oportunidades de trabalho redistribuindo membros (OPAS, 2002a).

Apesar de as IAMCs ainda serem o modelo predominante, a assistência médica particular e os seguros comerciais de saúde têm apresentado uma tendência crescente. As instituições de cobertura parcial também vêm crescendo desde os anos 1980 (OPAS, 2002a). Dentre estas, as que mais se destacam são as emergências móveis. Três empresas, dos 12 serviços habilitados, concentram mais de 90% do mercado (ALAMI, 2001).

Os seguros privados orientam-se a dois segmentos diferentes do mercado. Os seguros parciais oferecem um menor número de serviços prestados pelas IAMCs (serviços cirúrgicos ou médicos) por um prêmio mensal menor, deixando ao setor público (Asse) os de maior custo. Existem ainda os seguros de cobertura total que oferecem prestações superiores às IAMCs. Esses seguros são de propriedade das emergências móveis de maior prestígio, de clínicas privadas ou de empresas internacionais (Blue Cross & Blue Shield) (ALAMI, 2001).

Muitos serviços parciais médicos, cirúrgicos ou de diagnóstico, principalmente no interior, são de propriedade das IAMCs, que podem oferecer coberturas desse tipo sem ultrapassar 10% da afiliação total (ALAMI, 2001).

O número de seguros parciais habilitados pelo MSP em abril de 1999 era:

Tabela 5 - Tipos de seguros privados

Tipo de seguro	Montevideu	Interior	Total
Emergência móvel	12	41	53
Médico	03	04	07
Cirúrgico	08	12	20
Médico-cirúrgico	10	04	14
Diagnóstico	08	09	17
Total	41	70	111

Fonte: ALAMI (2001)

As companhias seguradoras, por sua vez, oferecem mais serviços que as IAMCs, como assistência em viagem, alta tecnologia no exterior, internação em quartos individuais, serviço de emergência móvel, etc. Não é permitido a essas empresas afiliar beneficiários da seguridade social. Essas companhias funcionam como um sistema pré-pago, sob a habilitação do MSP como serviços de cobertura parcial, apesar de oferecerem uma assistência integral. Em 2001, definia-se um novo marco regulatório para contemplar esse novo caso. Esses serviços também contam com o FNR para cobrir seus afiliados. A escolha dos usuários por esse tipo de cobertura decorre de melhor acesso quando comparada com as IAMCs. A população assistida por esses planos respondia por 50 mil afiliados individuais (ALAMI, 2001).

Resumidamente, tem-se que na estrutura institucional do gasto, para o ano de 1998, o setor privado responde por 71,4%. Do total privado, as IAMCs representam 69,5%, o FNR por 5,4%, os seguros parciais por 12,3%, as farmácias por 9% e a assistência estritamente privada por 2,8%:

Tabela 6 - Estrutura institucional do gasto - 1998 em %

Setor público	28,6	
Setor privado	71,4	100
IAMC	49,6	69,50
FNR	3,9	5,40
Seguro parcial - emergência móvel	5,9	8,20
Seguro parcial - cirurgia	0,4	0,60
Seguro parcial - odontologia	2,5	3,50
Farmácias externas	6,4	9,00
Casas de saúde	0,4	0,50
<i>Caja notarial</i> (aposentadorias e pensões)	0,4	0,50
Assistência estritamente privada	2	2,80

Fonte: *El Gasto en Salud en Uruguay, años 1994-1995 (1998)* apud OLESKER (s. d.)

O quadro resumo a seguir aponta os pontos positivos do sistema de saúde uruguaio e seus desafios futuros:

Quadro 1 - Sistema de saúde uruguaio

Pontos positivos	Desafios futuros
<ul style="list-style-type: none"> • Obrigatoriedade de as instituições aceitarem os ingressantes sem limitações à Evita-se seleção adversa • Livre escolha da instituição a afiliar-se à Gera-se competição • Sistema de pagamento baseado em cota mensal e não prestações realizadas <ul style="list-style-type: none"> - à Evita-se problemas derivados da existência de um “terceiro pagador” 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da assistência médica integral dada a extensão dos riscos e dos serviços médicos cobertos • Custos crescentes dos serviços médicos • Falta de estímulo à melhora da qualidade. O BSP não audita a qualidade dos serviços das IAMCs • Alcance da cobertura

Fonte: ALAMI (2001)

5. Cobertura

A distribuição de cobertura mostra-se similar entre Montevideu e o interior, com exceção das IAMCs e da emergência móvel (cobertura privada) e *Ministerio de la Salud Pública* (cobertura pública), sendo a primeira maior em Montevideu e a segunda no interior. No total, a cobertura pública soma 47,1%, enquanto a privada abarca 49,4%, como se pode observar no quadro a seguir.

Tabela 7 - Estimação da população residente nas localidades de 5 mil ou mais habitantes por sistema de atenção à saúde

Sistema de atenção à saúde	Total		Montevideu		Interior	
	%	Milhões de pessoas	%	Milhões de pessoas	%	Milhões de pessoas
Total	100	2.731,2	100	1.382,1	100	1.349,0
IAMC e emergência móvel	24,3	663,7	39,7	548,7	8,9	120,1
IAMC	23,9	652,8	20,2	279,2	27,5	371
Emergência móvel	1,2	32,8	1,5	20,7	0,9	12,1
<i>Ministerio de la Salud Pública</i> ¹	36,9	1.007,8	24,8	342,8	48,9	659,7
<i>Ministerio de la Salud Pública</i> ¹ e emergência móvel	3,6	98,3	4,1	56,7	3,2	43,2
Sanidad Militar y Policial	6,6	180,3	6,1	84,3	7,1	95,8
Outro	0,7	19,1	0,9	12,4	0,5	6,7
Sem cobertura	2,8	76,5	2,7	37,3	3	40,5

¹ Inclui Hospital de Clínicas.Fonte: *Encuesta de Hogares 2002*

Não há grandes diferenças de cobertura entre homens e mulheres. As mutualistas aparecem em primeiro lugar, seguidas do *Ministerio de la Salud Pública*:

Tabela 8 - Abertura cobertura entre homens e mulheres

	MSP	Mutualistas	<i>Sanidad Militar e Policial</i>	Outros	Sem cobertura	Ignorado
Total	33,67%	46,59%	5,99%	1,17%	11,65%	0,93%
Homens	30,98%	47,30%	6,36%	1,36%	13,05%	0,95%
Mulheres	36,20%	45,92%	5,65%	0,99%	10,34%	0,90%

Fonte: INE, VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas

A população abaixo de 15 anos é em sua maior parte atendida pelo *Ministerio de la Salud Pública*, enquanto o restante da população é atendido pelas mutualistas em sua maior parte:

Tabela 9 - Abertura cobertura faixa etária

	MSP	Mutualista	<i>Sanidad Militar e Policial</i>	Outros	Sem cobertura	Ignorado
Total país	33,67%	46,59%	4,19%	2,98%	11,65%	0,93%
<15 anos	48,83%	28,66%	4,99%	2,95%	12,98%	1,60%
15-49	29,71%	48,73%	4,57%	3,03%	13,23%	0,73%
50-64	24,26%	59,36%	3,27%	3,20%	9,30%	0,61%
65-79	29,03%	59,33%	2,31%	2,69%	6,01%	0,63%
80+	29,93%	60,21%	1,80%	2,25%	4,96%	0,86%

Fonte: INE, VII Censo General de Población, III de Hogares y V de Viviendas

Observa-se do quadro que se segue que a cobertura privada, via mutualistas ou demais formas, cresce significativamente com a renda:

Tabela 10 - Cobertura por quintil

	Total	1º quintil	2º quintil	3º quintil	4º quintil	5º quintil
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Não tem	4,7%	6,0%	6,3%	5,0%	3,2%	1,4%
Mutualistas	51,4%	16,9%	41,4%	62,1%	76,5%	86,5%
MSP	32,5%	69,6%	38,0%	19,1%	7,8%	1,9%
Outros públicos	11,2%	7,5%	14,3%	13,7%	12,3%	9,2%
Outros privados	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,9%

Fonte: ECH 1998, INE

A cobertura das IAMCs sofreu algumas quedas ao longo da década de 1990, voltando a crescer a partir de 1996:

Tabela 11 - Cobertura das IAMCs

Anos	Total de Beneficiários	Variação
1990	1.535.651	-
1991	1.518.958	-1,09%
1992	1.500.218	-1,23%
1993	1.551.924	3,45%
1994	1.530.183	-1,40%
1995	1.506.349	-1,56%
1996	1.510.623	0,28%
1997	1.534.537	1,58%
1998	1.538.255	0,24%

Fonte: Sinadi-MSP apud Alami (2001)

Pesquisa realizada pelo MSP, com dados de 1997, tentou analisar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde no Uruguai. Primeiramente, o estudo distinguiu pobreza crônica de pobreza recente. A população em situação de pobreza crônica recorre principalmente aos serviços do próprio MSP (61% em Montevideu e 82% nos demais departamentos). Quanto menor a renda, maior a dependência dos serviços públicos. O mesmo não ocorre com a população em situação de pobreza recente. No caso de Montevideu, há uma idêntica proporção de procura por serviços do MSP e das IAMCs. Mesmo em situação de pobreza, as pessoas procuram manter sua afiliação a uma mutualista em que a atenção é tida como melhor que nos hospitais públicos.

Outro ponto levantado pela pesquisa foi a porcentagem de domicílios nos quais pelo menos um dos membros não tem nenhum tipo de cobertura, número este que foi de 21% em Montevidéu e 8% nos demais departamentos. Além disso, este número é maior nos domicílios de Montevidéu de pobreza crônica (27%) que no caso de pobreza recente (15%).

As razões para essa falta de cobertura foram a perda de vigência do carnê do MSP, a dificuldade de obtê-lo, o não-direito ao carnê. Para obter o carnê, é necessário demonstrar que não se tem meios de pagar pela assistência. As duas primeiras causas predominaram nos domicílios de pobreza crônica; a terceira, nos domicílios de pobreza recente, em que as famílias se encontram em uma situação intermediária: ao mesmo tempo em que não estão nos limites impostos pelo MSP, não podem pagar a cota das mutualistas. No que se refere a medicamentos, 75% dos pacientes em pobreza crônica obtiveram medicamentos gratuitamente, enquanto 49% dos pacientes em pobreza recente obtiveram os mesmos (ZAFFARONI *apud* QUIJANO et al., 2002).

■ 6. Instituições reguladoras

O *Ministerio de la Salud Pública* exerce a inspeção, a fiscalização e o controle dos aspectos técnicos, administrativos e contábeis do funcionamento de entidades de assistência médica coletiva e assistência médica privada particular. Estabelece requisitos mínimos necessários para a habilitação e o registro, fusões e difusão de informações aos usuários. Aplica ainda sanções e recebe reclamações, além de estipular normas de proteção aos direitos dos usuários. O *Ministerio* pode ainda intervir, suspender atividades e aplicar multas quando julgar necessário. É proibido às IAMCs utilizar qualquer tipo de intermediação lucrativa na obtenção de novos sócios e afiliados.

Em 2000 e 2001, o *Ministerio de la Salud Pública* conduziu um número de auditorias para analisar a situação financeira das IAMCs, desde 1991 até 30 de julho de 2000, as características de adesão de cada uma, o perfil devedor e as receitas e as despesas de 1991 a 2002. As auditorias refletiram a situação de endividamento das IAMCs.

Em matéria tributária, o Estado tem tido uma política errática, que pouco contribuiu para a sobrevivência das IAMCs. Informe do Sindicato Médico do Uruguai indica as sucessivas propostas do Poder Executivo desde 2000, começando com uma proposta de aplicação de IVA de 9%, posterior implementação de um imposto específico de 3% (*Impuesto Específico a los Servicios de Salud*) e nova substituição com a implementação de um IVA de 19% (QUIJANO et al., 2002).

O *Ministerio de Economía y Finanzas* controla os custos e os preços fixados pelos IMAEs. Devem possuir sistemas de informações contábeis e prestar contas ao *Fondo Nacional de Recursos* e a *Comisión Administradora*. Esta deve apresentar um balanço anual nos primeiros 120 dias de vencimento de cada exercício, assim como o balanço de resultados de todos os institutos vinculados ao sistema. A *Comisión Técnica Asesora*, que ajuda o MSP, e a *Comisión Honoraria Administradora* do FNR decidem sobre a introdução e o desenvolvimento de novas técnicas e tecnologia de alto custo e complexidade sob responsabilidade do FNR e sobre a avaliação da qualidade dos serviços de atenção médica (ALAMI, 2001).

No caso de seguros parciais, como as emergências móveis, não existe nenhum tipo de controle de preço. Há um projeto de lei em tramitação para tratar desta questão (ALAMI, 2001).

Atualmente, por meio de comissão formada pelo *Ministerio de la Salud Pública*, pelo *Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, pelo *Ministerio de Economía y Finanzas* e por representantes das IAMCs estudam-se novas fórmulas paramétricas de atualização do valor das cotas assistenciais de pré-pagamento de acordo com critérios de custos.

O *Ministerio de la Salud Pública*, junto com a *División de Control de Calidad* e o *Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Sector Salud* (Fiss), com apoio do Banco Internacional de Reconstrução e Fomento, coordenou o desenvolvimento de metodologias de avaliação e gestão de qualidade para aplicação no setor saúde, estabelecendo protocolos clínicos básicos e de várias especialidades no ano de 1999.

No Uruguai não existem exigências de capital mínimo nem garantias para operar no setor de seguro de saúde, imposições que só se aplicam a seguros convencionais (acidente, roubo, incêndio, vida, etc.). As empresas do setor saúde são regidas por leis das sociedades comerciais, podendo constituir-se como cooperativas de profissionais médicos, sociedades anônimas ou de responsabilidade limitada (ALAMI, 2001).

■ 7. Política de medicamentos e tecnologia

Exceto por um curto período nos anos 1980 e apesar da legislação existente (Resolução 182/99), o MSP não tem conduzido uma avaliação de tecnologia da saúde. Não há estratégias regionais ou nacional ou estudo de impacto nos custos. O conceito de tecnologia tratado pela legislação cuida apenas dos equipamentos médicos. Em 1999, aparelhos e drogas foram incluídos, mas não procedimentos. A lei atual *não inclui o setor público*. O monitoramento de medicamentos inclui a produção (licença de produção, registro de produto, práticas de produção), a distribuição (autorização, inspeção) e a comercializa-

ção. Há problemas na condução desse monitoramento por falta de funcionários e atrasos em processos administrativos.

O país conta com uma lista de medicamentos essenciais elaborada em 1971. Em 1998 foram incluídos novos medicamentos pelos nomes genéricos. Cada instituição privada tem sua própria lista, que geralmente é mais extensa.

Apesar de não haver uma política explícita de regulação dos medicamentos, a cobertura integral das IAMCs inclui direitos à medicação em atenção ambulatorial mediante um *ticket* regulador e valor único em referência ao custo do medicamento.

De acordo com o Decreto nº 428/2002, estaleceu-se um sistema de centralização de compras de medicamentos do Estado, de responsabilidade dos *Ministerios de Economía y Finanzas, de Defensa Nacional, de la Salud Pública e del Interior*. Delineou-se um sistema de compras de insumos hospitalares, medicamentos e afins com o objetivo de aumentar o poder negociador do Estado com a centralização de compras.

Reduzir os preços que o setor público paga por medicamentos é uma das prioridades estabelecidas pelo *Ministerio de la Salud Pública*. Estima-se que os preços poderiam diminuir em cerca de 40% se um acordo fosse alcançado entre o *Ministerio* e as câmaras representantes dos laboratórios nacionais e internacionais.

■ 8. Considerações finais

O sistema de saúde uruguaio é um sistema particular porque a população tem acesso a serviços de medicina especializada, seja por meio do setor público, por meio das mutualistas, uma vez associado, seja por meio de afiliação direta. Apesar deste e de outros pontos positivos para a população - como a obrigação de as instituições, quando não públicas, aceitarem os ingressantes sem limitações, a possibilidade de livre escolha no caso das mutualistas, etc. -, existem problemas de alcance de cobertura, falta de estímulo à melhoria dos serviços e algumas instituições mutualistas enfrentam situações financeiras críticas.

O sistema de saúde uruguaio é estratificado, composto por três parcelas distintas da população. A primeira parcela é a que não pode pagar pela atenção à saúde e utiliza o setor público. Existe uma parcela intermediária coberta pelas mutualistas. Uma última parcela de renda mais alta paga pelos serviços das mutualistas e por outros serviços, como emergência, o que caracteriza uma complementação de assistência médica entre diferentes provedores. O deterioramento da qualidade dos serviços públicos e das mutualistas tem aberto espaço para um novo componente, que são os seguros privados e a atenção puramente privada.

■ 9. Referências

ALAMI. **Análisis comparado de la industria de las Instituciones Aseguradoras Privadas de Salud en Latinoamérica**. Estudio Conjunto ALAMI-OPS, 2001.

ABRANCHES, S. The politics of social welfare development in Latin America. In: WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION IPSA, 12., 1982, Rio de Janeiro. **Trabalho apresentado...** Rio de Janeiro, 1982.

FILGUEIRA, F. **La reforma del sector social: estatismo, desigualdad y privatización**. Disponível em: <<http://www.henciclopedia.org.uy/autores/Filgueira/ReformaSocial.htm>>.

IDRC. La Reforma de la seguridad social en América Latina. In: FORO DE DESARROLLO SOCIAL PARA LAS AMÉRICAS. **Proyectos en Desarrollo Social**. 1999. Disponível em: <http://www.idrc.ca/lacro/foro/projects/pension_6.html>.

MALLOY, J. **The politics of social security in Brazil**. Pittsburgh: Pittsburgh University Press. 1979.

MESA-LAGO, C. **El desarrollo de la seguridad social en América Latina**. Santiago, 1985. (Estudios e Informes de la CEPAL, 43).

OIT. Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y El Caribe. In: REUNIÓN REGIONAL TRIPARTITA DE LA OIT CON LA COLABORACIÓN DE LA OPS, México, 29 nov./1 dic. 1999.

OIT. **Base de datos de seguridad social de países de América Latina**. In: OFICINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Disponível em: <<http://www.redsegsoc.org.uy/BdDPresent.PDF>>.

OLESKER, D. **Estudio comparado de los sistemas de salud de Mercosur Y Chile**.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Health in the Americas**. v. 2. 2002a.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Perfil del sistema de servicios de salud - Uruguay**. 2002b.

QUIJANO, J. M.; BONINO, M. **La protección social en el Uruguay**. Trabalho realizado para CENDA. Santiago, 2002.

ZAFFARONI, D., ALONSO, D., MIERERS, P. **Encuentros y desencuentros, familias pobres y políticas sociales en el Uruguay**, Unicef, UC, Claeh, Montevideo. 1998.

■ Anexo A

Sistema de saúde uruguaio – instituições

Medicina pré-paga	Emergência médica	Seguros de saúde
A. Médica	1.727 Emergencias	Chasefu
Alianza	Cardiomóvil	Shassfose
Asociación Española	EMME	Fondo De Ayuda Social
Bluecross & Blueshield Uruguay	EMMI	Secom Servicio de Compañía Ltda.
Casmu	Emergencia Uno	Sefmu Avda.
Casa de Galicia	SAPP	Seguro de Enfermedad de los Trabajadores de la Salud
Cima	SEMM	Setp S. A.
Círculo Católico de Obreros	Siet	Sets - Seguros de Enfermedad de los Trabajadores de la Salud
Clínica Médica TGT	Suat	
Consultorio Médico del Deportista	Semet	
Copamhi	UCM	
Cosem	UDEM	
Crame	UCAR	
Hospital Evangélico	UCM	
Impasa	UCMI	
Ipamsa	Uruguay Emergencia	
Médica Uruguaya		
Médica Uruguaya Círculo de Estudiantes		
Medicina Personalizada		
Plan Cigüeña		
Primédica		
Suma		
Semed		
Sismed		
Summum		

Fonte: <<http://www.informes.com.uy/PaginasSecundarias/Seguros/>>

CAPÍTULO 12

PLANOS PRIVADOS E ATENÇÃO À SAÚDE NA COLÔMBIA

Marislei Nishijima

Profa. Dra. da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

José Mendes Ribeiro

Pesquisador titular, Ensp/Fiocruz.

■ 1. Introdução

A Colômbia na década de 1990 promoveu uma grande reforma em seu sistema de saúde que foi apontada como alternativa para outros países da América Latina no que se refere a propiciar aumento de eficiência econômica no setor.¹ Tal reforma ter-se-ia caracterizado como mudança de um monopólio estatal na saúde para um sistema de saúde com incentivos ao setor privado, permitindo escolhas sobre os ofertantes por parte dos agentes consumidores.

Em termos gerais, a idéia da reforma, conforme Mackpake et al. (2003) e Plaza et al. (2001), consistiu em mudar a maneira de realizar a provisão de bens de saúde, que era realizada diretamente pelo setor público por meio de seus hospitais públicos, principalmente para os indivíduos de baixa renda, para um modelo de “gerenciamento competitivo” (*managed competition*). Assim, o governo deixaria de ser o produtor direto para ser um agente com a alternativa de compra dos serviços de saúde do setor privado mediante uma política explícita de gerenciamento da competição do mercado. Essa forma de prover bens de saúde pelo gerenciamento competitivo tem sido apontada como eficiente para reduzir custos, para reduzir serviços desnecessários e para prover um leque maior de serviços de saúde aos indivíduos de baixa renda nos países desenvolvidos, embora evidências mais definitivas nesse sentido não sejam disponíveis. A Colômbia foi um dos primeiros países da América Latina a adotar tal forma de gerenciamento.²

Uma avaliação econômica de tal reforma, portanto, revela algumas particularidades que aparentemente podem contradizer a idéia do sucesso da reforma. A primeira é que o acesso da população, principalmente de baixa renda, não aumentou significativamente

1 De acordo com Sampedro e Norris (2002).

2 Plaza et al. (2001).

neste país, restando ainda grande parte da população fora do consumo de tais bens de saúde. A segunda particularidade refere-se ao fato de os gastos do governo com saúde terem aumentado proporcionalmente mais que os gastos privados com saúde ao longo da década, fenômeno que sinaliza um efeito contrário ao de desoneração do custo da saúde para o governo colombiano. E, por último, a resenha de alguns estudos empíricos mostra que os resultados de melhoras obtidos são parciais, principalmente pela falta de dados adequados para análises tanto quantitativas como qualitativas, principalmente no que se refere à melhora de eficiência deste mercado.

Este estudo baseia-se principalmente em pesquisas bibliográficas e consulta a estatísticas disponíveis a partir de fontes diversas e reorganizadas pelos autores. Além desta introdução, a seção 2 apresenta e discute o antigo sistema de saúde colombiano e suas diferenças em relação ao sistema proposto pela reforma realizada na década de 1990. A terceira seção apresenta o novo sistema de assistência médica implementado na Colômbia, discutindo seus fundamentos e sua estrutura. A quarta seção apresenta alguns resultados do impacto dessa reforma sobre o setor de saúde colombiano. A quinta seção apresenta um panorama do financiamento da reforma do sistema de saúde e, por fim, a sexta seção apresenta as conclusões.

■ 2. A mudança do sistema de saúde

Antes de discutir a mudança do sistema de saúde colombiano, faz-se necessário um breve resumo com informações sobre este país para o melhor entendimento das reformas realizadas no sistema de saúde. A Colômbia é um país de regime republicano, dotado de 32 departamentos, 4 distritos, 1.096 municípios e 630 reservas indígenas. Sua população de 43,5 milhões de habitantes³ é predominantemente urbana (73,4%). O PIB *per capita* em 2002 correspondeu a US\$ 1.918 correntes. Em 2000, cerca de 60% da sua população vivia abaixo da linha de pobreza, e o índice de Gini correspondeu a 0,57 para o mesmo ano.

As políticas mais recentes de atenção à saúde na Colômbia podem ser divididas em dois períodos: o período entre 1974 e 1993 sob o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o período posterior, a partir de 1994, quando uma grande reforma no sistema de saúde se iniciou, dando origem ao vigente Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS).

³ Referente ao ano de 2002 de acordo com dados do International Financial Statistics do Fundo Monetário Internacional.

No modelo anterior à reforma, o SNS (SAMPEDRO; NORRIS, 2002) consistia num monopólio estatal, a população de baixa renda tinha acesso apenas aos serviços de saúde públicos por meio do Ministério da Saúde e as camadas sociais mais abastadas distribuíam-se em dois subsistemas: o consolidado pelo Instituto de Seguridade Social (ISS), que representava a população dependente do seguro social, basicamente os empregados do setor formal; e o subsistema de beneficiários de planos de saúde privados.

Castanho et al. (2002) resumem a coexistência no antigo sistema dos três subsistemas descritos antes da seguinte maneira: um estruturado a partir do seguro social para empregados do setor formal da economia, o ISS; outro financiado por seguros privados de saúde para as camadas de maior renda que podiam pagar por esses serviços; e a rede pública de serviços subsidiados, que atendia o restante da população. Entretanto, apontam para a existência de baixa capacidade de atendimento deste último subsistema, de modo que a maioria dessas pessoas não tinha acesso aos bens públicos de saúde. Além disso, apesar de os empregados do setor formal da economia terem direitos sobre o uso do seguro social, seus parentes (esposos e filhos) não tinham. Também não tinham direito ao uso do seguro social os empregados do setor informal⁴ e os indivíduos de baixa renda. Esse problema deveria ser solucionado com a reforma do sistema de saúde implementada em 1993-1994.

Além disso, era necessário ampliar o acesso dos colombianos aos bens de saúde pela própria garantia constitucional. Assim como na Constituição brasileira, a Constituição colombiana de 1991 assegurou o direito ao acesso universal aos serviços de saúde e designou as instituições públicas como garantidoras do acesso (entendam-se provedoras). No entanto, um traço que a diferencia da Carta brasileira é que especifica a gratuidade apenas aos procedimentos da atenção básica, e no caso do Brasil os bens de saúde em geral estão garantidos constitucionalmente.

De acordo com Castanho et al. (2002), em linhas gerais, a reforma do setor saúde colombiano baseou-se na criação de um sistema que integrasse o seguro social com o setor de saúde pública, que idealmente seria unificado em oposição ao antigo sistema, que era segmentado. Em especial, a reforma buscou criar um sistema de seguro de saúde que incorporasse os indivíduos de baixa renda, que até então estavam à margem da possibilidade de utilização desses serviços, visando a reduzir as barreiras ao acesso aos bens de assistência médica existentes até então no país.

⁴ O problema da economia informal é muito severo nos países da América Latina em geral.

O novo sistema de seguro social implementado possui uma forma específica de segmentação, designada pelos seus proponentes por *pluralismo estruturado* como uma forma de se diferenciar em relação a modelos segmentados verificados na literatura internacional (LONDOÑO; FRENK, 1997). A reforma implementada no sistema de saúde visou a substituir o antigo SNS, que era considerado ineficiente. O entendimento de sua ineficiência provinha: da baixa cobertura da população mais pobre, conforme já discutido anteriormente; da baixa cobertura da população de áreas rurais; da sua forma de financiamento regressivo; e da existência de vulnerabilidades que permitiam fraudes.

No que se refere à regressividade do financiamento da saúde antes da reforma, pode-se citar, conforme Mackpake et al. (2003), que 30% dos subsídios do SNS se destinavam aos dois quintis mais altos de renda e que 80% dos subsídios do ISS se destinavam aos segundo e terceiro quintis de renda.

A Lei colombiana de número 100, de dezembro de 1993, possibilitou a realização de uma grande reforma no sistema de assistência médica (*Medical Care*) e no sistema de pensão pública deste país objetivando a melhora da eficiência econômica. Observa-se que na Colômbia, diferentemente do Brasil,⁵ a maior parte do financiamento dos gastos com saúde provém do sistema de seguridade social. Aquela lei regulamentou os dispositivos constitucionais em torno de um sistema integrado de seguridade social, envolvendo parcerias entre instituições públicas e privadas de acordo com funções preestabelecidas.

O componente pensão estabeleceu um sistema de gerenciamento, efetivamente implementado em 1994, similar ao modelo chileno, criando companhias de gerenciamento de fundos de pensão. Mas, diferentemente do modelo chileno, em que os fundos de pensão são todos privados, o modelo colombiano adotou como política a promoção da competição entre as instituições públicas e privadas de fundos de pensão.

Para assegurar o “gerenciamento competitivo” no mercado de saúde, a reforma do sistema buscou combinar a separação entre o financiamento e a provisão de serviços mediante esquemas de exposição de provedores de serviços de saúde aos consumidores.

5 No Brasil, os gastos com saúde na prática são completamente desvinculados da seguridade social, o que se configura numa situação bastante particular em relação aos demais países.

■ 3. Os fundamentos e a estrutura do novo sistema de saúde

Pode-se dizer, e os agentes políticos colombianos são explícitos no que se refere a esse assunto, que os fundamentos do novo modelo partiram de uma articulação entre duas agendas políticas distintas. Uma foi a agenda da Nova Gerência Pública, órgão que orientou as reformas organizacionais dos anos 1990, sob a idéia de gerenciamento competitivo, caracterizadas pela: livre escolha; autonomia organizacional; realização de pactos e acordos sociais; e qualidade e descentralização administrativa. A outra agenda foi a universal, que orientou as reformas dos anos 1980, caracterizada pela: contribuição compulsória; equidade; e proteção integral.

De acordo com Londoño e Frenk (1997), os formuladores do novo sistema de saúde, conforme mencionado na seção anterior, denominaram o novo arranjo do sistema de “pluralismo estruturado”. O objetivo dessa denominação era diferenciar a reforma implementada no sistema de seguridade social na Colômbia dos modelos segmentados existentes em outras economias, que em geral são considerados restritivos em termos de direitos sociais. Mas, a despeito dessa diferença entre grupos de beneficiários e pacotes de serviços, que caracterizam os arranjos segmentados, o novo modelo implementado ainda guarda algumas semelhanças, mesmo que distantes, com os arranjos neocorporativos europeus no que se refere à realização de pactos entre governo, entidades privadas e associações civis. No novo arranjo, setores organizados da sociedade e entes privados articulam-se na implementação de políticas em conjunto com as instituições públicas, de acordo com critérios de áreas de participação e dependência predefinidas.

O modelo implementado, no entanto, possui certa identidade própria. Difere de um pluralismo típico por faltarem na Colômbia mercados altamente diversificados e desenvolvidos, assim como o associativismo característico dos EUA, caso seja tomado o pluralismo político como uma expressão do modelo poliárquico de Dahl. Igualmente, a ausência de fortes organizações sindicais de caráter nacional e com elevado poder de barganha ante os empresários e os governos representa a principal diferença do novo arranjo quanto às formas mais típicas do neocorporativismo europeu do pós-guerra.

Dentre as reformas recentes nos sistemas de saúde da América Latina, o processo de reforma iniciado na Colômbia é, certamente, inovador, e o acompanhamento de seus resultados é fundamental como validação de uma experiência e de seu potencial de difusão. Deve-se notar que a reforma do sistema de saúde na Colômbia nos anos 1990 obteve repercussão política internacional e na literatura econômica por ter sido vinculada aos modelos de reforma já observados na experiência de outros países, em

especial em países desenvolvidos, conforme apontam Plaza et al. (2001) e Sampedro e Norris (2002). A idéia do novo modelo de sistema de saúde era implementar um sistema de gerenciamento competitivo nos vários setores que compõem o mercado de saúde para assegurar a eficiência econômica produtiva.

O sistema integrado de seguridade social implementado efetivamente em 1994 possui três componentes com funções claramente definidas: o Sistema Geral de Aposentadoria e Pensões (SGAP); o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS); e o Sistema de Riscos Profissionais (SRP). Os arranjos decorrentes da reforma que reordenaram o sistema de saúde ocorreram no âmbito do SGSSS.

As características principais do SGSSS são discutidas a seguir. Em primeiro lugar, trata-se de modelo de saúde custeado por um seguro obrigatório orientado a assegurar suas metas de universalização. Para essa finalidade, foi criado o Plano Obrigatório de Saúde (POS), composto por um pacote único de serviços de saúde destinado a cada indivíduo. Os valores desse pacote são regulados pelo sistema com base em um financiamento prospectivo, por capitação, e expresso na Unidade de Pagamento por Capitação (UPC). Uma importante inovação diz respeito à competição entre os prestadores pelos orçamentos disponíveis e que seguem critérios de livre escolha dos prestadores pelos usuários.

O sistema de saúde implementado atende a três regimes distintos: o Regime Contributivo (RC), o Regime Subsidiado (RS) e os indivíduos vinculados. O RC cobre os participantes com capacidade de pagamento, que contribuem com uma taxa de 12% sobre suas folhas de pagamentos (dos quais 8% a cargo do empregador e 4% a cargo do empregado), e todos os seus parentes. O RC também se estende aos profissionais autônomos. A prestação de serviços a esse regime de financiamento é realizada por Empresas Promotoras de Saúde (EPSs), que são remuneradas por capitação. O consumidor pode escolher entre comprar os bens de saúde do setor privado ou do setor público.

O Regime Subsidiado, por sua vez, tem como beneficiários a população de baixa renda, identificada e classificada como tal por meio de testes de meios aplicados pelas prefeituras municipais. Esses beneficiários são selecionados a partir de um Sistema de Informação de Beneficiários (Sisben), que os classifica em três níveis,⁶ I, II e III. O governo subsidia o custo dos tratamentos respectivamente com 95%, 90% e 75%, ficando o restante para completar 100% por conta dos beneficiários. Seu financiamento é estatal, provindo de 1/12 (8,33%) do valor das arrecadações do Regime Contributivo e de outras receitas do governo. A prestação de serviços a esses beneficiários é realizada predominantemente

⁶ O governo colombiano na verdade classifica até o nível IV, mas este grupo não é elegível a receber subsídio.

pelas Empresas Solidárias em Saúde (ESS), embora envolva, em menor escala, também as EPSs. Esse regime previa a provisão de um pacote limitado de bens de saúde, que deveria custar aproximadamente 50% do POS, mas até 2010 deveria alinhar-se a este plano.

As EPSs são as empresas responsáveis pela venda de seguros para instituições e pela realização de contratos com provedores de serviços de saúde. Elas arrecadam as contribuições dos afiliados do RC, direcionando-as para um fundo de compensação, o Fosyga (do espanhol *Fondo de Solidaridad y Garantía*), que as reembolsam em UPCs de acordo com critérios específicos. As EPSs recebem do governo um pagamento por captação ajustado pelo risco de idade e sexo baseado no número de segurados e dependentes elegíveis. Essas empresas recebem também um pagamento de captação dos segurados do RS, equivalente a 50% da taxa de contribuição do sistema. Em tese, todos os afiliados do RC e do RS podem escolher de qual EPS querem consumir, escolhendo aquela que oferecer o melhor pacote. De acordo com Mackpake et al. (2003), o requerimento de subsídio cruzado dentro do RC tende a evitar problemas de estratificação por renda, de maneira semelhante ao que ocorreu com as Isapress (*Instituciones de Salud Previsional*) chilenas.⁷

Mas o modelo colombiano contempla exceções decorrentes de arranjos corporativos tradicionais que incluem financiamento e serviços exclusivos para militares, professores e petroleiros, possibilidade que pode comprometer o desempenho do gerenciamento competitivo, uma vez que sugere o poder dessas classes em obter benefícios em seu favor. Essa estrutura de exceções é semelhante à do Brasil no que se refere à previdência social, em que os professores e os militares continuam obtendo tratamento diferenciado dos demais agentes da economia.

Existem ainda os indivíduos caracterizados como vinculados e que desfrutam de uma condição transitória. Esse grupo inclui os pobres ainda não incorporados ao RS e os indivíduos não habilitados segundo os critérios de pobreza, mas que não dispõem de recursos para participar do RC. Os indivíduos vinculados são atendidos em hospitais públicos ou em Empresas Sociais do Estado por meio de uma dotação direta de recursos públicos a esses estabelecimentos. Esse grupo se constitui numa grande lacuna de cobertura do novo sistema de saúde e, em 2000, representava um contingente de 47% da população.

Apesar de o RS incluir um Plano de Atenção Básica que envolve um terceiro na relação de provisão dos bens de saúde, é no RC que as inovações tratam de questões observadas em sistemas dotados de terceiro pagador de maneira mais significativa. Do ponto de vista

⁷ Sapelli (2002).

dos consumidores, os beneficiários no SGSSS estão sujeitos a três mecanismos básicos de financiamento: o pagamento direto, o co-pagamento e o fator moderador. O fator moderador aplica-se ao RC e afeta os cotizantes e seus beneficiários. O co-pagamento, também relacionado ao RC, atende a regras que resultam de acordos com as EPSs e as Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) e incide sobre o salário do contribuinte com base em duas alíquotas máximas (5% e 10% do valor dos serviços).

Os recursos globais arrecadados pelo sistema compõem o fundo denominado de Fosyga, que possui quatro contas para destino dos gastos: a compensação; a solidariedade; a promoção e a prevenção; e os Eventos Catastróficos e Acidentes de Trânsito (Ecat). Como atividades gerais, o Fosyga financia as ações do RS e as atividades de promoção e prevenção. Mais especificamente, a arrecadação do seguro compulsório financia também os serviços das EPSs que atendem o RC com base nas Unidades de Pagamento por Capitação (UPC).

O Fosyga financia ainda os Ecats com base na arrecadação de prêmios do seguro obrigatório para acidentes de trânsito. Esse financiamento gera um processo de *cream skinning*, pois retira das EPSs o impacto do alto custo derivado da assistência a vítimas de acidentes de trânsito, de situações de calamidade pública e de atentados terroristas, permitindo maior lucratividade às EPSs.

Reside no funcionamento das Entidades Promotoras de Saúde (EPSs), que atendem ao Regime Contributivo, o caráter mais inovador do sistema colombiano no que se refere à gestão da atenção à saúde e à dinâmica de mercados regulados (financiamento, cobertura, controle de custos, regulação e mercados).

A estrutura de benefícios do setor saúde pode ser resumida em diversos pacotes. O SGSSS contempla quatro tipos: o Plano de Atenção Básica (PAB); o Plano Obrigatório de Saúde (POS); o Plano Obrigatório de Saúde Subsidiado (POSS); e os de Eventos Catastróficos e Acidentes de Trânsito (Ecat). Além desses quatro pacotes, dois outros adicionais compõem a estrutura de benefícios e oferta de serviços: os Planos Adicionais de Saúde (PAS) e os de Acidentes de Trânsito e Enfermidades Profissionais (Atep). Em termos de amplitude da oferta de serviços, tomando o eixo da atenção integral (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), os pacotes POS, POSS e Atep podem ser considerados integrais, cobrindo todas as linhas. O PAB não contempla ações de reabilitação. O Ecat e o PAS não contemplam ações de promoção e de prevenção e atuam após os agravos.

O desenho institucional de responsabilidades orienta-se para a descentralização, em especial pelo caráter não federativo do país. O governo nacional exerce funções de

planejamento e regulação do sistema. Os departamentos implementam a prestação de serviços e controlam a filiação dos beneficiários e as políticas de saúde pública executadas por parte dos municípios. Desse modo, a relação entre os níveis de gestão das políticas é altamente hierarquizada.

■ 4. Resultados da reforma do sistema de saúde⁸

A reforma do sistema de saúde na Colômbia alterou a titularidade quanto aos benefícios e o próprio acesso de beneficiários aos serviços, em comparação com o regime anterior. Dados do Ministério da Saúde deste país referentes a 1992 mostram que 18% da população era composta por titulares e beneficiários da seguridade social e 17% adquiriam serviços privados de saúde. O restante da população, 65%, estava praticamente excluído do antigo sistema de saúde e em tese deveria ser atendido pelo governo. A restrição de acesso aos serviços de saúde a essa parcela da população era distribuída em 40% de dependentes da assistência médica pública (serviços básicos e emergenciais) e 25% da população completamente desprotegida (COLÔMBIA, MS, 1994).

Dados mais recentes revelam a nova estrutura de acesso a serviços de saúde na Colômbia após a implementação das reformas. O quadro observado para o ano de 2000 (COLÔMBIA, MS/OPS, 2001) revelou que 47% da população ainda não estava associada a nenhum dos novos regimes. Nessa data, o Regime Contributivo era composto de 30% da população e o Regime Subsidiado contemplava 23%. Assim, após a reforma, o nível de exclusão continuava elevado, como pode ser observado na transição para o sistema reformado. Os dados revelam ainda que entre 1996 e 2000 a faixa que mais se expandiu (passando de 15% para 23%) foi a de beneficiários do Regime Subsidiado e que a exclusão caiu de modo pouco significativo (de 50% para 47%). Esses resultados podem refletir a baixa incorporação da população ao mercado de trabalho (formal e informal), mas revela, também, baixa capacidade governamental em ampliar a cobertura do Regime Subsidiado, mesmo que este seja o segmento que mais rapidamente se expandiu ao longo da década de 1990.

De acordo com Mackpake et al. (2003), as pessoas cobertas pelo RC correspondem a aproximadamente a mesma população que era coberta pela seguridade social anterior à Lei nº 100. A cobertura pelo RS, no entanto, consiste na incorporação efetiva de indivíduos ao sistema de saúde, pois incluiu os indivíduos de baixa renda e os do segmento rural na cobertura de saúde.

⁸ Os dados utilizados nesta seção, em grande parte, foram compilados e adaptados por Adriana Mendoza Ruiz (NAF/Ensp/Fiocruz).

Dados referentes ao ano de 2001 do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde (CNSSS) mostram a evolução das entidades articuladoras, responsáveis pela provisão de serviços de saúde, no âmbito do Regime Contributivo desde 1994. Tais dados revelam que o ano de 1996 foi o de maior expansão, chegando a contar com o total de 60 Entidades Promotoras de Saúde (EPSs). A sustentabilidade ao longo do tempo de muitas dessas associações mostrou-se, no entanto, baixa. No ano de 2001, seu total restringiu-se a 42 EPSs, distribuídas em quatro naturezas distintas: 8 EPSs públicas; 18 EPSs privadas; 1 EPS mista; e 15 EPSs adaptadas.

Para o Regime Subsidiado, o número de entidades é bem superior, chegando a um total de 239 em 2001, do qual 73,6% (176 entidades) se organizam na forma de Empresas Solidárias de Saúde (ESS), havendo ainda poucas EPSs, apenas 16, que atuam nesse regime, assim como remanescentes do sistema anterior à reforma.

Os prestadores diretos de serviços de saúde estão distribuídos entre estabelecimentos públicos e privados. Entre os prestadores públicos existem 5.427 estabelecimentos ambulatoriais e 507 hospitais. Entre os prestadores privados são observados atualmente 27.602 estabelecimentos ambulatoriais e 340 hospitais.

A reforma do setor saúde na Colômbia provocou uma forte mudança organizacional no setor hospitalar público. Dentre os 507 hospitais estatais, 66% deles foram convertidos em Empresas Sociais do Estado (ESE), seguindo o modelo de propriedade pública não estatal observado na experiência internacional. Note que as ESEs são as IPSs públicas. O objetivo desses hospitais é realizar contratos com as EPSs para a provisão de serviços dos pacientes segurados, seja pelo RC seja pelo RS, e receber pagamentos pelos serviços providos para, posteriormente, destiná-los aos não segurados pela secretaria de saúde.

No que se refere à melhora da eficiência econômica, um dos nortes da reforma do sistema de saúde implementada na Colômbia, ainda não existem evidências contundentes a favor de uma melhora significativa. Mackpake et al. (2003) em sua pesquisa empírica buscam descobrir quais são as tendências nos hospitais colombianos após a reforma, tais como: insumos; produção e produtividade; qualidade; satisfação de consumidores; e outros dados qualitativos. Seus resultados⁹ são apenas informações parciais ao estudo dessas questões. Um dos maiores entraves à pesquisa empírica consiste na inadequação dos dados disponíveis. Os autores apontam para aumentos de produção e produtividade. Verificam que existe uma tendência de declínio no número de profissionais da área, mas como o índice de satisfação dos consumidores é o mesmo, concluem que se trata de aumento de produtividade dos serviços. Verificam também um crescimento na

⁹ Os autores apontam para a inadequação dos dados disponíveis.

qualidade dos serviços, avaliada pelo maior número de especialidades, diagnósticos e procedimentos terapêuticos disponíveis para consumo. Dados qualitativos, obtidos por meio de entrevistas com profissionais de hospitais, apontam para dois tipos de mudanças mais significativas: nas respostas mais rápidas aos pacientes por parte dos hospitais; e no grande aumento do custo de administração dos hospitais.

Castanho et al. (2002) realizam um trabalho empírico para avaliar se a reforma no sistema de saúde colombiano o tornou menos regressivo, utilizando para esse fim o Índice de Kakwani de progressividade calculado para os gastos diretos com saúde (*out-of-pocket*). A idéia que permeia o método de investigação é a de que se esses gastos representam um maior peso para os mais pobres que para os mais ricos, a estrutura de financiamento pode ser considerada regressiva, assim os autores buscam avaliar tais gastos dinamicamente. Seus resultados apresentam tendências diferenciadas conforme a variável escolhida para o cálculo do grau de progressividade dos gastos com bens de saúde. Se a variável escolhida for a renda, gastos *out-of-pocket* com saúde sobre a renda dos indivíduos, as evidências sugerem que houve aumento ou manutenção do grau de regressividade. No entanto, se a variável escolhida forem os gastos em bens de consumo, gastos *out-of-pocket* com saúde sobre gasto total dos indivíduos, as evidências sugerem que houve aumento no grau de progressividade do financiamento.

Plaza et al. (2001) realiza um estudo mais geral sobre os resultados obtidos com a reforma do sistema de saúde colombiano com o objetivo de retirar lições para novas experiências a serem implementadas em outros países ou na própria Colômbia. De acordo com esses autores, o novo sistema obteve grandes progressos nos primeiros anos, incluindo 7 milhões de colombianos ao sistema de saúde, por meio de seu ingresso em seguros de saúde e melhora de acesso, o que representou a metade da meta pretendida no período. Observam, porém, que existem problemas substanciais por causa da ausência de infra-estrutura gerencial e de fluxos de informação necessários para o funcionamento adequado do sistema de gerenciamento competitivo. Como decorrência desses problemas, esses autores apontam o desperdício de recursos e o não acesso efetivo à assistência médica apesar da cobertura dos seguros de saúde. A conclusão do estudo aponta para uma necessidade de formar e treinar administradores de saúde e informar a população. Resultados que podem ser mais bem entendidos pela necessidade de capacitação do trabalho, o que pode ser feito via desenvolvimento de capital humano na área e aumento do grau de informação do mercado, que também pode ser obtido com a melhora na educação (melhores escolas e maior número de anos de estudos) dos agentes da economia.

Todos os resultados desses trabalhos empíricos, mais a constatação de que ainda existe 47% da população colombiana sem acesso à assistência médica, sugerem que os ganhos da reforma ainda são poucos significativos. A próxima seção busca investigar o custo para o governo colombiano de tal reforma.

■ 5. Padrão de financiamento da reforma do sistema de saúde colombiano

A reforma do sistema de assistência médica realizada na Colômbia nos anos 1990 ampliou, ainda que não na magnitude desejada, o acesso da população a esses bens. Tendo esse resultado em conta, esta seção busca avaliar de que maneira ocorreu o financiamento desse aumento de acesso, mais especificamente, busca-se avaliar se o financiamento dessa reforma foi público ou privado. Para esse fim, foram utilizadas como *proxy* de financiamento as informações sobre gastos públicos e privados do país ao longo da década de 1990, obtidas da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial.

A Tabela 1 mostra a evolução na década de 1990 dos gastos com saúde, públicos mais privados, como percentual do Produto Interno Bruto (PIB). Verifica-se que a Colômbia a partir de 1993 aumentou acentuadamente seus gastos com saúde quando comparada com outros países, apresentando uma taxa de crescimento acumulado de 73% ao longo desse período, enquanto a média das taxas de crescimento dos países da América foi de apenas 19,9% no mesmo período. Os dados desta tabela também mostram que houve grande aumento de gastos com saúde no Chile, mas este foi menor que o aumento nos gastos com saúde realizados pelos colombianos na década.

Tabela 1 - Gastos com bens de saúde como percentual do PIB

Gastos com saúde	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Taxa acum.
Colômbia	5,6	5,3	5,6	7,9	7,2	7,4	8,8	9,3	9,3	9,9	9,6	73,0
Chile	4,8	4,8	5,3	5,5	5,5	6,7	6,9	7,2	7,5	7,3	7,2	51,3
Brasil	6,6	5,6	5,5	6,5	7	7,2	7,4	7,5	7,5	7,9	8,3	26,5
Estados Unidos	12	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	9,4
Média da América	5,8	5,7	6,0	6,3	6,3	6,2	6,2	6,3	6,5	6,6	6,6	19,9

A Tabela 1, entretanto, não distingue entre gastos com saúde realizados pelo governo e gastos realizados pelo setor privado. A Tabela 2 mostra a evolução da participação dos gastos do governo (em percentagem) nos gastos totais com saúde ao longo da década de 1990. Verifica-se que a participação do setor público nos gastos com saúde aumentou drasticamente na Colômbia ao longo da década a partir de 1993, data da Lei nº 100, passando de 21,3% em 1990 para 55,8% em 2000. Esse aumento da participação do governo no financiamento da saúde na Colômbia, no entanto, deixa o padrão de financiamento deste país mais próximo da média dos demais países da América, o que pode sugerir que a participação do governo colombiano no início da década estava inadequada em relação ao da média dos demais países.

Tabela 2 - Evolução da participação do setor público no financiamento dos gastos em saúde

Gasto público % gasto com saúde	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	45,9	33,7	29,1	46,6	48,7	42,6	40,4	43,5	44	42,8	40,8
Chile	45,6	47,4	45	45,6	46	35,7	36,7	37,9	39,6	40,8	42,6
Colômbia	21,3	21,4	20,1	44,8	45,1	57,6	59,2	57,6	54,8	53,7	55,8
Estados Unidos	39,6	41,2	42,4	43,1	44,8	45,3	45,5	45,2	44,5	44,3	44,3
Média da América	52,7	52,9	54,2	55,9	56,9	57,2	57,3	56,3	57	56,8	56,6

A Tabela 1 mostra que a Colômbia aumentou significativamente seus gastos com saúde após a reforma em seu sistema de saúde a partir de 1993, e as informações da Tabela 2 sugerem que esse aumento de gastos foi financiado em grande parte pelo setor público, que teve sua importância relativa no financiamento dos gastos em saúde muito ampliada. A Tabela 3 confirma a importância do financiamento público na reforma da Colômbia, pois mostra uma tendência de estabilidade com períodos de redução dos gastos privados em saúde como percentual do PIB ao longo da década de 1990. Note que em países como o Brasil e o Chile o aumento de gastos privados com saúde foi bastante significativo no mesmo período.

Tabela 3 - Evolução dos gastos privados com saúde como percentual do PIB

Gasto privado % PIB	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Brasil	3,6	3,7	3,9	3,5	3,6	4,1	4,4	4,2	4,2	4,5	4,9
Chile	2,6	2,5	2,9	3	3	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3	4,1
Colômbia	4,4	4,2	4,4	4,4	3,9	3,1	3,6	3,9	4,2	4,6	4,2
Estados Unidos	7,2	7,4	7,5	7,5	7,3	7,3	7,2	7,1	7,2	7,2	7,2
Média da América	2,8	2,7	2,8	2,8	2,7	2,6	2,7	2,8	2,8	2,9	2,9

Os dados das três primeiras tabelas apresentadas nesta seção sugerem que se houve aumento da inclusão, de pequena magnitude conforme argumentado na seção anterior, de novos consumidores no mercado de saúde colombiano, este aumento foi financiado pelo setor público. Assim, pode-se indagar sobre a possibilidade de esse aumento ter ocorrido simplesmente pelo aumento de gastos do governo com saúde, que, como foi visto na Tabela 2, estava muito aquém da média de participação de gastos dos governos em saúde dos demais países da América. Essa possibilidade tende a minimizar os ganhos de eficiência possivelmente obtidos com a reforma do sistema de saúde direcionada pelo gerenciamento competitivo. Entretanto, os dados da Tabela 4, que mostram a evolução da composição de gastos privados com bens de saúde classificados em gastos diretos (*out-of-pocket*) e gastos com planos privados de saúde a partir de 1995, sugerem que houve uma redução dos gastos diretos, passando de 76,2% em 1995 para 65,6% em 2000, tidos no sistema de saúde anterior como regressivos. E um conseqüente aumento dos gastos privados com seguros de saúde, de 23,8% em 1995 para 34,4% em 2000, conforme os objetivos propostos pela universalização de um sistema de seguros de assistência médica propostos na reforma do sistema de saúde, fenômeno que pode em alguma medida refletir uma melhora da eficiência no setor de saúde colombiano.

Tabela 4 - Mudança na composição de gastos privados na Colômbia

Gastos <i>out-of-pocket</i> % gastos privados em saúde						
País	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Colômbia	76,2	68,6	61,1	61,3	61,3	65,6
Planos pré-pagos % gastos privados em saúde						
Colômbia	23,8	31,5	38,9	38,6	38,6	34,4

Note, no entanto, que esses resultados não são conclusivos, pois as relações discutidas anteriormente exigem um esforço empírico de verificação que foge ao escopo deste trabalho, mas certamente sugere linhas de pesquisa sobre o tema.

■ 6. Conclusões

A reforma do sistema de saúde colombiano pode trazer outros países da América Latina a uma reflexão sobre os resultados obtidos e seus desdobramentos até o presente momento. Uma primeira reflexão é a de que os resultados obtidos em termos de aumento de acesso da população e de qualidade têm sido efetivos, porém com magnitudes ainda pouco significativas. Em 2001, 47% da população colombiana ainda estava sem acesso aos bens de saúde.

Aparentemente, o aumento dos gastos com saúde ao longo da década de 1990, que no caso da Colômbia foi financiado em grande parte pelo setor público, pode explicar o aumento do acesso aos bens de saúde independente da reforma. Todavia, nada se pode dizer a respeito do aumento de gastos em relação à qualidade do bem de saúde ofertado, podendo ser este o real ganho de eficiência econômica. Os ganhos de eficiência são difíceis de ser mensurados, mas as medidas indiretas realizadas por alguns autores sugerem uma melhora na eficiência do setor.

Os aumentos de produtividade do trabalho medidos também trouxeram redução do número de postos de trabalho no setor de saúde colombiano, fenômeno cujo resultado pode ter dois efeitos contraditórios do ponto de vista social: melhora da eficiência econômica e deslocamento de profissionais do setor formal para o setor informal da economia, pois um dos entraves à reforma do sistema de seguridade social neste país é justamente o tamanho do setor informal da economia, que automaticamente deixa metade da população à margem do sistema de saúde. E este problema, assim como em vários outros países da América Latina, está longe de ser solucionado ou pelo menos de ter políticas explícitas destinadas a combatê-lo de maneira mais sistemática.

Outra mensagem da reforma colombiana é a da necessidade de formação de profissionais capacitados em gerenciamento administrativo, pois o custo do gerenciamento do sistema de saúde tem sido alto para este país. Esse resultado pode ser avaliado de maneira mais ampla e sugerir a necessidade de melhor formação de profissionais, do ponto de vista de uma política ampla de promoção da educação nos países da América Latina em geral.

■ 8. Referências

CASTANHO, R. A.; ARBELAEZ, J. J.; GIEDION, U. B.; MORALES, L. G. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. **Health Policy and Planning**, v.17, n.1, p. 5-11, 2002.

CNSSS. **Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes (2000-2001)**. Bogotá, 2001.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 4, p. 993, 2002.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. **Health Policy**, v.41, p.10, 1997.

MACKPAKE, B.; YEPES, F. J.; LAKE, S.; SANCHEZ, L. H. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? **Health Policy and Planning**, v. 18, n. 2, p.182-194, 2003.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Antecedentes y resultados. In: **La reforma a la seguridad social en salud**. Bogotá, 1994. Tomo I.

COLOMBIA. Ministerio de Salud; Organización Panamericana de la Salud. **Evaluación integral del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud**. Bogotá, 2001.

PLAZA, B.; BARONA, A. B.; HEARST, N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. **Health Policy and Planning**, v.3, n.2, p.44-51, 2001.

RUIZ, A. M. **A política farmacêutica na reforma do setor saúde na Colômbia 1993-2001**. Rio de Janeiro: ENSP.Fiocruz, 2003.

SAMPEDRO, J. C.; NORRIS, G. North American health system leads neighbors in the south by example. In: **Managed Care Executive**, 2002.

SAPELLI, C. Risk segmentation and equity in the Chilean mandatory health insurance system. In: **Social Science & Medicine**, 2003.

CAPÍTULO 13

MÉXICO: ESTUDO DE CASO

Nilson do Rosário Costa
Fiocruz e UFF.

■ 1. Introdução

Os estudos sobre sistemas nacionais de saúde têm utilizado como referência teórica os modelos institucionais organizacionais implementados nos países centrais. Esses modelos institucionais receberam as categorias de universalista, corporativo e de mercado. A questão central para uma análise é saber o quanto esses modelos são ainda úteis para explicar os processos institucionais observados nos sistemas nacionais de saúde dos países da América Latina.

Se utilizados como simples descrição de paisagem, como usual, eles são pouco satisfatórios, porque fazem tabula rasa de processos econômicos, sociais e institucionais específicos dos países de economia secundária. Esses modelos institucionais, importantes para a ação normativa de formação de agenda política, especialmente da pauta universalista substantiva, parecem artificiais para a explicação positiva sobre processos reais de formação dos sistemas nacionais de saúde fora do centro da economia mundial.

O modelo universalista organizou a oferta de cuidado à saúde pelo financiamento fiscal solidário e pela gratuidade na utilização de todos os níveis de atenção. O sistema de saúde foi unificado pelo poder público, e o governo tornou-se o comprador único de insumos e trabalho profissional. Esse processo aconteceu em contexto particular de expansão do Estado de Bem-Estar Social.¹

O modelo corporativo foi fundado a partir do seguro social e pelo acesso condicionado à situação de emprego e dependência familiar ao indivíduo empregado. Nas economias centrais, o crescimento do emprego formal em um ambiente de expansão do emprego no setor secundário fez com que esses sistemas compreendessem na prática quase a totalidade das populações nacionais, tendendo então ao universalismo. O financiamento tem sido baseado por cotas obrigatórias pagas pelas empresas e pelos trabalhadores aos

¹ COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. Inovações organizacionais e no financiamento. In: Brasil - radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia, 2001, p. 291-306.

fundos públicos, com expressiva co-participação governamental no financiamento e na modelagem organizacional.

O modelo de mercado tem sido estruturado a partir da capacidade de compra de seguro privado por famílias e empresas. O acesso depende da capacidade de renda familiar ou do vínculo de emprego. O Estado intervém na provisão de seguro saúde para os indivíduos considerados em situação de pobreza e para os idosos.

O modelo de mercado tem-se desenvolvido nas condições específicas da economia norte-americana, que combina uma forte orientação ao mercado (desenvolvimento de empresas) da política pública de saúde com uma cada vez mais consistente política de proteção seletiva aos grupos mais vulneráveis.²

A principal característica dos países latino-americanos foi a organização no século XX dos sistemas nacionais de atenção individual à saúde a partir das demandas corporativas do trabalho organizado. De modo geral, os sistemas de atenção à saúde nasceram como uma extensão do seguro social, sendo a elegibilidade para o acesso condicionada pela vinculação à categoria ocupacional reconhecida pela lei. As categorias ocupacionais buscaram organizar estruturas de atenção individual verticais e integradas, duplicando com frequência a oferta de serviços em um mesmo espaço territorial. Essa oferta tornou-se ainda mais ineficiente quando se identifica a expressiva co-participação do gasto governamental no complemento das cotas obrigatórias pagas pelas empresas e pelos trabalhadores aos fundos das categorias ocupacionais.

Nesses países, a prestação de serviços governamentais de atenção à saúde limitou-se, estruturalmente, à provisão de bens públicos (vacinas, controle de endemias e educação à saúde) e a cuidados de atenção individual nas situações de urgência e emergenciais nas áreas urbanas.

Ao contrário dos países centrais, cujos sistemas corporativos foram universalizados em função da dinâmica expansiva do mercado formal de trabalho, os países da América Latina tiveram na informalização do emprego a principal característica do mercado de trabalho. A dinâmica da informalidade fez com que os sistemas de saúde corporativos nacionais se tornassem crescentemente exclusivos e diferenciados em relação à oferta de serviços e ao financiamento para a população em geral.

Essas características apresentadas pelos sistemas de saúde latino-americanos mantiveram-se intocadas ao longo dos anos 1980 e em meados da década de 1990 porque, de modo geral, as coalizões de poder tanto dos regimes autoritários militares quanto

² FELDSTEIN, P. The economics, of health and health care. New Jersey: Prentice-Hall, 2001.

das novas democracias mantiveram intacto o acesso privilegiado dos grupos de interesse corporativos às decisões de políticas públicas no campo do seguro social. Os casos que fogem à regra são o chileno e o brasileiro.

No Brasil, o regime militar quebrou o acesso privilegiado das coalizões do mundo do trabalho às decisões sobre seguro social, embora não tenha produzido uma reforma previdenciária baseada nos fundos de previdência privados, como no caso do Chile.

No campo da organização da atenção à saúde, a intervenção do regime autoritário brasileiro criou o espaço institucional para que as comunidades de especialistas e dirigentes políticos médicos dessem forma ao Sistema Único de Saúde, universalizando o acesso à estrutura de oferta corporativa ao longo dos anos 1980 e 1990, porque os sindicatos perderam o poder de veto.³

Nos demais países, as propostas de reforma setorial da saúde da segunda metade dos anos 1990 procuraram oferecer soluções que não afetam a estrutura institucional do sistema de saúde originado da posição de dominante corporativa em um ambiente de informalidade e precariedade dos empregos, além de pobreza endêmica.

Em meados da década de 1990, Londoño e Frenk⁴ sugeriram uma tipologia para a análise dos sistemas nacionais de saúde. Essa tipologia permite questionar as dimensões organizacionais e os dilemas estruturais específicos para o caso latino-americano, ainda que apresente algumas falhas empíricas.

Os modelos propostos pelos autores para os países latino-americanos são: público unificado (existente em Cuba e na Costa Rica), fragmentado (Brasil), segmentado (maioria dos países latino-americanos) e privado atomizado (Argentina e Paraguai).

No modelo público unificado, o Estado financia e presta diretamente a atenção à saúde por meio de um sistema único verticalmente integrado.

No sistema privado atomizado, a função de financiamento é desempenhada pelo desembolso direto (*out-of-pocket*) ou por inúmeras agências privadas de seguro, que reembolsam os prestadores sem que haja uma integração vertical entre essas duas funções. Essa modalidade de prestação seria típica de um mercado livre, com ausência de regulação, dispêndio predominantemente privado e pré-pagamento residual.

Os autores denominam também o modelo corporativo das *obras sociales* da Argentina como privado atomizado em razão da segregação de diferentes grupos ocupacionais em fundos de doença não competitivos e exclusivos. O arranjo desse fundo compreende a

3 COSTA, Nilson do R. Políticas públicas e justiça distributiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

4 LONDOÑO; FRENK, Julio. El structured pluralism. Washington: Paho/World Bank, 1995.

separação entre financiamento e prestação no sentido de que essas organizações fazem pagamento a prestadores públicos e privados.

No sistema fragmentado, o financiamento público tem sido combinado de modo crescente com a participação do setor privado na prestação de serviços. Essa separação de funções é obtida pela contratação de serviços mesmo na área de alta complexidade. Os autores situam o sistema de saúde brasileiro nessa categoria em razão da alta prevalência do setor privado prestador ao SUS. Os autores ignoram a existência de um setor empresarial dinâmico de planos e seguros de saúde que oferece cobertura na modalidade de pré-pagamento para 2/3 da população.⁵

No modelo segmentado, a oferta distribui-se pela estratificação da população em três grupos: os trabalhadores do mercado formal, os pobres e a classe média.

O primeiro grupo compreende a população protegida pelos institutos de previdência social. Os pobres, rurais e urbanos, são os excluídos do seguro social por não terem emprego formal. A classe média é atendida pelo setor privado, financiando com frequência pelo desembolso direto. Os autores chamam atenção para o crescimento da cobertura de seguro de saúde para o segmento de classe média em países com o modelo segmentado de sistema de saúde. A estrutura institucional do sistema de saúde mexicano pode ser adequadamente tipificada como segmentada.

O diagnóstico dos autores, que efetivamente revela as contradições existentes nos sistemas nacionais de saúde da América Latina, gerou a agenda do *pluralismo estruturado*. Na perspectiva organizacional, a proposta busca um ponto médio entre os arranjos baseados no monopólio do setor público e os arranjos do setor privado atomizado. Define uma nova divisão de função para o governo, pela separação do financiamento e provisão. Amplia o papel de coordenação e financiamento dos governos centrais e extingue a função de prestação direta pela autonomização organizacional e pela terceirização da prestação dos serviços.

Na perspectiva da organização do acesso, a proposta do pluralismo estruturado define três grupos populacionais: a) o grupo em pobreza extrema; b) o grupo do setor informal vivendo em situação de pobreza; c) o grupo do setor formal.

Para o primeiro grupo é definido um pacote de intervenções essenciais, diferenciado da idéia de pacote mínimo ou básico. Esse pacote é baseado nas intervenções consideradas como de melhor investimento em saúde a partir da análise de custo/efetividade. Esse pacote seria

5 Ver IBGE/PNAD 1998 - Suplemento Saúde, Rio de Janeiro, IBGE, 1999.

o núcleo da universalidade - o conjunto de intervenções a que toda pessoa, não importa a capacidade financeira ou a situação no mercado de trabalho, deve ter acesso. Esse novo tipo de universalidade evita a falácia do universalismo clássico, que promete tudo para todos.⁶

Para o segundo grupo, pobres do mercado informal, os autores propõem a ampliação do seguro social por meio de um pacote de benefícios financiados por incentivo ao pré-pagamento e subsídio à demanda de acordo com a capacidade de renda domiciliar.

Para o terceiro grupo, os autores sugerem a ampliação de funções regulatórias que controlem os investimentos tecnológicos por meio de análises de custo/efetividade, mas mantêm a estruturação do seguro social corporativo inalterada.⁷

A agenda proposta pelos autores não altera, na essência, a grande assimetria em termos de acesso aos recursos públicos existente nos sistemas nacionais, que afeta profundamente a dimensão de equidade e favorece a classe média e os trabalhadores no mercado formal, além de manter o equilíbrio distributivo do arranjo institucional fragmentado, sem apontar nenhum perdedor na reforma do setor saúde.

O estudo de caso do sistema de saúde do México é extremamente ilustrativo desse dilema institucional que enfrentam os países latino-americanos em relação à reforma dos sistemas de saúde quando adotam algumas dimensões da ampliação do seguro social e a definição de um pacote de intervenções essenciais. O México pode ser caracterizado na última categoria - sistema segmentado -, pela tipologia de Londoño e Frenk (1995), pela forte demarcação que o modelo do seguro social faz em relação aos pobres e ao mercado de seguro de saúde.

⁶ Idem, p. 30.

⁷ Idem, p. 30.

■ 2. Ordem corporativa e fragmentação organizacional do sistema de saúde mexicano

Em 2001, o México contava com uma população de 98,8 milhões de habitantes, dos quais 40,2 milhões foram definidos pela Cepal como pobres e indigentes.⁸ A pobreza no México, como nos demais países da América Latina, está fortemente associada à informalidade e ao subemprego.

A população com vínculo precário no mercado de trabalho é também a população com as condições de acesso mais desfavoráveis ao sistema de atenção à saúde no México.

Como demonstram Barraza-Lloréns,⁹ as condições organizacionais do sistema fragmentado favorecem essa exclusão. O sistema de saúde mexicano está fortemente ancorado em uma estrutura vertical integrada, como mostra o Quadro A, na qual cada grupo corporativo detém o acesso exclusivo a um rede de serviços, especialmente os trabalhadores da empresa de petróleo do México (Pemex), os funcionários públicos e os empregados do setor privado.

Quadro A - Estrutura organizacional do sistema de saúde do México em 2001

	Organizações	Beneficiários e clientela
Institutos corporativos	IMSS Issste Pemex	Trabalhadores do mercado formal público e privado
Sistema público	Prestadores do governo estadual e IMSS/Solidariedad	Pobres e trabalhadores não cobertos pelo seguro social
Sistema privado	Seguradoras Prestadores privados Cartão de desconto	Classe média Elite dos trabalhadores
Desembolso direto	Prestadores privados (cartão de desconto)	Principalmente população pobre

A população não coberta pela estrutura corporativa tem como oferta os serviços dos estados mexicanos e o programa Solidariedad/IMSS, que atende a uma fração da população rural pobre. A classe média e a elite dos trabalhadores dos setores público e privado são cobertas pelas incipientes organizações de seguro de saúde, acumulando a

8 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), Indicadores Sociales Básicos de la Sub-región Norte de América Latina y el Caribe. Santiago do Chile, 2003.

9 BARRAZA-LLORENS, MARIANA; BERTOZZI, S. et al. Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico. Health Affairs, May-June 2002, p. 47-56.

dupla cobertura dada pelo seguro social e pelo seguro saúde. A população pobre do México tem no desembolso direto, com larga utilização de cartão de desconto, o principal mecanismo de acesso ao atendimento de saúde individual.

Esse padrão de utilização de serviços explica uma das características importantes do sistema de saúde mexicano: a elevada proporção (52%) das despesas totais de saúde são de desembolso direto. O setor público participa com 46%, e o seguro saúde, residualmente, com 2% do total (Tabela 1).

Tabela 1 - Relação público-privado na composição das despesas de saúde no México em 2001

GASTO PÚBLICO	46%
GASTO DESEMBOLSO DIRETO	52%
GASTO COM SEGURO SAÚDE	2%

Fonte: *Secretaría de la Salud México 2001 - Información para la rendición de Cuentas, Dirección General de Información y Evaluación del Desempenho, 2002*

Essa expressiva participação das despesas de desembolso direto na composição das despesas nacionais com saúde explica a existência de uma rede dinâmica de prestadores privados (hospitais, clínicas e consultórios privados) que utiliza o mecanismo do cartão de desconto como meio de facilitar o acesso aos serviços pela população.

Em razão da elevada verticalização e exclusividade do segmento do seguro social e do preço elevado do seguro saúde, o desembolso direto concentra-se efetivamente, como já mencionado, nos grupos populacionais de menor renda, como mostra a Tabela 2. Isso faz com que o sistema de saúde tenha aspectos bastante regressivos pela grande concentração do desembolso direto entre os pobres. A mesma Tabela 2 demonstra que o desembolso privado da classe média se concentra no seguro saúde.

Tabela 2 - Composição das despesas privadas em saúde no México por grupo de renda

GASTO DESEMBOLSO DIRETO (pobres)	95,5%
GASTO SEGURO SAÚDE (classe média e trabalhadores formais)	4,9%

Fonte: *WHO - The World Health Report 2003 (Statistical Annex)*

Os gastos familiares em saúde no México estão fortemente concentrados em internação hospitalar e medicamentos. A alta proporção de gastos familiares com despesas hospitalares revela, em especial, a restrição de oferta desses serviços, que está fortemente concentrada em poucas regiões e nos serviços do país.

Tabela 3 - Composição das despesas domiciliares com saúde no México

HOSPITALIZAÇÃO	43,3%
MEDICAMENTOS	37,9%
AMBULATÓRIO	18,8%

Fonte: *Salud México 2002* - Direção Geral de Informação e Avaliação de Desempenho, 2002

O sistema de saúde mexicano tem revelado nos últimos anos uma persistente tendência ao aumento da participação do gasto privado (seja por desembolso direto, seja pelo seguro saúde).¹⁰ Em 1998, os gastos totais foram 5,6% do PIB (2,5% foram gastos públicos e 3,1% foram privados). Os públicos têm sido menores que as despesas privadas na composição das despesas totais de saúde do país desde fins da década de 1990.

A Tabela 4 mostra a evolução da participação proporcional dos gastos privados mexicanos em comparação à situação de Argentina, Brasil, Chile e Colômbia entre 1997-2001. Os dados indicam que os últimos anos têm afetado a participação do gasto público do México, do Brasil e da Argentina nas despesas totais de saúde, a despeito da agenda de reformas setoriais adotada nesses países.

Tabela 4 - Despesas privadas como % das despesas totais em saúde

PAÍS	1997	1998	1999	2000	2001
MÉXICO	54,7	53,4	53,1	54,2	55,7
BRASIL	56,2	56	57,2	59,2	58,4
ARGENTINA	44,5	44,8	43,8	44,8	46,6
COLÔMBIA	52,3	39,8	38	32,7	34,3
CHILE	62,2	60,4	59,2	57,4	56

Fonte: WHO - *The World Health Report 2003 (Statistical Annex)*

Os dados da Tabela 5 mostram, ademais, que a apropriação das despesas públicas com saúde no México é feita centralmente pelas estruturas corporativas. O gasto médio público com um segurado da Pemex foi 18 vezes o gasto na faixa máxima de despesa realizada com os pobres. O gasto máximo com os demais segurados dos institutos corporativos públicos foi oito vezes superior ao gasto máximo estimado como despesas para o estrato pobre da população mexicana.

Tabela 5 - Distribuição do gasto público em saúde no México por estrato de beneficiários

LIMITES	MÁXIMO	MÍNIMO
GASTO PÚBLICO GERAL	225	180
GASTO POBRES E INDIGENTES	28	19
GASTO PÚBLICO COM PEMEX	Acima de 500	

Fonte: *World Bank Third Basic Health Care Project (Procedes), May, 2001*

O padrão segmentado do sistema mexicano, que favorece fortemente a estrutura corporativa no acesso aos recursos públicos disponíveis para a atenção à saúde, afeta severamente os gastos das famílias e dos indivíduos com saúde. As dados da Tabela 6 demonstram que, comparativamente a Brasil, Argentina, Colômbia, Chile e mesmo EUA, o México é o país com a maior proporção de gastos privados por desembolso direto, o que é um indicador importante para medir a desigualdade nos sistemas nacionais de saúde. O relevante nesses dados é a alta persistência dos gastos por desembolso direto ao fim da década de 1990, evidenciando que os programas de ampliação de cobertura implementados no país falharam na proposta de aliviar os gastos das populações vulneráveis com saúde.

Tabela 6 - Despesas de desembolso direto (out-of-pocket) com % das despesas privadas

PAÍS	1997	1998	1999	2000	2001
MÉXICO	96,1	96,1	95,7	95,8	95,1
BRASIL	69,9	66,9	62,1	64,9	64,3
ARGENTINA	66,6	68	67,9	67,4	68,9
COLÔMBIA	85	76,2	73,2	65,3	65,2
CHILE	66,3	66,3	65,2	59,8	59,7
EUA	27,6	28	27,6	27,2	26,5

Fonte: *WHO - The World Health Report 2003 (Statistical Annex)*

O Quadro B apresenta a composição por origem do financiamento ao sistema de saúde mexicano, revelando que o setor público tem uma importante participação formal na estrutura tripartite de financiamento da seguridade social.

Quadro B - Organizações e fonte de financiamento da atenção à saúde no México

Estrutura organizacional	Fonte de financiamento
Institutos corporativos	Tripartite (governo central, empresas, empregados)
Serviços públicos estaduais e saúde pública	Governo central e estados: impostos e co-pagamento para serviços hospitalares públicos
Seguro saúde	Classe média e institutos de seguro social (repasses)
Prestadores privados (cartão de desconto)	Desembolso direto

Fonte: World Bank Third Basic Health Care Project (Procedes), May, 2001

Diante dessas evidências, pode-se concluir que o modelo de proteção à saúde no México apresenta fortes características de *path dependency*, ou seja, o impacto do arranjo corporativo sobre a organização do sistema. Como sugerem Barraza-Lloréns e outros,¹¹ a atual estrutura e os mecanismos de financiamento do sistema de saúde mexicano são impeditivos à redução de desigualdade que assegurem aos cidadãos mexicanos o acesso a um pacote básico de serviços e à proteção contra os gastos catastróficos com doença.

É impossível explicar o sistema nacional de saúde do México sem analisar a capacidade política (poder de veto) da coalizão corporativo-sindical e o sistema de alianças.

Essas alianças indicam que o custo da mudança extremamente elevado e o poder de veto da coalizão de interesse corporativo são igualmente altos.

Soluções do tipo universalização da oferta do setor público unificado ou segmentado (como o Sistema Único de Saúde brasileiro) e do tipo mercado dinâmico de seguro saúde - ou ambas - parecem implicitamente vetadas pelo poder de mercado do arranjo corporativo.

Diante desse poder de veto, o modelo organizacional permanece segmentado, verticalizado e desigual. O sistema produz a exclusão dos segmentos informais e rurais. Essa exclusão tem expressão na alta proporção de desembolso direto com saúde pelo estrato

11 Op. cit., p. 49.

de renda baixo (pobres) e na elevada apropriação do orçamento público disponível para a saúde pelo segmento de maior renda.

Define-se no caso mexicano um quadro de cidadania regulada, ou seja, o direito social da atenção à saúde individual está associado diretamente ao vínculo de contribuição ao sistema de seguro social e ao mercado de trabalho formal.

O governo financia múltiplos e concorrentes sistemas de saúde para diferentes populações, que geram as condições e os incentivos para a desigualdade, penalizando os grupos populacionais mais necessitados. Nesse contexto, a apropriação dos gastos de atenção à saúde pelo sistema de seguro social no México é muito expressiva, como revela a Tabela 7. A exemplo da Argentina, a participação das despesas com saúde do governo central com atenção à saúde permaneceu estável nos últimos anos.

Tabela 7 - Proporção das despesas do governo central com saúde previdenciária

PAÍS	1997	1998	1999	2000	2001
MÉXICO	68,5	68,1	69,2	67,7	66,5
BRASIL	0	0	0	0	0
ARGENTINA	61	60,2	59	59,5	59,6
COLÔMBIA	16,7	22,8	20,2	19,6	25
CHILE	83,6	75,7	77,3	71,8	71,8

Fonte: WHO - *The World Health Report 2003 (Statistical Annex)*

A reforma do seguro social do setor privado em 1997, criando um sistema de capitalização por meio de fundos privados de gestão de recursos de previdência,¹² alterou marginalmente esse arranjo, enfraquecendo os vínculos da previdência do setor privado com a atenção à saúde.

Ainda assim, as inovações em curso de reforma do setor saúde parecem caminhar para um aprofundamento da situação de segmentação pela opção pelo modelo de seguro de saúde público, com a adaptação de elementos do “novo universalismo”, e pelos incentivos ao seguro de saúde privado para os estratos de maior renda.

¹² RUBALCAVA, L.; GUTIÉRREZ, O. Políticas de los fondos de pensiones en México. Santiago do Chile: Cepal/Eclac, Julio de 2000.

■ 3. As estratégias de ampliação do seguro saúde público e privado

Diante do cenário de inviabilidade de veto ao arranjo corporativo, duas grandes inovações dentro de limites têm sido desenvolvidas no sistema de saúde do México: o seguro popular de saúde e a criação do ambiente regulatório para a ampliação do mercado privado de seguro saúde.

■ 4. O seguro popular de saúde

O programa de Seguro Popular de Saúde tem como foco os pobres não cobertos pelo seguro social. Tem como objetivo aliviar o gasto catastrófico associado ao desembolso direto com despesas em saúde (90% de probabilidade entre os pobres). Propõe um vínculo contratual de seguro público com pagamento mensal do beneficiário definido de acordo com a renda do chefe da família.

A proposta do Seguro Popular de Saúde (SPS) faz parte do Programa Nacional de Saúde 2001-2006, cujo um dos maiores desafios é obter “maior equidade nas condições de saúde dos mexicanos.”¹³

O pressuposto para o Seguro Popular de Saúde é que o financiamento da saúde se torna justo quando protege a população dos gastos excessivos por motivos de doença. Como já demonstrado, no México, uma alta proporção da população não conta com nenhum tipo de seguro. O gasto privado representa mais da metade do gasto total em saúde. Como já visto, dessa metade, 91% são gastos de desembolso direto de indivíduos e famílias. Para o SPS, uma alta porcentagem das famílias fica mais pobre ao acessar a atenção à saúde.

O critério risco para ingresso no Seguro Popular é definido pela situação de renda e não pelo risco da doença. A justiça financeira proposta pelo projeto deve reduzir, portanto, os chamados “gastos catastróficos” das famílias e alcançar a progressividade das contribuições. Essa progressividade é buscada pela definição de um valor básico comum para todos os que aderirem ao Seguro.

O acesso proposto pelo Seguro Popular tem como foco os grupos mais vulneráveis. Constitui-se uma proposta adicional aos programas de ampliação de acesso dos grupos mais pobres no México, como o *Programa de Ampliación de Cobertura* (PAC); o pacote essencial que estende o *Programa de Calidad, Equidad Y Desarrollo en Salud* (Procedes) para as áreas pobres rurais e urbanas e os programas federais (*Salud de Adulto y Ab-*

13 Secretaria de Salud, Proyecto do Seguro Popular de Saúde. México, Diário Oficial, 4 de julho de 2003.

ciano, Salud Reproductiva, Enfermedades Transmitidas por Vector, Salud de la Infancia, Sida, Salud Bucal, etc.

O núcleo central da proposta do SPS é a universalização da seguridade social no México. Um instrumento central da proposta é um cartão de afiliação para individualizar o vínculo ao projeto. O cartão permite o acesso ilimitado a um pacote de serviços contratado entre o cidadão e o SPS. O acesso a quaisquer serviços não cobertos pelo contrato fica sujeito a contribuições adicionais. A expectativa da proposta do SPS é que a ampliação das coberturas decorra da paulatina saída dos grupos assalariados dos esquemas de prestação baseados no financiamento público, especialmente os corporativos.

A implementação do SPS foi planejada de forma incremental. Daí a superposição com outras iniciativas organizacionais de ampliação de acesso que não utilizem a estratégia de asseguramento. Está ajustada a condições de capacidade de oferta de serviços específicas para cada estado federativo mexicano, que são extremamente desiguais nesse item (*Secretaria de Salud*).

Foram definidos planos de benefícios divididos em conglomerados de serviços: 78 intervenções de saúde constituem o “pacote familiar” do SPS e 105 intervenções constituem um “pacote integral”. A proposta de incorporação futura de mais 15 intervenções de gastos de maior complexidade constituirá, pela proposta, “um pacote universal de serviços, com 120 intervenções de saúde”.

O plano básico mensal era de R\$ 30,00/mês em novembro de 2003, que compreendia o acesso a 75 intervenções de saúde. O programa estabelece, de acordo com a cobertura contratual, que haverá cobertura para uma gama de 75 (contrato básico), 105 ou 120 intervenções custo/efetivas de atenção à saúde. A relação de custo/efetividade das intervenções coletivas e individuais foi definida pelas autoridades governamentais nacionais. As intervenções custo/efetivas definidas pelo programa são: 15 intervenções de medicina preventiva (imunizações, principalmente); 7 intervenções de aconselhamento médico, psicológico e de nutrição; 20 intervenções ambulatoriais com médico de família; 4 intervenções de “saúde mental comunitária”: educação contra o fumo na adolescência, educação contra o alcoolismo, diagnóstico e tratamento de depressão e diagnóstico e tratamento de epilepsia; 5 intervenções de saúde reprodutiva; 3 intervenções de reabilitação; 2 intervenções de odontologia (prevenção à cárie e diagnóstico e tratamento de cáries de primeiro e segundo grau); 7 intervenções de urgência; 3 intervenções de hospitalização (diagnóstico e tratamento de bronquite, pneumonia e meningite); 5 intervenções materno e infantil (parto e recém-nascido) e 7 intervenções

cirúrgicas (a maioria associada ao planejamento familiar, complicações de aborto e atenção ao parto).

A meta do governo é que o programa compreenda uma população de 48 milhões sem seguro saúde, segundo estimativa realizada em 2000.¹⁴ O programa toma como ponto de partida a idéia de que a formalização contratual de direitos pelo Seguro Popular pode ser mais efetiva do que a promulgação genérica de direitos sociais universais de saúde impossíveis de serem implementados e disponibilizados.

A estratégia de implementação do programa é feita com a participação dos governos estaduais por meio de transferência *per capita* a cada habitante incluído no programa. A rede de prestadores de referência é a rede estadual de saúde, que já pratica formas de co-pagamento na utilização de hospitais públicos.

■ 5. O seguro saúde

O incentivo ao mercado segurador privado tem sido feito pela ampliação da regulação governamental. Como mostra a Tabela 8, o mercado de planos privados de assistência à saúde no México era relativamente residual até 2001, quando visualizado em perspectiva comparativa em relação a países como Argentina, Brasil, Colômbia e Chile. O desembolso direto caracteriza, como visto, o padrão de despesa privada com atenção à saúde no México.

Tabela 8 - Despesas com planos de saúde como % das despesas privadas totais

PAÍS	1997	1998	1999	2000	2001
MÉXICO	3,9	3,9	4,5	4,7	4,9
BRASIL	33,1	33,1	32,9	32,9	35,9
ARGENTINA	33,4	32	31,9	32,6	31,1
COLÔMBIA	15	23,8	26,8	34,8	34,8
CHILE	33,7	33,7	34,5	40,2	40,3

Fonte: WHO - *The World Health Report 2003 (Statistical Annex)*

Em 2000, foi aberto um novo processo de autorização das Ises (*Instituciones de Seguro Especializadas en Salud*). O novo processo de regulação visou à superação dos problemas de insolvência, falta de qualidade e de garantias para os usuários. A reforma tem como objetivos regular e ordenar o crescimento dos seguros e dos planos de saúde, criar regras homogêneas para as empresas e oferecer proteção aos consumidores. A nova regulação define padrões de insolvência, falhas na qualidade e garantia aos consumidores por meio da Comissão Nacional de Seguros e Finanças, vinculada ao Ministério da Fazenda.

O modelo regulatório do seguro saúde no México visa estimular a competição pela ampliação das funções formais da administração pública direta. Não entrou na pauta do Executivo central mexicano a criação da agência reguladora delegada e autônoma. A regulação do mercado de seguro saúde é uma extensão das atividades de regulação do mercado segurador realizada diretamente pelos organismos do Ministério da Fazenda.

Em outros contextos, as agências autônomas têm sido crescentemente responsáveis pelos processos de qualificação das empresas e pela proteção dos consumidores, objetivando a correção de imperfeições de mercados setoriais.¹⁵

Pelo novo regime de regulação, as empresas que atuam no ramo do seguro saúde foram obrigadas a criar a figura jurídica específica de empresa especializada em seguro saúde - em prazo de um ano (2001) - para permanecerem no mercado. A lei definiu condições para a entrada e a permanência no mercado:

- demonstrar capital mínimo legal desembolsado;
- oferecer capital mínimo de garantia;
- prover reservas técnicas;
- estabelecer forma de prestação com médico e rede hospitalar e ambulatorial. Apenas nesse caso cabe ao Ministério da Saúde mexicano regular a oferta de rede;
- demonstrar suficiência de receitas;
- contratar resseguro;
- dispor de sistema estatístico.

Nesse contexto de reforma das condições de regulação, foi vetada a possibilidade de grupos médicos se organizarem na forma de empresas comercializadoras de planos de saúde.

Em 2003, operavam no México oito empresas vinculadas a bancos, seguradoras do Chile e Colômbia e grupos econômicos da construção civil mexicanos. O mercado era bastante concentrado, porque apenas três seguradoras detinham 58% do mercado.¹⁶

Parece evidente que o mercado de planos e seguros de saúde no México se desenvolveu em um contexto institucional de baixa regulação até fins da década de 1990, sem incentivos de natureza fiscal, ausência de barreiras de entrada e saída e com baixas garantias contratuais para atividade de seguro saúde.

Essas condições institucionais não favoreceram a ampliação da clientela principalmente pela incapacidade de as empresas cumprirem contratos. As novas competências da regulação normativas mudaram substancialmente o padrão de organização e as condições de eficiência exigidas para as empresas.

A Constituição do marco regulatório, com a criação da Comissão Nacional de Seguros e Finanças, vinculada ao Ministério da Fazenda, em 2000, alterou especialmente a condição para a entrada e a permanência no mercado. Definiu, por um lado, novas regras de proteção ao consumidores por meio de severa regulação das informações econômicas e financeiras das empresas. Por outro lado, tem desenvolvido condições de regulação fortemente orientada ao mercado ou à lucratividade das empresas. A atividade de seguro de saúde pelo modelo de regulação mexicano é considerada essencialmente uma atividade empresarial. Nesse termos, não existe qualquer limite para as empresas buscarem diferenciação de produtos ou qualquer interdição à subsegmentação.

O regime regulatório para o mercado de planos de assistência à saúde, após esse processo de institucionalização legal e organizacional, certamente terá de lidar com o problema do adequado equilíbrio entre a proteção aos consumidores e a rentabilidade e a sobrevivência econômica das empresas.

A existência de imperfeições na atenção à saúde que afetam os consumidores foi analisada classicamente, com o foco principalmente na relação médico-paciente (ARROW, 1963).¹⁷ Os consumidores, na relação médico-paciente, não detêm informação suficiente para julgar a qualidade da decisão do profissional, portanto não podem tomar decisão sobre a utilidade do ato médico. Por isso é crucial o papel regulatório do governo na autorização da prática médica e na introdução de novos medicamentos.

16 Secretaría de Hacienda y Crédito Público - Comisión Nacional de Seguros Y Fianzas, novembro de 2003.
17 ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, n. 53, 1963.

A atividade econômica de intermediação do acesso à atenção à saúde pelas empresas de seguro saúde configura imperfeições de mercado que se diferenciam da relação médico-paciente por três fatores:

- alguns indivíduos detêm excessiva cobertura de seguro, levando a uma sobre-utilização de serviços;
- muitos indivíduos não conseguem ter seguro adequado (muito baixa cobertura) ou eles são excessivamente caros;
- os custos de transação para todos os agentes do mercado são excessivamente altos em razão da elevada assimetria entre os agentes.

O modelo regulatório mantém alto grau de autonomia das empresas para precificar o risco da atividade securitária. A regulação desenvolvida pela Comissão Nacional de Seguros e Finanças não busca subsídio cruzado entre clientes de seguro pela restrição à perfeita discriminação dos consumidores, sob o ponto de vista da atividade do seguro. Não favorece a seleção adversa, pois permite a livre precificação dos prêmios pelo cálculo do risco do cliente, isto é, pelo perfil de idade, de deficiência física ou doença preexistente. Da mesma forma, não padroniza a cobertura mínima de procedimentos e não cria regra de preços entre as faixas etárias. Estabelece tetos para as despesas que serão reembolsadas pelas seguradoras para situações de utilização além de certos limites. Permite a co-participação e a regionalização da oferta de serviços.

Essas novas condições tentam reverter a situação pouco favorável para a atividade verificada em fins da década de 1990. Como mostra a Tabela 9, se comparada com o dinamismo da atividade verificada na Colômbia, as despesas privadas com planos de saúde permaneceram relativamente estáveis no México entre 1997 e 2001, ainda que acima da evolução verificada no Brasil e na Argentina.

Tabela 9 - Evolução das despesas médias com planos de saúde como % das despesas privadas totais nos países selecionados (1997-2001)

PAÍS	EVOLUÇÃO MÉDIA (GEOMÉTRICA) NO PERÍODO (1997-2001)
MÉXICO	1,06
BRASIL	1,02
ARGENTINA	0,98
COLÔMBIA	1,24
CHILE	1,04

Fonte: WHO - *The World Health Report 2003 (Statistical Annex)*

Certamente a persistência da estrutura do seguro social, com os mecanismos de acesso restrito dos trabalhadores e empregados com maior renda aos serviços públicos de melhor capacidade e qualidade, explica essa estagnação. A abertura da universalização pelo Seguro Popular de Saúde parece, igualmente, dificultar a ampliação do mercado de planos de baixa cobertura para os estratos mais pobres da sociedade mexicana por mecanismos empresariais.

O regime regulatório dos planos de assistência privada à saúde no México pode influenciar substancialmente as condições de competitividade, criando um espaço para o crescimento da atividade empresarial, assim, a regulação:

- (1) afeta a economia de escala e escopo das empresas operadoras pelo efeito seletivo das fortes barreiras institucionais à permanência, à entrada e à saída;
- (2) restringiu a sobrevivência e a possibilidade de entrada de empresas pequenas quando estabeleceu grandes exigências legais sobre a qualidade da firma;
- (3) deu incentivos muito significativos ao não limitar a diferenciação de produto e a seleção de pacientes.

Estimou-se que as despesas privadas com planos de saúde tenham chegado a 5,4% dos gastos privados com saúde em 2003,¹⁸ revertendo a tendência da década anterior. De qualquer modo, as condições estruturais para a ampliação de seguro saúde são bastante complexas no sistema de saúde fragmentado mexicano, em razão da forte posição que ocupa a organização corporativa no sistema como também do novo impedimento que a agenda do “novo universalismo”, representado pelo projeto do Seguro Popular, pode trazer à ampliação do mercado de planos de saúde entre os estratos pobres mexicanos.

CAPÍTULO 14

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas nacionais de saúde são, antes de tudo, criações políticas, derivadas de embates da cidadania e de interesses específicos, notadamente das corporações profissionais. Não é possível entender o desenvolvimento das formas e das instituições públicas e privadas sem atentar para os processos históricos. A questão da saúde sempre será chave no contexto das políticas sociais do Estado e dos direitos de cidadania. No entanto, as lutas travadas em torno dessa questão devem ser entendidas no contexto das pressões que os diversos grupos colocam na sua relação com as políticas públicas.

As últimas décadas presenciaram a emergência de relações extremamente complexas entre as políticas públicas e os sistemas privados de atenção à saúde. A inserção privada nesses sistemas trilhou diversas vias, desde a transformação de segmentos médicos em grupos empresariais até a migração de setores empresariais que acumularam capital em outros tipos de negócio, notadamente no ramo financeiro, para a área da saúde. Na maioria dos casos, a demarcação de espaços entre o Estado e o mercado privado enfrentou os problemas decorrentes da ausência de propostas abrangentes para o setor saúde. Pode-se dizer que o setor privado ocupou os espaços que lhe pareceram mais rentáveis, enquanto a máquina pública procurou dar conta das questões de maior emergência.

Uma avaliação da gênese dos sistemas de saúde nacionais permite identificar dois elementos de importância marcante na sua evolução, que se refletem nas condições atuais. O primeiro deles é a vinculação entre os sistemas de saúde e previdência. Diversos países apresentam um padrão de estruturação dos grandes sistemas públicos de saúde a partir da organização de instituições de garantia ao trabalhador. Embora extremamente importantes em seu nascimento, como reconhecimento de um direito social dos trabalhadores e das obrigações do Estado para com a população, o passar dos anos mostrou um sistema que, em diversos casos, não conseguiu realizar a travessia para a universalidade. A cisão entre trabalhadores formais e o restante da população acabou por se materializar na diferenciação de acesso, com prejuízos de inserção social para o segundo grupo.

O segundo elemento de grande importância para o sistema é a influência das corporações em sua montagem, seja no campo público, seja no campo privado. Especialmente em economias de baixa densidade empresarial e frágil desenvolvimento industrial,

grupos profissionais vinculados à medicina ganham importância e influência política de proporções expressivas. Por isso, a pauta política passa a ser condicionada pela pressão por recursos públicos para o setor ou por formas de mobilização de recursos que acabam resultando num direcionamento do gasto da sociedade para esses segmentos. O caso do Chile é emblemático no campo do gasto privado, dado que o Estado, compulsoriamente, canalizou uma parcela significativa da renda dos assalariados para a classe médica e os prestadores privados de serviços de saúde. Nos casos mexicano e uruguaio, os recursos não passam pelo setor privado, mas, ainda assim, representam um expressivo direcionamento de recursos para determinados grupos de interesse da classe médica.

Marcados por esse passado eivado de interesses distintos e limitações de acesso, os sistemas de saúde, nos últimos anos, tiveram desenvolvimentos institucionais de monta, embora não isentos de grandes dificuldades e tensões postas pelos interesses em jogo. Uma avaliação dos principais elementos que determinam o movimento dos sistemas de saúde do continente americano envolve diversos aspectos, desde seu conteúdo de cidadania até a apropriação do “negócio” saúde pelo capitalismo.

Os últimos anos marcaram dramaticamente a questão do financiamento das ações de saúde. A partir da ampliação da capacidade da assistência médica em prolongar a vida e proporcionar situações menos desconfortáveis de convivência com o estado de doença, a escala de valores necessários para garantir a saúde passou a ter amplitude muito superior à vigente décadas atrás. Essa nova realidade passa a exigir decisões de política que, necessariamente, impactam o conjunto dos recursos públicos aplicados no setor, como a extensão dos direitos dos cidadãos em termos de assistência à saúde. Essa decisão assume as mais diversas formas, desde o acesso ao coquetel anti-AIDS até a autorização de tratamentos em outros países quando o sistema nacional não dispõe dos meios adequados, onde a relação cidadão canadense, sistema de saúde do Canadá e medicina privada americana é o exemplo mais destacado.

Para aclarar esse ponto, é crucial identificar os principais elementos que impõem a dinâmica do gasto no setor saúde. Certamente, o principal deles é a velocidade de absorção de novas tecnologias às condutas médicas e às disponibilidades de serviços hospitalares e ambulatoriais. Do mesmo modo, a prescrição de novos medicamentos influi sobremaneira no gasto realizado com saúde. A avaliação do custo efetividade da incorporação de novas tecnologias é extremamente complexa, principalmente porque em grande parte das situações se trata de melhorias de acuidade do diagnóstico e da qualidade de vida do paciente, aspectos de mensuração complexa.

Gasto e financiamento remetem diretamente à questão dos sistemas atuais: o gerenciamento das ações médicas a existência e a amplitude dos protocolos clínicos em uso no sistema. À diferença de todas as outras formas de mercado, no sistema de saúde o consumidor está submetido à decisão de um terceiro agente sobre os bens e os serviços que serão demandados para o tratamento. Dessa forma, os padrões de comportamento dos médicos influem decisivamente no patamar de gastos em saúde, especialmente quando a descentralização das decisões é maior. Como força em contrário, colocam-se planos e seguros privados e governos, estabelecendo protocolos e formas de controle dos gastos, o que não raro gera enormes tensões no seio do sistema. Ao mesmo tempo, não há como deixar de levar em conta que há criação de demanda endógena ao sistema, na medida em que as unidades de saúde e os médicos, como agentes de decisão do gasto, podem gerar necessidades de maneira diferenciada.¹

Os elementos anteriormente expostos determinam a capacidade do Estado de ofertar saúde à população com a qualidade necessária para garantir níveis de atendimento razoáveis aos olhos das diversas classes sociais. O grande complicador é que é cada vez mais difícil administrar as demandas colocadas em condições intrinsecamente heterogêneas de populações com grandes desníveis de renda. A dinâmica da evolução da capacidade de gasto do Estado passa a ser incompatível com as demandas provenientes dos setores que cobram a realização dos serviços, de um lado, e dos prestadores e ofertantes de bens e serviços de saúde, de outro. A resultante não poderia deixar de ser uma tendência ao fracionamento dos sistemas e ao rompimento dos laços de solidariedade social, construídos na vigência de formas menos agudas de diferenciação de serviços.

A renda média das sociedades e as condições de distribuição dessa renda entre as classes sociais, nesse contexto, passam a determinar o formato dos sistemas e a solidariedade social possível. Há uma tendência a que sociedades mais ricas, cuja satisfação das necessidades básicas de vida está bem atendida, aloquem maior parcela de seus recursos em saúde.

Nesse movimento, a cesta de necessidades sociais em termos de serviços de saúde experimenta incrementos justamente em termos de novas tecnologias em exames clínicos e laboratoriais, tratamentos estéticos, medicamentos de última geração, comodidades, melhor hotelaria nas internações, dentre outros. Em sociedades de renda média elevada e boa distribuição de renda, os gastos com saúde devem ser ainda mais alavancados,

¹ É importante notar que essa criação endógena ao sistema de demanda por utilização de tecnologias novas também se aplica aos procedimentos convencionais. No caso americano, em que as causas judiciais por erros médicos ganharam grandes dimensões e os seguros contra esses erros, para os profissionais de saúde, passaram a ser quase obrigatórios, a utilização de todo o rol de exames e procedimentos, inclusive os mais intensivos em nova tecnologia, ganham grande ênfase para os médicos, justamente como fator de prevenção contra demandas judiciais por negligências de diagnóstico.

justamente porque as despesas de saúde desfrutam de grande participação nos orçamentos familiares justamente nas faixas de renda média e média alta.

É crucial entender que os gastos em saúde são duplamente apropriados pela lógica capitalista. De um lado, por uma classe média e média alta que dispõe de recursos financeiros para realizar gastos em assistência diferenciada da fornecida ao conjunto da população. Para essa classe, as novas tecnologias e formas de tratamento passam a fazer parte de uma cesta de consumo diferenciada e nitidamente assemelhada ao consumo capitalista, como automóveis e serviços de elevado valor agregado. De outro lado, o empreendimento saúde passa a ser atraente a um conjunto de empreendedores que têm o setor farmacêutico e a classe médica como base, mas agrega empresas de tecnologia em equipamentos, seguradoras e outros ramos de atividade. Esse espaço nunca deixou de existir, mas antes esteve confinado a camadas detentoras das rendas mais elevadas da sociedade. Agora, pela diferenciação de bens e serviços, sua presença se faz mais relevante.

Outro elemento deve, no entanto, ser agregado a essa complexa situação. Ao contrário de poder usar novos recursos para sustentar a ampliação dos custos das inovações em saúde, a pressão mais expressiva, nas economias menos desenvolvidas, vem por outra via completamente distinta. Os modelos de saúde baseados na cisão das populações entre assalariados, segurados, e não assalariados, atendidos por ações filantrópicas ou simplesmente sem acesso à saúde, foram duramente questionados na maioria dos países. Por isso, a tendência dos sistemas tem sido utilizar os recursos novos e reformar sistemas para garantir acesso universal pelo menos aos degraus inferiores da assistência à saúde.

Nesse contexto, os espaços a serem aproveitados por empreendimentos privados na área da saúde aproveitaram as incertezas com respeito à capacidade do Estado de fornecer assistência de qualidade e atender às expectativas das diversas classes sociais em desfrutar de uma saúde diferenciada. Diversas são as formas utilizadas no continente americano para gerir a saúde em situações de assistência pré-paga. Em algumas delas, o mercado explorado por agentes privados foi praticamente construído pela ação do Estado. Os casos do Chile e da Colômbia são as maiores evidências, dado que a contribuição é compulsória para trabalhadores assalariados como vínculo formal. Em cada caso, os objetivos de construção do mercado privado eram distintos, mas tiveram como resultado um novo mercado a ser explorado, especialmente pelo empresariado nacional.

Em outros casos, as ações das empresas privadas encaminharam a estruturação do mercado privado de saúde suplementar. Em países como o Brasil e os EUA, notadamente neste último, os contratos coletivos entre empresas e planos e seguros de saúde construíram as bases da saúde privada. É importante notar que mesmo nos casos em

que a intervenção do Estado não se deu, a mera ausência tem impactos expressivos. Ao contrário, no caso argentino, a precoce consolidação de uma estrutura baseada nas organizações sindicais impediu que surgisse uma estrutura privada. No caso mexicano, o poderio da instituição pública, que canalizava a aplicação dos recursos obtidos por meio de contribuições sobre folha salarial, também limitava o espaço para a emergência de agentes privados.

Mas não foram apenas as decisões das empresas acerca da garantia de saúde para seus funcionários, nem as opções do Estado, em termos de montar mercados e instituições ou deixar ao mercado as escolhas sobre o segmento privado de saúde, os componentes do jogo de constituição e formatação da saúde suplementar e de outras formas de saúde pré-pagas, seja com gestão privada, seja com gestão estatal.

Grande destaque deve ser dado aos dois agentes de maior interesse neste mercado. O primeiro deles é a própria classe médica, que por meio de cooperativas e associações entre profissionais tem condições de exercer um enorme domínio sobre o mercado e as condições de oferta. O segundo é o sistema financeiro, naturalmente interessado em ocupar espaços num mercado que se assemelha ao ramo de seguros em geral. Note-se, no entanto, que essas duas vias acabam por, no curso do desenvolvimento de suas atividades, ampliar sua ação a áreas bem diferentes das originais. No caso das cooperativas médicas, a gestão financeira passa a ter enorme relevância. No caso das seguradoras, a necessidade de entrar em muitos aspectos da gestão de redes de saúde se impõe, dada a dificuldade em se manter a forma de seguro puro.

Essa classificação de formas de entidades responsáveis pela gestão do pré-pagamento mostra que diferentes enfoques podem conviver num sistema de saúde suplementar. De um lado, há formas de organização cujo objetivo é o posicionamento favorável no mercado, sendo o exemplo mais extremado a autogestão. De outro lado, há entidades que focam o equilíbrio atuarial puro entre risco e uso, abdicando de usar recursos na administração da oferta, como é o caso dos seguros. No entanto, a realidade é caracterizada pelas situações intermediárias, nas quais diversos tipos de *mix* entre gerenciamento de oferta e administração de risco podem ser encontrados.

Esse conjunto de questões e as diversas formas de organização da saúde privada não são, no entanto, percebidos pelos segurados em todas as suas nuances e especificidades. Ao contrário, o caso geral parece ser a pessoa que paga uma instituição de saúde e identifica-se como garantida, em termos de acesso à saúde, para toda a sua vida, sendo a única exceção a falta de pagamento. Por isso, as migrações entre faixas etárias, com alterações de preço dos prêmios de seguro, envolvem uma forma tão complexa de tensão

entre os usuários e os planos. Da forma de relacionamento entre as entidades gestoras do pré-pagamento e os segurados, emerge, portanto, uma questão crucial: o entendimento com respeito ao estatuto dos recursos aplicados no financiamento da saúde sob a percepção de cada indivíduo.

No sentido anteriormente exposto, a primeira grande questão que se coloca ante a sustentabilidade dos sistemas de saúde refere-se ao confronto entre sistemas em bases de fluxo de caixa *vis-à-vis* sistemas em bases contributivas. De fato, à medida que os sistemas de deveres e direitos evoluem, a construção de poupanças individuais para o enfrentamento dos agravos de saúde durante toda a vida dos segurados ganha força como forma de estabilizar mercados e estruturas de gestão. Essa concepção deve, no entanto, ser perfeitamente compreendida por usuários e entidades gestoras e entronizada na lógica da gestão dos contratos e das formas operacionais dos planos.

O maior exemplo e ponto crítico no atual relacionamento entre o segurados e entidades gestoras é justamente a forma de pagamento e constituição de fundos para a realização das despesas. Em geral, a entidade gestora transforma-se numa câmara de compensações de sinistros entre as distintas faixas etárias que estão presentes no plantel de segurados. Ou seja, os desequilíbrios entre os fluxos negativos de receitas ante as despesas das faixas etárias superiores são bancados pelos superávits das faixas etárias compostas por segurados mais jovens. Ainda assim, as tabelas de pagamento são montadas de forma que onerem pesadamente os contribuintes de mais idade. Apenas a pressão social e a falta de capacidade de pagamento colocam limites à inclinação positiva da curva embutida na escala de mensalidades por faixas etárias.

Em verdade, a articulação entre entidades de gestão e usuários ainda se situa numa fase de transição. De um lado, altos e crescentes custos de saúde realizados para garantir a vida de uma população que vive mais anos na fase de maiores custos de saúde. De outro, um sistema que ainda ensaia uma migração da gestão receitas e despesas correntes para uma fase de gestão contributiva, enfatizando a formação de poupanças para garantia dos recursos para enfrentar gastos com saúde, segundo cálculos atuariais que consideram toda a vida dos segurados.

O movimento de transição dos sistemas de grande porte, sejam universais, sejam dirigidos a clientela definidas - como os de assalariados formais -, seja aos sistemas segmentados, implica a emergência do fator risco de concentração de sinistros. Na verdade, todas as entidades gestoras de formas de pré-pagamento em saúde são administradoras de riscos. Em alguns casos de pequena monta, como na autogestão, na qual a transferência dos custos é integral ao conjunto dos segurados, apenas a inadimplência destes, em

face de uma forte ampliação dos custos, poderia afetar a solvência da entidade. Essas ponderações implicam a aceitação de que, seja de que forma for organizada a entidade gestora dos recursos, haverá sempre um certo risco sendo assumido e um cálculo atuarial, mesmo que não realizado, definindo a sustentabilidade de cada estrutura.

A taxa de risco embutida no atendimento a clientela segmentada só pode resultar na seleção adversa. A disjuntiva com que se defronta a administração de clientela pelas entidades gestoras consiste, de um lado, na marcação de um prêmio de risco adequado para contrapor os riscos e as incertezas inerentes ao setor saúde. De outro, os custos a serem pagos pelos segurados não podem subir a um patamar que reduza de forma proibitiva a demanda pelos planos e seguros. O equilíbrio entre os dois pólos implica a tentativa de administração da clientela, ou seja, as entidades gestoras acabam por buscar a eliminação de maiores riscos ao sistema, especialmente pessoas com maior idade ou registro anterior de agravo.

A prática da seleção adversa afasta do seguro privado justamente as pessoas que mais precisariam dos serviços de saúde. Mas a ausência de limites por parte das entidades gestoras trabalha no sentido de aumentar os custos correntes e, com isso, ampliar o valor das mensalidades. No momento em que as mensalidades são mais altas, afetam diferentemente as pessoas que não têm problemas imediatos de saúde. Como a propensão ao gasto em saúde é baixa para este último grupo, acaba havendo uma evasão da clientela que deveria gerar fluxos de caixa positivos para a entidade gestora. A resultante desse processo é, em geral, concentração da clientela em pessoas de risco elevado, altos custos de saúde e ausência de adesão de grande parte da população.

A depender das condições de mercado e das situações de renda da população, pode não haver equilíbrio possível entre os custos do sistema e a clientela atendida, mesmo limitada. No entanto, a decisão econômica da entidade gestora pode ser a correr os riscos e bancar a venda de contratos em desacordo com os cálculos atuariais, ou seja, a atividade corrente pode ser viável, mas qualquer mudança de estrutura de clientela ou fuga ao risco médio colocaria em xeque a continuidade da operação. Em conclusão, o mercado leva a entidade gestora da saúde pré-paga a uma posição especulativa.

Essa mistura explosiva de estruturas financeiras que se colocam, recorrentemente, em posição de insustentabilidade no longo prazo e clientela que têm restrições do ponto de vista de seus níveis de renda tende a ser ainda mais afetada com as seguidas vitórias, amparadas em códigos de defesa dos consumidores, dos segurados na obtenção de acesso a tratamentos complexos e de alto custo. Mesmo contra sistemas públicos,

como no caso do pagamento de assistência realizada na rede de saúde americana para cidadãos canadenses, essa questão tem merecido atenção crescente.

As evidências parecem apontar na direção de uma recusa radical ao isolamento dos sistemas públicos ante os sistemas privados no bojo dos sistemas nacionais de saúde. Clientelas isoladas produzem maiores custos e riscos em cada situação individual e aumentam a possibilidade de necessidade de intervenção pública em empreendimentos fechados. Com isso, os custos e os riscos do conjunto do sistema tendem a aumentar expressivamente.

A eliminação das ações privadas em saúde não resiste a um instante de reflexão. Primeiro porque se trata de um serviço do capitalismo, desejado por segmentos sociais de renda média dotados de grande capacidade de vocalização e avessos a dividir um sistema com camadas em situação social inferior. Segundo, porque dificilmente a maioria das nações americanas conseguiria montar esquemas de financiamento que dessem conta das populações mais pobres e da saúde diferenciada almejada pelas classes de renda média e média alta. Terceiro, porque há elementos de eficiência na produção e na organização do serviço privado que são de importância crucial para um sistema nacional de saúde.

Nesse contexto, o papel do Estado e de suas políticas merece especial atenção. A intervenção governamental tem-se dado em dois níveis bastante distintos. O primeiro deles refere-se ao arbitramento das relações contratuais entre o usuário e a entidade gestora. Nesse sentido, a intervenção busca garantir mínimos direitos aos usuários e impedir que o poder de mercado das estruturas seja utilizado para manter taxas de lucro excessivas à custa dos consumidores, além de tentar garantir a solvência financeira das instituições.

O segundo âmbito de atuação é mais complexo, mas possui potencial muito mais expressivo: a definição dos campos de ação entre o público e o privado, seus pontos de contato e a montagem da institucionalidade para o funcionamento dos sistemas de saúde. Essa tarefa pode assumir diversas formas. Na Colômbia, procurou-se uma redefinição dos papéis de todos os *players* do sistema, focalizando a especialização das atividades. No Chile, o novo equacionamento do acesso ao fundo de recursos financeiros cotizados enseja uma redução da seleção adversa. Nos EUA, a existência de um seguro público para idosos altera completamente a forma de gestão dos seguros privados que não têm de enfrentar a obrigação de poupar recursos durante todo o período contributivo para enfrentar os gastos ampliados da velhice. Vale dizer, cada sistema vai promovendo a construção das pontes entre os sistemas público e privado, o que, evidentemente, é um processo político a se chocar contra as características empresariais do “negócio” saúde.