

Propostas de Reformas do Sistema Único de Saúde Brasileiro



BANCO MUNDIAL
BIRD • AID | GRUPO BANCO MUNDIAL

Propostas de Reformas
do Sistema Único de
Saúde Brasileiro

Mensagens Principais

Nas últimas décadas, o Brasil introduziu profundas mudanças na organização e no financiamento do seu sistema público de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988, que estabeleceu a cobertura universal à saúde, tem sido associada à expansão do sistema de prestação de serviços de saúde com notável melhoria no acesso, na proteção financeira e nos resultados de saúde. Contudo, apesar dos esforços em implantar um sistema público de saúde universal, o Brasil ainda luta para chegar a um bom equilíbrio entre manter um nível adequado de gasto (público) e obter mais valor pelos recursos investidos em seu setor de saúde.

O SUS enfrenta desafios que exigem o aprofundamento da reforma da saúde.

As novas reformas deveriam alterar a atual estrutura de incentivos por meio da introdução da concorrência entre provedores de serviços de saúde, de mecanismos de compartilhamento de custos e de menos fragmentação da prestação de serviços de saúde. Estas reformas terão de preparar o sistema para enfrentar os desafios remanescentes (baixa qualidade, eficácia limitada e ineficiências) e futuros (envelhecimento da população e crescente carga das doenças crônicas). Para tanto, será preciso reconfigurar o modelo de prestação de serviços em torno de redes integradas de saúde, modificar modelos de gestão dos provedores de serviços de saúde e os mecanismos de pagamento para premiar qualidade e resultados, além de estabelecer uma melhor coordenação com o setor de saúde suplementar.

Como a maioria dos países, o Brasil enfrenta desafios para prover serviços de saúde eficientes e sustentáveis para sua população.

A experiência dos países que consolidaram seus sistemas de saúde, com reformas periódicas, mostra que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização, como foram avançadas as idéias que lhe inspiraram a implantação da cobertura universal de saúde no país há três décadas.

Principais Desafios Setoriais

Estudo do Banco Mundial aponta que há espaço para o SUS obter melhores resultados com o nível atual de gasto público.¹

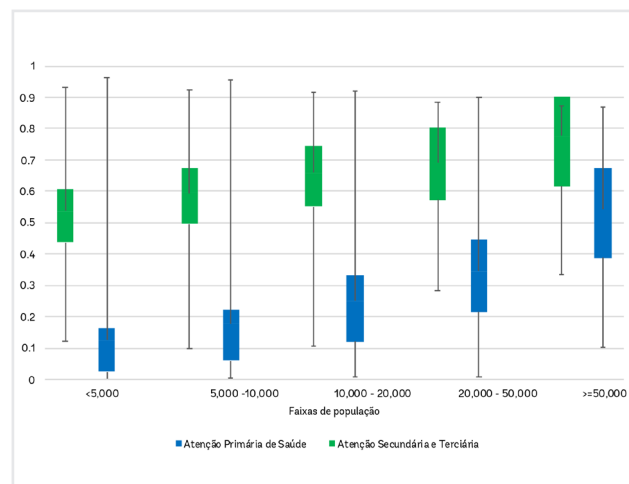
Usando uma técnica de fronteira de produção, o estudo estimou o nível de eficiência da atenção primária à saúde (APS) em 63%, e para os níveis da Média e Alta Complexidade (MAC), a eficiência estimada foi de 29%. A partir desses resultados, estimou-se que existe uma folga (ou desperdício) anual de aproximadamente R\$9,3 bilhões apenas na APS, somando os três níveis de governo. Na MAC, o desperdício anual estimado chega a R\$12,7 bilhões. Ou seja, as ineficiências do sistema público de saúde custam R\$22 bilhões por ano aos cofres públicos (aproximadamente 20% de todo o gasto com saúde no Brasil).

Em geral, o relatório do Banco Mundial aponta que os municípios são consistentemente mais eficientes na prestação de serviços de APS do que de serviços MAC.

Este padrão é observado entre todas as regiões e tamanhos de município. Em termos regionais, Norte e Nordeste são as regiões mais eficientes tanto nos níveis de APS quanto de MAC. Contudo, estas regiões têm despesas per capita mais baixas que mascaram seu nível real de eficiência. O tamanho do município é determinante da eficiência tanto na APS como na MAC, porém o efeito é mais acentuado no modelo MAC (o desempenho dos municípios com menos de 5.000 habitantes é quatro vezes inferior ao dos municípios com mais de 100.000 habitantes).

Esses resultados indicam a necessidade de buscar melhor uso dos recursos existentes, particularmente em um ambiente de relativo subfinanciamento. O gasto total com saúde no Brasil (9,1% do PIB) é comparável à média dos países da OCDE (9%) e superior à média de seus pares estruturais e regionais (6,7% e 7,2%, respectivamente). No entanto, ao contrário da maioria de seus pares, menos da metade do gasto total em saúde no Brasil, mais precisamente 42%, é gasto público - nível significativamente inferior à média dos países da OCDE (73,2%), dos demais países de renda média (59%), e acima da média apenas dos BRICS (46%).

Figura 1: A eficiência está altamente correlacionada com o tamanho do município, Brasil – 2013



Fonte: Banco Mundial, 2017.¹

¹ Banco Mundial (2017). Um ajuste justo: Análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Banco Mundial Brasília/DF. <https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>

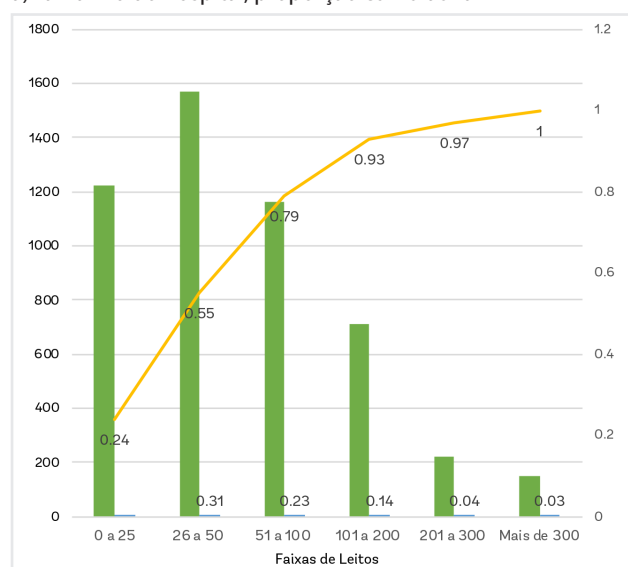
A análise da Banco Mundial mostra que há um espaço significativo para tornar o gasto com saúde mais eficiente, particularmente no nível hospitalar.

Primeiramente, há um número excessivo de hospitais pequenos (que não são economicamente eficientes, pois operam em baixa escala), o que aponta para a necessidade de equilibrar o objetivo, por um lado, de aumentar a proximidade

entre os serviços hospitalares e os cidadãos e, por outro lado, a eficiência. Em segundo lugar, as taxas de ocupação de leitos hospitalares são muito baixas, em média, 45% para todos os hospitais do SUS e apenas 37% no caso dos leitos de alta complexidade. As taxas de ocupação observadas no SUS são muito inferior à média da OCDE, de 71%, e muito abaixo da taxa de ocupação desejável, entre 75% e 85%.²

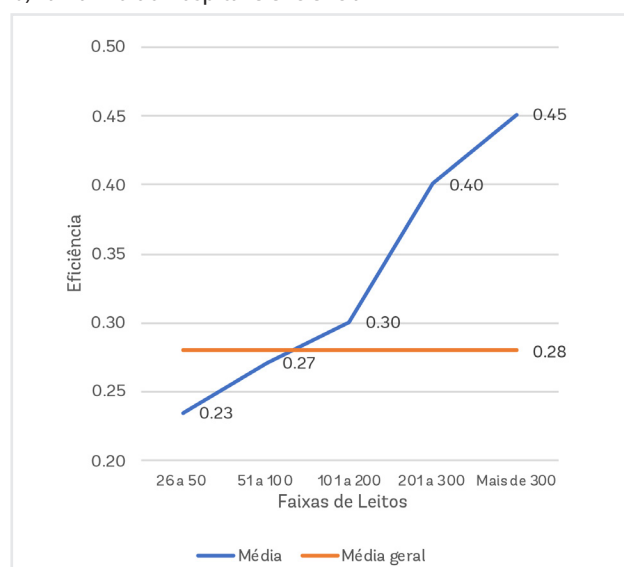
Figura 2: Os hospitais brasileiros são tipicamente pequenos e ineficientes, Brasil – 2018

a) Tamanho do hospital, proporção cumulativa



Fonte: Banco Mundial, 2018.³

b) Tamanho do hospital e eficiência



Outra fonte de ineficiência são os desafios relacionados à disponibilidade, distribuição e desempenho da força de trabalho em saúde.

A densidade de profissionais de saúde, particularmente médicos, por habitantes é menor do que o encontrado em países com nível similar de desenvolvimento e bastante inferior à média entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Além disso, a distribuição geográfica e setorial é marcada por grandes desigualdades, pois a maioria dos profissionais estão localizados em áreas urbanas, atraídos por ganhos adicionais no setor privado e/ou onde existe atenção especializada. Apesar da escassez de médicos, o Brasil ainda utiliza pouco outros profissionais na prestação de serviços de saúde. Por exemplo, embora

a regulamentação nacional autorize às enfermeiras a fazer consultas e prescrever certos medicamentos e exames nas unidades de APS, na prática isso não acontece frequentemente pois enfrenta resistência institucional e das corporações médicas. Isso resulta na capacidade ociosa do SUS em relação aos recursos humanos. Um estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou a eficiência no uso de profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e parteiras) para expandir a cobertura de pré-natal em uma amostra de municípios brasileiros.⁴ O estudo mostra que a maioria dos municípios brasileiros poderia aumentar o nível de cobertura pré-natal com o melhor uso dos recursos humanos existentes: por exemplo, adotando um processo produtivo baseado no uso mais intensivo de profissionais de enfermagem.

² La Forgia & Countoulenc (2009). Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence. World Bank, Washinton/DC.

³ Banco Mundial (2018). 30 Anos de SUS: Desafios para Sustentabilidade. Relatório Técnico: Saúde. Brasília/DF.

⁴ Souza et al. (2006). Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across subnational units in Brazil. World Health Organization, Background paper prepared for the world health report 2006 - working together for health.

Esses resultados corroboram com evidências anteriores que demonstram ineficiências no sistema público de saúde do Brasil.

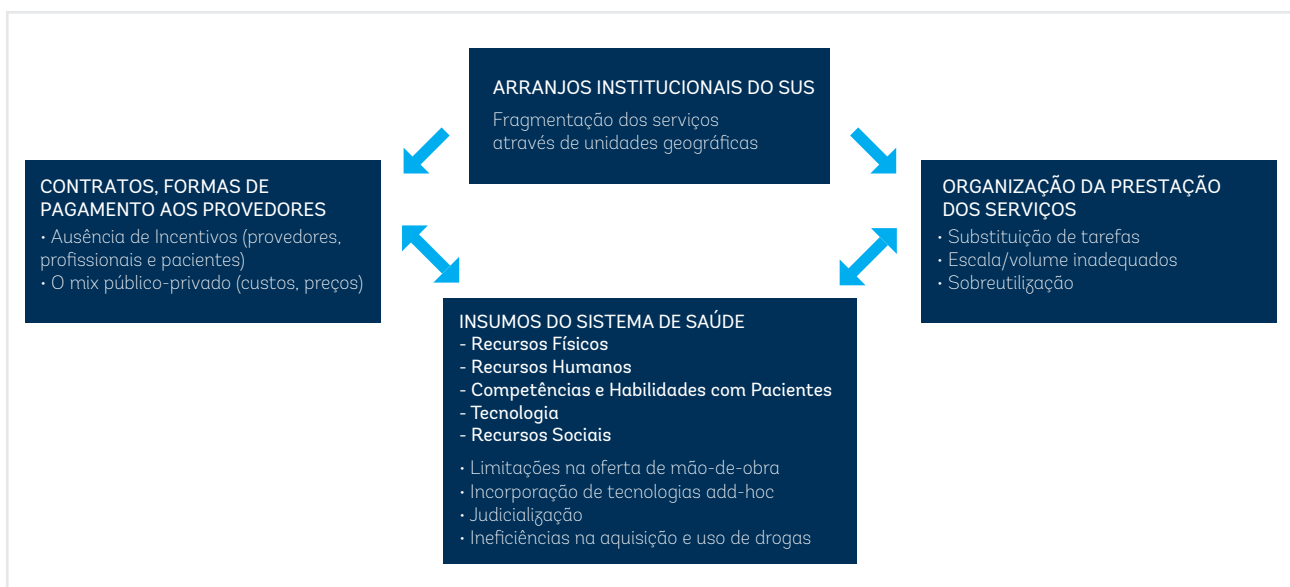
Embora as restrições de recursos, resultado dos baixos gastos públicos, sejam um dos motivos da consolidação limitada do SUS, o sistema opera com níveis relativamente altos de ineficiência. Caso essas ineficiências fossem sanadas, o SUS poderia obter melhores resultados de saúde mesmo sem mais recursos, o que é particularmente importante no contexto da crise fiscal brasileira.

A Figura 1 ilustra os principais desafios relativos à eficiência enfrentados pelo SUS.

Estes desafios são: (i) arranjos institucionais que, ao descentralizar ao nível municipal, resultou em fragmentação e deseconomias de escala; (ii) organização da prestação dos serviços destinados a curar patologias agudas, com limitada coordenação entre os provedores e os níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Os serviços hospitalares e de diagnóstico estão distribuídos de forma desigual e muitas vezes são pequenos demais para ope-

rar com eficiência e garantir qualidade;⁵ (iii) mecanismos ineficientes de pagamento aos provedores dos cuidados de saúde (hospitais, clínicas, etc.). As formas de pagamento atuais não são baseadas nos custos reais da prestação dos serviços, quase não são relacionadas aos diagnósticos clínicos, e tampouco ajustados pela gravidade dos casos. A Autorização de Internação Hospitalar, AIH, mecanismo usado para pagar hospitais que têm contrato com o SUS, consiste do pagamento de um valor pré-estabelecido vinculado aos procedimentos. A AIH contribui apenas modestamente para o controle de custos, porque os montantes pagos são seriamente distorcidos. Frequentemente, os hospitais são pagos através de orçamentos por rúbrica baseados em padrões históricos de gasto, que não remuneram qualidade nem contenção de custos. Na APS, os prestadores são principalmente assalariados;⁶ (iv) oferta inadequada e uso sub-ótimo de elementos essenciais dos sistemas de saúde. Por exemplo, existem situações de densidade populacional inferior a um médico de APS por mil habitantes. Novas tecnologias são muitas vezes incorporadas para atender às situações específicas, como demandas judiciais, sem qualquer avaliação de sua eficiência econômica.

Figura 3: Determinantes das Ineficiências do SUS



Fonte: Banco Mundial, 2017.¹

⁵ Se todas as cirurgias de revascularização do miocárdio fossem realizadas em hospitais de alto volume, teriam sido evitadas cerca de mil óbitos no SUS entre 2014 e 2016 (Banco Mundial, 2018).

⁶ Em 2010, o governo federal introduziu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), mas seu impacto até agora foi limitado.

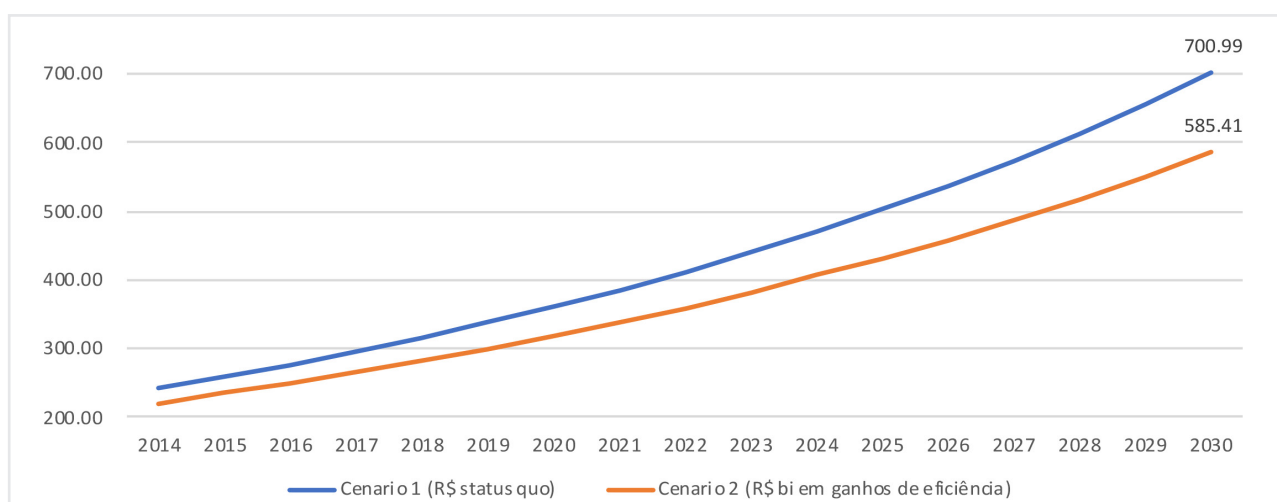
A fragmentação dos cuidados é um gargalo fundamental na rede de prestação de serviços do SUS.

Apesar do aumento das doenças crônicas, que exigem arranjos de tratamento integrados e contínuos entre contextos de atendimento, focados no gerenciamento e controle dos fatores de risco, o sistema SUS de prestação de serviços é organizado sobretudo para proporcionar tratamento agudo por meio de serviços independentes.⁶ Atualmente existe pouca coordenação entre os níveis de atenção, e a fragmentação da rede do SUS resulta em duplicação de serviços e excesso de capacidade, além de perda de economias de escala e custos operacionais mais altos. Em Araraquara-SP, por exemplo, aproximadamente 50% dos exames realizados no âmbito da APS são repetidos em outros níveis de atenção (o que custa 5% do orçamento anual de saúde do município). Essa fragmentação resulta em grandes ineficiências e faz urgente a necessidade de se implantar sistemas integrados dentro do SUS. Esses sistemas, ou redes, conectam vários provedores de saúde, trabalham a partir de protocolos clínicos e fluxos financeiros otimizados através de contratos, para que os serviços sejam coordenados em um contínuo vertical de forma que os entes desses sistemas, provedores, sejam responsáveis pela saúde da comunicada atendida.

Mantidas as atuais tendências de aumento nominal do gasto público com saúde no Brasil, as despesas com o SUS atingirão R\$700 bilhões em 2030.

Este cálculo não leva em conta o envelhecimento da população, o aumento do peso das doenças crônicas, e a incorporação de novas tecnologias. Calcula-se que o envelhecimento da população leve a um aumento correspondente a 4% do PIB no gasto total com a saúde em 2050.⁷ Entre 1980 e 2015, o gasto federal com a saúde cresceu mais rápido do que o PIB (a média de crescimento geométrico anual foi de 3,7% e 3,4% respectivamente).⁸ Ganhos de eficiência poderiam mitigar estes impactos e proporcionar o espaço fiscal necessário à consolidação do SUS ao permitir o investimento em áreas essenciais, como expansão da APS, aumento da qualidade da atenção e melhor acesso à serviços especializados, para citar apenas alguns desafios imediatos. Considerando uma linha de base de 2014, os ganhos de eficiência poderiam resultar em ganhos (nominais) de até R\$115 bilhões em 2030 (ou aproximadamente R\$989 bilhões no período entre 2014 e 2030).

Figura 4: Projeção Nominal de Despesas do SUS, 2014-30



Fonte: Araújo e Lobo, 2018.⁹

⁷ Gagnolati et al. (2011). Growing old in an older Brazil: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery. Directions in Development, World Bank, Washington/DC.

⁸ Medici (2017). Gastos com saúde e ciclo econômico no Brasil: uma análise do período 1980-2015. J Bras Econ Saúde 2017;9 (Suppl.1):103-107.

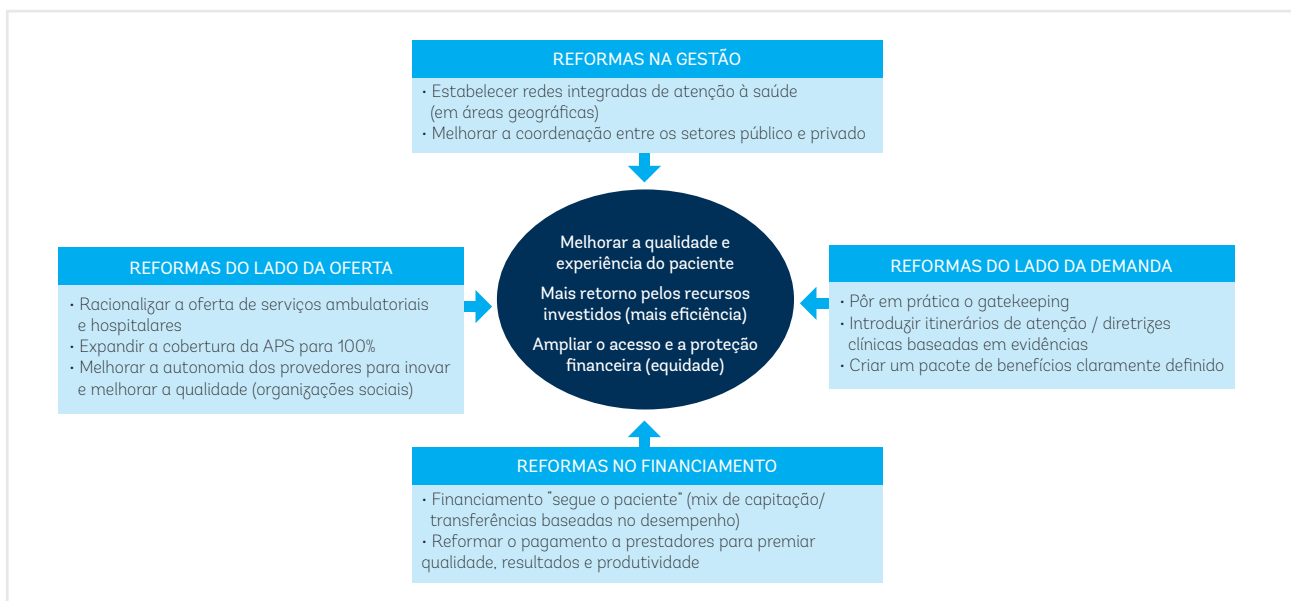
⁹ Araújo, CE e Lobo, MS (2018). Desafios para Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Manuscrito para o CONASS Debate (Abril 2018).

Recomendações de Política

A seguir são apresentadas algumas propostas de reformas do SUS. Essas propostas têm por objetivo aumentar a eficiência, a efetividade, e a qualidade dos serviços do SUS, de forma a garantir a sua sustentabilidade no médio e longo prazos. As recomendações apresentadas baseiam-se em análises técnicas implementadas pelo Banco Mundial, revisão da literatura nacional e internacional, e uma série de debates e discussões com gestores, profissionais do setor e pesquisadores.¹⁰ Os desafios para a consolidação do SUS exigem a reforma dos modelos de atenção, financiamento e gestão. A experiência dos países que consolidaram seus sistemas de saúde, com reformas periódicas, mostra que a consolidação do SUS depende da capacidade de adotar medidas avançadas para sua modernização.

O principal pilar da reforma proposta consiste na reorganização dos serviços e finanças do SUS em torno de redes integradas de saúde (Rede de Atenção à Saúde - RAS). Estas redes seriam compostas por prestadores autônomos (ou semiautônomos) de serviços de saúde (equipes ou grupos de APS, e redes de ambulatórios, hospitais e serviços de diagnóstico), financiadas pelos três níveis de governo e pagas por capitação com incentivos associados a melhores resultados (em vez de volume de serviços).

Figura 5: Uma Agenda de Reformas do SUS



¹⁰ Nos últimos anos, o Banco Mundial implementou uma série de estudos sobre o SUS, são eles: análise da eficiência da APS e MAC, análise dos gastos públicos em saúde, análise da eficiência do setor hospitalar, análise do mercado de trabalho em saúde, análise das redes de assistência à saúde no Brasil. Esses estudos estão disponíveis no site do Banco Mundial Brasil.

RECOMENDAÇÃO 1: IMPLANTAR REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

A experiência internacional demonstra que a formação de redes integradas é a melhor maneira de assegurar a coordenação da atenção à saúde em diferentes contextos e ao longo do tempo. A coordenação da atenção pressupõe o desenvolvimento de estruturas e mecanismos (processos) para melhorar a comunicação, a continuidade da atenção e o compartilhamento de informação entre os diferentes componentes, infraestruturas e setores de um sistema de serviços de saúde. Nos países da OCDE, a coordenação da atenção é uma resposta política fundamental para aumentar a eficiência da prestação de serviços de saúde com menos internações (e reinternações), atenção de mais alta qualidade e menos erros médicos, além de prescrição e uso mais apropriados de medicação.¹¹

O debate sobre a organização e da operacionalização das redes de assistência à saúde (RAS) tem sido frequente no processo de construção e expansão do SUS.

A portaria No. 4.279/2010 estabeleceu as diretrizes para a implementação das RAS dentro do SUS. Contudo, a normativa limitou-se aos aspectos conceituais e às bases técnicas para a organização das RAS, não definindo mecanismos de financiamento e critérios claros para orientar a alocação de recursos. Estas limitações levaram os formuladores de políticas a optar pela implementação gradual das RAS através de redes temáticas, focadas em serviços específicos e estruturadas verticais (tais como atenção materno-infantil e a rede de atenção às urgências e emergências). A implementação das redes temáticas não removeu as barreiras estruturais à organização das RAS dentro do SUS, particularmente as relacionadas com funções de planejamento, coordenação da atenção em torno da APS e desenvolvimento de um modelo de financiamento para incentivar a formação das RAS.



¹¹ OECD (2010). Value for Money in Health Spending. OECD Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

A implementação das RAS exigirá o redesenho dos modelos de prestação, gestão e financiamento de serviços do SUS.

Inclui a implantação da atenção primária como ponto de entrada no sistema de prestação de serviços (com fortes funções de filtragem, *gatekeeping* e coordenação), mudanças nos fluxos de financiamento e repasses inter-governamentais, a reforma do marco legal para a gestão dos provedores de cuidados de saúde e da força de trabalho em saúde, bem como a reforma

dos sistemas de pagamento para incentivar a qualidade e a coordenação da atenção. A Figura 6 descreve a organização do modelo das RAS proposto, novo arranjo que exigirá: (i) disponibilidade e compartilhamento de informações relacionadas aos pacientes; (ii) uso de diretrizes clínicas para o tratamento das doenças (implementação de itinerários e protocolos clínicos)¹²; (iii) aplicação de regras padronizadas de referência e contra-referência; e (iv) funções e competências definidas de prestadores de serviços com a preocupação de obter eficiências de escala.

Figura 6: Proposta de Organização das RAS



Fonte: Banco Mundial, 2018.²

RECOMENDAÇÃO 2: MELHORAR A COORDENAÇÃO COM SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

No Brasil, existe pouca ou inexistente cooperação entre os sistemas público e privado de saúde. A regulação do setor de saúde suplementar tem, frequentemente, focado no acesso e preços dos planos e seguros de saúde

e pouco na necessidade de aproximação de desenhos de modelos de atenção. Existe potencial para regular a relação entre os dois sistemas de forma a maximizar a colaboração, incluindo fluxos conjuntos de pacientes e de informações. Por exemplo, as operadoras de planos e seguros saúde tem crescentemente adotado ações na APS, o que pode ser uma oportunidade para complementar ações e garantir cobertura de serviços primários.

¹² Seu propósito é evitar exames e serviços potencialmente desnecessários (prestação excessiva) e incentivar melhores práticas (elevar a qualidade).

Na atual conjuntura, o sistema de saúde complementar compete com segurados e ao mesmo tempo são beneficiados por renúncias fiscais.

Os gastos tributários representam uma parcela significativa do gasto público com saúde no Brasil, foram estimados em R\$32 bilhões, ou 32,3% do gasto federal com saúde em 2015.¹³ O SUS precisa de melhor coordenação com o sistema de seguro privado para: a) minimizar a concorrência pela oferta escassa de profissionais de saúde (por meio de regulamentação mais específica sobre duplo emprego de médicos e enfermeiros); b) fazer valer ressarcimento do tratamento no SUS dos pacientes que têm seguro privado; c) definir uma abordagem comum para incorporar novas tecnologias, fármacos e tratamentos; e d) aproximar os desenhos de modelos de atenção de forma a garantir eficiência e uso racional dos recursos do setor.

RECOMENDAÇÃO 3: EXPANDIR E FORTALECER A COBERTURA DA APS.

Um pilar essencial da configuração da RAS é a racionalização da prestação de serviços através da APS.

Os resultados do estudo sobre eficiência do SUS apontam uma correlação positiva entre a eficiência da APS e a da MAC, correlação esta que é mais forte quanto mais eficiente é a APS.¹ Isto mostra o grande potencial da APS para melhorar o desempenho do sistema mesmo com os atuais arranjos institucionais e de prestação de serviços, e o potencial que uma APS mais forte e integrada terá para a sustentabilidade do SUS. Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) cobre aproximadamente 65% da população brasileira; a análise de eficiência mostra que, quanto mais ampla a cobertura, mais eficiente será a APS (de 0,57 nos municípios com até 20% de cobertura a 0,65 nos municípios com mais de 80% de cobertura). A extensão da APS a 100% resultaria em ganhos de eficiência de pelo menos 0,03% do PIB.¹ Com base no

atual gasto per capita na APS, esta expansão exigiria um investimento de aproximadamente R\$13 bilhões para investimento e custeio.

A escassez de médicos de APS e a dificuldade de atrair pessoal qualificado para áreas mais pobres e distantes dos grandes centros urbanos são os principais desafios para a expansão dos serviços de APS.

O aumento da remuneração relativa dos profissionais da APS tem potencial para aumentar a oferta destes profissionais no médio e longo prazos. Países como a Inglaterra e a Turquia elevaram a remuneração dos profissionais da APS para diminuir ou eliminar o diferencial de remuneração entre especialistas e outros profissionais baseados em hospitais e a dos médicos da APS (médicos da família). Outra estratégia é ampliar o escopo da prática de enfermeiros e outros profissionais auxiliares para ampliar a cobertura, aumentar a eficiência e, em alguns casos, melhorar a qualidade da atenção. Na Inglaterra, o Sistema Nacional de Saúde (National Health System, NHS) introduziu no ano 2000 um plano de “Novas Práticas de Trabalho”, que foi um grande passo para a implantação de práticas de enfermagem de nível avançado. O debate a respeito da ampliação das funções dos enfermeiros desenrolou-se por mais de uma década e, em abril de 2012, uma nova lei entrou em vigor permitindo que mais de 20.000 enfermeiros com curso de especialização e uma qualificação adicional registrada prescrevam a mesma lista de medicamentos que os médicos dentro de sua especialidade e competência. Embora a regulamentação nacional brasileira autorize os enfermeiros a realizar consultas e prescrever certos medicamentos e exames nas unidades de APS, esta prática enfrenta resistência profissional e institucional. Conforme discutido anteriormente, evidência demonstra que o SUS poderia expandir a cobertura de pré-natal adotando um processo produtivo mais intensivo em profissionais de enfermagem do que em médicos.⁴

¹³ Ocké-Reis e Fernandes (2018). Descrição do Gasto Tributário em Saúde - 2003 a 2015. Nota Técnica n. 48, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, IPEA.

RECOMENDAÇÃO 4: RACIONALIZAR A OFERTA DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES.

Como apontado acima, a rede de serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS é altamente ineficiente. Os serviços operam com elevada capacidade ociosa (ou seja, baixas taxas de ocupação de leitos hospitalares), há deseconomias de escala devido ao pequeno volume de serviços (a maioria dos hospitais é pequena e/ou de escala limitada) e à concorrência entre prestadores de serviço (Unidades de Pronto Atendimento, UPA, frequentemente competem com a APS e a atenção hospitalar). Uma proporção significativa das despesas do SUS é com internações por patologias que poderiam ser facilmente tratadas pela APS ou em ambulatórios.¹⁴ Há espaço para reduzir o número de hospitais e ambulatórios para maximizar economias de escala, e implantar sistemas funcionais de referência e contra-referência. Pelo menos 24% dos hospitais brasileiros (de até 25 leitos) poderiam ser convertidos em unidades de APS ou até fechados. Por meio de técnicas de georreferenciamento, seria possível definir áreas de captação para cada hospital e racionalizar a rede hospitalar com base em parâmetros de volume, acesso e resultados.

RECOMENDAÇÃO 5: APERFEIÇOAR OS ARRANJOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO PARA AUMENTAR A AUTONOMIA, A FLEXIBILIDADE E A EFICIÊNCIA DOS PROVEDORES.

No Brasil, a gestão da saúde enfrenta desafios persistentes relacionados a rigidez imposta por regras estritas de administração pública. O arcabouço legal limita a capacidade que têm provedores e formuladores de políticas de introduzir inovações no sistema de entrega de

serviços. Do lado dos provedores, há fortes evidências de que os hospitais que funcionam com gestão autônoma, tais como a das Organizações Sociais em Saúde (OSS) têm melhor desempenho do que os que estão sob administração pública direta, desde que bem estabelecidos mecanismos de regulação.² No estado de São Paulo, uma comparação entre hospitais gerais estaduais da administração direta e OSS, demonstrou que os hospitais administrados por OSS Saúde obtém melhores resultados em termos de tempo médio de permanência, taxa de ocupação, renovação de leitos, utilização de sala de operação, taxa de cesáreas, infecção hospitalar, gastos em relação a produção.¹⁴ Na APS, há evidências de que a estratégia de contratação, também através de OSS, aumenta o número de consultas na APS em aproximadamente uma consulta por usuário do SUS por ano e reduz a internação devido a doenças que podem ser prevenidas.¹⁵

A falta de autonomia também limita a capacidade dos provedores de gerir a força de trabalho eficientemente. Estudo do Banco Mundial em uma amostra de hospitais, apontou que só 41% dos hospitais contratavam pessoal diretamente; apenas 25% tinham autonomia para demitir pessoal; 54% podiam realocar internamente o pessoal sem necessidade de solicitação em outras instâncias de gestão de recursos humanos; e só 41% podiam definir e/ou aprovar programas de treinamento. No caso de unidades ambulatoriais, a autonomia era ainda menor.¹⁶ Em geral, há pouquíssimo espaço e instrumentos para monitorar e incentivar o desempenho dos profissionais de saúde: só 27% dos hospitais relataram usar algum tipo de avaliação formal. Para aumentar a autonomia na administração pública da saúde, serão necessários uma estratégia e um plano de implementação capazes de transformar infraestruturas sob administração direta em arranjos organizacionais alternativos que assegurem maior autonomia (e prestação de contas) à sua gestão, particularmente a gestão flexível dos recursos humanos.

¹⁴ Mendes e Bittar (2017). Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. BEPA, 14(164):33-47.¹⁷ La Forgia and Couttolenc (2009).

¹⁵ Greve e Coelho (2017). Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of São Paulo, Brazil. Health Policy and Planning, 32, 2017, 923-933.

¹⁶ World Bank (2012). Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde. Directions in Development. Washington, DC: World Bank.

RECOMENDAÇÃO 6: FAZER RESPEITAR A FUNÇÃO DE GATEKEEPER DA APS POR MEIO DA INTRODUÇÃO DE INCENTIVOS AOS PROVEDORES DOS CUIDADOS E AOS PACIENTES.

A implantação das RAS necessariamente terá de racionalizar o acesso aos serviços especializados e otimizar os sistemas de referência e contra-referência de pacientes. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visou a introduzir na APS a função de gatekeepers, mas as relações funcionais concretas entre as equipes de saúde da família e os especialistas e hospitais são limitadas ou inexistentes. Países como Alemanha, Reino Unido, França e Dinamarca implantaram arranjos em que os gatekeepers são os médicos da APS – os pacientes são obrigados, ou incentivados, a cadastrar-se como pacientes de um clínico geral (CG) e precisam ser encaminhados por um CG para ter acesso à atenção especializada. Os incentivos para os pacientes variam de reduções na co-participação ao recorrer à atenção especializada ou ambulatorial, ou cobrança no caso de consultas a especialistas ou atenção ambulatorial sem o encaminhamento de um CG. Para modificar o modelo de prestação de serviços e assegurar-se de que a APS seja o primeiro ponto de contato do paciente com o sistema de saúde, é preciso melhorar o status da APS de forma a atrair mais profissionais da saúde para o trabalho no contexto da APS.

RECOMENDAÇÃO 7: INTRODUIZIR ITINERÁRIOS DE ATENÇÃO/DIRETRIZES CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.

Os itinerários ou diretrizes clínicas são definidos como “declarações sistematicamente elaboradas para ajudar profissionais da saúde e pacientes a tomarem

decisões a respeito do manejo apropriado de circunstâncias clínicas específicas”.²¹

Os itinerários clínicos descrevem todo o caminho para tratar pacientes com patologias específicas, incluindo¹⁷ funções de apoio tais como laboratório, radiologia e farmácia; funciona como uma lista de verificação que os prestadores de serviços de saúde devem seguir para dar o atendimento mais adequado. A utilização de itinerários clínicos significa que o uso inadequado dos serviços (excessivo ou insuficiente) é minimizado.

RECOMENDAÇÃO 8: DEFINIR UM PACOTE DE BENEFÍCIOS A SER COBERTO PELO SUS.

Embora o instrumento legal que instituiu a cobertura universal de saúde e criou o SUS afirme que todos devem ter acesso a um pacote aberto e gratuito de benefícios, na prática são aplicados mecanismos implícitos de racionamento que afetam desproporcionalmente os pobres. Os serviços são racionados por meio de longas listas de espera, acesso restrito à atenção especializada e número insuficiente de leitos hospitalares, o que significa que o pacote de benefícios disponível é limitado. Isto resultou na judicialização da atenção à saúde - quando consultado, o Judiciário tem concedido a algumas pessoas o direito de acesso a medicamentos e procedimentos que de outra forma não estão disponíveis. A judicialização custa ao SUS milhões anualmente e exacerba as desigualdades no acesso à saúde (os que têm acesso ao sistema judicial para exigir serviços provavelmente são mais ricos e bem informados). No intuito de definir parâmetros claros para decidir o que é ou não é coberto, é preciso efetuar uma avaliação de segurança, eficácia, efetividade e custo-eficácia de forma que todos os medicamentos e procedimentos atendam a padrões de qualidade e ofereçam o melhor valor por seu custo.¹³

¹⁷ Institute of Medicine/USA, 1992.

RECOMENDAÇÃO 9: REFORMAR O PAGAMENTO AOS PRESTADORES PARA PREMIAR QUALIDADE, RESULTADOS E PRODUTIVIDADE.

Dentro do SUS, os mecanismos de pagamento são pouco utilizados como instrumentos de política para influenciar ações prioritárias e, em muito menor medida, para incentivar desempenho. Por exemplo, os países da OCDE utilizam uma ampla gama de mecanismos de pagamento aos provedores de cuidados de saúde. Na atenção hospitalar a forma mais comum é o pagamento prospectivo, tais como grupos relacionados a diagnóstico (GRD – diagnostic related groups, DRG), muitas vezes combinado com dotações orçamentárias. Na APS, a capitação e os sistemas mistos de pagamento são as principais formas de pagamento aos provedores, ao passo que para especialistas, em atendimento ambulatorial, costumam ser pagos por serviço prestado (fee for service).¹⁸

Os mecanismos de pagamento aos provedores precisam estar alinhados com os objetivos da política do SUS para influenciar o comportamento dos provedores com o objetivo de elevar a qualidade e conter os custos. Por exemplo: o sistema de AIH poderia ser gradualmente transformado em um sistema semelhante ao GRD. Na APS, as reformas da governança e da organização deveriam definir o marco para a implantação de mecanismos mistos de pagamento, combinando capitação e bônus por desempenho para remunerar a coordenação da atenção e melhorar os resultados de saúde. A função primordial da APS nas RAS exige que os fluxos de financiamento sejam dirigidos, ou pelo menos orientados, para as equipes de APS, que assim coordenam a atenção prestada por diferentes fornecedores e serviços de diagnóstico.



¹⁸ OECD (2007). Improved health system performance Through better care coordination. OECD health working paper no. 30, OECD Publishing, Paris.

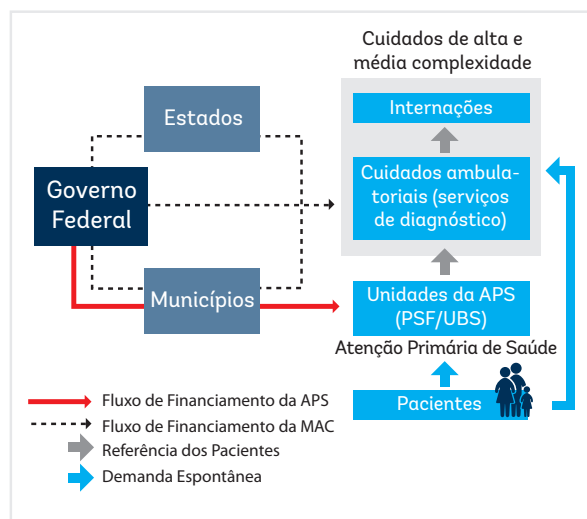
RECOMENDAÇÃO 10: O FINANCIAMENTO ‘SEGUE’ OS PACIENTES.

O SUS “gerencia” a demanda por serviços de saúde por meio de mecanismos implícitos de racionamento tais como tempo de espera e oferta limitada de leitos hospitalares. Estes mecanismos tendem a prejudicar mais os pobres, que têm menos alternativas e possibilidades de exigir serviços individualmente. Para estruturar o sistema de prestação de serviços do SUS em torno das RAS, será preciso introduzir mudanças nos fluxos de financiamento do sistema de duas maneiras: primeiro, redirecionando recursos da atenção

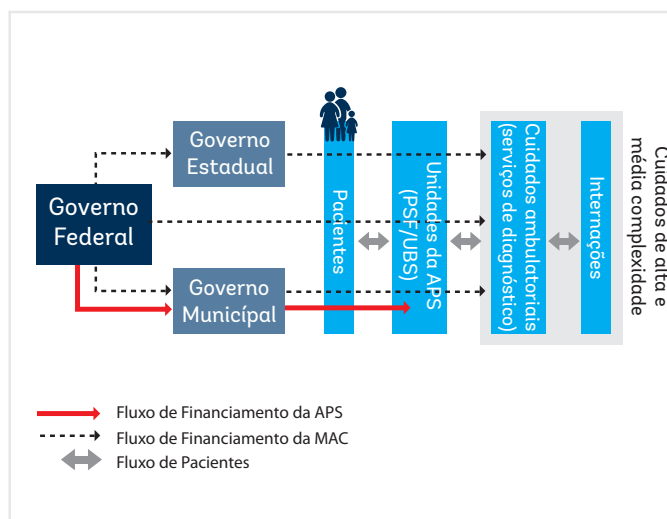
hospitalar e ambulatorial para a APS. Com base na análise de eficiência, seria possível realocar aproximadamente R\$13 bilhões por ano e manter os serviços (e resultados) de MAC nos níveis atuais. Em segundo lugar, os atuais repasses federais para a APS de estados e municípios - Piso da Atenção Básica (PAB) – poderiam ser adaptados para incluir um componente de pagamento por desempenho. Os novos repasses para a APS continuariam a incluir o PAB Fixo, baseado em alocação per capita, e o PAB Variável seria convertido em um esquema de pagamento por desempenho baseado em um conjunto de indicadores previamente acordados entre o nível federal, os municípios e os prestadores de serviços de saúde (unidades de APS, ambulatórios e hospitais).

Figura 7: Fluxos do financiamento e de pacientes no SUS

ATUAL



PROPOSTO - Redes Integradas de Assistência a Saúde





BANCO MUNDIAL
BIRD • AID | GRUPO BANCO MUNDIAL

www.worldbank.org

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