



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Agenda para saúde brasileira e sua Relação com o contexto internacional

Isabela Soares Santos

Pesquisadora DAPS/Ensp/FIOCRUZ

Vice-Presidente CEBES

SUS: presente!

Dilemas na gestão do sistema de saúde brasileiro

IX Seminário de pesquisa do IMS

Rio de Janeiro, novembro de 2014



Por que sistema público de saúde?

- ✓ **projeto para sociedade de desenvolvimento de bem estar social democrático: VALORES DE SOLIDARIEDADE e IGUALDADE (Marshall e Bobbio)**

DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL, DE CIDADANIA:

- ❖ *direito de os cidadãos terem acesso a um conjunto de políticas e serviços – saúde, educação, aposentadoria – que lhes possa assegurar um mínimo de bem estar e dignidade na vida.*
- ❖ *Pressupõe o reconhecimento, pelo Estado, de que para haver maior igualdade social é preciso que uma série de necessidades básicas dos cidadãos seja atendida mediante políticas públicas”*
- ❖ *“os direitos sociais, ... expressam o amadurecimento de novas exigências – (...) valores –, como os de bem-estar e da igualdade não apenas formal, e que poderíamos chamar de liberdade através ou por meio do Estado.” (Bobbio, 1992)*

- ✓ **Para viabilizar a organização e gestão do sistema**

- ✓ **Para ter escala econômica**

- ✓ **Para garantir uma população saudável e com qualidade de vida** – o que também tem consequências do ponto de vista econômico (complexo industrial)

- ✓ Para ter e poder estabelecer regras mínimas de segurança e qualidade dos serviços realizados e dos recursos físicos e humanos que oferecem os serviços, etc.

Imbricamento entre o Público e o Privado (plano ideológico)

“THE WILL OF ALL”

Soma ou resultado dos objetivos de todos os indivíduos da sociedade

OU

“THE GENERAL WILL”

O objetivo coletivo de uma sociedade (que tipo de sociedade queremos)

(Rousseau, apud Evans 2006. “PHI: the myth and the monster”. Congresso Abres-AES, 2006)

LIBERTARIANS

Direito ao livre arbítrio

Valores do individualismo, maximização do benefício individual, valorização dos interesses de mercado e do setor privado como possibilidade de maior ganho de eficiência

Mercado  Estado

EGALITARIANS

Igualdade de direitos

Valores coletivos e de solidariedade

Estado  Mercado

(Williams, 2005; Maynard, 2005)

- “Na maioria dos países há uma combinação de ações públicas e privadas (...) esta combinação varia entre os países e no tempo” (Saltman 1994)
- Este debate deve contemplar o “contramovimento” (Polanyi 2000)

Desenvolvimento das sociedades capitalistas: Liberalismo Econômico e Proteção Social

Contramovimento: mobilização da sociedade em defesa da produção e da coesão social
(características de reações espontâneas)

“Os próprios liberais extremados apelaram para intervenções múltiplas do Estado a fim de garantir precondições de funcionamento”

(Polany 2000)



LIBERALISMO e PROTECAO SOCIAL:

~~oposição absoluta~~



Lógica Dialética

são os princípios organizadores do desenvolvimento das sociedades
capitalistas

Cobertura Universal de Saúde (*Universal Health Coverage*):

O que é e em quê nos afeta

COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE (CUS ou UHC)

Definição oficial

“A situação em que todas pessoas tem acesso equitativo a serviços de saúde e não sofrem dificuldade financeira pagando pelos mesmos”

Tradução livre.

(Tangcharoensathien V, Evans D, Marten R. Universal Health Coverage: Setting Global and national Agendas. Global Health Governance, v1 n2, 2013)

CUS (2005 ...)

✓ OMS/WHO:

- 2005 – Assembleia Mundial de Saúde 58.33: “Sustainable health financing, UC and Social Health Insurance”
- 2010 - Relatório Mundial da Saúde: “Health Systems Financing – the path for UC”
- 2013 - Relatório Mundial da Saúde: “Research for UHC”

✓ Fundação Rockefeller:

- 2012 - “Future Health Markets: a meeting statement from Bellagio”:

➡ – *“grande proporção da população disposta a pagar por serviços de saúde do setor privado”* (“large proportion of population willing to pay for private sector services”)

➡ – *“fortes agentes de mercado estão dispostos a pressionar pelo aumento de financiamento público e privado, especialmente nos países de média e baixa renda, para adotar políticas para financiar o seguro de saúde como um meio para a CUS”* (“Strong Market players ... Are likely to increase preasure to attract public and private financing, particularly as LMICs adopt policies to finance health insurance as a means UHC”)

✓ ONU (2012, 67ª Assembleia geral): Resolução para a CUS

✓ OMS e OPS (2014, 154ª sessão Comitê Executivo): Resolve “Adoptar la Estrategia para la cobertura universal de salud”

CUS: análise (1)

- Esses documentos apontam para:
 - ✓ Necessidade de prover melhor acesso ao cuidado de saúde
 - “Cuidado primário de saúde” para os pobres (APS seletiva)
 - Seguro Privado de Saúde para quem pode pagar
 - ✓ É necessário proteger a saúde contra os riscos financeiros dos sistemas públicos
 - ✓ Esses riscos justificam a CUS
- “Risco” e “proteção” são ideias centrais do seguro privado e do mercado financeiro
- Esses documentos propõem o seguro privado para defender os sistemas públicos, mas ... ***é contraditório defender a solidariedade usando a lógica do seguro privado***
- ***CUS é um risco ao Direito Universal à Saúde (...)***

O Marketing da CUS (2014 ...)

- ✓ **OMS e Banco Mundial** (maio), Documento “Monitoreo del progreso hacia la CUS a nivel nacional y global: marco de trabajo, medidas y metas”
 - **Meta:** *“En 2030, todas las poblaciones, independientemente de sus ingresos domésticos, del nivel de gastos o riqueza, del lugar de residencia o del género, disponen de una cobertura mínima del 80% de los servicios esenciales de salud”*
- ✓ **Consulta pública OPS** (agosto). Relatório já disponível
 - ➡ • CUS *“significa que todas as pessoas têm acesso equitativo a ações e serviços de saúde integrais e de qualidade, de acordo com as suas necessidades ao longo da vida ... reforça a necessidade ... políticas e intervenções intersectoriais, com o objetivo de atuar sobre os fatores determinantes sociais da saúde e fomentar o compromisso da sociedade, como um todo, na promoção da saúde e do bem-estar, com ênfase na equidade”*
 - ➡ • *“direito à saúde é o valor central da cobertura universal de saúde e deve ser protegido e garantido sem qualquer distinção ...”*

CUS: análise (2)

CUS para quem?



(....) CUS parece uma contraproposta ao Direito Universal à Saúde

% população coberta pela principal forma de cobertura de saúde ("basic primary health coverage"). Países OCDE, 2011

Country	Cobertura automática (financiado por tributos)	Seguro Compulsório	Seguro voluntário	Outra	Sem seguro
Australia	100				
Austria		99,5			0,5
Belgium		99			1
Canada	100				
Chile (a)	22,5	72,2	1,9		3,5
Czech Republic		99	1		
Denmark	100				
Estonia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Finland	100				
France		100			
Germany		100			
Greece	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hungary		100.0			
Iceland	100				
Ireland	100				
Israel		100.0			
Italy	100				
Japan		98,5			1,5
Korea	3,4	96,6			
Luxembourg (b)		97,6			2,4
Mexico (c)		45,5	47,4		7,1
Netherlands		100			
New Zealand	100				
Norway	100				
Poland		97,7			
Portugal	100				
Slovak Republic		100.0			
Slovenia		100			
Spain	99,3	0,4	0,3		
Sweden	100				
Switzerland		100			
Turkey		99,8			0.2
United Kingdom	100				
United States(a, d)	32,2		63,9		15,7

Notas:

(a) Coverage by government program is not always automatic, people have to enrol.

(b) A very small proportion of the population is covered on a voluntary basis, but they are included column 2, as the exact percentage is not known.

(c) A proportion of citizens are covered both by insurance related to their employment, and by the Seguro Popular, a voluntary public health insurance scheme open to all citizens. The main source of coverage is through Seguro Popular, which is voluntary (although state run) - this may mean it doesn't fall under the 'Compulsory coverage' bracket.

(d) The sum of percentages is higher than 100% because some people have both public and private coverage.

O marketing da CUS (2014 ...)

✓ Dia da CUS

- UHC day: 12/12/2014
- “União de + de 80 parceiros incluindo Fundação Rockfeller, OMS e Banco Mundial” , Save the Children, entre outras
- <http://www.universalhealthcoverageday.org/en/>



... e o setor de saúde no Brasil?

Saúde no Brasil: Direito Social x Negócio

- No Brasil temos forte competição entre SUS e setor privado de saúde:
 - Em desvantagem para o SUS
 - SUS financia menos que previsto (esfera federal de governo)
- Estado brasileiro provê proteção social, mas ...
 - Financia importante parte do setor privado
 - diferente tipos de incentivos, por exemplo:
 - Subsídios fiscais (desde anos 1960)
 - Trabalhadores do setor público com seguro privado
 - 71% dos provedores privados contratados pelo MS
 - Unidades com lucro: 14% de todas unidades em 1960 => 45% de todas/1975
- 92% das unidades de SADT são privadas lucrativas
- Seguro privado => um dos maiores mercado do mundo
 - 26% da população com cobertura duplicada (Pública+Privada) ANS/MS, Março 2014
- 4º maior mercado de medicamentos (INTERFARMA, 2013, apud SILVA, 2014, p. 56)

... e o SUS é um importante comprador

Financiamento: uso privado (não contabilizado) - BRASIL

- **Recursos para assistência à saúde do funcionalismo público**
 - LDO para 2008: quase R\$ 2 Bi para funcionários federais (5% orçamento MS) (inclui: Executivo, Legislativo, Judiciário e administração indireta e Forças Armadas).
 - Falta consolidar a destinação de recursos para funcionalismo estadual e municipal
- **PAC Saúde para investimento no segmento suplementar (portabilidade, fundo garantidor, etc.)**
- **Evolução das Desonerações Fiscais no setor de saúde Brasil, 2003-2011.**

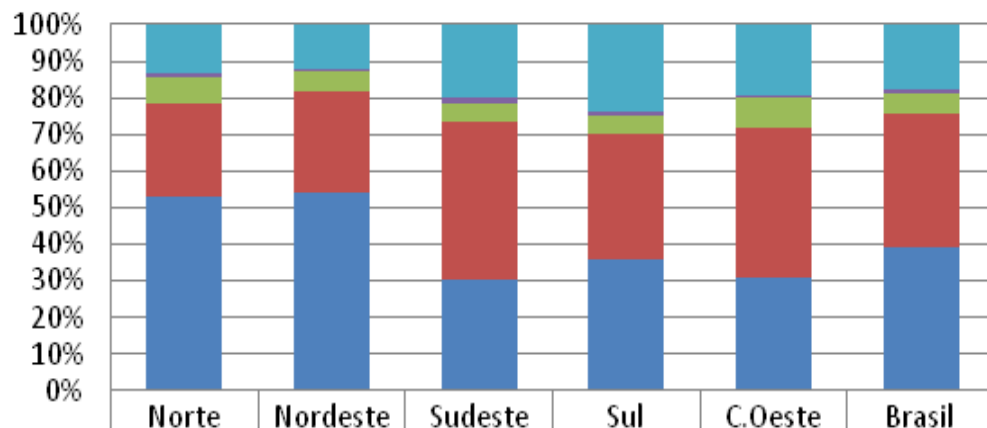
	2003	2007	2011
Gasto Tributário (IRPF + IRPJ + Ent. Sem fins lucrativos + Indústria Farmacêutica e de produtos químicos e farmacêuticos)	7.172	12.185	15.807
Gasto Tributário com plano de saúde	3.102	5.688	7.767
Participação dos planos privados	43,25%	46,68%	49,14%

Fonte: Santos et al no prelo.

Notas: Elaborado a partir de Ocké-Reis 2013 com informações do Ministério da Fazenda, Secretaria da Receita Federal (Brasil/MF/SRF).

R\$ 7,8 bi é 9,2% do faturamento do mercado de planos privados em 2011, de R\$ 84,6 bi (Ocké-Reis, 2013)

Número de estabelecimentos de saúde segundo tipo e grandes regiões. Brasil, 2013



	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Brasil
■ SADT	981	3802	8802	4799	1891	20275
■ Pronto atendimento, Pronto socorro geral ou especializado	65	256	683	192	100	1296
■ Hospital Geral ou especializado	525	1772	2188	1038	772	6295
■ Policlínica, Clínica ou Ambulatório especializado	1850	8821	19169	6858	4049	40747
■ Centro ou Posto de Saúde	3867	17068	13407	7147	3065	44554

92% Privados c/ fins lucr.
80% Públicos

62% SUS
(Públ. + Priv. s/ fins lucr.)
83% Privados c/ fins lucr.
97% Públicos

Oferta de Serviços - BRASIL

Evolução da relação de equipamentos Exclusividade Privado/ Disponibilidade SUS. Brasil, 2005 e 2009

Equipamento	2005	2009
Mamógrafo	4,9	6,8
Litotripsor	4,0	6,3
Ultrassom	5,2	8,4
Radioterapia	1,6	2,9
Raio X p/ Hemodinâmica	2,8	4,9
Tomógrafo Computadorizado	4,1	7,4
Ressonância Magnética	6,7	10,4
Hemodiálise	0,3	0,9

Fonte: Santos et al, 2014. Elaboração própria a partir de AMS/IBGE-2005 disponibilizado em Santos et al (2008) e AMS/IBGE-2009.

Notas:

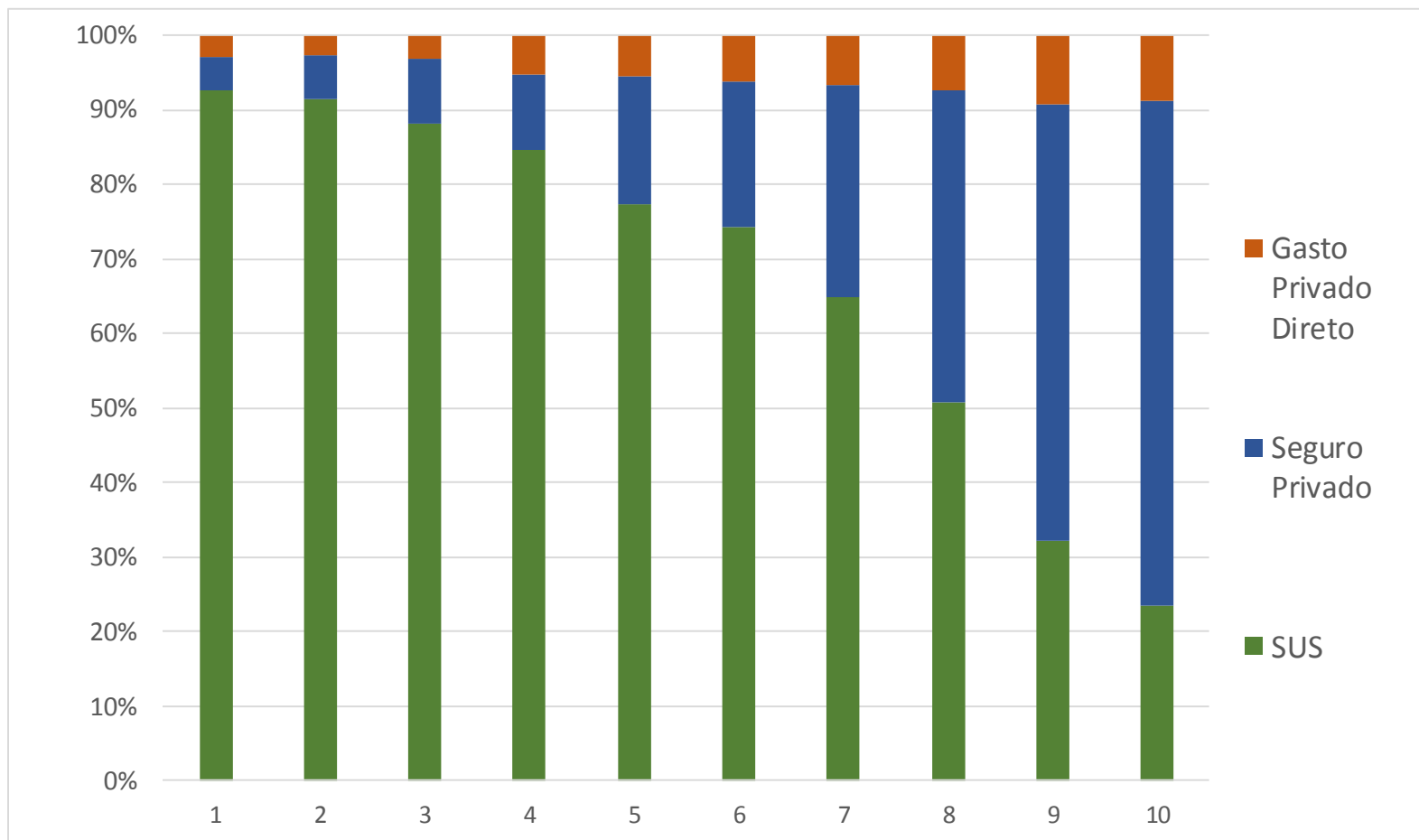
Para cálculo da disponibilidade SUS: População brasileira estimada pelo IBGE para 2005 (183.798.218) e Censo Demográfico 2010 (190.755.799).

Para cálculo da disponibilidade para segurados: beneficiários com planos médico-hospitalares, SIB/ANS/MS (35.151.348 em dez 2005 e 41.923.639 em dez 2010)

População atendida e População internada, e o financiamento da utilização. Brasil, 1998-2008

	Qtde			% da população brasileira			% da população brasileira com seguro privado		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008	1998	2003	2008
Atendimento									
Total de pessoas atendidas	20.129.225	25.143.708	26.866.869	12,7	14,3	14,1	n/a		
Pessoas que foram atendidas financiadas pelo SUS	9.825.712	14.270.984	14.952.129	6,2	8,1	7,9			
Pessoas com seguro privado de saúde que foram atendidas	7.190.871	8.517.408	9.318.225	n/a			18,6	19,8	18,9
Pessoas com seguro privado que foram atendidas financiadas pelo SUS	652.496	1.004.759	1.216.499				1,7	2,3	2,5
Internações									
Total de pessoas internadas	10.981.824	12.332.901	13.513.509	6,9	7,0	7,1	n/a		
Pessoas internadas financiadas pelo SUS	6.838.218	8.287.552	9.142.712	4,3	4,7	4,8			
Pessoas com seguro privado de saúde internadas	3.110.581	3.572.886	4.018.489	n/a			8,0	8,3	8,2
Pessoas com seguro privado internadas financiadas pelo SUS	389.158	553.036	670.400				1,0	1,3	1,4

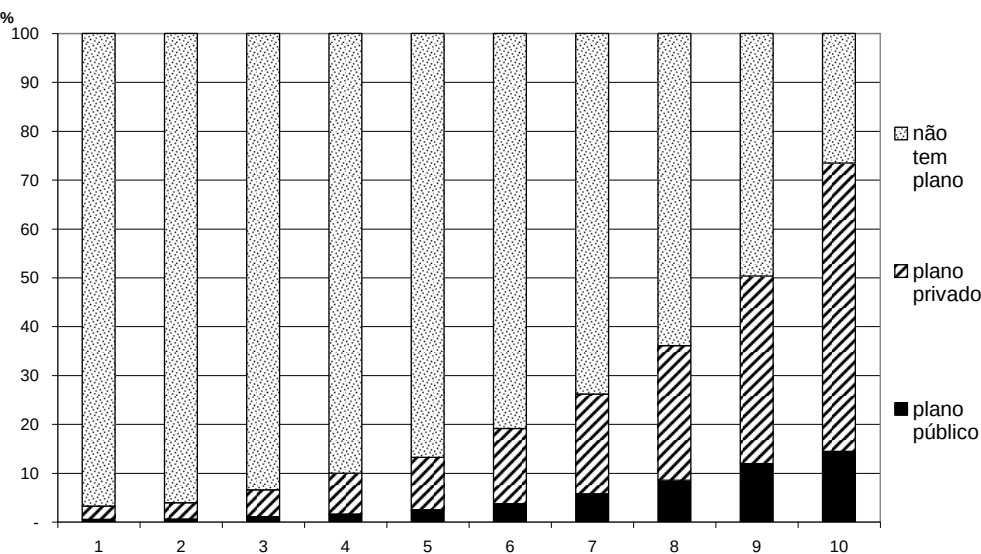
Distribuições das internações por decil de renda, segundo sistema de financiamento. Brasil, 2008.



Decil	Ano	SUS	Seguro Privado	Gasto Privado Direto	Total
10	1998	19,8%	68,2%	12,0%	100,0%
	2003	19,0%	71,6%	9,4%	100,0%
	2008	23,4%	67,8%	8,8%	100,0%

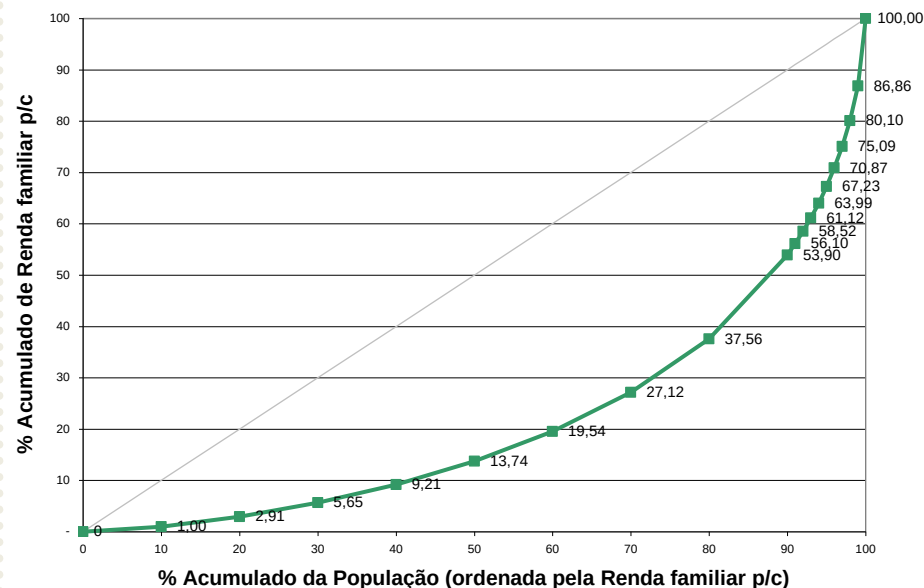
Iniquidades relacionadas a Cobertura Duplicada no Brasil: Concentração da renda e da população duplamente coberta

Distribuição da pop. segundo posse de seguro privado de saúde e a renda familiar per capita. Brasil, 2003



- Taxa de cobertura: 24% (25,9% em 2008)
- desses, 90% com cobertura para: consultas méd., exames complementares e internações

Distribuição da pop. segundo renda familiar per capita. Brasil, 2003



Fonte: Ugá e Santos 2006

Nota: elaboração própria a partir dos microdados POF/IBGE-2003.

Fonte: Albuquerque et al 2008

Notas:

- Elaboração própria a partir dos microdados PNAD/IBGE-2003.
- Para o cálculo da renda familiar não foram considerados os agregados

Mudanças nas últimas décadas e a agenda social no Brasil

- ❖ **Políticas sociais:** na década de 1980 o Brasil implementou os direitos inspirados na social democracia num contexto nacional e internacional adverso, de fortalecimento das ideias neoliberais: **Universalidade X Focalização/fragmentação/segmentação**
- ❖ **Dicotomia:** Neoliberalismo com Estado mínimo e Tripé econômico (taxa juros com superavit + meta de inflação + câmbio flutuante => “política econômica sadia e sustentável”) X Projeto de desenvolvimento para sociedade de bem estar social com base na democracia e nos direitos sociais de cidadania (modelo **social democrata** desenvolvido na Europa que inspirou SUS)
- ❖ **Acumulação de capital internacional:** privatizações e mais recentemente a área social passa a ser atenção de acumulação financeira (saúde, educação, transporte público, etc.) => CUS
- ❖ **Conceitos de Público e Privado** vem se tornando mais difusos e Arranjos público-privados cada vez mais complexos: Fenômeno não estático, resultante do embate político-econômico e dos valores da sociedade de proteção social que interferem na relação Estado/mercado

POTENCIAL DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

- *Os movimentos sociais são os principais atores que podem influenciar os governos do hemisfério norte e do hemisfério sul a incorporarem as necessidades dos países do hemisfério sul na Agenda pós 2015 da ONU*
- *As entidades que representam movimentos progressivos devem defender o direito universal à saúde e combater a CUS como o principal indicador na Agenda pós 2015*
- *O Brasil avançou muito desde década de 1980, sobretudo depois de 2006 (PAC, bancos públicos com crédito, criação de empregos, aumento SM, melhoria dos indicadores sociais)*
- *Nas eleições presidenciais de out-nov/2014 tivemos, aparentemente, 2 caminhos*
 - 10% para saúde aparece mas não está no centro das agendas dos candidatos
 - um aparentemente mais equitativo com proposta de políticas sociais inclusivas e outro comprometido com os preceitos do neoliberalismo. Experiência de governo no contexto nacional e internacional adverso mas com política de inclusão pelo consumo, que foi importante, mas agora podemos pressionar por mais inclusão pelo direito.
 - Outro que não está comprometido com as políticas sociais, inclusive atacou o Programa Mais Médicos e propôs fim do limite para dedução de gasto privado com educação no IRPF

Agenda da saúde no Brasil na véspera do 2º turno

- ❖ Artigo Elio Gaspari (O Globo 08/10/2014), comparando propostas Dilma e Aécio: “seus capítulos para a educação e a saúde não enchem um pires ... em qualquer país que tenha um sistema universal de saúde com uma clientela de 180 milhões de pessoas, suas deficiências seriam discutidas ... o assunto ficou fora dos debates ... aconteceu a mesma coisa com os planos privados, que coletam recursos de 48 milhões de fregueses e financiam seus candidatos”
- ❖ Coluna Ancelmo Gois (O Globo 08/10/2014): conclui que o recurso que deveria ser gasto com saneamento é gasto com PSF em determinada região “para tratar doenças decorrentes da falta de tratamento”:
ESTRATÉGIA DE PÔR EM DISPUTA AS POLÍTICAS SOCIAIS INCLUSIVAS
(P ex. entre Saúde e Saneamento, entre Saúde e Programa Bolsa Família)

E A DRU?

(FSE desde 1994, depois a DRU, prorrogada até dez/2015)

Agenda da saúde no Brasil e o Contexto Internacional

- Necessidade de retomada e **ampliação das bases sociais** num contexto de cada vez maior individualismo e lutas por demandas específicas
 - Soma dos Objetivos de cada um
 - OBJETIVOS GERAIS E COLETIVOS
- Redes e regionalização (diferente de programas verticais!!!)
 - com base nas necessidades da população
 - Cuidado integral, continuado e paciente centrado
- APS prá valer: universal; com profissionais concursados, em tempo integral e com DE; e com resolutividade de 80% das necessidades de saúde
- Mix público-privado que favorece o interesse público
 - em que seguro privado não seja substitutivo aos serviços do SUS
 - Que seguro privado deixe de beber da fonte do SUS: Findar com subsídios públicos para sustentabilidade e lucratividade do setor privado
- Financiamento para um SUS sustentável
 - Para incrementar os recursos físicos e humanos de forma sistemicamente imbricado à lógica do interesse público/coletivo/universal/equanime
 - Inclusive para permitir aumentar quadro de concursados sem ferir LRF

- diferenciação que as pessoas com seguro privado têm em relação às usuárias exclusivas do SUS e, sobretudo, que tal *status* se constitui em “**privilégio**” (Gershman): mais um elemento que explica a cobertura suplementar em relação à peculiaridade da cultura brasileira, da identidade nacional, das formas de sociabilidade e do grau de solidariedade.

- **(i) distinção social e (ii) “jeitinho” de nossa identidade** (Sérgio Buarque de Holanda): estariam nas “raízes do Brasil” a constituição da figura do fidalgo – que é o filho d’algo, isto é, filho de alguém que possibilita acesso a alguma coisa –, cuja ética leva ao estabelecimento de relações de intimidade entre os diferentes pólos das classes sociais, caracterizando a burguesia brasileira e as classes mais pobres pelas relações de simpatia e de cordialidade.

Tais relações, junto à super oferta de terra no período da colonização, teriam proporcionado facilidade na ascensão social, e influenciado negativamente a organização do que é da ordem do coletivo no período da colonização, pois o personalismo, segundo Holanda, atravança a organização política da sociedade. Para o autor, esses aspectos da cultura e da formação social brasileira teriam influenciado as relações, mesmo após o advento da cidade e do modo de produção industrial. Assim, quando as relações tenderiam a se tornar mais impessoais, continuaram com características personalistas e clientelistas – características da sociedade rural, influenciada pela colonização portuguesa, e que ainda permeiam a sociedade urbana.

- Nesse sentido, retomando a questão da solidariedade, **é possível que um dos problemas do SUS**, tal qual os princípios de um sistema nacional de saúde, **esteja relacionado a valores da sociedade brasileira, possivelmente não solidários o suficiente para sustentar um senso comum de que um mesmo sistema para todos pode valer mais que um sistema que seja distinto para alguns**, mesmo que baseado no poder de compra.