

# A relação público-privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional

Telma Maria Gonçalves Menicucci  
Consultora da CEPAL

BRASÍLIA - 10/10/2013



# Dois aspectos institucionais



1. **A configuração dual do sistema de saúde brasileiro:** origem e reformas
  - mecanismos causais  
efeitos de feedback das políticas anteriores
  - Constrangimentos institucionais para a reforma universalizante
  - Consequências sobre o acesso, cobertura e eficiência da atenção à saúde

# Dois aspectos institucionais



2. Características institucionais do SUS relacionadas à sua inserção no sistema federativo brasileiro.
- características do federalismo brasileiro
  - evolução do marco regulatório das relações federativas no SUS
  - resultados obtidos no esforço de construção de pactos entre gestores
  - mecanismos institucionais de participação da sociedade no processo decisório e na gestão
  - o **debate recente** em torno do SUS - um novo acordo pró-SUS?

# PARTE I – A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE



1. A constituição segmentada da política de assistência à saúde: vinculação ao contrato de trabalho e provisão privada (1930-1988)
2. A reforma sanitária no bojo do processo de democratização do Brasil (1975-1988)
3. A implantação da reforma na década de 90 (1990-2000)
4. As consequências do formato institucional público-privado: desigualdades no perfil dos usuários, no acesso a serviços e no financiamento

# A constituição segmentada da política de assistência à saúde (1930-1988)

- Origem na **previdência social** - marco básico do sistema de proteção social montado no Brasil, por meio do qual se desenvolveu a sustentação pelo Estado dos direitos sociais.
- **segmentação de clientela** - diferenciação das formas e dos serviços de saúde
- benefício vinculado ao **contrato de trabalho formal** e com as características de seguro
- **diferenciação funcional e institucional** na política de saúde:
  1. Ministério da Saúde - ações de caráter coletivo (sanitarismo campanhista); algumas ações de assistência básica
  2. Previdência Social: assistência à saúde de caráter individual, restrita aos segurados e seus dependentes

# A constituição segmentada da política de assistência à saúde (1930-1988)

- Década de 20: CAPs – por empresa
- Década de 30: IAPs – por categoria profissional e nacional (cidadania regulada)
- 1966: unificação – INSS (implosão do arranjo corporativo)
  - todos assalariados urbanos
- ampliação das despesas com assistência médica
  - perda de importância relativa das medidas de saúde pública voltadas (necessidades coletivas, de caráter preventivo)
- Expansão por meio de:
  - compra de serviços – expansão e subsídios à rede privada, com baixa regulação
  - Convênios com empresas

***DESIGUALDADES: entre trabalhadores  
entre regiões***

## A constituição segmentada da política de assistência à saúde (1930-1988)



- Convênios + Incentivos fiscais + baixa qualidade dos serviços públicos = expansão do segmento privado de forma autônoma
- Final dos anos 80:
  - setor privado consolidado e vigoroso
  - Crise financeira da previdência social
  - processo de democratização coloca em cena outros atores políticos - projetos alternativos de políticas de saúde

# A reforma sanitária no bojo do processo de democratização do Brasil (1975-1988)



- Constituição de 1988: ampliação dos direitos de cidadania, entre eles o de saúde
- resultado de um amplo e vitorioso movimento político-ideológico: movimento sanitário
- visões antagônicas sobre a assistência à saúde:
  - “estatizante”: a perspectiva inovadora dos atores que se articulavam em torno da reforma
  - “privatizante”: representava os interesses e concepções forjados na trajetória da política de saúde como efeito de *feedback*
- texto constitucional refletiu os acordos ; ambiguidades refletem o ajustamento entre alternativas inovadoras e padrões consolidados
  - resultado: conformação jurídico-legal de um sistema híbrido e segmentado
    1. consagra a saúde como direito, garante a universalidade de acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a constituição de um sistema inclusivo
    2. preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência, independentemente de qualquer intervenção governamental.

## A reforma sanitária no bojo do processo de democratização do Brasil (1975-1988)



- situação de ruptura e continuidade - confluência de **fatores que favoreceram a inovação** institucional com o **legado das políticas prévias** que limitaram a possibilidade de mudança
- a mudança é limitada pela antiga estrutura e não é capaz de desmontá-la, constituindo, de fato, uma dupla trajetória

# O texto constitucional



- Saúde como *parte da* **seguridade social**, organizada sob uma lógica universalista e equitativa
- adoção de um **conceito de saúde** como articulação de políticas sociais e econômicas e que não se restringe à assistência médica;
- estabelecimento da saúde como **direito social universal**;
- caracterização das ações e serviços de saúde como de **relevância pública**, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle;
- criação de um **Sistema Único de Saúde**, organizado segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da sociedade
- assistência à saúde definida como **livre à iniciativa privada**
- participação do setor privado prestador de serviços no SUS foi garantida em caráter, **complementar** (priorizar a rede pública e privada sem fins lucrativos)
- vedou a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos, mas não tratou da questão dos subsídios indiretos ao sistema de saúde privado (não-decisão)
- **Financiamento**: competência dos três entes federados (recursos de seus orçamentos) e contribuições sociais previstas no Orçamento da Seguridade Social

# A implantação da reforma na década de 90 (1990-2000)



- **contexto** nacional e internacional desfavorável: reordenamento do papel do Estado; restrição a políticas universalistas; políticas de ajuste fiscal e de reestruturação da relação Estado/mercado
- **efeitos institucionais da política de saúde prévia**, traduzidos em:
  - baixo suporte político para a reforma universalizante (ausência de coalizões amplas)
  - Subfinanciamento; instabilidade na alocação de recursos federais, contingenciamentos
  - Efeitos de feedback sobre a rede de serviços – dificuldade de fazer valer o interesse público

# A regulamentação dos planos de saúde privados (1998-2000)

- implantação do SUS **X** regulamentação da “assistência médica supletiva”
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- estimular o **mercado** e proteger o **consumidor** dos efeitos da ética utilitarista do mercado
- a política regulatória tornou evidente o caráter formal dos princípios do SUS (universalidade e igualdade de acesso)
- o modelo regulatório **reafirma formalmente a segmentação de clientela** e remete a assistência pública prioritariamente para os segmentos sociais que não têm capacidade de adquirir planos de saúde no mercado ou que estão excluídos dos planos coletivos

# As consequências do formato institucional público-privado: desigualdades no perfil dos usuários

**Tabela 1 - Taxa (%) de cobertura por planos de assistência médica e localização, segundo Grandes Regiões. Brasil - dezembro/2012.**

	Região	Capital	Região Metropolitana da Capital	Interior
Centro-Oeste	18,3	29,3	24,2	11,9
Norte	10,8	23,9	22,6	5,0
Nordeste	12,1	32,7	27,1	6,3
Sudeste	37,4	56,7	47,0	31,0
Sul	23,4	49,1	36,6	19,5
Brasil	24,7	43,3	37,7	18,9
Nº	47.943.091			

Fontes: SIB/ANS/MS - 12/2012 e População - IBGE/DATASUS/2012.  
Caderno de Informação da Saúde Suplementar – março/2013.



**Tabela 2 - Percentual de pessoas com cobertura de planos e saúde, segundo rendimento mensal domiciliar per capita. Brasil - 2008**

Sem rendimento a 1/4 do salário mínimo (1)	2,3
Mais de 1/4 a 1/2 salário mínimo	6,4
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	16,1
Mais de 1 a 2 salários mínimos	33,7
Mais de 2 a 3 salários mínimos	54,8
Mais de 3 a 5 salários mínimos	68,8
Mais de 5 salários mínimos	82,5

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

# Desigualdades no financiamento



- recursos privados alocados na saúde já superam os recursos públicos (em 2011, 45,74% do gasto total com saúde (OMS, apud CONOF/CD, 2013))
- gasto total em saúde (público mais privado): 8,9% do PIB
  - despesas públicas de saúde: 4,07 do PIB
  - despesas privadas: 4,83%
- países que tem sistemas universais:
  - Canadá:gasto público é 70%
  - Reino Unido 82,70%
  - 73,6%
  - Argentina 60,64%

# Financiamento: renúncia fiscal



- Ocké-Reis (2013) analisa os gastos tributários associados ao mercado de planos de saúde a partir do cálculo da renúncia fiscal verificada entre 2003 e 2011
- inclui planos de saúde, desonerações fiscais dirigidas à indústria farmacêutica (remédios) e aos hospitais filantrópicos
- 2011: o **gasto tributário em saúde**: mais de oito bilhões de dólares
  - 10,47% do Gasto tributário total
  - 22,5% do gasto público federal em saúde
- 50% do total do gasto tributário: planos de saúde e outras despesas com atendimentos de saúde de pessoas físicas
  - 18,6% relativos à assistência médica, odontológica e farmacêutica de pessoas jurídicas a seus empregados
- Se esses gastos públicos decorrentes da renúncia fiscal fossem computados, o gasto público com saúde superaria o gasto privado, embora não seja direcionado exclusivamente para o setor público

# Desigualdade no acesso a serviços



- desigualdades nos gastos afetam a oferta potencial de serviços, refletem em maiores dificuldades de acesso entre os dois grupos
- possibilidades de acesso podem ser inferidas por dados relativos à utilização de serviços e à oferta ou disponibilidade de serviços

# Desigualdades na utilização de serviços – PNAD 2008

- realização de **consultas** médicas:
  - pessoas cobertas por planos privados de saúde: 80%
  - usuários do SUS: 63%
- **Internações:**
  - beneficiários de planos de saúde: 8,2%
  - usuários SUS: 7%
- Nunca fizeram **mamografia:**
  - 27% e 53% entre as usuárias do SUS

# Desigualdades quanto disponibilidade de recursos



- número de leitos do país: 2,35 leitos/1000 habitantes
- Disponíveis ao SUS: 1,69 (72% do total)
  
- maiores discrepâncias nas regiões com maior proporção de pessoas cobertas por planos de saúde:
  - **Centro-Oeste** e **Sudeste**: proporção de leitos disponíveis ao SUS são inferiores à média nacional (**69%** e **65%** dos leitos)
  - **Nordeste**, onde a cobertura de planos de saúde é bem menor, há maior disponibilidade relativa de leitos para o SUS (**84%** dos leitos da região).

# Desigualdades quanto à disponibilidade de equipamentos de saúde



**Tabela 3 - Percentual de equipamentos disponíveis para o SUS por tipo e região. Brasil – 2012**

Categoria	Região					Brasil
	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
Equipamentos de Diagnóstico por imagem	30	42	48	26	32	31
Equipamentos de Infraestrutura	17	15	12	14	19	15
Equipamentos de Métodos ópticos	22	29	33	19	26	23
Equipamentos de Métodos gráficos	37	43	45	34	43	37
Equipamentos de Manutenção de vida	13	13	15	8	14	11
Equipamentos de Odontologia	24	49	39	19	24	27
Outros Equipamentos	15	18	17	12	15	14
Total	20	29	26	15	21	19

Fonte: CNES. Consulta realizada em 18/07/2013.

# Utilização de serviços



- **SUS é responsável por:**
  - grande maioria dos serviços de saúde país
  - cobertura total de cerca de 75% da população, prioritariamente estratos da sociedade submetidos a piores condições de vida, e de saúde, e também para aqueles com renda mais baixa e em ocupações menos valorizadas
  - atende o restante da população para determinados procedimentos – dupla cobertura dos cidadãos privilegiados, que contam com a
- IBGE/PNAD/2008/Suplemento Saúde:
  - 56,3% dos atendimentos de saúde ( 15,1 milhões) realizados nas duas últimas semanas anteriores à data de realização da entrevista foram financiados pelo SUS, 26,2% por planos de saúde e 18,7% por meio de pagamento direto.
  - SUS responsável pela maior parte dos atendimentos para puericultura, vacinação e outros tratamentos preventivos cobertura privada

## PARTE II – A OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO (SUS) NO CONTEXTO FEDERATIVO



- **O arranjo federativo brasileiro**
- **A evolução do marco regulatório das relações federativas no SUS**
- **A participação da sociedade no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis de governo**
- **O debate recente sobre o SUS: prenúncio de um novo pacto?**

# O arranjo federativo brasileiro



- Federalismo de 3 níveis
- heterogeneidades estruturais e desigualdades socioeconômicas
- distribuição de competências e atribuições entre União, estados e municípios, mas muitas competências concorrentes (União e estados podem legislar) e compartilhadas.
- alto grau de descentralização política, fiscal e de competências, particularmente para a execução das políticas sociais
  - municípios são os principais provedores de serviços sociais básicos
  - grande desnível entre as competências administrativas e as suas possibilidades financeiras
  - União: poderosa influência sobre a agenda e as políticas dos governos subnacionais - por meio da regulação federal sobre o modo de execução das políticas descentralizadas e pelo poder de gasto da União

# Marco regulatório das relações federativas no SUS



- **problema da ação coletiva**: autonomia **X** interdependência no SUS - exigida permanente inter-relação
- gestão de uma rede de serviços diversificada e distribuída em diferentes níveis de complexidade, territorialmente dispersa e atuando em escalas variadas (hierarquização da atenção)
- gestão da rede em contexto federativo, associado à descentralização: combinar a autonomia dos entes federados e a **cooperação** entre eles – garantir universalidade e integralidade da atenção, compatibilizando a localização territorial das pessoas com a da rede assistencial sob a responsabilidade de gestores diversos
- função de **coordenação** é fundamental

# Marco regulatório das relações federativas no SUS



- 1) implantação na década de noventa com foco no processo de descentralização da execução das ações de saúde para os municípios;
- 2) primeira década do século XXI, com a tentativa de implementação da diretriz da regionalização prevista na Constituição;
- 3) mudanças recentes no contexto do governo atual, que enfatizam a construção de pactos federativos para a construção de redes de atenção temáticas resolutivas

# 1. Relações federativas na década de 90: ênfase na municipalização



- Mecanismos que envolveram a organização dos atores e a interação entre eles.
- governo federal ocupa posição central (normalização e coordenação geral do sistema de saúde, controle do processo decisório, regulamentação do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados com definição do formato da cooperação; a destinação dos recursos transferidos)
- regras da descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos: supervalorização do papel do Município como prestador dos serviços de saúde; subvalorização do papel dos Estados como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle
- **municipalização autárquica**: ao invés de uma visão cooperativa, municípios concorrem entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutam predatoriamente por investimentos privados e, muitas vezes, repassam custos a outros entes

## 2. O desenho institucional para a regionalização no século XXI: coordenação e cooperação

- A partir de 2001: normatizações e ações voltadas para a **organização regionalizada** do setor saúde;
- um dos objetivos: corrigir as distorções do municipalismo autárquico, substituir a atitude de competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal - construção da assistência à saúde com **foco em territórios** que extrapolam os limites administrativo-políticos dos entes federados
- **Secretarias Estaduais** de Saúde: planejamento e coordenação do processo de regionalização
- meios para integrar sistemas municipais de saúde e superação da segmentação de ordem geográfica, com vistas a superar as barreiras e os diferenciais de acesso entre cidadãos de diferentes localidades
- Instrumentos: PDR, PPI, PDI, colegiados regionais, Termos de compromisso, COAP

# Cooperação e coordenação

- o arranjo desenhado para a regionalização favorece a cooperação (ação coletiva): são especificadas as atribuições de cada nível de governo, estabelecendo-se certa hierarquização entre eles
- como o governo federal dispõe de recursos institucionais significativos (poder normativo e maior parte dos recursos para o financiamento do SUS) pode atuar como indutor da cooperação e de maior igualdade
- Incentivos seletivos sob a forma de recursos condicionados à realização de determinadas ações, que interferem nas escolhas dos municípios e induzem à cooperação ao mesmo tempo em que favorecem a homogeneização das políticas no território nacional
- Ao se delegar ao governo estadual responsabilidades claras na configuração do sistema de saúde estadual, as regras institucionais estabelecem uma terceira parte na relação entre municípios, possibilitando também o exercício da coordenação.
- A definição de instrumentos como o PDR, que define o espaço territorial da cooperação, e a PPI, que em tese formaliza o pacto entre os gestores, também pode criar condições favoráveis para o acordo caso efetivamente seja elaborada de forma conjunta.

# Cooperação e coordenação



- criação de “**arenas federativas**” (as instâncias de pactuação de âmbito micro e macro regional, com a participação de todos os municípios): pode ser um mecanismo para forçar os atores a compartilhar decisões e tarefas e ainda favorecer uma conduta baseada na negociação - potencial para a geração de um equilíbrio entre cooperação e competição entre os municípios
- **regulação das referências intermunicipais** pelos gestores municipais; se articula com as centrais de regulação (municipais e estaduais) que controlam o acesso dos usuários aos prestadores
  - esse acesso deve obedecer aos **pactos formalizados entre gestores** e que se traduzem na distribuição de recursos entre os municípios a partir dos compromissos assumidos quanto à prestação da assistência à saúde.
- **Contrato Organizativo da Ação Pública** (2011): tentativa de criar mecanismos de *enforcement* para o cumprimento dos acordos entre entes federados.

# Dificuldades políticos-institucionais para a efetivação dos pactos federativos

1. A regionalização depende da **atuação do nível estadual** de governo no sentido de assumir o papel de coordenador do processo, tanto executando as ações definidas no arcabouço institucional/legal quanto definindo incentivos ao comportamento cooperativo dos municípios.
2. **Fatores contextuais** como a existência ou não de identidades regionais e as disputas políticas locais, que configuram o contexto da ação, tem efeitos sobre o processo de regionalização ao afetar a construção dos pactos. Ou seja, em contextos caracterizados por forte identidade regional a cooperação tende a ser mais fácil; em contextos caracterizados por fortes clivagens políticas intrarregionais a cooperação é dificultada mesmo em situação em que todos tendem a ganhar com a cooperação intermunicipal.
3. **Fatores locais de natureza estrutural** como a disponibilidade de recursos financeiros e humanos, bem como a capacidade de produção de serviços, também podem afetar a construção e o cumprimento dos pactos e a constituição de redes regionalizadas.

# Efetivação do processo de regionalização



- se o arranjo desenhado para a regionalização em princípio favorece a cooperação, ela não a garante em função de sua tradução específica em cada estado
- grande variação entre os estados (e entre as regiões de saúde dos estados) quanto ao grau em que a população tem acesso à atenção à saúde o mais perto de sua residência nos três níveis de complexidade
- espaços regionais não conseguem suprir a demanda dos seus habitantes, particularmente no caso da atenção hospitalar e ou de maior complexidade - atendimentos tendem ainda a se concentrar nas respectivas capitais.
- PPI e o PDR implantados formalisticamente e não funcionam para orientação da regulação ou dos fluxos de atendimento dentro do sistema de saúde

# Efetivação do processo de regionalização



- **fóruns regionais** parecem ter efeitos significativos:
  - forçar a aproximação estado/municípios e município/município;
  - aumentar a informação e a transparência;
  - implicar melhor os municípios, particularmente aqueles com maior capacidade de prestação de serviços;
  - ter efeitos educativos no exercício do debate, da pactuação e, pelo menos de forma ainda incipiente, no exercício do planejamento
- Se a existência de **identidades regionais** prévias não foi relevante na territorialização da assistência, os recortes regionais após o início do processo de regionalização têm favorecido a construção de identidades regionais.
  - quando existem, favorecem o processo e podem contrabalançar as disputas político-partidárias que causam tensionamentos no processo de regionalização, tanto no nível horizontal (entre municípios) quanto no vertical (estado/municípios)
- **Financiamento** – justificam atitudes egoístas

# A proposta de reorganizar o SUS e o modelo de atenção: as redes de atenção

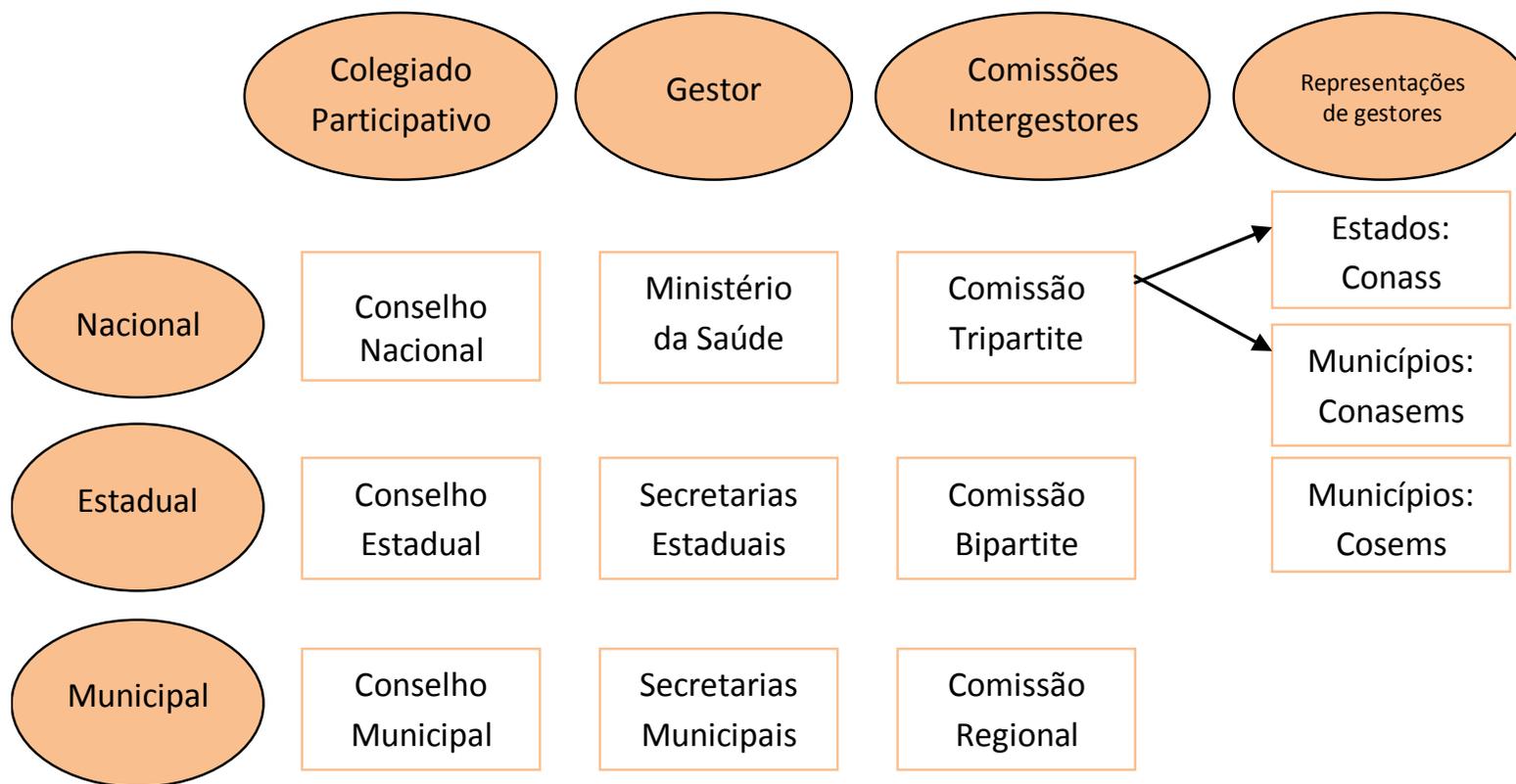


- **Rede temática:** assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de forma efetiva e integral a partir da articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, integrando pontos de atenção isolados
- Pressupõe contratos de ação pública, na forma de um **termo de adesão** em que os entes federados se comprometem com determinadas ações
- aporte de **recursos da União** para cofinanciamento junto com estados e municípios para investimentos em construção, aquisição de equipamentos e custeio
- **redes temáticas prioritizadas:** Materno-infantil, Urgência e Emergência e Enfrentamento do Crack, Álcool e outras Drogas

# A participação da sociedade no SUS: Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis de governo

- Brasil: inúmeras experiências participativas em várias áreas e em diversos momentos do ciclo das políticas públicas (formulação, implementação e avaliação), e em todos os níveis de gestão
- Saúde: uma exigência legal
- configuração institucional do SUS em relação às suas **instâncias decisórias e a estrutura de gestão:**
  1. instâncias **de articulação entre os gestores** dos diferentes níveis de governo: Comissão Intergestores Tripartite; Comissão Intergestores Bipartite; Comissão Intergestores
  2. instâncias colegiadas de **participação da sociedade**
    - na gestão (conselhos de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal)
    - na avaliação e elaboração de diretrizes para a política de saúde (Conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde)

## Arcabouço Institucional e Decisório do SUS



Fonte: Transcrito e atualizado de Noronha, Lima e Machado, 2008.

# Participação



- participação mais consistente está relacionada ao nível de associativismo da sociedade local e à abertura dos governos à participação
- conselhos têm desempenhado um importante papel na fiscalização e na apresentação de demandas e propostas provenientes de entidades da sociedade, mas ainda baixa capacidade de deliberação sobre o conjunto da política de saúde
- papel proeminente assumido pelas comissões intergestores que passaram a ser os principais fóruns de decisão no âmbito federativo e de coordenação vertical e horizontal

# O debate recente sobre o SUS: prenúncio de um novo pacto?



- SUS foi implantado e efetivamente alterou profundamente os princípios, a lógica e a configuração institucional do sistema público da política de saúde
- Efeitos do SUS:
  - políticos: alterações na arena política setorial com a introdução de novos atores
  - Expansão da assistência para todos os cidadãos, produziu expectativas, definiu comportamentos e gera uma demanda crescente por serviços de saúde, introjetados como direito do cidadão e dever do Estado (judicialização)

*Tensionamento decorrente das contradições do sistema parece atingir um nível crítico*

# Desdobramentos recentes



- Processo de regulamentação da EC 29: morosidade, frustração e desdobramentos
  - Novo projeto de Lei
  - *Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Saúde +10)*
  - Pressão sobre o congresso
- Movimento de rua:
  - Tramitação de projeto de lei (10%)
  - alteração em um projeto em tramitação por mais de 5 anos (recurso dos royalties do petróleo)
  - Mais médicos