

Desenvolvimento do sus e racionamento de serviços hospitalares

SUS evolution and hospital services rationing

José Mendes Ribeiro¹

Abstract *We analyze Brazilian health system in comparative perspective. Middle income beneficiaries migration to pre-paid private insurance makes Brazilian case similar to United States. Public hospital services delivery shows an important retrenchment enhanced by demographic growth and new expectations due to constitutional definitions. Retrenchment is selective and concentrates on obstetric and clinic services and private for-profit services. To ensure equal access it is necessary to improve public spending; diminish out-of-pocket spending; develop organizational reforms; improve government capacity.*

Key words *Unified Health System, Hospital services delivery*

Resumo *Analizamos o sistema de saúde brasileiro em perspectiva comparada. A migração de clientes de renda média para operadoras pré-pagas privadas aproxima o caso brasileiro do norte-americano. A produção de serviços hospitalares no SUS demonstra importante redução da oferta agravada pelo crescimento demográfico e por expectativas definidas por disposições constitucionais. A redução é seletiva e concentrada em serviços obstétricos e de clínica médica e nos serviços privados lucrativos. Para se garantir acesso equitativo é necessário: ampliação de gastos públicos; redução dos gastos por desembolso direto; reformas organizacionais; ampliação da capacidade de governo.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Atenção hospitalar*

¹Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480/920, Manguinhos. 21045-210 Rio de Janeiro RJ. ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

O sistema público de saúde e seus beneficiários são definidos nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema foi criado a partir das disposições constitucionais de 1988 e implementado por leis promulgadas em 1991. Representa o principal comprador de serviços de saúde no país. Suas instituições afetam decisivamente a distribuição de serviços por organizações estatais e privadas (lucrativas ou filantrópicas). O SUS compõe um sistema misto com os serviços contratados por operadoras de seguros privados para seus beneficiários e aqueles pagos por desembolso direto. Embora esta seja a composição observada na maioria dos países da OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), o que se destaca no caso brasileiro é que as disposições constitucionais definiram um padrão próximo ao europeu ocidental. Na prática, a composição observada se aproxima da configuração norte-americana. Para se analisar este tipo de evolução da política pública é necessário discutir as experiências de reformas do setor saúde em países desenvolvidos nas últimas décadas e o caso brasileiro em perspectiva comparada. A evolução da oferta de serviços hospitalares no Brasil após a formação do SUS deve ser vista à luz dos esquemas de financiamento aqui praticados.

A literatura se refere a três grandes matrizes de financiamento setorial, embora hoje predominem análises sobre esquemas mistos. Duas se orientam a obter elevados padrões de universalização. Uma delas destaca o protagonismo do financiamento pelo imposto geral, denominado *beveridgeano*, e a outra se fundamenta no seguro social compulsório, de tradições corporativas, denominado *bismarckeano*. A outra matriz enfatiza o financiamento privado resultante da posição de mercado dos beneficiários ou compradores, na forma de seguros voluntários. Se tomarmos como objetivos sistêmicos a garantia do acesso e a equidade, afirma Ham¹ que estes diferentes modelos apresentam problemas comuns na oferta de serviços quase independentes dos métodos e dos níveis de financiamento existentes. Embora a magnitude e a especificidade dos problemas observados em cada país sejam relevantes, existe uma agenda política comum quando se trata de oferta e de acesso aos serviços. Na mesma direção, aponta Starfield² para um processo de convergência nas experiências internacionais quando se tratam de mecanismos de financiamento, pagamento, contratação e gestão de serviços de saúde. A convergência sistêmica e a existência de agendas comuns não devem obscurecer o fato destacado por Ham¹ de que o financi-

amento por impostos gerais ou seguros sociais mandatórios representam os esquemas de base para se assegurar acesso equitativo.

Sistemas de saúde são altamente dinâmicos e respondem a demandas sociais e do sistema político (função democrática) e a processos complexos (inovações tecnológicas; custos crescentes). Os anos oitenta, período da reforma brasileira, foi palco de inovações nas principais economias da OECD. Uma agenda comum tratou de redução da integração hierárquica e progressiva contratualização, exposição a mercados, separação entre financiamento e provisão, orientação a resultados, foco em macro e microeficiência e diversas inovações organizacionais. Abordagens sistêmicas e estudos de caso proliferaram nesta direção³⁻⁷. O dinamismo e a capacidade adaptativa dos sistemas nacionais às mudanças políticas, sociais e econômicas levaram ao predomínio de esquemas mistos de financiamento, contratação de serviços e mecanismos de pagamento de profissionais. Isto se reflete nas composições de gastos apresentadas nos sistemas de contas nacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

As mudanças recentes levaram Ham¹ a descrever quatro tipos de reforma: *big bang* incremental; localista e “reforma sem reforma”. Podemos considerar, para nossos fins, que os padrões localista (reformas por protagonismo local em sistemas altamente descentralizados) e a “não-reforma” (reforma Clinton, derrotada no legislativo e implementada parcialmente e por fatias) como exemplos específicos de incrementalismo. O incrementalismo se traduz por mudanças parcimoniosas por longo período e sujeitas ao sistema político, estrangulamentos institucionais e com ênfase no consenso. O padrão *big bang* como analisado por Klein⁸ no contexto da reforma do sistema britânico do Governo Thatcher, por sua vez, envolveria curtos períodos de tempo e governos comprometidos com as mudanças em caráter profundo e acelerado.

A reforma sanitária brasileira dos anos oitenta teve seu ápice na Constituição de 1988, no contexto do primeiro governo da redemocratização, com postos chave da administração pública ocupadas por lideranças sanitaristas. Mudanças institucionais profundas, como a universalização do acesso aos serviços de saúde por meio de um sistema público financiado pelos impostos gerais em moldes *beveridgeanos*, foram bem descritas na literatura nacional⁹⁻¹¹. O paradoxo está em que este perfil favorável a uma reforma *big bang* tenha se desenvolvido, na prática, por mecanismos incrementais e com alguns efeitos contraditórios aos seus objetivos institucionais. Isto foi muito bem caracterizado por Faveret e Oliveira¹² como “universaliza-

ção excludente". A observação atenta da evolução do caso brasileiro após a criação do SUS demonstra que contingentes melhor posicionados no mercado migraram para o seguro privado, seja pela contratação individual ou pelo sistema empregador empregado.

Neste artigo tratamos da evolução do SUS tendo como premissas (i) o processo de migração de clientela definido como de universalização excludente¹²; (ii) o predomínio de esquemas mistos de financiamento, contratação de serviços e pagamento de profissionais, associado à noção de convergência dos sistemas nacionais²; (iii) e a oposição entre processos de reforma *big bang* incrementais¹.

A universalização do acesso pelo SUS se baseia na extensão da titularidade dos cidadãos aos serviços de saúde por meio do financiamento por impostos. O objetivo da inclusão social deveria ser consolidado por meio da cobertura universal e do acesso equitativo. A universalização ganha a conotação de excludente pelo efeito conjugado de dois principais mecanismos: (i) a saída de camadas de renda altas e médias para o seguro privado e (ii) o racionamento da oferta de serviços no sistema público. A garantia do acesso é o elemento chave para a realização da titularidade definida constitucionalmente. Utilizamos a distribuição de serviços hospitalares a partir de 1984 pela sua evidente relevância em sistemas nacionais maduros.

Caracterização do sistema de saúde no Brasil

A redemocratização do país a partir da posse do Governo Civil (1985) favoreceu reformas como a da previdência social e do setor saúde. Desde 1982, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) e convênios semelhantes (SUDS), buscaram-se mecanismos para minorar a segmentação do acesso a serviços de saúde dotados de financiamento público. Estes convênios se superpuseram, ao menos até 1990, às estruturas de oferta vigentes há longa data e que caracterizaram o modelo segmentado. Desenhar todos os esquemas de acesso condicional ou universal existentes requer uma detalhada pesquisa e revela dezenas de mecanismos de financiamento e de acesso, os quais passaram em muitas regiões do país a conviver com os regimes AIS/SUDS de acesso aberto e de transição ao SUS.

Os principais esquemas de financiamento, titularidade e acesso incluíam: regime previdenciário (seguro social, financiamento tripartite e acesso condicional); Ministério da Saúde (acesso condicional e gratuito, segundo regiões e patologias; financiamento pelo Governo Federal); corporações

militares (acesso condicional; financiamento pelo Governo Federal e militares); hospitais públicos universitários (financiamento federal ou estadual; acesso livre progressivamente reorientado a clientela previdenciária); Secretarias de Saúde (financiamento por governos estaduais ou municipais; acesso não condicional); prestadores privados (financiados por pagamentos diretos, seguros saúde ou pelo sistema previdenciário; acesso condicional); sindicatos e autarquias corporativas (financiamento por filiação a sindicatos ou pertencimento a categorias profissionais; acesso condicional); seguros privados (financiamento individual ou empregador/empregado; acesso condicional).

O sistema anterior ao SUS era robusto, embora altamente desigual. O privilégio de acesso se dava para aqueles com vínculo previdenciário e inserção corporativa. O quadro de desigualdade era acentuado pela cobertura inadequada das áreas rurais. Não conhecemos estudos que detalhem os gastos de cada um dos arranjos acima úteis para fins comparativos. A percepção política de um sistema ao mesmo tempo ineficiente e injusto esteve na base das iniciativas políticas que convergiram em 1988 para a consolidação constitucional da chamada reforma sanitária.

A configuração atual do sistema de saúde no Brasil pode ser observada por comparação a diferentes países desenvolvidos e emergentes. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³ para o ano de 2005 (Tabela 1) o Brasil possui um gasto total em saúde equivalente 7,9% do PIB, dos quais os gastos governamentais consolidados para as três esferas de governo equivalem a 44,1% e os gastos privados a 55,9%. Isto é bastante próximo da distribuição observada para os Estados Unidos da América. No entanto, quando se observa para a composição do gasto privado, no Brasil os seguros privados de saúde equivalem a apenas 30,2% deste total, enquanto para os Estados Unidos estes respondem por 66,3% dos gastos privados. Esta diferença decorre da elevada participação dos gastos por desembolso direto (54,6%) no Brasil quando comparado aos Estados Unidos (23,9%). Isto sugere uma baixa proteção de famílias brasileiras aos riscos financeiros.

Segundo dados da OECD¹⁴ para o ano de 2005, a média dos países membros para estes indicadores é de gasto em saúde equivalente a 9,0% do PIB; gastos governamentais de 74% do gasto total e 26% de gastos privados e, entre os gastos privados, os gastos por desembolso direto é de 20%. Observando os dados das contas nacionais de países desenvolvidos e emergentes, seja pelos dados da OECD ou da OMS, o caso brasileiro se caracteriza por

baixa participação governamental (embora elevada se comparada a economias asiáticas com sistemas de proteção social frágeis, como a China e a Índia) e elevada exposição das famílias ao risco financeiro. Na Tabela 1, apresentamos estes dados para um conjunto de países com economias desen-

Tabela 1. Financiamento do setor saúde, países selecionados, sistema de contas nacionais, 2005.

	Gasto total, saúde, % do PIB	Gasto governamental geral, saúde, % do gasto total saúde	Gasto privado, saúde, % do gasto total saúde
Argentina	10,2	43,9	56,1
Austrália	8,8	67	33
Brasil	7,9	44,1	55,9
Canadá	9,8	70,2	29,8
Chile	5,4	51,4	48,6
China	4,7	38,8	61,2
Colômbia	7,3	84,8	15,2
França	11,2	79,9	20,1
Alemanha	10,7	76,9	23,1
Índia	5	19	81
Japão	8,2	82,7	17,3
México	6,4	45,5	54,5
Holanda	9,2	64,9	35,1
Rússia	5,2	62	38
África do Sul	8,7	41,7	58,3
Espanha	8,2	71,4	28,6
Suécia	9,2	81,7	18,3
Reino Unido	8,2	87,1	12,9
Estados Unidos	15,2	45,1	54,9

	Gasto do seguro social, saúde, % do gasto governamental geral saúde	Gasto por desembolso direto em % do gasto privado saúde	Planos privados pré-pagos em % do gasto privado saúde	Gasto total em saúde per capita (PPP*)
Argentina	57,8	43,4	51,8	1529
Austrália	0	55,2	22,5	3001
Brasil	0	54,6	30,2	755
Canadá	2	48,7	42,6	3452
Chile	67,7	54,3	45,7	668
China	54,1	85,3	5,8	315
Colômbia	69,5	45,1	54,9	581
França	93,8	33,2	63	3406
Alemanha	87,6	56,8	39,8	3250
Índia	4,7	94	0,8	100
Japão	78,9	82,4	14,3	2474
México	62	93,9	6,1	725
Holanda	94,1	21,9	55,5	3187
Rússia	42	82,4	8,2	561
África do Sul	4,1	17,4	77,3	811
Espanha	6,6	73,1	22,6	2242
Suécia	0	88,5	1,6	3012
Reino Unido	0	92,1	7,9	2598
Estados Unidos	28,8	23,9	66,3	6347

*Poder de Paridade de Compra (*Purchase Parity Power*).

Fonte: WHO, 2008.

volvidas ou emergentes, de diferentes continentes e os casos de menor participação governamental envolvem Argentina, Brasil, China, Índia, México, África do Sul e Estados Unidos da América. Destes, apenas os Estados Unidos realizam alguma forma de proteção por mecanismos de pré-pagamento mais robusto, por mais ineficiente que seu sistema sanitário se apresente, como bem demonstrado por Porter e Teisberg¹⁵. De qualquer forma o Brasil apresenta um padrão bem distante do almejado para sistemas baseados em impostos gerais.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar¹⁶ para o ano de 2006 revelam um total de 49.281.416 beneficiários de planos privados de saúde pré-pagos no Brasil. Deste total, os planos coletivos, caracterizados essencialmente por mecanismos de contribuição empregador-empregado, respondem pela maior parte destes beneficiários (36.891.018). Isto equivale a uma cobertura nacional de 19,92% e esta distribuição é bastante desigual, variando de 31,54% para a região sudeste a 6,62% para a região norte.

Oferta de serviços de saúde e o uso de bases de dados administrativas

Bases administrativas públicas e privadas representam fontes inestimáveis para a pesquisa apesar de problemas de confiabilidade. A consulta às bases disponíveis é parte necessária de sistemas de monitoramento e de avaliação de resultados de políticas e de serviços, embora os planos de investigação completos impliquem na prospecção direta dos dados a partir dos indicadores de resultados previamente estabelecidos¹⁷.

No Brasil a principal base pública é a do DATASUS/MS. As pesquisas do IBGE (AMS; PNAD) representam a principal fonte de informação coletada diretamente. Destacamos das bases do DATASUS, as informações acerca dos serviços hospitalares disponíveis a partir de 1981 e que desde 1991 estão ordenadas como Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). A finalidade básica deste sistema é o detalhamento de quantidades e valores pagos por procedimentos segundo uma tabela única inspirada (de modo simplificado) nos DRG do Medicare norte-americano. A consistência dos dados disponíveis nestas bases varia enormemente segundo natureza jurídica dos informantes, município e/ou regiões, tipo e complexidade dos procedimentos realizados. No entanto, mudanças em governanças no sistema público e novas ferramentas de informação permitem a realização de estudos de avaliação. A confiabilidade

de dados de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) tem sido verificada. Martins e Travassos¹⁸ testaram estas informações para hospitais privados de agudos e observaram alta confiabilidade para variáveis administrativas, demográficas, óbitos e transferências, porém baixa confiabilidade para tipo de admissão, composição da equipe cirúrgica, SADT e Diagnóstico Principal. Mathias e Soboll¹⁹ observaram confiabilidade entre os diagnósticos da AIH e os de prontuários médicos para parto normal e hipertensão arterial e falta de concordância em itens por erros de codificação da versão simplificada do CID-9 utilizada pela previdência social. Escosteguy *et al.*²⁰ avaliaram a qualidade da informação para infarto agudo do miocárdio, concluindo pela maior consistência dos registros de AIH, segundo amostra de prontuários médicos, quando relacionada aos casos de óbito e para hospitais públicos. Schramm e Szwarcwald²¹ usaram o SIH para estimar a natalidade e a mortalidade perinatal por comparação com aquelas obtidas no Sistema de Informações de Mortalidade e estimativas demográficas e concluíram pela validade do SIH para fatores de correção. Ferreira *et al.*²² estudaram AIH de casos de AIDS em hospitais do SUS frente aos dados do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN) e encontraram uma subnotificação, a qual foi menor para os hospitais que dispunham de um setor específico para a vigilância epidemiológica. Ribeiro e Costa²³ observaram correlação positiva significativa entre os custos médios reais e os valores pagos pela AIH como preditivos de casemix, reiterando estudo de custos da PLANISA²⁴, com defasagem média destes valores (R\$631,60 de AIH média para 22 hospitais frente a custos estimados por parâmetros da PLANISA de R\$1.590,53). Lima *et al.*²⁵ compararam as informações sobre gastos municipais em saúde no SIOPS com as do Fundo Nacional de Saúde e, apesar da consistência variar conforme o ano estudo, para a última série estudada (2002) os dados do SIOPS se mostraram confiáveis.

Faremos uso destas fontes para analisar a evolução da atenção hospitalar no SUS considerando grandes números e séries mais extensas para minimizar erros.

Caracterização da oferta: perfil dos hospitais prestadores do SUS

A tese da universalização excludente sustenta que houve uma migração de clientela com posição favorável no mercado de trabalho, do sistema re-

cém universalizado com base no financiamento fiscal (SUS) para o seguro privado. O financiamento fiscal tende a favorecer a equidade e podemos considerar que tal migração de clientela intensificada ao final da década de oitenta seria desfavorável aos novos objetivos. Consideramos (i) que a concentração de recursos fiscais na esfera governamental torna a sua alocação sensível ao binômio decisão política e planejamento central e (ii) que o racionamento da oferta representa a principal estratégia de controle de custos neste tipo de financiamento. Utilizamos a oferta hospitalar para observar um possível racionamento e seus efeitos sobre a migração de clientela para o seguro privado. Esta transferência de clientela teria afetado os objetivos universalistas da reforma brasileira.

A participação dos hospitais prestadores do SUS em relação ao total de hospitais existentes no país é muito expressiva. Segundo dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE de 1999²⁶, dos 7.806 hospitais brasileiros, 6.148 (ou 78,8%) prestavam serviços ao SUS. O total de leitos disponíveis pelo SUS, no entanto, reduziu-se segundo os dados da AMS de 2002²⁷. Dados mais recentes coletados pelo IBGE²⁸ mostram que o número total de estabelecimentos com internação foi de 7.397 em 2002 e de 7.155 em 2005. Houve concomitante aumento no número de estabelecimentos sem internação ou exclusivamente destinados ao diagnóstico e terapia (afora a falta de contabilização dos consultórios). Isto sugere mudanças na base tecnológica do setor saúde. Para o mesmo período o IBGE assinala um aumento discreto no número de leitos públicos (estatais), discreta redução no total de leitos privados não vinculados ao SUS e expressiva queda no total de leitos privados do SUS.

Como veremos pelos dados de AIH pagas, houve também uma redução global para o SUS, com aumento da produção de hospitais estatais em escala insuficiente para compensar a grande diminuição de AIH pagas aos prestadores privados. Portanto, as duas fontes de informação foram bastante convergentes neste aspecto. O que não podemos inferir, no entanto, por meio destes dados, é a possível migração de leitos privados para as operadoras de seguros privados, onde houve pequena redução no número de leitos. Podemos considerar que a migração tenha sido acompanhada de uso mais eficiente dos leitos privados não dependentes do SUS pela própria natureza do negócio. De qualquer forma, a tese aqui discutida permanece: houve expressiva redução de produção nos hospitais do SUS concomitante à expansão do seguro privado. A natureza desta migração

de clientela deve ser ainda melhor compreendida pelas pesquisas.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para 2008 (Tabela 2) mostram a distribuição atual de hospitais segundo tipo de financiamento e natureza jurídica do prestador. Considerando que muitos hospitais prestam serviços a diferentes contratantes, o SUS permanece como o principal mecanismo isolado de financiamento de serviços hospitalares no país com um total de 6.101 hospitais credenciados. No entanto, mesmo considerando que os totais não são mutuamente excludentes, se agregamos por padrão de universalização, as demais modalidades (hospitais particulares associados a unidades próprias de planos públicos e privados, as quais combinam acesso a beneficiários de planos de saúde, por desembolso direto e ao SUS), oferecem um total de 5.764 hospitais.

Na Tabela 3 mostramos a evolução do total de AIH pagas pelo sistema público desde o ano de 1984 até 2007, passando pela criação formal do SUS em 1990 e o início do estabelecimento de regras de transferência de recursos por meio da Norma Operacional Básica de 1991 e seguintes. Para a montagem da tabela a partir de dados disponíveis no DATASUS, realizamos algumas agregações para fins de maior clareza. As principais foram juntar as AIH pagas a hospitais federais e estaduais com os respectivos pagamentos por verba própria, agregar as diferentes formas de regimes de deduções fiscais para hospitais filantrópicos e contratados nestas formas jurídicas e as diversas formas de apresentar os hospitais com atividades de ensino e pesquisa em um único grupo de hospitais universitários. Não foi possível separar no grupo universitário os regimes público e privado. Para interpretar estes dados é importante destacar primeiro aspectos relacionados aos mecanismos de pagamento ao longo destes quatorze anos. Os hospitais universitários foram paulatinamente sendo reclassificados para a natureza jurídica do ente proprietário e, portanto, a partir de 2004 se tornam residuais. Os hospitais próprios (estatais) que tiveram importância no período 1990 a 1995 foram redistribuídos pelo sistema conforme a sua esfera de governo. Devemos prestar mais atenção, portanto, à evolução das AIH pagas aos hospitais estatais e privados. Tratamos com um grande quantitativo de AIH e chamaremos a atenção para as diferenças de maior relevância. Com isto podemos, ao menos em parte, compensar conhecidos vieses de informação para este tipo de bases de dados. Embora não se possa generalizar, sabemos que os incentivos para os hospitais estatais dota-

Tabela 2. Total de unidades de saúde com internação segundo tipo de financiamento e natureza jurídica. Brasil, 2008.

	SUS	Particular	Plano de saúde público	Plano de saúde privado
Administração direta da saúde	2.668	33	4	14
Administração direta, outros	43	11	16	6
Autarquias	68	8		4
Fundação pública	78	4		4
Empresa pública	14	4	2	2
Organização social pública	13	1		
Empresa privada	1.384	2523	109	768
Fundação privada	100	80	6	27
Cooperativa	3	49	2	27
Serviço social autônomo	4	1		1
Entidade sem fins lucrativos	1.721	1443	127	485
Economia mista	2	1		
Sindicato	3	1		1
Total	6.101	4159	266	1339

Fonte: CNES.

dos de orçamento global e pagamento dos salários de grande parte de seus funcionários efetuados por outras instâncias da administração pública em informar AIH é menor e induz à subnotificação. Por outro lado, os incentivos aos hospitais privados em informar para fins de faturamento mais eficiente são maiores. Em parte estes vieses poderiam ser corrigidos pela observação da média de permanência nas AIH pagas e pela imputação de taxas de ocupação. Assim teríamos uma estimativa do nível de subnotificação. No entanto, além de valorizarmos aqui diferenças de grandes magnitudes, testes realizados para ajustar estes dados não se mostraram vantajosos para a ordem de grandeza aqui utilizada.

Na Tabela 3 se observa uma elevada redução no volume total de AIH pagas pelo sistema público a partir do ano de 1992 (primórdios do SUS) até 2007, caindo de um total de 15.485.522 para 11.724.493. A redução das AIH de hospitais federais a partir de 1997 era esperada pela transferência de unidades para governos estaduais e municipais. Um termo de racionamento da oferta, o grupo que se afastou de modo evidente do sistema foi o dos hospitais privados lucrativos (denominados contratados). Os dados para este grupo são mais relevantes a partir de 1989, quando a separação com os entes filantrópicos aparece pela primeira vez. A partir daí a redução assume grandes proporções e é contínua ano a ano, desde um total de AIH pagas de 7.959.314 (1989) para 1.952.174 (2007). É possível que tenha havido a conversão de

algumas unidades para o regime filantrópico, mas isto certamente não afeta as conclusões sobre a saída do SUS deste segmento, inclusive pela variação bem menor de crescimento dos filantrópicos. Uma explicação é que este setor, sem benefícios fiscais e dependente da venda de serviços, tenha em função da tabela de pagamento do SUS não cobrir custos reais^{23,24} migrado para a venda de serviços a operadoras de seguros privados. Fato relevante foi a expansão das unidades estaduais e municipais desde 1991, mesmo sem compensar a saída dos hospitais lucrativos. Os hospitais universitários foram redistribuídos pelas suas respectivas naturezas jurídicas a partir de 2004 e não temos evidências sobre o tipo de distribuição realizada. A principal constatação é que os governos estaduais e municipais assumiram o ônus de compensar o racionamento geral da oferta provocada principalmente pela saída de hospitais lucrativos. Este movimento foi concomitante à ampliação acelerada dos planos privados pré-pagos. Quando estes dados são agregados entre AIH pagas para hospitais estatais e privados (excluindo-se os universitários e os ignorados) a evolução para o conjunto de hospitais privados diminui paulatinamente de 11.627.287 em 1991 para 6.612.438 em 2007. Para os hospitais estatais a evolução é de 1.964.104 (1991) para 5.094.076 (2007).

Na Tabela 4, analisamos o movimento de redução no quantitativo de AIH pagas pelo SUS e seus aspectos financeiros. Aqui se observa que em termos reais (ano base 1995) houve redução de

24,81% dos gastos do sistema público com as internações informadas pelo SIH-SUS. Com relação ao volume de AIH pagas pelo sistema, houve redução de 11,68%. Como a saída foi concentrada no setor privado lucrativo, os valores da tabela de

pagamentos do SUS (expressos pela média dos procedimentos) defasados de custos reais pode explicar a redução na produção de serviços e a sua possível reorientação para procedimentos de alta complexidade melhor remunerados.

Tabela 3. Total AIH pagas segundo natureza jurídica, SUS. Brasil, 1984-2007.

Ano	Próprio	Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Sindicato	Universidade	Ignorado	Total
2007	2,244	1,952,174	457,852	2,268,937	2,365,043	4,658,775	1,489	30	17,949	11,724,493
2006	3,670	2,032,019	431,799	2,212,092	2,343,889	4,681,134	1,395	843	14,571	11,721,412
2005	0	2,214,002	435,274	2,211,018	2,339,227	4,657,294	4,679	0	0	11,861,494
2004	0	2,387,280	421,244	2,123,697	2,309,393	4,708,429	3,813	0	0	11,953,856
2003	517	2,679,989	179,027	1,886,894	2,126,312	4,408,660	4,590	808,886	0	12,094,875
2002	841	2,911,447	27,411	1,742,342	2,001,753	4,148,268	4,663	1,396,977	0	12,233,702
2001	492	3,120,527	41,355	1,614,416	1,857,331	4,123,665	7,034	1,462,416	0	12,227,236
2000	0	3,295,044	76,018	1,349,273	1,815,946	4,228,817	6,538	1,654,501	0	12,426,137
1999	0	3,419,152	94,988	1,324,239	1,764,226	4,200,230	6,366	1,629,175	0	12,438,376
1998	0	3,610,206	120,141	1,278,902	1,512,118	4,152,483	5,937	1,568,845	0	12,248,632
1997	1,386	4,022,487	148,299	1,254,334	1,313,978	4,105,826	4,267	1,500,887	0	12,351,464
1996	2,457	4,851,116	1,310,037	0	1,174,903	3,693,942	3,890	1,494,537	0	12,530,882
1995	12,914	5,369,764	1,295,874	0	1,166,737	3,941,104	3,716	1,484,955	0	13,275,064
1994	35,158	6,306,052	122,159	1,389,231	1,198,379	4,843,993	2,573	1,469,781	0	15,367,326
1993	75,374	6,574,307	179,856	1,562,568	1,084,672	5,084,144	705	1,055,454	0	15,617,080
1992	111,771	6,817,258	231,866	1,421,430	919,849	5,084,145	1,261	897,942	0	15,485,522
1991	142,406	6,822,857	145,595	1,073,167	602,936	4,804,430	0	820,419	0	14,411,810
1990	17,609	6,785,351	24,608	120,480	47,121	4,813,435	0	754,226	0	12,562,830
1989	0	7,959,314	0	2,090	0	3,553,864	0	678,365	0	12,193,633
1988	0	11,209,699	0	0	0	0	0	717,662	0	11,927,361
1987	0	10,103,883	0	0	0	0	0	171,923	0	10,275,806
1986	0	8,894,626	0	0	0	0	0	0	0	8,894,626
1985	0	8,482,190	0	0	0	0	0	0	0	8,482,190
1984	0	9,745,833	0	0	0	0	0	0	0	9,745,833

Fonte: DATASUS.

Tabela 4. Valor total de AIH pagas, 1995-2007, valores reais (base=1995), SUS, Brasil.

Ano	Valores reais (R\$)	Total de AIH pagas	Média de permanência	Taxa de mortalidade
1995	3,192,437,637.99	13,275,064	6.6	2.17
1996	2,760,523,853.69	12,530,882	6.6	2.19
1997	2,548,953,930.81	12,351,464	6.4	2.34
1998	2,837,431,273.57	12,248,632	6.4	2.18
1999	3,457,540,975.66	12,438,376	6.3	2.63
2000	2,978,686,863.65	12,426,137	6.1	2.67
2001	2,843,760,334.45	12,227,236	6.2	2.75
2002	2,741,081,711.66	12,233,702	6.2	2.86
2003	2,305,351,185.42	12,094,875	6.1	2.98
2004	2,436,573,863.99	11,953,856	6.0	3.16
2005	2,307,656,903.94	11,861,494	5.9	3.21
2006	2,284,394,868.42	11,721,412	5.8	3.30
2007	2,400,502,982.34	11,724,493	5.8	3.44

Source: DATASUS.

O período analisado a partir de 1995 é conhecido pela maior participação percentual nos gastos federais em saúde com as atividades ambulatoriais, de atenção primária, com a criação do Piso da Atenção Básica e a difusão do Programa de Saúde da Família. Com isto as transferências da União para Estados e Municípios para atividades não hospitalares equilibraram com as hospitalares. É difícil precisar as participações percentuais ao longo do período para o SUS, pois isto depende dos dados do SIOPS e a sua consistência é maior para os períodos mais recentes. Além disso, segundo dados do Ministério da Saúde para o ano de 2006, as transferências federais foram distribuídas (valores correntes) em R\$ 12.878.797.579,90 (média e alta complexidade), R\$ 6.787.272.181,92 (atenção básica) e R\$ 2.233.448.915,82 (ações estratégicas). Não há, portanto, indícios sólidos de mudanças expressivas do padrão de financiamento hospitalar para o preventivo.

Pode ser arguido que uma possível ênfase em atividades preventivas poderia explicar o racionamento aqui descrito e ser, portanto, vantajosa. Afora a falta de evidências sobre este deslocamento e sua possível magnitude, está para ser adequadamente demonstrado que a demanda hospitalar diminuiu em função da melhor qualidade dos serviços ambulatoriais e preventivos. Este é um tema complexo e que deve ser considerado no debate. No entanto, é esperado que sistemas robustos de atenção primária tenham seus efeitos benéficos na melhoria da qualidade do sistema de saúde como um todo e na saúde dos indivíduos. Nestas condições favoráveis, haveria um deslocamento da demanda hospitalar para condições mais complexas (que podem ser medidas por valores médios de AIH maiores) e para faixas etárias mais elevadas (que podem ser medidas por maiores médias de permanência e, possivelmente, maiores taxas de mortalidade). Considerando o caso brasileiro, esta não é uma resposta simples e podemos discutir o caso apenas em bases preliminares. Em primeiro lugar, a percepção social dos eleitores em pesquisas de opinião destaca continuamente a saúde como um dos principais problemas sociais. O noticiário jornalístico enfatiza para grande parte das regiões metropolitanas brasileiras problemas de restrições de acesso a leitos hospitalares e atendimento emergencial no SUS. Neste artigo não tratamos de diferenças regionais, que existem, mas dos dados agregados para o país. Um olhar mais localizado revelaria municípios e regiões onde o sistema público funciona com qualidade maior que a média nacional. Na Tabela 4 observamos que os valores médios de AIH pagas (em valores deflacionados) diminuíram de R\$

240,48 (1995) para R\$ 204,74 (2007). Também a média de permanência variou de 6,6 dias (1995) para 5,8 dias (2007). Esta diminuição pode ser atribuída a pequena melhoria na eficiência do sistema. Com números agregados para todos os hospitais prestadores do SUS no país, nos quais a grande maioria consiste de hospitais de agudos e/ou de cirurgias de baixa ou média complexidade, estes são números ainda elevados e dificilmente podem estar associados a uma mudança no perfil da demanda como resultado de uma “atenção básica” mais resolutive. Com relação à taxa geral de mortalidade hospitalar no SUS a variação foi de 2,17 (1995) para 3,44 (2007). Este aumento não permite compor um quadro de mudanças relevantes no perfil da demanda hospitalar por resultado de um aumento difuso nos gastos com diferentes tipos de ambulatorios. Podemos admitir, ao menos preliminarmente, que o sistema público como um todo não retém camadas médias da população e que o racionamento hospitalar é consistente com a busca por melhor acesso segundo capacidade de compra dos indivíduos.

A face mais restritiva do acesso a leitos públicos hospitalares pode ser apreciada no Gráfico 1. Observamos não apenas a redução da quantidade de AIH pagas no período 1995-2007, mas a sua distribuição pelas principais clínicas. Na série analisada, apenas a clínica cirúrgica apresentou crescimento para prestadores estatais e privados. Para cuidados prolongados houve diminuição nos totais e por tipo de prestador, mas a variação ocorreu em quantitativos menores. No caso da redução do número de AIH para a psiquiatria, isto pode ser visto como vantajoso e resultado de políticas de desospitalização para estes tipos doentes. No caso das AIH para pediatria, o padrão observado já acompanha o quadro geral onde a diminuição nos totais é acompanhada de queda no número de AIH para prestadores privados e aumento concomitante dos totais para os prestadores estatais sem compensar, no entanto, a saída dos prestadores privados. Neste caso, em se tratando do atendimento a crianças, podemos considerar como razoável que a melhor cobertura vacinal, um nítido sucesso da saúde pública brasileira, acompanhada da expansão de programas de atenção primária possa explicar a variação em seu conjunto. Por outro lado, o que mais se destaca no gráfico 1 é a expressiva redução de AIH pagas para atendimentos em clínica médica e obstetrícia e o movimento concomitante de grande retração nos prestadores privados, sem uma compensação adequada pelo crescimento das AIH dos prestadores governamentais. A possível subnotificação assinalada para os

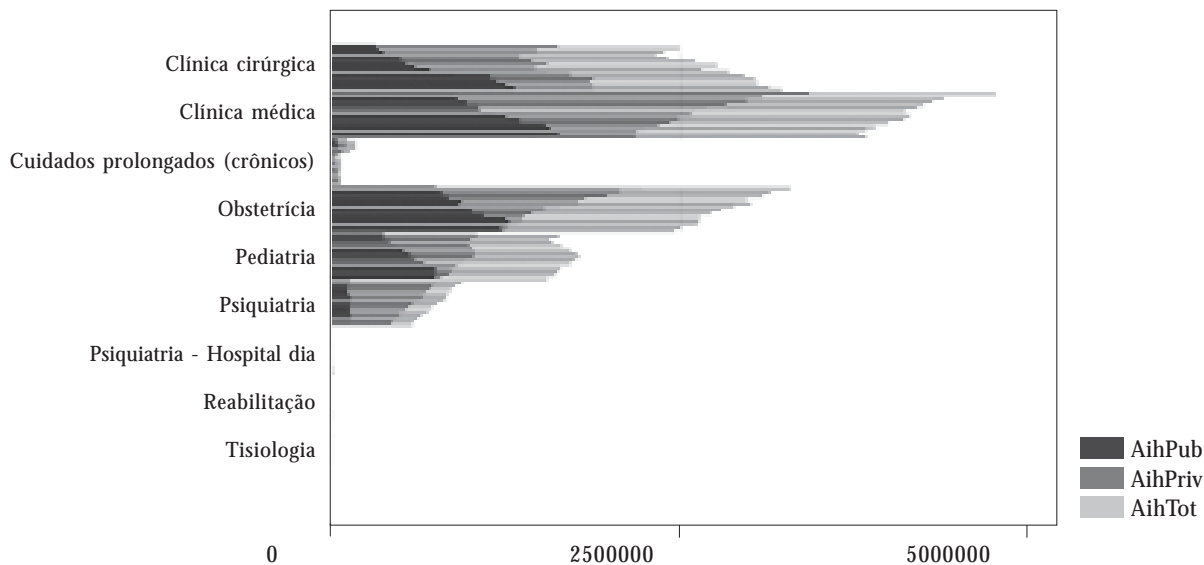


Gráfico 1. Hospitais do SUS total de AIH, regime e especialidades, 1995-2007.

Fonte: Datasus.

hospitais governamentais não parece suficiente para explicar a magnitude das diferenças assinaladas por diversos motivos. Inicialmente, como visto no tópico anterior, a literatura recente com testes de consistência das bases administrativas mostraram, na maior parte, razoável confiabilidade para fins comparativos. Além disso, em se tratando de séries históricas, não parece razoável que a subnotificação de prestadores públicos tenha variado significativamente de ano a ano para o conjunto do país. A expansão dos prestadores públicos (estatais) na série se dá basicamente a partir de hospitais municipais e estaduais, em detrimento dos federais e universitários. Nestes casos o incentivo a uma melhor notificação decorre da pressão das secretarias de saúde pelas transferências federais por serviços hospitalares produzidos.

Os dados do IBGE/AMS^{26,27} coletados diretamente junto aos serviços hospitalares corroboram a tese da redução geral de leitos para o SUS neste período. Com estas considerações, admitimos que houve uma retração importante nos serviços hospitalares do SUS e que afetou fortemente setores altamente relevantes, como obstetrícia e clínica médica. Isto se reflete em filas nos hospitais, sobrecarga nos serviços de emergência e pronto-atendimento e agravamento de condições clínicas. No

caso da obstetrícia, a falta de garantia ao leito em diversas regiões do país pode agravar as taxas de mortalidade materna, estimular partos cirúrgicos e enfraquecer as políticas de pré-natal. Em seu conjunto, este processo estimula a migração de usuários para fora do sistema público.

Considerações finais

Analisamos o sistema de saúde brasileiro e destacamos sua configuração se afasta do padrão usualmente observado para países com financiamento por impostos gerais e ou com universalização do acesso por meio do seguro social mandatório. Apesar das disposições constitucionais de 1998 e do modelo de financiamento público preconizado, inclusive com descentralização de recursos federais para estados e municípios, a configuração observada se aproxima da norte-americana, ambos com forte presença do financiamento por seguro privado. No caso brasileiro há ainda o agravante da exposição dos indivíduos a riscos catastróficos pelo desembolso direto ser proporcionalmente superior à norte-americana.

Este quadro já havia sido bem classificado desde o momento da criação do SUS por Favaret e

Oliveira¹² como uma “universalização excludente”. Este processo não foi revertido pelo SUS e, pelo contrário, parece haver uma progressiva incorporação via mercado de trabalho de novos contingentes às operadoras pré-pagas. A permanência deste padrão compromete o acesso equitativo institucionalmente preconizado. Além disso tem efeitos duvidosos devido aos custos médicos crescentes e seu impacto sobre os orçamentos das empresas e das famílias. É possível que se delineie um cenário onde o financiamento fiscal do sistema público tenha de assumir um protagonismo até então não experimentado para se reverter este quadro crítico.

No Brasil o modelo de reforma *big bang* preconizado segundo tipologia consagrada^{1,8} cedeu ao incrementalismo inclusive com um elevado experimentalismo baseado em inovações locais de variáveis graus de sustentabilidade.

Os dados sobre a produção de serviços hospitalares no SUS apresentados corroboram a tese da redução da oferta no SUS. Isto sugere que o setor privado lucrativo, onde se deu de fato a redução de oferta, tenha migrado, em função das tabelas de pagamento por serviços prestados, para as operadoras privadas pré-pagas. A migração e seu impacto sobre a oferta de serviços privados hospitalares, entretanto, precisa ser melhor conhecida.

Por fim, e aqui não tratado, há o problema da baixa eficiência dos serviços hospitalares públicos no Brasil. Uma restrição de oferta acompanhada de uso inadequado dos recursos disponíveis amplia os efeitos negativos do racionamento e agrava as res-

trições experimentadas pelos dependentes do sistema público. Estudos recentes têm evidenciado a ineficiência comparada de hospitais estatais²⁹⁻³⁴. Algumas inovações exitosas na gestão pública são destacadas e preconizam a adoção de modelos de contratualização e regimes de metas para os hospitais públicos. Estes são meios conhecidos para se expandir a oferta real por melhor uso da capacidade instalada e de se obter melhor qualidade dos serviços prestados. Em geral se assinala a necessidade de ambiente institucional favorável às inovações bem como boa capacidade de governo para sustentar políticas orientadas a ganhos de eficiência.

Parece claro que os objetivos gerais da política pública devem orientar as ações em todos os níveis de governo de modo mais homogêneo, o que talvez não seja fácil devido ao padrão de descentralização orientado a municípios independente de seus portes populacionais e capacidade de governo. No entanto, caso a universalização do acesso seja, conforme as definições constitucionais, o objetivo político a ser perseguido, uma agenda política setorial deve ser estabelecida. Objetivos concomitantes devem ser perseguidos em nome da promoção de maior equidade e incluem: (i) ampliação de gastos do setor público; (ii) redução da exposição dos indivíduos aos gastos por desembolso direto; (iii) reformas organizacionais orientadas a resultados; e (iv) ampliação da capacidade de governo dos entes que contratam serviços no sistema público e que regulam as operadoras de seguros privados.

Referências

1. Ham C, editor. *Health care reform: learning from international experience*. London: Open University Press; 1998.
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
3. Lane JE. Public Sector Reform: only deregulation, privatization and marketization? In: Lane JE, editors. *Public Sector Reform: rationale, trends and problems*. London: Sage; 1997. p. 1-16.
4. Raffel MW. Dominant issues: convergence, decentralization, competition, health services. In: Raffel MW. *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. Pennsylvania: Pennsylvania University Press; 1997. p. 295-303.
5. Ferlie E, Asburner L, Fitzgerald L, Pettigrew A. *A nova administração pública em ação*. Brasília: UNB/ENAP; 1999.
6. Ham C, Robert G, editors. *Reasonable rationing: international experience of priority setting in health care*. Glasgow: Open University Press; 2003.
7. Jamison DT, Brenan JG, Musgrove P, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A. *Disease control priorities in developing countries, second edition*. Washington, D.C.: World Bank/Oxford University Press; 2006.
8. Klein R. *The new politics of the NHS*. 3rd ed. Longman Group: Essex; 1995.
9. Cordeiro H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial; 1991.
10. Cordeiro H. *Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde*. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):319-328.
11. Mendes EV, organizador. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
12. Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excluyente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas* 1990; 3:139-162.
13. World Health Organization. *National health accounts* (NHA). [site] 2008 [cited 2008 Dec 14]. Available from: <http://www.who.int/nha/en/>
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Stat Extracts*. [site] 2008 [cited 2008 Dec 14]. Available from: <http://www.oecd.org/statsportal>
15. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
16. Brasil. Agência Nacional de Saúde. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
17. Kusek JZ, Rist RC. *Ten steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System*. Washington, D.C: World Bank; 2004.
18. Martins M, Travassos C. Assessing the availability of casemix information in hospital database systems in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal for Quality in Health Care* 1998; 10(2):125-133.
19. Mathias TAF, Soboll MLMS. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32(6):526-532.
20. Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcelos MTL. O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36 (4):287-299.
21. Schramm JMA, Scwarzwald CL. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(3):272-279.
22. Ferreira VMB, Portela MC, Vasconcelos MTL. Fatores associados à subnotificação de pacientes com AIDS, no Rio de Janeiro, RJ, 1996. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(2):170-177.
23. Ribeiro JM, Costa NR. *Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar no Brasil* [report for the World Bank]. Brasília: 2005.
24. Planejamento e Organização de Instituições de Saúde. *Apuração dos custos de procedimentos hospitalares: alta e média complexidade* [report for the World Bank]. Brasília: PLANISA; 2002.
25. Lima CRA, Carvalho MS, Schramm JMA. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais: um estudo dos anos de 2001 e 2002. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9):1855-1864.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária 1999*. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa da Assistência Médico-Sanitária 2002*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005*. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
29. Costa NR, Ribeiro JM, Silva PLB. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Cien Saude Colet* 2000; 5(2):427-442.
30. Ibañez N, Bittar OJNV, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):391-404.
31. Bittar OJNV. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino. *Revista de Administração em Saúde* 2002; 5(17):9-18.
32. Costa NR, Ribeiro JM. *Estudo comparativo do desempenho de hospitais de hospitais em regime de organização social* [report for the World Bank. Brasília: 2005.
33. Bogue RJ, Hall CH, La Forgia GM. *Hospital Governance in Latin America*. Washington, D.C.: World Bank; 2007.
34. Coutolenc B, La Forgia GM. *Hospital performance in Brazil: the search for excellence*. Washington, D.C.: World Bank; 2008.

Artigo apresentado em 06/11/2008

Aprovado em 18/12/2008

Versão final apresentada em 02/02/2009