

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1376

SÉRIE SEGURIDADE SOCIAL

A CONSTITUIÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE UNIVERSAL: UMA PROMESSA NÃO CUMPRIDA PELO SUS?

Carlos Octávio Ocké-Reis

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1376

SÉRIE SEGURIDADE SOCIAL

A CONSTITUIÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE UNIVERSAL: UMA PROMESSA NÃO CUMPRIDA PELO SUS?*

Carlos Octávio Ocké-Reis**

Produzido no programa de trabalho de 2008

Rio de Janeiro, fevereiro de 2009

* Este estudo foi realizado com o apoio institucional do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), como parte dos estudos do pós-doutorado na Yale School of Organization and Management. O autor agradece os pertinentes comentários dos professores Ted Marmor, Kieke Okma e Claus Wendt. Igualmente, está grato pelas críticas e sugestões de Alexandre Marinho, Roberto Passos Nogueira e Sérgio Piola, do Ipea, sem que isto represente qualquer responsabilidade da parte deles e da instituição pelas ideias e propostas apresentadas neste Texto para Discussão.

** Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos Sociais – Disoc/Ipea e assessor da presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Governo Federal

**Ministro de Estado Extraordinário
de Assuntos Estratégicos** – Roberto Mangabeira Unger

Secretaria de Assuntos Estratégicos



Fundação pública vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Marcio Pochmann

Diretor de Administração e Finanças

Fernando Ferreira

Diretor de Estudos Macroeconômicos

João Sicsú

Diretor de Estudos Sociais

Jorge Abrahão de Castro

Diretora de Estudos Regionais e Urbanos

Liana Maria da Frota Carleial

Diretor de Estudos Setoriais

Márcio Wohlers de Almeida

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento

Mário Lisboa Theodoro

Chefe de Gabinete

Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe da Assessoria de Imprensa

Estanislau Maria

Assessor-Chefe da Comunicação Institucional

Daniel Castro

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

ISSN 1415-4765

JEL: H51, I18, P5

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou da Secretaria de Assuntos Estratégicos.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

APRESENTAÇÃO

Neste ano em que se comemoram os 20 anos de promulgação da Constituição de 1988, o Ipea tem o prazer de disponibilizar ao público uma série de trabalhos voltados ao debate sobre a Seguridade Social no Brasil.

A Carta Constitucional, ao integrar os esforços de garantir a plena cidadania no país, acolhe os direitos sociais não apenas no âmbito dos direitos do trabalho, mas também no amplo terreno dos direitos da cidadania, onde a Seguridade Social desempenha papel central. Reconhecida como um dos mais importantes avanços adotados pela Constituição, a instituição da Seguridade Social reuniu os serviços e benefícios nas áreas de saúde, previdência social e assistência social: assegura a todos os brasileiros o acesso à proteção social contributiva e não contributiva, sob responsabilidade do poder público, contando com a gestão descentralizada, com a participação social, e com a vinculação de recursos e pluralidade de fontes.

Nos últimos 20 anos, entretanto, a Seguridade Social no país sofreu uma conturbada trajetória. De um lado, as determinações constitucionais propiciaram a expressiva extensão da cobertura das políticas pertinentes (saúde, previdência e assistência social), assim como do patamar de oferta de benefícios e serviços, impactando na melhoria das condições de vida da população. De outro, a consolidação institucional e política da Seguridade Social, bem como de sua efetiva universalização, foi estrangida por um conjunto de propostas e iniciativas visando limitar a atuação do Estado no campo social. Entre estes dois movimentos persistem relevantes desafios para o desenvolvimento da Seguridade Social enquanto instrumento de redistribuição de renda e de promoção de bem-estar.

Os trabalhos que compõem esta série discutem esse amplo conjunto de desafios. Estes são aqui tratados, seja da perspectiva setorial de cada uma das políticas que integram a Seguridade Social, seja do ponto de vista mais amplo – de sua integração sistêmica, da consolidação de seu padrão de financiamento, ou dos novos temas que se apresentam aos tradicionais riscos e vulnerabilidades cobertos pelas atuais políticas da proteção social. Em conjunto, destacam a Seguridade Social e suas políticas como dimensões centrais no debate sobre a redução das desigualdades e o estabelecimento de patamares mínimos de bem-estar no país.

O presente volume, correspondente ao Texto para Discussão nº 1376 (*A Constituição de um Modelo de Atenção à Saúde Universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?*, de Carlos Octávio Ocké-Reis), faz parte de uma reunião que inclui ainda outros nove títulos sobre a matéria, a saber:

- N° 1371 - *Cuidados de Longa Duração para Idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*, de Maria Tereza Pasinato e George Kornis
- N° 1372 - *Pobres, Pobreza e Cidadania: os desafios recentes da proteção social*, de Luciana Jaccoud

- *Projeções de Longo Prazo para o Regime Geral de Previdência Social* – o debate no Fórum Nacional de Previdência Social, de Helmut Schwarzer, Eduardo da Silva Pereira e Luis Henrique Paiva
- *Os Idosos em Situação de Dependência e a Proteção Social no Brasil*, de Analía Sória Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor
- *Proteção das Pessoas Idosas Dependentes*: análise comparativa da experiência internacional, de Analía Sória Batista, Luciana Jaccoud, Luseni Aquino e Patrícia Dario El-Moor
- *Aposentadorias, Pensões, Mercado de Trabalho e Condições de Vida*: o Brasil e os mitos da experiência internacional, de Milko Matijascic, Stephen Kay e José Olavo Ribeiro
- *Tributação, Previdência e Assistência Sociais*: impactos distributivos, de Fernando Gaiger Silveira
- *A Reforma da Previdência na Hora da Verdade*: o Brasil no contexto da América Latina, de Milko Matijascic e Stephen Kay
- *Benefícios por incapacidade*: uma análise do auxílio-doença previdenciário, de Luciana Servo e Sérgio Piola

Jorge Abrahão de Castro

Diretor de Estudos Sociais do Ipea

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 A CONSTITUIÇÃO CONTRADITÓRIA DO SUS	7
3 UNIVERSALISMO <i>VERSUS</i> PARALELISMO	9
4 FINANCIAMENTO DO SUS E EFICIÊNCIA DO GASTO	11
5 EVIDÊNCIAS PARA AMPLIAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS	13
6 CONCLUSÕES	17
REFERÊNCIAS	18

SINOPSE

Em 1988, o Brasil foi um dos primeiros países latino-americanos a definir o acesso à saúde como um direito constitucional, mas, de fato, isto não foi suficiente para garantir a cobertura de seus cidadãos. O Sistema Único de Saúde (SUS) não pode ser descrito completamente como um sistema público de saúde que fornece acesso universal e atenção integral. Este trabalho revela que parece haver uma forte contradição entre o modelo redistributivo desenhado na Constituição de 1988 e o inadequado nível de gasto público em saúde. Por um lado, a lei estipula que a assistência à saúde é um direito social básico que deve ser regido pela necessidade e não de acordo com a capacidade de pagamento das famílias. Por outro lado, em 2003, o Brasil destinou para a saúde apenas US\$ 597 por habitante, ou 7,6% do PIB, enquanto a média dos países da OCDE é de US\$ 3.145 ou 10,8%, respectivamente, e a média dos países latino-americanos, US\$ 622 e 6,7% do PIB.

ABSTRACT

In 1988 Brazil was one of the first Latin American countries to frame access to health care as a constitutional right, but, in fact, it has not produced coverage of its citizens. Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde, or SUS in Portuguese) cannot quite be described as a public health system that provides universal access and comprehensive care. This article reveals that there seems to be a strong contradiction between the redistributive model set in the Brazilian Constitution and the inadequate level of public spending on health. On the one hand, the law claims that health care is a basic social right, allocated by need rather than by affordability. In 2003, on the other hand, Brazil spent just US\$ 597 per capita on health or 7.6 percent of its GDP, while the average country according to OECD spent US\$ 3,145 or 10.8 percent, and the average Latin American country spent US\$ 622 or 6.7 percent of its GDP.

1 INTRODUÇÃO

Com base no princípio da gratuidade, a nova Constituição brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo redistributivo, inspirado nas premissas igualitaristas do Estado de bem-estar social europeu. No entanto, embora a assistência à saúde seja considerada um direito social na Constituição de 1988, na prática, não há sistema público de saúde universal e integral na sua totalidade.

Segundo Cordeiro (1991), existem disposições legais no SUS para que cada cidadão evite o risco de adoecer, tenha suas necessidades médicas e hospitalares atendidas e trate de qualquer sofrimento resultante de lesão, independentemente, de sua renda *per capita* domiciliar e de sua posição no mercado de trabalho (sem contribuições relativas à renda). Além do mais, o SUS foi também concebido para enfrentar dupla tarefa: combater a pobreza e a desigualdade social, superando o limite de cobertura do seguro social (pelo qual apenas os contribuintes tinham direito ao acesso) e o modelo privatista do regime militar no setor de saúde (1964-1985).

Essa reforma sanitária, em que a saúde é “um dever do Estado e um direito do cidadão”, procura combinar a adoção de programas capazes de garantir o acesso dos grupos vulneráveis e ao mesmo tempo têm que os inserir no sistema universal de saúde (FLEURY *et al.*, 2000), alocando recursos públicos para reduzir as desigualdades (PORTO, 2002), sem introduzir controles indiscriminados de custo ou a privatização do sistema (CAMPOS, 1997).

Na prática, sob a óptica da organização das políticas do SUS, há “convergência” entre igualdade e equidade, pela qual “igualdade e equidade seriam, respectivamente, a base da universalização e o foco das políticas sociais para os mais vulneráveis, de uma perspectiva da epidemiologia”, segundo a tipologia descrita por Medeiros (1999, p.2). Contudo, apesar dos vinte anos de existência do SUS, o Estado enfrenta dificuldades crescentes para materializar o direito social constitucional do acesso universal de atenção à saúde.

Não se pretende analisar profundamente as dificuldades mencionadas acima, tampouco discutir como encontram eco na história do dual sistema de saúde brasileiro. Quer-se olhá-las, sobretudo, à luz do debate acerca do financiamento do SUS, em uma perspectiva internacional. O texto está organizado da seguinte forma: a próxima seção descreve algumas contradições do SUS. A terceira seção fala do paralelismo do sistema, enquanto na quarta se debate o financiamento do setor saúde. A análise dos dados é apresentada na penúltima seção enquanto na última, fazem-se as considerações finais.

2 A CONSTITUIÇÃO CONTRADITÓRIA DO SUS

A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, no final dos anos de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde.

É possível explicar esse movimento a partir da abordagem de Sen (1999), para quem as atividades do setor de saúde lidam com uma racionalidade contrária à

dinâmica do mercado. Em linha análoga, a teoria da justiça de Rawls (1997), a qual se funda em noções de “justiça e imparcialidade”, parece contribuir para valorizar uma dimensão ética da economia da saúde, que acaba por questionar o utilitarismo das preferências individuais, omissos em relação à distribuição da riqueza (GAYNOR; VOGT, 1998).

O paradigma da justiça social demarca, assim, um rompimento com a abordagem da preferência: “a justiça social não é uma questão de preferência individual e seu julgamento é feito independentemente do escrutínio dos indivíduos, com base em seus próprios interesses (...) deriva (a rigor) de um conjunto de valores e princípios que são extrínsecos às preferências que as pessoas deveriam ter como direito” (CULYER, 1980, *apud* WAGSTAFF; DOORSLAER, 2000, p. 1.807).

Por causa da extrema pobreza e da desigualdade social no Brasil (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000), era de se esperar uma associação entre essa abordagem ética da economia da saúde e a referência aos direitos sociais, como estabelecidos na Constituição, já que o processo de democratização reivindicava a implantação de uma assistência à saúde universal. Não é à toa que a saúde é considerada uma questão de interesse público (artigo 197 da Constituição Federal), sejam as entidades públicas, privadas com ou sem fins lucrativos (GRAU, 1992).

Mas por que essas motivações éticas, que organizaram a política da reforma, não produziram uma cobertura verdadeiramente universal? Por que os princípios estabelecidos na Constituição, com base no modelo europeu de bem-estar, não se realizaram no seu todo?

Para começar, vê-se a existência de um sistema público e um privado que são paralelos. Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é um direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde e, ao mesmo tempo, utilizar os serviços do SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e alta renda, executivos e funcionários públicos.

Em segundo lugar, o Estado não induziu a democratização das instituições que regulamentam os médicos liberais e os prestadores de hospitais privados; tampouco a reforma sanitária brasileira pôde adotar uma postura mais publicista em relação a esse setor privado, que serviu de base, por exemplo, para a constituição do sistema de saúde inglês no pós-guerra; ou ainda, pôde erguer estruturas neocorporativas, como no seguro social alemão, que organizou os interesses dos trabalhadores e dos empregadores em instituições auto-reguladas, mas hierarquizadas pelo Estado (cf. WENDT; ROTHGANG; HELMERT, 2005; BROWN; AMELUNG, 1999).

Em terceiro lugar, os planos de saúde foram patrocinados pelo padrão de financiamento público (isenções fiscais) desde 1968, seguindo, nesse aspecto, o modelo liberal dos Estados Unidos, que se fundamenta em subsídios e benefícios do empregador. Assim como lá, tais planos fazem aqui *lobby* no Congresso nacional sobre questões-chave da assistência à saúde, evitando a ampla negociação entre as partes interessadas, para fortalecer o sistema público. Esse quadro se torna mais preocupante uma vez que os

trabalhadores do pólo dinâmico da economia estão cobertos pelo mercado de planos de saúde e seus representantes políticos não apoiam o SUS no Congresso na medida que seria necessária. Esse tipo de “americanização perversa” vicia o processo decisório republicano com base na justiça social, além de ajudar a produzir uma cobertura residual e segmentada da atenção à saúde (VIANNA, 1998).

Nessa linha, como afirmaram Marmor e Boyum (1994) ao refletirem acerca da concorrência na assistência médica, quanto mais americanizado o sistema, mais exacerbada será sua segmentação e privatização. No caso em foco, isso colocaria em xeque a aspiração do universalismo e a capacidade de reduzir os níveis de pobreza e desigualdade por meio das políticas de saúde.

Em suma, apesar do legado do SUS de forte conteúdo ideológico, que considera a assistência à saúde um direito social e questão de interesse público, o Estado não tem sido capaz de garantir que o SUS preste serviços de saúde para trabalhadores do setor privado (trabalhadores fabris e assalariados) e funcionários públicos que, em maior ou menor grau, têm “voz, voto, mídia e dinheiro”.

A rigor, existe contradição entre o modelo redistributivo definido na Constituição e o nível de gasto público em saúde, deixando margem para o fortalecimento do mercado de planos de saúde. De certo modo, essa contradição nasce na própria redação da Constituição no que se refere à assistência à saúde: de um lado, é livre à iniciativa privada (artigo 199); de outro, é direito do cidadão (artigo 196) – paradoxo que tende a minar o financiamento público em saúde (OCKÉ-REIS, 2005).

3 UNIVERSALISMO *VERSUS* PARALELISMO

A expressão “universalização excludente” (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990), cunhada para qualificar a associação entre a “expansão por baixo”, pela inclusão de milhões de pobres e indigentes, e a exclusão por cima, mediante a qual segmentos de trabalhadores mais qualificados e a classe média em geral, aparentemente, renunciam à assistência médica do SUS, em busca de atendimento diferenciado dos planos de saúde, não reconhece significativamente que houve uma migração da clientela do seguro social para o mercado que, por sua vez, reforçou e consolidou o próprio mercado.

Nesses termos, pode-se enunciar que houve uma privatização do seguro social, engrossando o número de consumidores de planos privados, dando início à configuração, a partir do SUS, de um sistema de saúde paralelo, que reproduz desigualdades sociais e aprofunda iniquidades de acesso dentro do sistema de saúde.

Em outras palavras, como ao SUS não foi possível – nem poderia ter sido, em razão dos poucos recursos financeiros – atrair a classe média e o pólo dinâmico da força de trabalho, o fim do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) acabou sintetizando um movimento iniciado em 1968 com os convênios entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e as empresas (OCKÉ-REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2006), quando seus segurados passaram a ser cobertos por esquemas privados. Disso se conclui que ocorreu a privatização do seguro social que, somado ao crescimento “endógeno” do mercado de planos, interditou o projeto estratégico do SUS, o projeto da reforma sanitária.

Os subsistemas público e privado passam a concorrer paralelamente, isto é, o subsistema privado funciona sem sinergia com o SUS. Segundo classificação da OECD (2004), o Brasil teria um modelo duplicado, em que o mercado oferece cobertura (duplicada) a quase todos os serviços já oferecidos pelo setor público, mas a clientela da medicina privada continua a contribuir e usufruir do sistema público (ver WASEN; GREB; OKMA, 2004). Esse quadro subsiste em países como a Inglaterra, onde a cobertura privada tem sido utilizada para diminuir as filas no setor público (OECD, 2008).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo industrializado; o segundo país no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, em número de transplantes de órgãos. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual vai desde assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como serviços de emergência. Além disso, conta com excelente programa de vacinação e um programa de vírus da imunodeficiência humana (HIV) reconhecido internacionalmente. Realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive pesquisa com célula-tronco.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é o principal esforço do governo brasileiro para melhorar a assistência básica, oferecendo uma variedade de serviços preventivos e curativos de assistência à saúde, prestados por equipe composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e diversos agentes de saúde comunitários. O principal objetivo do programa é alcançar o acesso universal à assistência primária para todos os cidadãos.

A despeito dos problemas relativos ao acesso, os custos catastróficos recaem principalmente sobre o sistema público, que oferece transplantes, tratamentos de câncer, cirurgia cardíaca, assistência em longo prazo e hemodiálise. Esse fato explica a ampla prestação pública de serviços caros e sofisticados para os consumidores do sistema privado (HEIMANN; IBANHES; BARBOZA, 2005).

Contudo, permanecem os problemas relativos ao financiamento e à gestão do sistema. Mais abertamente, existem problemas como: a alta prevalência de doenças crônicas entre grupos de mais baixa renda; os surtos de dengue e febre amarela; o acesso restrito e as listas de espera desorganizadas para os serviços especializados; os pacientes de baixa renda e pobres que são deixados em espera nas salas de emergência dos hospitais; gastos altos e regressivos com medicamentos (desembolso direto); baixo nível de investimentos; falta de médicos em regiões mais carentes e mesmo nos estabelecimentos públicos das grandes cidades brasileiras, uma vez que os médicos são mais bem remunerados em estabelecimentos privados etc. Sem mencionar os problemas sociais que afetam diretamente o sistema, tais como pobreza, injustiça, violência, acidentes de trânsito, baixos níveis de educação e cultura, condições sanitárias precárias (ver CERQUEIRA *et al.*, 2007; MESA-LAGO, 2007; UGÁ; SANTOS, 2007; MARINHO, 2004).

Paralelamente, o mercado de planos de saúde (assistência médica e dentária) cobre aproximadamente 48 milhões de pessoas. Sua receita anual é de US\$ 27,2 bilhões¹ (ANS, 2008), por volta de 40% acima do gasto federal em ações de

1. R\$ 45,8 bilhões em 5/8/2008 (US\$ 1,00 = R\$ 1,685).

assistência e serviços de saúde em 2007. O governo federal incentiva as famílias e os empregadores a adquirir planos privados de saúde – por meio da renúncia de arrecadação fiscal – pois o sistema público não tem conseguido atrair a força de trabalho, em particular para a cobertura das consultas especializadas, dos exames diagnósticos, das terapias avançadas (serviços ambulatoriais) e das cirurgias eletivas (leitos para hospitalização).

Esse subsídio do governo, que patrocina o consumo dos planos de saúde, privou o SUS de recursos financeiros, que poderiam ser utilizados para ampliar a cobertura e incrementar a qualidade, para não falar dos efeitos inequitativos da renúncia de arrecadação fiscal (redistribuição para os estratos superiores de renda). Ademais, os pacientes de alto risco e com doença crônica retirados dos planos de saúde são atendidos pelo SUS, sem qualquer transferência, apesar da figura do ressarcimento, transparente, efetiva e regular (OCKÉ-REIS; SILVEIRA; ANDREAZZI, 2006).

Considerando o tamanho do mercado de planos de saúde, o nível dos gastos privados das famílias e as restrições fiscais postas à universalização do acesso e à utilização integral dos bens e serviços providos pelo SUS, parece grave notar que o paralelismo do subsistema privado em relação ao SUS produz efeitos perversos sobre a regulação do sistema de saúde (ausência de planejamento), o financiamento público (elevação dos custos, renúncia fiscal e boicote ao ressarcimento), a organização dos profissionais de saúde (dupla militância), a regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial) e sobre a equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada).

A presença desses incentivos governamentais permite que se aceite como plausível que os mecanismos privados de financiamento tendem a minar o financiamento público da assistência à saúde, e esse fenômeno não se dá exclusivamente no Brasil (ver TUOHY; FLOOD; STABILE, 2004; FLOOD; STABILE; TUOHY, 2002). Na próxima seção, apresenta-se o debate sobre o financiamento do sistema público de saúde, cuja insuficiência é uma barreira concreta para alinhar o SUS a seu mandato constitucional.

4 FINANCIAMENTO DO SUS E EFICIÊNCIA DO GASTO

A Constituição de 1988 previu um modelo de financiamento adequado para garantir a cobertura universal? A partir da criação do Orçamento de Seguridade Social (OSS), esperava-se, ao menos, superar a fragilidade do modelo prévio de seguro social – financiado com base na folha de salários – por meio do alargamento e da diversificação da base de financiamento.

A necessidade de superar o gargalo do financiamento do setor público, entretanto, foi interdita em seu nascedouro com o desmonte do OSS, dado que os 30% indicados nas disposições transitórias da Constituição foram derrubados, anunciando uma longa crise crônica de financiamento do SUS (MARQUES; MENDES, 1999).

Nesse quadro, a política fiscal contemporânea (CASTRO *et al.*, 2008), refém em última análise do pagamento dos encargos financeiros da dívida pública, acabou restringindo o nível do gasto público em saúde no Brasil, dificultando que o SUS

assegurasse o acesso universal e integral, mas também superasse seus problemas de gestão. Todavia, se a gestão do SUS pode ser melhorada, este argumento não pode ser usado como instrumento para a adoção de um controle indiscriminado de custos.

Este último ponto de vista pode ser sustentado a partir da discussão do próprio conceito de eficiência, entendido como a relação entre o valor dos recursos consumidos e os resultados obtidos. Logo, as medidas de eficiência podem mensurar quanto poderia ser produzido com os recursos existentes ou quais recursos deveriam ter sido consumidos para atingir determinado resultado. Tais avaliações são importantes na área da assistência à saúde, em que a eficiência é mensurada pela eficácia do tratamento e não por um simples mecanismo de mercado (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

O Banco Mundial acredita que “aumentar a eficiência e efetividade na utilização dos recursos de saúde para conter a escalada dos custos talvez seja o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro” (WORLD BANK, 2007, p.i).

Sem dúvida, tanto é necessário aumentar os gastos sociais quanto garantir a alocação eficiente (MUSSI; AFONSO, 2008). Afinal, quem argumentaria contra a introdução de um programa governamental ou de um serviço hospitalar mais barato, abrangente e eficaz? É desejável, portanto, melhorar a eficiência do SUS.

Contudo, o que está por trás dessa tese do Banco Mundial? Identifica-se de forma pouco criteriosa o conceito de eficiência com a noção de contenção de custo, sem responder se a suposta ineficiência do SUS pode ter sido causada pelos escassos recursos públicos de custeio e investimento aplicados no sistema (ver MARINHO, 2004).

Na mesma linha, alguns analistas acreditam que o SUS já despense dinheiro o suficiente e que agora bastaria otimizar o gasto, por exemplo, pelo aumento da taxa de ocupação de leitos ou pela redução dos gastos hospitalares – por meio da expansão e melhoria da medicina preventiva e dos serviços ambulatoriais (PINHEIRO, 2008).

Mas se é desejável otimizar o gasto e se a adoção das medidas acima mencionadas são meritorias sob a óptica da organização do sistema e da perspectiva da qualificação da atenção médica, seu êxito pode prescindir – ao contrário – da ampliação dos recursos financeiros. Além do mais, no mundo dos negócios ou no da administração pública, poderá sempre haver certo nível de ineficiência causada por condutas gerenciais inadequadas (idiossincrasias), por imprecisão das metas ou dos processos organizacionais (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Desse modo, a indagação correta a ser feita é: a contenção dos custos poderia agravar os problemas de gestão do SUS e a sua alegada ineficiência sistêmica?

Na verdade, o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir como justificativa para restringir o acesso. A rigor, considerando o custo de oportunidade relativo à alocação de recursos para a saúde (tomando-se em conta sua destinação a outros setores sociais), a melhor prática se pareceria com aquela ação racional realizada para ‘valorizar o dinheiro’ na execução dos serviços médico-hospitalares, prestados para garantir e melhorar as condições de saúde da população (melhor alocação, incentivos contratuais, meio-

ambiente e tecnológico adequado, incremento da produtividade, corte de desperdícios, combate à corrupção etc.).

Em outras palavras, a adoção de medidas de eficiência capazes de levar a melhores práticas não pode servir de base para que se corte o nível de recursos financeiros ou organizacionais do SUS; pelo contrário, a melhoria da eficiência pode, na realidade, exigir o aumento dos gastos. Essa hipótese merece uma séria reflexão, em especial quando economistas renomados internacionalmente, ao analisar o sistema americano, sugerem que há pouca evidência de que “(...) o setor privado possa oferecer assistência à saúde mais eficiente do que a oferecida pelo governo” (KRUGMAN; WELLS, 2006).

De qualquer maneira, para ser responsável com essa proposição, se em tese parece aceitável reivindicar mais recursos para o SUS, na perspectiva inclusive de melhorar a gestão, seu crescimento, pela ampliação dos gastos públicos, tem meio limitado; e, desse modo, o governo que preze o bem-estar social da sua população não pode fechar os olhos diante da tendência de custos crescentes da assistência médica (ver REMLER; BROWN; GLIED, 2005).

A proposta de nova fonte de financiamento estável e abrangente, defendida por amplos setores da sociedade e por instituições de Estado (IPEA, 2008), parece um caminho viável para atenuar a contradição entre o modelo redistributivo descrito na Constituição e o nível de gasto público.

5 EVIDÊNCIAS PARA AMPLIAÇÃO DOS RECURSOS DO SUS

Estudos comparativos dos gastos em saúde atraem bastante interesse entre os economistas e os cientistas políticos (MARMOR; OKMAN; LATHAM, 2006; DELFIM NETTO, 2006; OCKÉ-REIS 2006; BAUMOL, 1993). Ao se examinar tais estudos, vê-se que alguns descrevem as características estatísticas, ao passo que outros buscam explicar os comportamentos institucionais, ou ainda, tentam prescrever-adaptar *a priori* um conjunto de políticas às suas realidades nacionais, tais como controle de custo, medidas preventivas, regulação etc. (CONILL, 2006; MARMOR, 2001).

O que parece razoável e consensual é que seja feita uma descrição dos sistemas de saúde antes de procurar entender como funcionam (MARMOR; FREEMAN; OKMA, 2005). Logicamente, que não se pretende fazer aqui uma descrição detalhada, tampouco tirar qualquer lição de outro país em relação ao financiamento do SUS. Busca-se fazer tão-somente uma seleção *ad hoc* de alguns países da América Latina e da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e comparar seus resultados com os do Brasil, utilizando indicadores socioeconômicos e de assistência à saúde. Desse modo, as conclusões representam o resultado de um esforço de coleta de dados de bases de dados oficiais, assegurando o mínimo de consistência em uma comparação entre os países.

A tabela 1 mostra o Brasil, nação de proporções continentais, com população de 186 milhões de habitantes, que é maior do que a média dos países selecionados da América Latina e da OCDE, exceto pelos Estados Unidos.

TABELA 1
Indicadores socioeconômicos: população e índice de Gini – 1999-2005

Países	População (por mil) ^f	PIB <i>per capita</i> (PPP) ^e US\$	Gini
Brasil	186.405	8.140	58 ^d
Argentina	38.747	13.331	52,8 ^{d, g}
Chile	16.295	12.505	57 ^b
Colômbia	45.600	7.319	58,6 ^d
México	107.029	10.158	49,5 ^{c, h}
Venezuela	26.749	6.104	44,1 ^b
Média América Latina	46.884	9.883	51,7 ⁱ
Alemanha	82.689	28.075	28,3 ^b
Canadá	32.268	31.389	32,6 ^b
Holanda	16.299	31.143	30,9 ^a
Reino Unido	59.668	31.308	36 ^a
Estados Unidos	298.213	39.901	40,8 ^b
Média OCDE	47.731	30.479	37,2 ⁱ

Fontes: World Health Statistics (2006); WHO (2006); World Bank (2006). Elaboração: Ipea.

Notas: ^a 1999; ^b 2000; ^c 2002; ^d 2003; ^e 2004; ^f 2005; ^g setor urbano; ^h gasto *per capita*; ⁱ média ponderada.

A renda *per capita* dos brasileiros é de US\$ 8.140, ajustada pela paridade do poder de compra (PPC) do país, taxa que costuma ser usada para representar a diferença entre o custo de vida de diferentes países. Esse número é mais baixo do que o de países como: Argentina (US\$ 13.331), Chile (US\$ 12.505) e México² (US\$ 10.158), além de ficar bem abaixo da média dos países da OCDE. O Brasil foi o segundo em desigualdades, ficando atrás somente da Colômbia (US\$ 7.319), apesar de a renda *per capita* deste país ser mais baixa do que a do Brasil.

A tabela 2 expõe que 7,6% do PIB do Brasil é gasto com saúde, o que está um pouco acima da média dos países latino-americanos, apesar de ser mais baixo que o gasto com saúde na Argentina e nos países da OCDE. Afora isso, a proporção do gasto público com saúde, em comparação ao gasto total com saúde no Brasil, é mais baixa que a média de 54,4% da América Latina e fica bem abaixo da média observada para os países da OCDE.

Contudo, cabe observar que, em termos relativos, a proporção do gasto público com saúde no Brasil (45,3%) é comparável à dos Estados Unidos (44,6%). Em termos *per capita*, inclusive com os gastos privados em saúde, o Brasil despende US\$ 597, pouco abaixo da média dos países latino-americanos (US\$ 622) e cerca de cinco vezes menos que a média dos países selecionados da OCDE. Os Estados Unidos gastam dez vezes mais em saúde *per capita* que o Brasil, enquanto sua renda *per capita* é cinco vezes maior.

2. Em relação a esta classificação, o México é considerado um país latino-americano, apesar de fazer parte da OCDE.

TABELA 2
Indicadores de gastos em saúde – 2003

Países	% do PIB	% do público	PIB <i>per capita</i> (PPP) US\$
Brasil	7,6	45,3	597
Argentina	8,9	48,6	1.067
Chile	6,1	48,8	707
Colômbia	7,6	84,1	522
México	6,2	46,4	582
Venezuela	4,5	44,3	231
Média América Latina	6,7	54,4	622
Alemanha	11,1	78,2	3.001
Canadá	9,9	69,9	2.989
Holanda	9,8	62,4	2.987
Reino Unido	8,0	85,7	2.389
Estados Unidos	15,2	44,6	5.711
Média OCDE	10,8	68,2	3.415

Fontes: World Health Statistics (2006); WHO (2006); World Bank (2006). Elaboração: Ipea.

A tabela 3 mostra que a proporção de médicos no Brasil (2,1 por mil habitantes) é maior do que a média dos outros países da América Latina e que está perto da média dos países da OCDE (2,6). A Alemanha tem a maior proporção de médicos (3,4 por mil habitantes).

TABELA 3
Indicadores de oferta de serviços de saúde: profissionais de saúde e leitos hospitalares – 2003
(Por mil habitantes)

Países	Médicos	Enfermeiros	Leitos hospitalares
Brasil	2,1 ^a	0,5 ^b	2,6 ^c
Argentina	3,2 ^d	0,4 ^d	4,1 ^a
Chile	1,1	0,6	2,5
Colômbia	1,3 ^c	0,5 ^c	1,2 ^d
México	1,5	2,1	1
Venezuela	1,9 ^b	0,8 ^a	0,9 ^e
Média América Latina	1,8	0,9	1,9
Alemanha	3,4	9,7	8,6 ^d
Canadá	2,1	10	4
Holanda	3,1	13,7	4,6 ^c
Reino Unido	2,3 ^c	7,9 ^c	3,3
Estados Unidos	2,2	9,1	4
Média OCDE	2,6	10,1	4,8

Fontes: World Health Statistics (2006); WHO (2006); OECD Health Data (2005); OPAS (2005). Elaboração: Ipea.

Notas: ^a 2000; ^b 2001; ^c 2002; ^d 2004; ^e setor público.

Além disso, o número de enfermeiros é pouco menor nos outros países da América Latina e 20 vezes menor que a média dos países da OCDE, apesar dos custos mais baixos de contratação e do maior potencial de exercer impacto positivo na efetividade dos serviços de saúde (FAGIN, 1990). Também há 2,6 leitos hospitalares no Brasil, quantidade que é mais alta do que a média entre os países latino-americanos (1,9), embora mais baixa que nos países da OCDE (4,8), em particular a Alemanha (8,6). Portanto, qualquer controle de custo indiscriminado em relação ao número de leitos hospitalares sobrecarregaria o SUS, que já está assoberbado por sua missão constitucional de cobertura universal de saúde.

A tabela 4 mostra que o Brasil tem a maior taxa de mortalidade infantil, apesar do excelente desempenho do PSF, e a menor expectativa de vida no nascimento entre os países selecionados (medidas aproximadas do desempenho dos sistemas de saúde). Vinte e três de cada mil bebês nascidos vivos no Brasil morrem antes de chegar a um ano de idade, o que está bem abaixo da taxa dos países da OCDE e, até mesmo, da América Latina, com exceção do México. Vale ressaltar, o PSF brasileiro é um fator importante para a redução das taxas de mortalidade infantil, embora não exclusivo na contribuição para o declínio da mortalidade infantil nos últimos anos (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

TABELA 4

Indicadores de saúde: mortalidade infantil e expectativa de vida ao nascer – 2004

Países	Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos)	Esperança de vida ao nascer (anos)
Brasil ^a	23	72
Argentina	16	75
Chile	8	78
Colômbia	18	73
México	23	75
Venezuela	16	74
Alemanha	4	78
Canadá	5	80
Holanda	4	79
Reino Unido	5	79
Estados Unidos	6	77

Fontes: World Health Statistics (2006); WHO (2006); World Bank (2006). Elaboração: Ipea.

^a Paho-Ripsa (2008).

Em 2003, o Brasil gastou apenas US\$ 597 *per capita* com saúde ou 7,6% de seu PIB, enquanto a média dos países selecionados da OCDE foi de US\$ 3.145 ou 10,8%. Já a média do gasto dos países latino-americanos selecionados foi US\$ 622 ou 6,7% de seu PIB. Há 2,1 médicos para cada mil pessoas e uma proporção de leitos abaixo da taxa da OCDE, mas acima dos países latino-americanos.

No que diz respeito às medidas de resultados disponíveis, entre os países selecionados o Brasil tem a maior taxa de mortalidade infantil, apesar do excelente desempenho do PSF, e a menor expectativa de vida no nascimento.

De forma geral, a reforma e as políticas de saúde introduzidas depois de 1988 parecem ter causado impacto positivo na redução da pobreza e das desigualdades em saúde (MESA-LAGO, 2007). Segundo especialistas ingleses, entretanto, – e isso seria preocupante diante das contradições do financiamento do SUS – o “momento político que permitiu (que as políticas de saúde) sobrevivessem à onda adversa de reformas neoliberais e, sobretudo, assegurassem que o gasto público em saúde recebesse uma parcela cada vez maior do PIB, começará a passar” (CORNWALL; SHANKLAND, 2008, p. 2.182).

Em relação a esse quadro, para garantir o mandato constitucional, é necessário criar uma fonte estável de financiamento para o SUS, que seja claramente progressiva (UGÁ; SANTOS, 2007), de modo a contrabalançar, assim, o baixo gasto público, a baixa taxa de leitos e os resultados inadequados em saúde.

6 CONCLUSÕES

Como os formuladores de política lidam com esta tensão entre as aspirações de constituir um sistema de saúde universal e as restrições financeiras do Estado?

Parece haver contradição entre o modelo redistributivo preconizado na Constituição brasileira e o nível de gasto público em saúde no Brasil. O sistema de saúde nacional do Reino Unido, apesar de menos pluralista, é semelhante ao que é descrito na Constituição brasileira e o gasto público em saúde absorve 85,7% de todos os recursos alocados à saúde. Vale destacar, ainda assim, o Reino Unido enfrenta um debate público sobre se o sistema é insuficientemente financiado ou se seria melhor a privatização, por causa das longas listas de espera por procedimentos cirúrgicos eletivos, a qualidade incerta dos serviços prestados para as pessoas com doenças crônicas, a deterioração do equipamento e os baixos níveis de investimento (MAYNARD, 2005).

O autor defende que o Ministério da Saúde e os governos estaduais e municipais devam melhorar a eficiência do SUS, alocando maiores recursos com base na necessidade e desempenhando papel intervencionista para aumentar o impacto do gasto público na qualidade da atenção médica; e, ainda, incentivar o mercado a considerar a saúde como questão de interesse público, fortalecendo o papel institucional da ANS.

Considerando, igualmente, que os mecanismos privados de financiamento tendem a ter impacto negativo sobre o financiamento público, criticamos a renúncia de arrecadação fiscal sem o exame prévio da eficiência e equidade de sua aplicação sobre o acesso ao sistema. O mercado de planos de saúde deve assumir um papel suplementar para cobrir os estratos superiores de renda, que detêm capacidade de pagar o sistema privado. Este arranjo foi, de certa forma, empregado no sistema de saúde holandês até 2005, no qual os que ganhavam acima de certa faixa foram excluídos da cobertura do seguro social holandês (THOMSON; MOSSIALOS, 2006).

Parece sem sentido que o Brasil importe modelos pró-mercado (ver MARMOR, 2004), a saber, o modelo americano do *managed care* (STOCKER; WAITZKIN; IRIART, 1999), uma vez que o setor privado aumentaria, enquanto o gasto público em saúde seria reduzido pelas políticas de privatização e de renúncia fiscal. Para romper com o paralelismo, parece oportuno construir um consenso acerca do papel da “saúde suplementar”, cuja agenda de reforma aponte para a regulamentação de uma atividade privada de interesse público articulada ao regime de concessão de serviços públicos – mudando democraticamente as normas que designam a assistência à saúde como livre à iniciativa privada (artigo 199 da Constituição Federal e artigo 21 da Lei nº 8.080).

O programa da agenda sanitária deveria adotar o eixo da reforma pública do mercado, exigindo a incorporação de uma lógica próxima ao seguro social público, sob pena de que a luta contra a estratificação de clientela continue “impotente” para barrar a contaminação do SUS pelo mercado. As possibilidades de regulação e planejamento do sistema de saúde, a serem estabelecidas entre o SUS e um mercado “quase-mutualista” – em substituição progressiva do modelo tipicamente capitalista, reforçariam os pressupostos igualitaristas do SUS e reconstruiriam seu projeto estratégico, o qual, em países de capitalismo periférico como o Brasil, poderia mesmo representar as portas do antivalor (ver OLIVEIRA, 1988).

Paulatinamente, o SUS deve começar a prestar serviços de saúde tanto para trabalhadores fabris, quanto para assalariados e funcionários públicos que, em maior ou menor extensão, têm “voz, voto, mídia e dinheiro”, tornando sua defesa ainda mais influente no Congresso Nacional. No contexto do mercado de serviços de saúde, sem descartar a idéia de adaptar o seguro social bismarkiano ou de aplicar um modelo canadense híbrido (*single-payer* associado a formas privadas de custeio), uma inovação repousaria na criação de um tipo de propriedade privada de interesse público (ver GENRO, 1999), em direção a novos modos de intermediação do financiamento dos serviços privados.

Apesar do clima de incerteza da proposta de reforma fiscal e do futuro do orçamento da seguridade social (SILVEIRA; RANGEL, 2008; DELGADO, 2008), a criação de nova fonte financeira estável e progressiva para o setor da saúde tornaria a promessa da constituição do sistema de saúde universal uma realidade mais próxima dos trabalhadores e cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, jun. 2008.

BARROS, R. P. de; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. In: HENRIQUES, R. (Ed.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000. p. 21-47.

BAUMOL, W. J. Health care, education, and cost disease: a looming crisis for public choice. *Public Choice*, v. 77, n. 1, p. 17-28, 1993.

BROWN, L. D.; AMELUNG, V. E. ‘Manacled competition’: market reforms in German health care. *Health Affairs*, v. 18, n. 3, p. 76-91, 1999.

- CAMPOS, G. W. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CASTRO, J. A. de; RIBEIRO, J. A.; CHAVES, J. V.; DUARTE, B. C.; SIMÕES, H. B. *Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005*. Brasília: Ipea, 2008 (Texto para Discussão, n. 1.324).
- CERQUEIRA, D. R. C.; CARVALHO, A. X. Y.; LOBÃO, W. J. A.; RODRIGUES, R. I. *Análise dos custos e conseqüências da violência no Brasil*. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.284.)
- CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Ed.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006. p. 563-613.
- CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- CORNWALL, A.; SHANKLAND, A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. *Social Science and Medicine*, v. 66, n. 10, p. 2.173-2.184, 2008.
- DELFIN NETTO, A. Saúde universal. *Carta Capital*, 2006. Disponível em: <<http://cms.cartacapital.com.br/carta/edicoes/2006/12/423/saude-universal> em 30/06/2008>.
- DELGADO, G. C. Reforma tributária é o mais sorrateiro golpe na seguridade social. *Correio da Cidadania*, 2008. Disponível em: <www.correiodacidade.com.br/content/view/1949/109 em 30/06/2008>.
- FAGIN, C. M. Cost effectiveness: nursing's value proves itself. *The American Journal of Nursing*, v. 90, n. 10, p. 16-30, 1990.
- FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.
- FLEURY, S. Reshaping health care systems in Latin America: toward fairness? In: FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Eds.). *Reshaping health care systems in Latin America*. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Canada: International Development Research Centre, 2000. p. 225-262.
- FLOOD, C. M.; STABILE, M.; TUOHY, C. H. The borders of solidarity: how the countries determine the public/private mix in spending and the impact on health care. *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine*, v. 12, n. 2, p. 297-356, 2002.
- GAYNOR, M.; VOGT, W. B. What does economics have to say about health policy anyway? A comment and correction on Evans and Rice. In: PETERSON, M. A. (Ed.). *Health markets? The new competition in medical care*. London: Duke University Press, 1998. p.110-128.
- GENRO, T. F. H. *O futuro por armar. Democracia e socialismo na era globalitária*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GRAU, E. O conceito de “relevância pública” na Constituição de 1988. In: DALLARI, S. G. (Ed.). *O conceito constitucional de relevância pública*. Brasília: Opas, 1992. p. 13-20. (Série Direito e Saúde, n. 1.)

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Eds.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, Opas, Irdc, 2005.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Boletim de Políticas Sociais*, n. 15. Brasília: Ipea, mar. 2008.

KRUGMAN, P.; WELLS, R. The health care crisis and what to do about it. *The New York Review of Books*, v. 53, n. 5, 2006. Disponível em: <www.nybooks.com/articles/18802 em 04/12/2007>.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. de. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 601, p. 13-19, 2006.

MARINHO, A. *Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Ipea, 2004. (Texto para Discussão, n. 1.055).

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. *Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. (Texto para Discussão, n. 787).

MARMOR, T. R. *Fads, fallacies and foolishness in medical care management and policy*. London: The Nuffield Trust, 2004. (Rock Carling Lecture).

_____. Comparing global health systems: lessons and caveats. In: WIENERS, W. W. (Ed.). *Global health care markets: a comprehensive guide to regions, trends, and opportunities shaping the international health arena*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001. p. 7-23.

MARMOR, T. R.; BOYUM, D. Reflections on the argument for competition in medical care. In: MARMOR, T. R. (Ed.). *Understanding health care reform*. New Haven: Yale University Press, 1994. p. 139-45.

MARMOR, T. R.; FREEMAN, R.; OKMA, K. G. H. Comparative perspectives and policy learning in the world of health care. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 7, n. 4, p. 331-48, 2005.

MARMOR, T. R.; OKMA, K. G. H.; LATHAM, S. R. Values, institutions and health politics. In: WENDT, C.; WOLF, C. (Eds.). *Soziologie der Gesundheit. Deutschland*. VS Verlag, 2006. p. 383-405.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. Financiamento: a doença crônica da saúde pública brasileira. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 5., 1999, Salvador. *Anais...* Salvador: Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1999. p. 213-238.

MAYNARD, A. (Ed.). *The public-private mix for health: plus ça change, plus c'est la même chose?* United Kingdom: Nuffield Trust, 2005.

MEDEIROS, M. *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde*. Brasília: Ipea, 1999. (Texto para Discussão, n. 687).

MESA-LAGO, C. O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. *Nueva Sociedad* (in Portuguese), 2007. Disponível em: <www.nuso.org/esp_portugues/Mesa%20Lago.pdf em 30/06/2008>.

MUSSI, C.; AFONSO, J. R. R. Como conciliar desenvolvimento econômico com bem estar social? *Nueva Sociedad*, 215, Mayo-Jun. 2008. Disponível em: <www.nuso.org/upload/articulos/3527_2.pdf em 30/06/2008>.

OCKÉ-REIS, C. O. *Sistemas de saúde comparados: gasto, acesso e desempenho*. Rio de Janeiro: Ipea, 11 ago. 2006. (Seminário interno Ipea-RJ n. 237). Disponível em: <www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/seminario0237.pdf em 09/07/2008>.

_____. Uma reflexão sobre o papel da ANS em defesa do interesse público. *RAP*, v. 39, n. 6, p. 1.303-1.318, 2005.

OCKÉ-REIS C. O.; SILVEIRA F. G.; ANDREAZZI M. F. S. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Revista Econômica Contemporânea*, v. 10, n. 1, p. 157-186, 2006.

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development. *Reviews of regulatory reform: Brazil strengthening governance for growth*. Paris: OECD, 2008.

_____. *Proposal for a taxonomy of health insurance*. Paris: OECD Health Project, 2004.

OECD HEALTH DATA 2005. *Statistics and indicators for 30 countries*. Disponível em: <www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?k=5LH0L0PQZ5WK&lang=en em 21/10/2008>.

OLIVEIRA, F. de. O surgimento do antivalor. Capital, força de trabalho e fundo público. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 22, p. 8-28, out. 1988.

OPAS – Organización Panamericana de la Salud. *Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2005*. Disponível em: <www.paho.org/spanish/dd/ais/IB-folleto-2005.pdf em 21/10/2008>.

PAHO-RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil, conceitos e aplicações – 2008*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf> em 21/10/2008>.

PINHEIRO, A. C. Saúde: promessa social, desafio econômico. *Valor on line*, 06/20/2008. Disponível em: <www.valoronline.com.br/valoreconomico/285/primeirocaderno/opinia/Saude+promessa+social+desafio+econ%c3%b4mico,,58,4995209.html em 30/06/2008>.

PORTO, S. M. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.

RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997. Primeira edição em 1971.

REMLER, D. K.; BROWN, L. D.; GLIED, S. A. Market versus state in health care and health insurance: false dichotomy. In: NELSON, R. R. (Ed.). *The limits of market organization*. New York: Russell Sage Foundation, 2005. p. 213-230.

SANTOS, N. R. Trajetória da efetivação do SUS: impasses e tendências da gestão pública. In: HEIMANN, L. S.; IBANHES L. C.; BARBOZA, R. (Orgs.). *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 101-110.

SEN, A. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SILVEIRA, F. G.; RANGEL, L. Proposta de desoneração da contribuição sobre a folha. *Valor on line*, 06/27/2008. Disponível em: <www.valoronline.com.br/valoreconomico/285/primeirocaderno/opiniaio/Proposta+de+desoneracao+da+contribuicao+sobre+a+folha,,58,5008776.html?highlight=&newsid=5008776&areaid=58&editionid=2038 em 30/06/2008>.

STOCKER, K.; WAITZKIN, H.; IRIART, C. The exportation of managed care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*, v. 340, n. 14, p. 1.131-1.136, 1999.

THOMSON, S.; MOSSIALOS, E. Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, v. 16, n. 4, p. 315-327, 2006.

TUOHY, C. H.; FLOOD, C. M.; STABILE, M. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, v. 29, n. 3, p. 359-396, 2004.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. An analysis of equity in Brazilian health system financing. *Health Affairs*, v. 24, n. 4, p. 1.017-1.028, 2007.

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

WAGSTAFF, A.; DOORSLAER, E. V. Equity in health care finance and delivery. In: CULYER, A. J., NEWHOUSE, J. P. (Eds.). *Handbook of health economics*. Netherlands: Elsevier, 2000. p. 1.803-1.862, v. 1B.

WASEN, J.; GREB, S.; OKMA, K. G. H. The role of private health insurance countries. In: SALTMAN, R.; BUSSE, R.; FIGUERAS, J. (Eds.). *Social health insurance in Western Europe*. England-USA: Open University Press; 2004. p. 227-247.

WENDT, C.; ROTHGANG, H.; HELMERT, U. *The self-regulatory German health care system between growing competition and state hierarchy*. Bremen: University of Bremen, 2005 (TranState Working Paper, n. 32).

WHO. *The world health report 2006: working together for health*. Disponível em: <www.who.int/whr/2006/en/ em 21/10/2008>.

WORLD BANK. *Governance in Brazil's unified health system (SUS)*. Raising the quality of public spending and resource management. Brazil: World Bank Group, 2007 (Report n. 36.601-BR).

_____. 2006. *World development indicators 2006*. Disponível em: <<http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Cover.htm> em 21/10/2008>.

WORLD HEALTH STATISTICS. 2006. Disponível em: <www.who.int/whosis/whostat2006/en/index.html em 21/10/2008>.

EDITORIAL

Coordenação
Iranilde Rego

Supervisão
Andrea Bossle de Abreu

Revisão e Editoração
Equipe Editorial

Livraria
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Tiragem: 130 exemplares