

Sistema Produtivo **11**

Perspectivas do Investimento em
Saúde



Instituto de Economia da UFRJ
Instituto de Economia da UNICAMP

Após longo período de imobilismo, a economia brasileira vinha apresentando firmes sinais de que o mais intenso ciclo de investimentos desde a década de 1970 estava em curso. Caso esse ciclo se confirmasse, o país estaria diante de um quadro efetivamente novo, no qual finalmente poderiam ter lugar as transformações estruturais requeridas para viabilizar um processo sustentado de desenvolvimento econômico. Com a eclosão da crise financeira mundial em fins de 2008, esse quadro altamente favorável não se confirmou, e novas perspectivas para o investimento na economia nacional se desenham no horizonte.

Coordenado pelos Institutos de Economia da UFRJ e da UNICAMP e realizado com o apoio financeiro do BNDES, o Projeto PIB - Perspectiva do Investimento no Brasil tem como objetivos:



- Analisar as perspectivas do investimento na economia brasileira em um horizonte de médio e longo prazo;
- Avaliar as oportunidades e ameaças à expansão das atividades produtivas no país; e
- Sugerir estratégias, diretrizes e instrumentos de política industrial que possam auxiliar na construção dos caminhos para o desenvolvimento produtivo nacional.

Em seu escopo, a pesquisa abrange três grandes blocos de investimento, desdobrados em 12 sistemas produtivos, e incorpora reflexões sobre oito temas transversais, conforme detalhado no quadro abaixo.

ECONOMIA BRASILEIRA	BLOCO	SISTEMAS PRODUTIVOS	ESTUDOS TRANSVERSAIS
	INFRAESTRUTURA	Energia Complexo Urbano Transporte	Estrutura de Proteção Efetiva Matriz de Capital
	PRODUÇÃO	Agronegócio Insumos Básicos Bens Salário Mecânica Eletrônica	Emprego e Renda Qualificação do Trabalho Produtividade, Competitividade e Inovação
	ECONOMIA DO CONHECIMENTO	TICs Cultura Saúde Ciência	Dimensão Regional Política Industrial nos BRICs Mercosul e América Latina

Documento Não Editorado

COORDENAÇÃO GERAL

Coordenação Geral - David Kupfer (IE-UFRJ)

Coordenação Geral Adjunta - Mariano Laplane (IE-UNICAMP)

Coordenação Executiva - Edmar de Almeida (IE-UFRJ)

Coordenação Executiva Adjunta - Célio Hiratuka (IE-UNICAMP)

Gerência Administrativa - Carolina Dias (PUC-Rio)

Coordenação de Bloco

Infra-Estrutura - Helder Queiroz (IE-UFRJ)

Produção - Fernando Sarti (IE-UNICAMP)

Economia do Conhecimento - José Eduardo Cassiolato (IE-UFRJ)

Coordenação dos Estudos de Sistemas Produtivos

Energia – Ronaldo Bicalho (IE-UFRJ)

Transporte – Saul Quadros (CENTRAN)

Complexo Urbano – Cláudio Schüller Maciel (IE-UNICAMP)

Agronegócio - John Wilkinson (CPDA-UFRJ)

Insumos Básicos - Frederico Rocha (IE-UFRJ)

Bens Salário - Renato Garcia (POLI-USP)

Mecânica - Rodrigo Sabbatini (IE-UNICAMP)

Eletrônica – Sérgio Bampi (INF-UFRGS)

TICs- Paulo Tigre (IE-UFRJ)

Cultura - Paulo F. Cavalcanti (UFPB)

Saúde - Carlos Gadelha (ENSP-FIOCRUZ)

Ciência - Eduardo Motta Albuquerque (CEDEPLAR-UFMG)

Coordenação dos Estudos Transversais

Estrutura de Proteção – Marta Castilho (PPGE-UFF)

Matriz de Capital – Fabio Freitas (IE-UFRJ)

Estrutura do Emprego e Renda – Paul Baltar (IE-UNICAMP)

Qualificação do Trabalho – João Sabóia (IE-UFRJ)

Produtividade e Inovação – Jorge Britto (PPGE-UFF)

Dimensão Regional – Mauro Borges (CEDEPLAR-UFMG)

Política Industrial nos BRICs – Gustavo Brito (CEDEPLAR-UFMG)

Mercosul e América Latina – Simone de Deos (IE-UNICAMP)

Coordenação Técnica

Instituto de Economia da UFRJ

Instituto de Economia da UNICAMP

Projeto financiado com recursos do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). O conteúdo ou as opiniões registrados neste documento são de responsabilidade dos autores e de modo algum refletem qualquer posicionamento do Banco.

REALIZAÇÃO



Fundação Universitária
José Bonifácio

APOIO FINANCEIRO



Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior





PROJETO PERSPECTIVAS DO INVESTIMENTO NO BRASIL
BLOCO: ECONOMIA DO CONHECIMENTO
SISTEMA PRODUTIVO: COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO: CARLOS G. GADELHA

DOCUMENTO SETORIAL:
SERVIÇOS DE SAÚDE

Pedro Ribeiro Barbosa (ENSP-FIOCRUZ)

Fevereiro de 2009

Documento Não Editorado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1. Condicionamentos Sócio-Sanitários sobre a Dinâmica dos Serviços	9
2. Dinâmica Global de Investimentos	16
3. Tendências do Investimento no Brasil	30
4. Perspectivas de Médio e Longo Prazos para os Investimentos	46
5. Proposições de Políticas	58
6. Conclusão	62
7. Bibliografia	66

INTRODUÇÃO

Estudos econômicos envolvendo o campo da saúde expressam um importante desafio acadêmico, qual seja o de articular apropriadamente as suas dimensões sócio-sanitária e econômica em si. De um lado registra-se na saúde uma dinâmica de inovação bastante expressiva, concentrando cerca de 20% dos investimentos globais em P&D, ao mesmo tempo e de modo associado, representa área de estratégico interesse das sociedades, ocupando espaço diferenciado no campo das políticas públicas em muitos países (Global Forum, 2006). Os gastos em saúde são expressivos em boa parte dos países, já representando parte significativa dos respectivos PIBs e da dinâmica econômica. As tendências seguem apontando para parcelas relativas crescentes de gastos em saúde, frente aos gastos totais na maior parte das sociedades. As possibilidades e conquistas efetivas, relacionadas com as condições de saúde em geral e aumento significativo da expectativa de vida ao nascer são avanços reconhecidos, que, no entanto, contribuem para aumentar a complexidade quanto à novas perspectivas de melhoria, impulsionando e sendo impulsionado por sua vertente econômica, destaque para a dinâmica da inovação, de forma associada a novos desafios na sua natureza sócio-sanitária.

Consagra-se uma realidade em que a saúde contribui e contribuirá de forma crescente para o dinamismo econômico das sociedades, ao mesmo tempo em que esta, de forma biunívoca, amplia o valor da saúde como um bem e finalidade social inalienável. Assim, saúde e desenvolvimento são indissociáveis. O desenvolvimento é assumido nas suas vertentes econômica e social, baseado numa economia política da saúde, tendo o campo da saúde uma conexão estrutural com o desenvolvimento econômico (Gadelha, 2005).

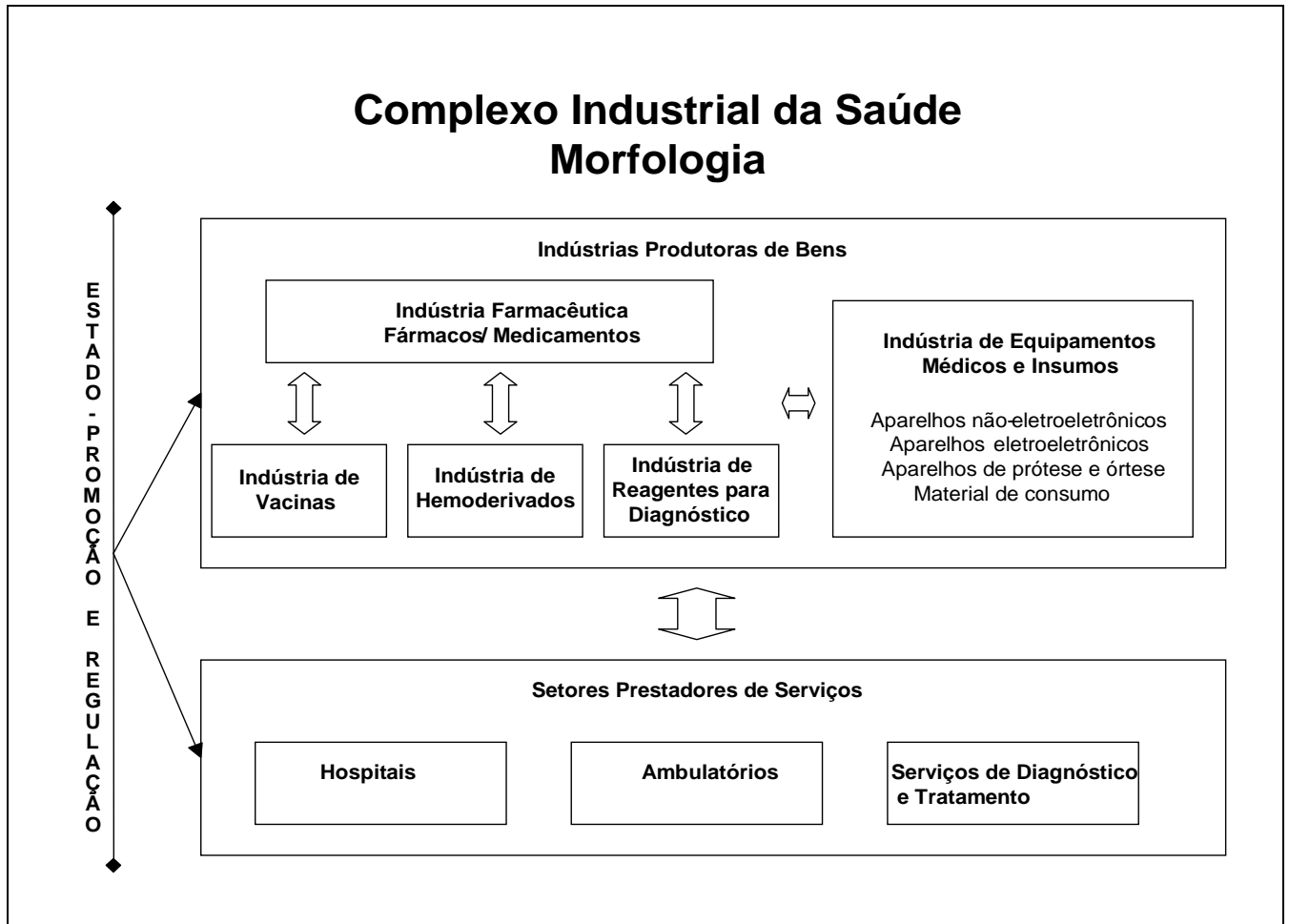
Neste processo de desenvolvimento das sociedades, envolvendo complexas inter-relações e mantido por referência o campo da saúde, há, portanto, o desafio por gerar-se nexos entre a vertente econômica e sócio-sanitária, o que impõe concepções inovativas tanto no campo teórico, como nas políticas públicas. Igualmente, novas exigências são demandadas ao Estado, enquanto indutor e articulador de investimentos públicos e privados em saúde e como formulador de políticas sinérgicas, sanitária, industrial, de ciência e tecnologia, entre outras, na perspectiva de ciclos virtuosos entre saúde e desenvolvimento.

Documento Não Editorado

Na sua dimensão econômica, enquanto referência para demarcar o sistema produtivo da saúde, utiliza-se a formulação de complexo econômico-industrial da saúde nos termos de Gadelha (2003), articulando o sistema produtivo de bens e serviços, enfatizando a dinâmica específica de cada sub-sistema e setor e, principalmente, suas interações que envolvem relações de mercado (compra e venda de bens e serviços), tecnológicas (geração e difusão de conhecimentos no âmbito dos paradigmas tecnológicos dominantes) e político-institucionais (interações no âmbito do sistema de saúde envolvendo atividades de promoção e regulação). Destaque para a inclusão do ramo de serviços, assumindo-se que também a prestação de serviços assistenciais passa a seguir uma lógica típica da atividade industrial.

A **Figura 1** permite demarcar o complexo, evidenciando a existência de um conjunto particular de atividades econômicas que estão inseridas num contexto institucional e produtivo bastante específico. Conforme ilustrado nesta figura, a produção em saúde envolve um espectro amplo de atividades industriais, possuindo um conjunto de setores, liderados pela indústria farmacêutica, que adotam paradigmas de base química e biotecnológica e um outro conjunto, conformado pelas indústrias de equipamentos e materiais, cujas inovações se baseiam em paradigmas de base mecânica, eletrônica e de materiais. A produção de todos estes segmentos industriais conflui para mercados fortemente articulados que caracterizam a prestação de serviços de saúde, hospitalares, ambulatoriais e de diagnóstico e tratamento, condicionando a dinâmica competitiva e tecnológica do Complexo.

Figura 1 – Complexo Econômico-industrial da Saúde



Fonte: Gadelha, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2, V.8, p. 521. 2003.

A partir desta formulação é possível compreender o segmento dos serviços como importante força motriz para a maior interação e dinamismo de todo o complexo da saúde. Importa que os serviços de saúde não expressem somente as possibilidades de respostas diretas às necessidades e demandas de assistência à saúde de um país. Os serviços de saúde constituem segmento a promover importante dinamismo econômico, seja pela importante capacidade de geração de renda e emprego, mas igualmente por sua condição de importante demandador de bens e serviços oriundos, sobretudo, de outros segmentos do complexo produtivo da saúde. Igualmente cresce de importância e reconhecimento a participação dos serviços de saúde na dinâmica da inovação e desenvolvimento de outros sub-segmentos do complexo. Não raro, especialmente em hospitais mais especializados e importantes serviços de laboratório, identifica-se associações com empresas dos demais sub-segmentos do CIS, para o desenvolvimento de novos produtos, incluindo por vezes universidades e ICTs.

Documento Não Editorado

Ainda tomando por referência o conceito de complexo econômico-industrial da saúde, os serviços, enquanto um de seus sub-segmentos, possuem importância destacada no processo de geração de interdependências entre todos os sub-segmentos, contribuindo de forma particular para a própria configuração do complexo, dado seu papel dinamizador, na condição de principal base produtiva do Complexo.

A partir de um recorte de caráter mais setorial sanitário, em boa parte dos países desenvolvidos, o segmento de serviços encontra-se configurado sob a forma de sistemas de saúde, dado uma perspectiva de maior eficiência e eficácia frente a demandas tão diversas. Requerem articulação sistêmica, sob forma de rede de serviços, articulados sob princípios diversos, destacando-se a concepção de níveis de complexidade tecnológica e escala econômica, para fazer frente às diferentes demandas assistenciais.

Nesta configuração dos serviços de atenção à saúde há significativa diversidade de portes organizacionais, variadas funções assistenciais e distintas complexidades tecnológicas. Variando conforme políticas e tipos organizacionais, em boa parte dos países, abrangem de postos de saúde ou unidades assistenciais ambulatoriais, consultórios médicos e outros serviços simplificados de saúde a complexos hospitalares multi-especializados, passando por toda uma gama de serviços de complexidade intermediária, tanto assistenciais diretos à população, quanto de suporte diagnóstico-terapêutico e ainda de serviços para-médicos. Configuram em geral, sistemas assistenciais com maior ou menor organicidade, política, organizativa e operacional. No âmbito do complexo são responsáveis por grande parte do seu dinamismo econômico, com destaque para o papel dos hospitais e centros de diagnóstico e terapia mais complexos, dada sua condição de produtores especializados de serviços e igualmente demandadores e indutores de tecnologias diferenciadas e inovativas.

Na condição de concentradores e demandantes das mais complexas tecnologias, são responsáveis por parte extremamente importante do consumo de equipamentos médico-hospitalares, materiais médico-cirúrgicos, medicamentos, imunobiológicos e outros insumos e produtos em saúde no país, além de toda uma gama de serviços de TI, além de insumos de natureza administrativa e logística. Do ponto de vista da inovação em saúde, seu papel é marcante no campo da prática médica, compreendida como a implementação de novas tecnologias de atenção, boa parte delas possível em decorrência de inovações geradas por outros agentes, fundamentalmente oriundas do

Documento Não Editorado

segmento de produção de bens industriais. Os hospitais, no entanto, especialmente os mais complexos e especializados e ainda empresas focadas em diagnósticos médicos, possuem características para além do espaço de meros produtores de serviços. Sua maior diferenciação permite importantes interações com outros agentes do complexo, com pesos mais importantes em inovações no segmento de produtos, médicos e sanitários em geral.

O setor de serviços possui portanto, papel relevante no complexo, dado sua condição natural de vetor de dinamismo. De modo associado, o próprio porte do conjunto dos serviços de saúde, fortemente dependente de mão de obra, boa parte especializada, também gera outras importantes conseqüências para a dinâmica econômica em geral, como geração de renda e emprego. Assim, compreende-se o setor serviços não apenas como efetivo componente do complexo produtivo da saúde, mas sobretudo, como um pólo a contribuir com parte importante do seu dinamismo.

Este sub-sistema, experimenta importantes transformações, decorrentes ao menos de três grandes vetores que agem de modo inter-condicionados: um primeiro correspondendo à própria dinâmica de inovação do complexo produtivo da saúde, que gera novas possibilidades nos serviços, alterando sobretudo suas formas organizativas, seus processos, produtos e mercados, incluindo suas escalas ou escopos; um segundo condicionante é a própria dinâmica demográfica e epidemiológica das populações, que configuram por si e permanentemente, novas necessidades, demandas e mercados; e finalmente, a ação dos governos, através de políticas públicas que cada vez mais modulam a sua dinâmica de crescimento, dado a natureza social e a responsabilidade crescente do Estado nesse espaço social.

Todo o processo de transformação e desenvolvimento dos serviços, como de todo o complexo, reforça a importância da saúde frente ao conceito de Sistemas Nacionais de Inovação, de modo articulado à concepção de sistema nacional de saúde, na sua dimensão pública e no caso brasileiro, através do Sistema Único de Saúde – SUS, e na sua dimensão privada, através sobretudo, do mercado de planos, seguros e prestadores privados. Na maioria dos países desenvolvidos, os Estados nacionais não se furtam a funções ativas nas políticas e organizações de sistemas nacionais de saúde, sejam públicos, privados ou mistos. Essa condição exige e possibilita novos elementos analíticos, de modo articulado à dimensão política e ao papel do Estado na geração e

Documento Não Editorado

difusão de inovações e do desenvolvimento da sociedade. Nesta linha e tomando por referência o conceito de Sistema Nacional de Inovação e o papel do Estado (Lundvall, 1992; Freeman, 1995), assim como o papel do Estado na saúde, é possível conceber, assumindo uma visão não apenas conceitual, mas igualmente política e estratégica, o conceito de Sistema Nacional de Inovação em Saúde (SNIS) (Albuquerque & Cassiolato, 2002; Gadelha et alii, 2003). Este estudo não tem o propósito de aprofundar, seja conceitualmente ou operacionalmente, as relações no interior desse sistema, mas apenas tomá-lo como mais uma referência de destaque, de modo que tanto o diagnóstico, quanto às projeções e proposições aqui apresentadas quanto ao papel dos serviços de saúde nos cenários futuros, estejam referenciadas a uma concepção analítica e política dada.

Em síntese, neste estudo se compreende os serviços não apenas enquanto segmento a compor e interagir no interior do complexo econômico-industrial da saúde. Os serviços constituem segmento dinâmico frente aos demais agentes, possuindo capacidade endógena de inovação, além das relacionadas com a dependência e inter-relação com seus fornecedores, clientes e demais prestadores associados.

Os resultados apresentados, bem como as formulações e proposições envolveram pesquisa à literatura e a documentos oficiais, tanto para o contexto e tendências internacionais quanto no âmbito nacional. Bancos de dados especializados foram utilizados, tais como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, DATASUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Cadastros e bancos internacionais foram igualmente acessados, como de entidades associativas da OCDE e da OMS. Pesquisas específicas, de caráter nacional como a Assistência Médico-Sanitária/IBGE e outras produzidas por entidades representativas empresariais setoriais foram consideradas. Algumas entrevistas com informantes-chaves, analistas, dirigentes de saúde e de entidades representativas, foram realizadas, tanto para diagnóstico, quanto para identificação de tendências e para apoio às estratégias públicas, quanto relacionadas com a iniciativa privada.

Antecedido por uma breve localização acerca da importância da dinâmica demográfica e epidemiológica para o sistema produtivo da saúde e em especial para o segmento de serviços, a estrutura do relatório segue o modelo padrão definido para o escopo da pesquisa, com uma primeira parte analisando a dinâmica global de investimentos, ressalvadas as limitações para sua plena aplicação ao segmento de serviços de saúde,

uma segunda onde são projetados os cenários, tanto de médio, quando de longo prazos para o país. No primeiro, o esforço de análise está condicionado pelo cenário de referência proposto, assumindo-o como o possível, dadas as tendências. Quanto ao cenário de longo prazo, o que se estabelece é um futuro desejável, imagem-objetivo, livre de constrangimentos, mas derivado da superação política e programática de gargalos e barreiras, de modo articulado às proposições, apresentadas ao final do documento, condições capazes de viabilizar o referido cenário de longo prazo.

1. Condicionamentos Sócio-Sanitários sobre a Dinâmica dos Serviços

Inicialmente, no entanto, antecedendo a dados e informações de dimensão econômica, alguns condicionamentos de natureza sócio-sanitária, devem ser considerados, pois possuem significativa influência sobre as estruturas e funcionamento dos serviços de saúde. A **Figura 2** apresenta, em síntese, um conjunto de categorias e dimensões a impactarem a estrutura, a utilização, o desempenho e o desenvolvimento dos serviços. Não sendo pretensão realizar análises aprofundadas sobre o tema, importa o destaque de alguns elementos, mantendo a perspectiva de que inovação e desenvolvimento em saúde forçosamente impõem sinergia entre ao menos as dimensões sócio-sanitária e econômica, envolvendo uma complexa trama de intercondicionamentos. Os aspectos demográficos, epidemiológicos e de política e organização sanitária, expressam importantes vetores a condicionarem a estrutura e desempenho dos serviços. Possuem influência direta sobre as necessidades, demandas e utilização de serviços, acompanhados de elementos de natureza educacional, cultural e econômica, dentre outros, referidos a indivíduos e/ou grupos de clientes ou apenas potenciais demandantes dos serviços. Dentre tais elementos, adequadas políticas públicas, em sociedades que tomam a saúde em sua integralidade enquanto direito de cidadania, devem estar adequadamente alinhadas a necessidades, demandas e utilização, bem como às suas tendências, estas fortemente associadas à realidade e movimentos tanto demográficos quanto epidemiológicos. Em tese e em síntese, os serviços de saúde, na sua dimensão sócio-sanitária devem responder a tais necessidades, interferindo de forma positiva em relação a objetivos últimos de saúde em dada população, qual seja o controle de doenças e de mortes, contribuindo para a promoção da vida, com qualidade.

Figura 2 – Elementos Condicionantes sobre os Serviços de Saúde



Fonte: elaboração própria

Desse modo, ao tratar-se de mercado para os serviços de saúde, duas importantes dimensões são destacadas, sem prejuízo de outras já mencionadas e que ainda serão exploradas mais adiante, a demografia e a epidemiologia de uma dada população, que em termos de saúde pesam sobremaneira para o surgimento e transformação de necessidades de saúde e portanto, alterarão padrões de necessidades, consumo e oferta de serviços.

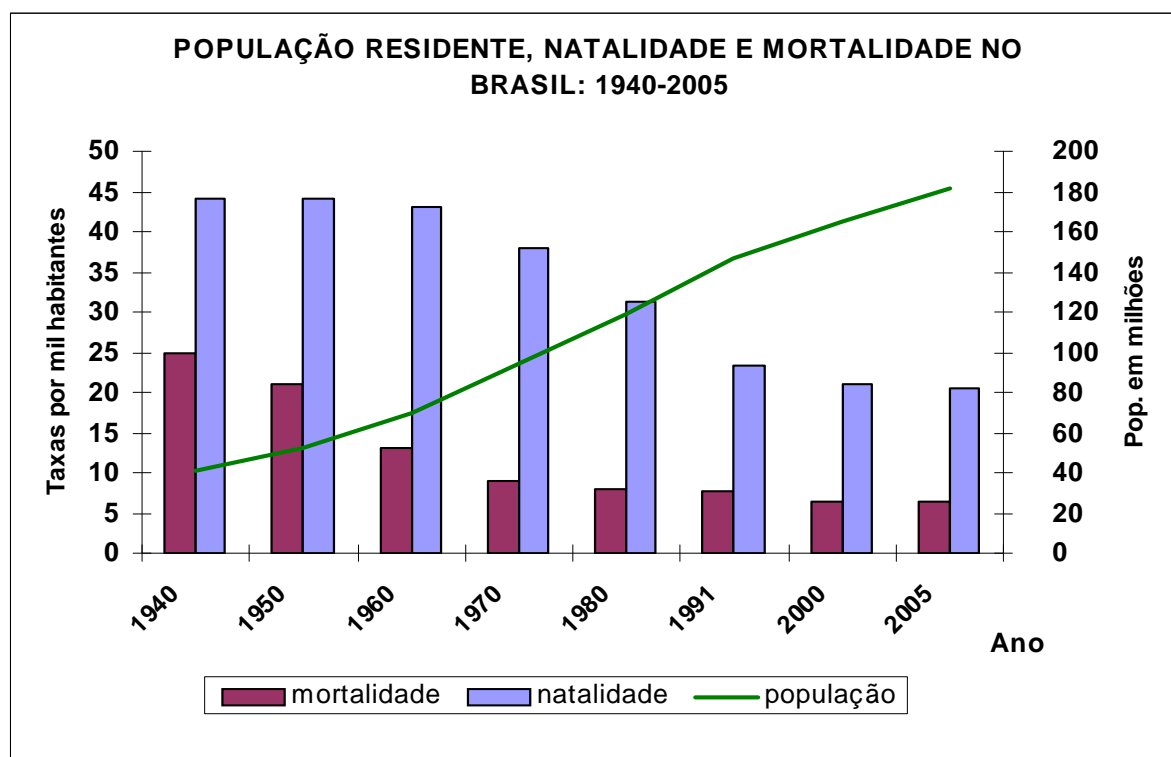
Do ponto de vista demográfico e epidemiológico, verifica-se no país o progressivo aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população, acompanhado de mudanças no quadro de morbi-mortalidade, que se torna mais complexo e sob o qual as doenças agudas e de origem infecciosa apresentam incidências reduzidas e ainda em queda, com aumento constante e consistente da prevalência de doenças crônico-degenerativas. Este cenário, já inclusive bem estabelecido em muitos países com grau mais avançado de desenvolvimento, fortalece a convicção de que novos modelos de atenção e portanto, de disposição de serviços, ao invés de concentrar suas ações na assistência hospitalar, devem prover equilíbrio com o campo da promoção de saúde, a prevenção de doenças e, sempre que necessário, priorizar os tratamentos

Documento Não Editorado

ambulatoriais, ao lado de outros não hospitalares. Afinal, a medicina, perante esses novos problemas de saúde – doenças crônico-degenerativas, não oferece mais, na grande maioria dos casos, a cura, mas a possibilidade apenas de deter a evolução natural desses males e de assegurar uma boa qualidade de vida para os seus portadores, mediante o seu acompanhamento continuado.

Neste novo contexto, conforme apresentado no **Gráfico 1**, identifica-se uma clara alteração nas taxas de mortalidade e natalidade, com impacto sobre a configuração da estrutura populacional. No Brasil, diferente de países mais avançados, onde esse processo de transição demográfica remonta o século XIX, esse movimento ocorreu somente mais recentemente, encontrando-se ainda em curso.

Gráfico 1- População Residente, Mortalidade e Natalidade – Brasil, 1940 - 2005



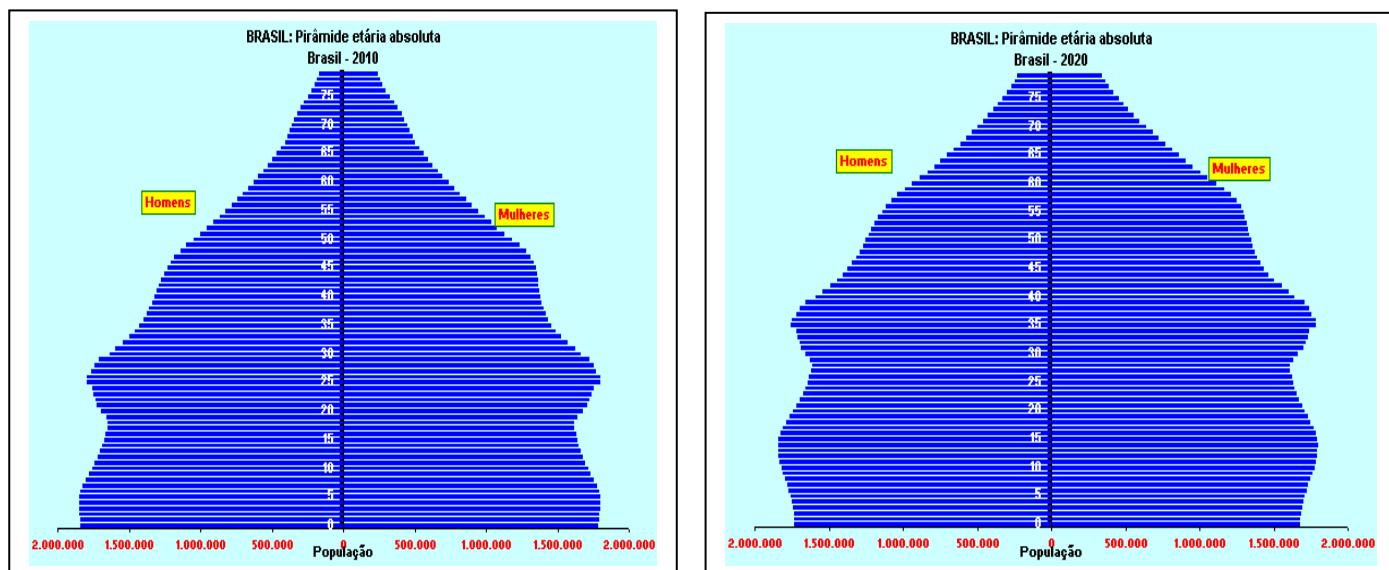
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Observadas tendências, a estrutura da população brasileira altera-se de modo significativo ainda nas próximas décadas, com expressivo crescimento da população mais idosa e diminuição relativa da população de menor idade, correspondendo ao que se convencionou designar de diminuição da base da pirâmide populacional brasileira, já prevista para a próxima década – **Gráfico 2** e já bastante nítida no ano de 2020. A

Documento Não Editorado

alteração da estrutura populacional gera forte impacto nas necessidades de saúde, acarretando uma forte e esperada demanda por serviços concentrada em faixas etárias mais elevadas. O envelhecimento populacional marcará sobremaneira as próximas décadas do sistema de saúde brasileiro, revestindo-se de dramaticidade, ao menos mantidas as tendências atuais, as limitações que o mesmo apresenta para enfrentar essa nova realidade.

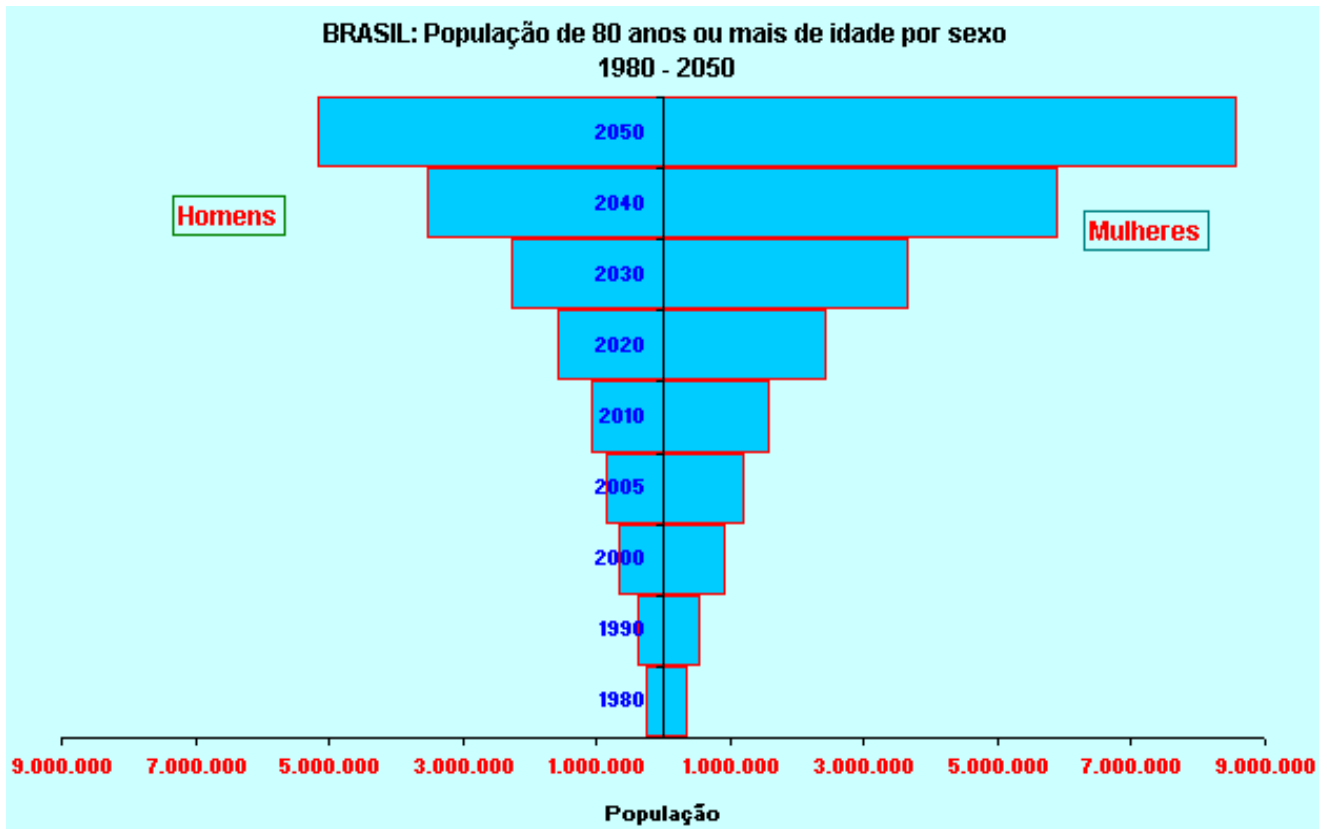
Gráfico 2 - Pirâmides Etárias Absolutas – Brasil - 2010 e 2020



Fonte: IBGE, 2007.

O **Gráfico 3** destaca em particular o crescimento populacional da faixa etária superior a 80 anos demonstrando de forma contundente o seu peso relativo e naturalmente o que deverão expressar em demandas por serviços de saúde. Dados de hoje, já afloram uma importante limitação em se garantir que a expectativa de vida crescente em muitos países seja acompanhada de qualidade de vida. Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde e do PNUD, trazem à tona uma realidade pouco conhecida e explorada, denotando limitações em muitas sociedades para garantir qualidade de vida de forma associada à elevação da expectativa de vida. O **Quadro 1** apresenta o Brasil em situação desfavorável em anos de vida saudáveis perdidos, em comparação a diversos outros países, considerando ainda que a expectativa de vida no nosso país é inferior a vários dos citados. Esse indicador expressa muito certamente a presença de acometimentos de natureza crônica na saúde dos indivíduos, condição esperada em grupos de idades mais elevadas (**Gráfico 4**), mas que se tornam mais críticos quando não acompanhados de condições sociais adequadas e, naturalmente, também dependentes, embora não apenas, dos serviços de saúde.

Gráfico 3 – Brasil: População de 80 anos ou mais de idade por sexo – 1980-2050



Fonte: IBGE, 2007

Quadro 1 – Perda de Anos de Vida Saudáveis por Sexo – Diversos Países

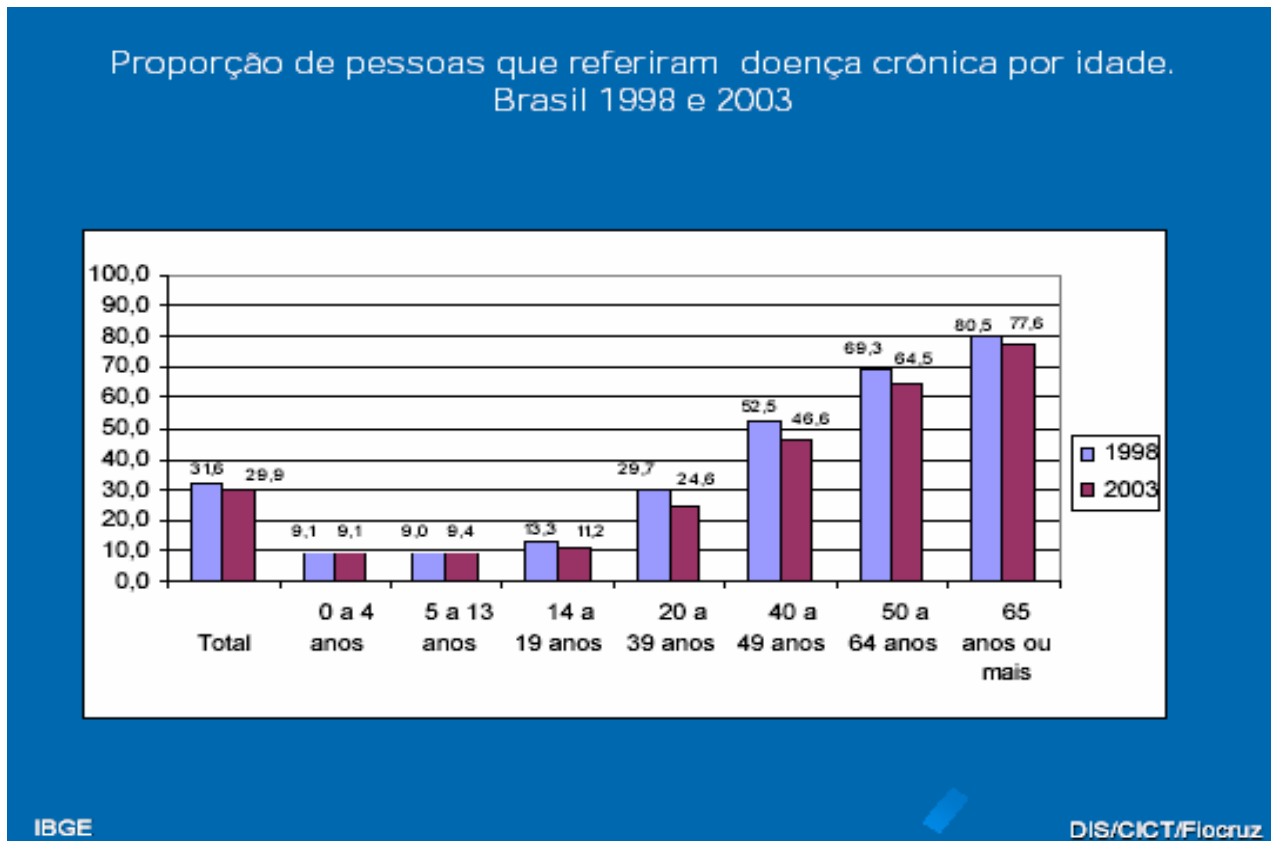
País	Homens	Mulheres
Finlândia	8	6,6
EUA	9,4	8,2
Alemanha	7,8	6,2
Argentina	10,6	9,1
México	10,1	10,1
Rússia	8,1	5,6
Brasil	13,5	11,1

Documento Não Editorado

China	9,3	8
África do Sul	7	6,5
Índia	11,3	9,3

Fonte: IPEA/2008; dados da OMS e Pnud

Gráfico 4 – Proporção de Pessoas que Referiram Doença Crônica por Idade – Brasil 1998 - 2003



Aos indicadores clássicos de morbidade e mortalidade acrescentam-se outros capazes de medir o peso relativo de uma dada doença em termos de anos de vida perdidos (em relação a uma dada expectativa de vida na referida população) ajustados por incapacidades, isto é, morbidades e respectivas seqüelas que comprometam a qualidade de vida dos indivíduos. Estudo pioneiro e ainda único para o país, apurou o peso da carga de enfermidade com base em DALYs - Disability Adjusted Life Years ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (Schram et al, 1999). A perda de anos vividos com qualidade numa dada doença é, portanto, incorporada à respectiva carga. Essa medida permite aferir mais adequadamente as importâncias relativas das doenças, permitindo que políticas públicas, a começar pela saúde, sejam especificamente desenvolvidas, inclusive com possibilidades de acompanhamento de tendências nas

Documento Não Editorado

cargas das enfermidades, permitindo ajustes planejados também nas políticas e na seleção de prioridades de saúde, com naturais impactos igualmente nos serviços, mas também em outros segmentos do complexo. Os **Quadros 2 e 3**, apresentam dados da carga da enfermidade para grupos de doenças e para as principais doenças, destacando-se a tendência de aumento do peso das doenças crônico-degenerativas.

Quadro 2 – Carga da Enfermidade Brasil por Grandes Grupos – 1998 - 2013

Grupos	Peso - 1998	Peso - 2013
D. infecciosas e parasitárias *	23,5%	17,1%
D. Crônico-degenerativas	66,3%	74,1%
Causas Externas	10,2%	8,8%

*Inclui causas maternas, perinatais e nutricionais

Fonte: Projeto Carga da Doença no Brasil. ENSP/Fiocruz/Fiotec, 1999

Quadro 3 - Carga da Enfermidade – principais doenças – Brasil - 1998 e Projeção 2013

Doença	Peso/98	Ranking	
		1998	2013
Diabetes mellitus	5,1%	1	1
Doença Isquêmica do coração	5,0%	2	2
Doenças cérebro-vasculares	4,6%	3	3
Transtornos depressivos recorrentes	3,8%	4	4
Asfixia e traumatismo ao nascer	3,8%	5	14
Doenças pulmonares obst. Crônicas	3,4%	6	5
Violências	3,3%	7	6
Infecções de vias aéreas inferiores	2,9%	8	9
Acidentes de trânsito	2,7%	9	12

Documento Não Editorado

Demências; Alzheimer; doenças degenerativas SNC	2,6%	10	8
Transtornos mentais; uso de álcool	2,5%	11	7
Diarréias	2,1%	12	16

Fonte: Projeto Carga da Doença no Brasil. ENSP/Fiocruz/Fiotec, 1999

A dinâmica dos serviços de saúde, como do conjunto do complexo econômico-industrial da saúde, sempre sofrerá influência de aspectos demográficos e epidemiológicos de uma dada população, acompanhada por outras variáveis, econômico-sociais. Mas o propósito dessa breve localização, longe de esgotar o tema, é o de valorizar dimensões pouco comuns em estudos com propósitos fundamentalmente econômicos. Maior importância ainda, quando se propõe a estudos econômicos em que a saúde e a prestação de serviços no país deve ser tratada como política de Estado, constitucionalmente estabelecida. A dinâmica do investimento não deve portanto, apartar-se dessas considerações, mas ao contrário, assumir os vetores demográficos e epidemiológicos enquanto importantes condicionamentos para os investimentos.

2. Dinâmica Global de Investimentos

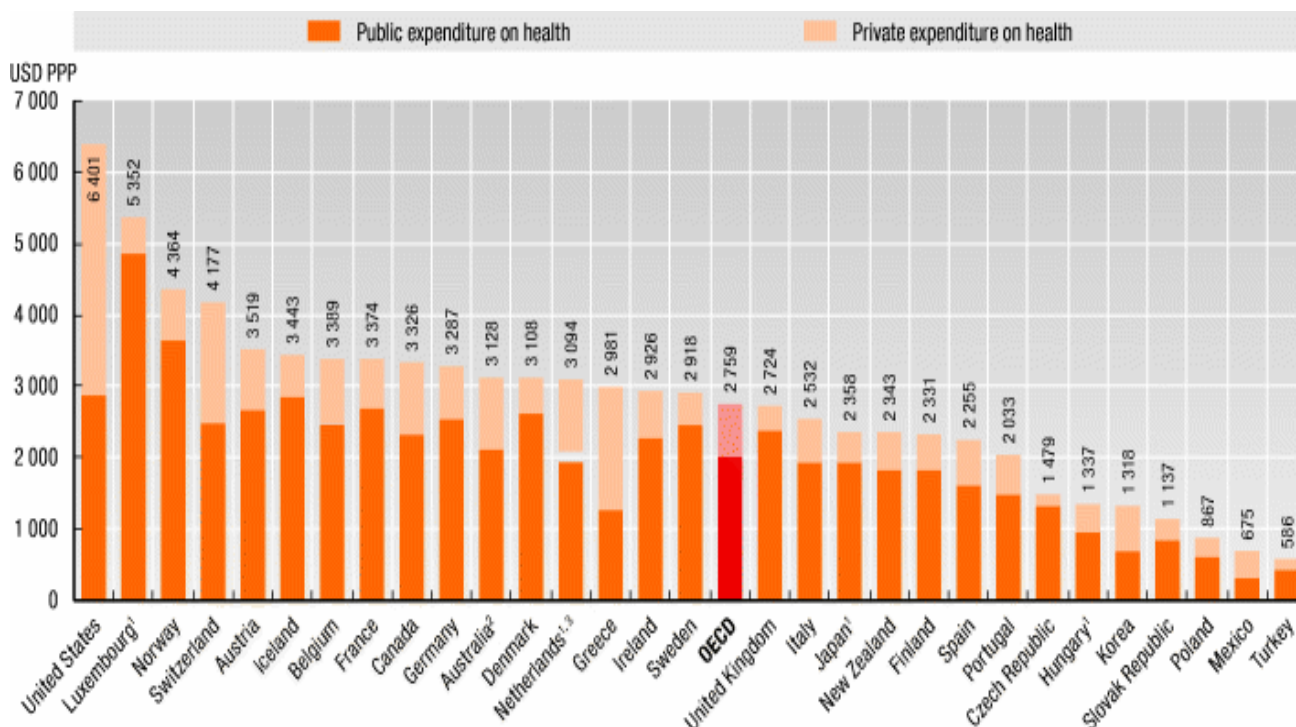
A análise do segmento de serviços de saúde no mercado internacional possui condicionantes específicos. Não se trata de área de mercado a competir globalmente, conforme lógica presente na indústria de fármacos e medicamentos e na área de equipamentos médico-hospitalares. Os serviços apresentam dinâmicas próprias e em geral sem maiores expressões quanto à internacionalização e disputa global de mercados, ainda que estejam presentes movimentos e tendências, em particular no âmbito da prestação de serviços de diagnóstico médico, em relação à conquista de mercados externos por parte de firmas de alguns países centrais e mesmo regionalmente. Entrevistas com dirigentes da iniciativa privada registram, no entanto, alguns movimentos de organizações hospitalares nacionais em busca de associações internacionais, especialmente relacionados com necessidade de agregação de valor à marca ou ainda com propósitos de obtenção de novas tecnologias e mesmo capacidade de investimento, tomando por referência em especial novas tendências de modelos de investimento e gestão hospitalar (p.ex. Parcerias Público-Privadas – PPPs).

Neste item do relatório ganha mais importância o conhecimento da dinâmica interna de investimentos nos serviços, muito embora sejam apresentados alguns dados internacionais, sobretudo com perspectiva comparativa, visando a melhor localização do cenário atual nacional, como de suas possibilidades e tendências.

- **Estruturas básicas de modelos de atenção em saúde e peso de financiamentos públicos**

Para a análise da dinâmica de investimentos em saúde, igualmente importa o modelo com que o Estado organiza o sistema de atenção à saúde, compõe o mix público-privado de serviços e ainda qual o peso do financiamento público em relação ao recurso de natureza privada. Quase todos os países da OCDE possuem sistemas públicos de saúde, entendidos estes enquanto um conjunto regulado de prestadores, submetidos a políticas, programas e atividades majoritariamente financiadas pelos estados. Vários modelos possuem base na arrecadação geral de impostos, ainda que não apenas, como Canadá, Suécia, Reino Unido, Espanha e Portugal, entre outros. Alemanha e França sustentam seus modelos públicos de saúde com base essencialmente nas contribuições de empresas e empregados. Vários países, em complemento ao financiamento público, que assegura direitos universais e igualitários no sistema público, assumem complementações e/ou suplementações a tal financiamento com despesas diretas dos usuários, sejam na forma de co-pagamentos, despesas não cobertas ou mesmo para se evitar filas de espera, garantir livre escolha, entre outros benefícios não assegurados no sistema público. Os Estados Unidos, por sua vez possuem o sistema mais típico de mercado, majoritariamente na forma de seguros médicos, assumidos por empregadores ou autonomamente pelos indivíduos ou ainda por grupos de indivíduos. Nos Estados Unidos também há modelos de seguros com financiamento público, apenas para populações específicas, como idosos e grupos de baixa renda. Dentre os países da OCDE, os Estados Unidos se destaca pelo limitado percentual do financiamento público no sistema como um todo – público e privado, pouco superior a 40% do total dos gastos, para uma média, em países da OCDE, de 73%, conforme **Gráfico 5**.

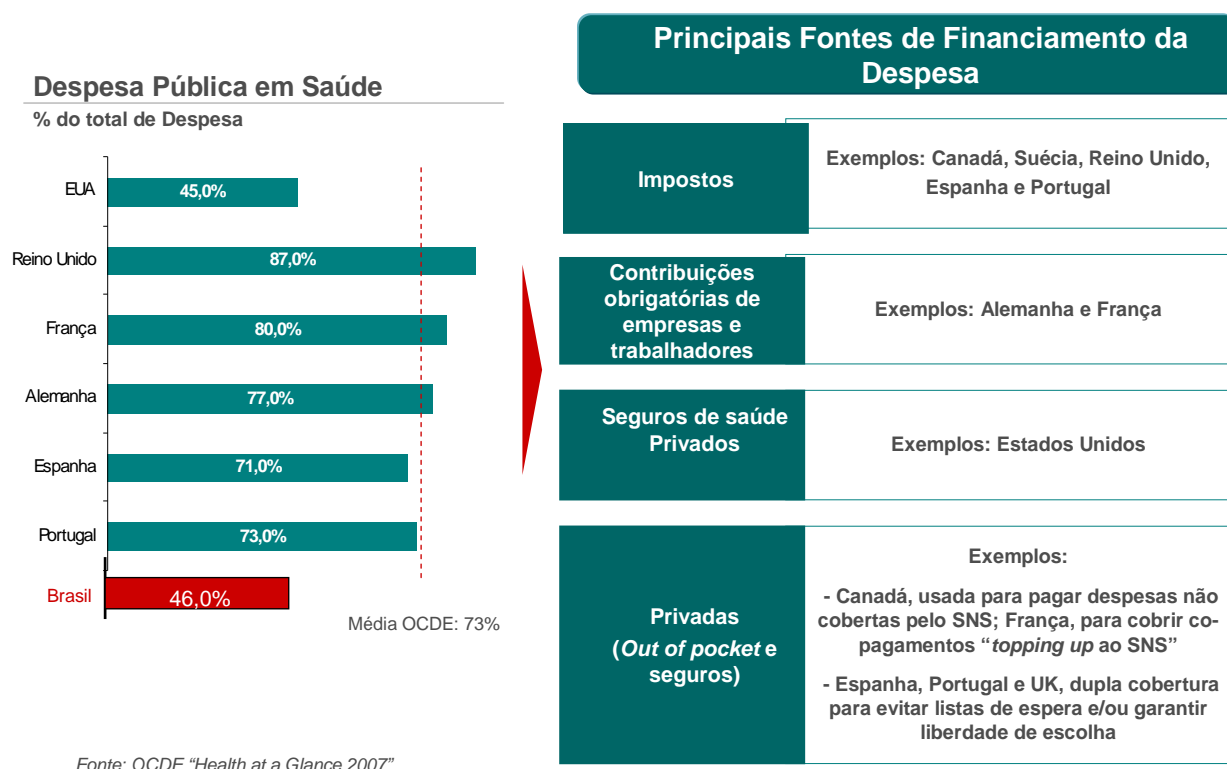
Gráfico 5 - Despesas Médias Anuais Públicas e Privadas Per Capita em Países Seleccionados e na OCDE - 2006



Fonte: Pereira, V. H., 3ª. Conferência de Gestão Hospitalar dos Países de Língua Portuguesa, Lisboa, nov/2008

O Quadro 4 a seguir, sintetiza os modelos básicos de financiamento da saúde em países específicos, relacionando nos diferentes casos as suas fontes principais. É possível perceber como os sistemas de caráter mais universal, ainda que não integrais, estão associados a financiamento majoritariamente público, destacando-se a média dos países da OCDE em 73% do total dos gastos em saúde. Destaque para o caso brasileiro, onde o sistema legalmente possui caráter não apenas universal, como integral, mas com despesas públicas em 46% do total, bastante similar ao patamar dos Estados Unidos, com modelo hegemonicamente de mercado, baseado em seguros privados.

Quadro 4 - Principais Fontes de Financiamento em Países Diversos e Participação da Despesa Pública em Saúde



Especificamente para hospitais, o **Quadro 5** apresenta alguns dados que apontam para a importância desses no conjunto dos respectivos sistemas. Destaca-se uma elevada concentração de leitos por habitantes, em comparação com o Brasil, muito embora em quase todos os países outros dados nos informem clara tendência de fechamento de hospitais e leitos (**Gráficos 6 e 7**). A nítida e mesmo espetacular queda no número de leitos é decorrência de novas tecnologias, tanto extra-hospitalares, que geram mais eficiência e eficácia para tratamentos fora do hospital (destaque para cirurgias ambulatoriais e internações domiciliares), como também maior importância da atenção básica a partir de unidades não hospitalares, sejam centros de saúde, ambulatórios, clínicas, consultórios e outros equipamentos sanitários. Igualmente ganham peso os

Documento Não Editorado

desenvolvimentos tecnológicos intra-hospitalares, mediante incorporações tecnológicas tanto de equipamentos como novos fármacos e medicamentos, que condicionam reduções significativas nos tempos de internação (**Gráficos 10 e 11**), gerando mais eficiência no uso dos leitos disponíveis. A diminuição dos tempos médios de internação, acabam também por condicionar fechamentos de leitos. As taxas de ocupação de leitos

Documento Não Editorado

Quadro 5 - Gastos em Saúde, Alguns Indicadores Hospitalares e de Equipamentos Pesados em Países Seleccionados da União Européia - 2008

Característica	País								
	Alemanha	Áustria	Bélgica	Espanha	França	Itália	Holanda	Polônia	Reino Unido
% Saúde PIB	10,9%	9,6%	9,9%	8,1%	10,5%	8,7%	8,9%	6,5%	8,3%
% Financ Público	78,1%	67,6%	70,9%	71,9%	76,5%	76,4%	61,2%	70,0%	85,9%
Leitos públicos	74,7%	76,2%	35,5%	66,2%	65,5%	77,0%	15,5%	96,3%	nd
Leitos/mil hab	6,5	6,0	4,8	2,7	3,7	3,5	3,1	4,7	nd
% despesas hosp (total saúde)	34,7%	41,7%	34,8%	25,9%	33,8%	44,1%	39,6%	28,1%	nd
Equipamentos por milhão de hab	RM – 6,6	14,9	6,8	7,7	3,2	10,2	nd	1,0	5,0
	Radio – 4,7	4,6	6,8	3,9	6,0	4,1	nd	nd	3,9
	TC – 15,4	28,5	29,8	13,3	7,5	20,6	nd	6,3	7,0

Fonte: Lês Hôpitaux. Collection Europe. 2008.

Nota: RM : ressonância magnética; Radio: radioterapia; TC: tomografia computadorizada

Equipamentos no Brasil (AMS/IBGE, 2005):

RM – Total: 549 (2,9/milhão); disponíveis SUS país: 175 (0,9/milhão); disponíveis SUS região SE:74

Radio – Total: 604 (3,3/milhão); disponíveis SUS país: 401(2,2/milhão); disponíveis SUS região SE: 321

TC – Total: 1961(10,6/milhão); disponíveis SUS país: 858 (4,6/milhão); disponíveis SUS região SE: 436

Documento Não Editorado

são mais constantes (**Gráfico 12**) levando a crer que o processo de fechamento de leitos encontra-se associado à queda dos tempos médios de internação. A complexidade do cuidado hospitalar, por sua vez intensifica-se e possui expressão singular nas despesas continuamente crescentes das internações (**Gráfico 15**). Configura-se um modelo com centralidade ainda no hospital, mas este transformando-se ou já transformado, voltado cada vez mais para casos agudos, com maior intensidade tecnológica e naturalmente com elevado peso nas despesas em saúde. Vale observar, que a redução de hospitais e leitos, não gera diminuição do peso das despesas hospitalares no conjunto das despesas de saúde (**Gráfico 14**), muito em função da complexidade tecnológica e custos que incorpora. Itália e Alemanha os mantém estáveis em termos relativos, enquanto, França e Espanha diminuem seu peso no conjunto do sistema, com esta última com queda mais significativa. Em todos os casos, dado o crescimento global das despesas em saúde, depreende-se importante crescimento das despesas não hospitalares, sendo na Espanha mais expressivas essas despesas.

Vale o registro que na maioria dos países da Europa e mesmo em muitos outros países desenvolvidos, os sistemas ainda são fortemente centrados no hospital e no médico, com limitação de serviços não hospitalares e não médicos, salvo aqueles destinados a idosos ou para cuidados de enfermagem e/ou focados em situações crônicas de saúde, onde o cuidado não seja dependente do ato médico.

A realidade e tendências apresentadas nos **Gráficos 6 a 12** possuem claros condicionamentos demográficos e epidemiológicos, com maior peso para os agravos crônicos e em populações mais idosas, mas também tecnológicos e econômicos, com atenção das políticas públicas para controle de gastos em saúde e busca se tecnologias assistenciais mais eficientes ou custo-benefício mais adequadas e sustentáveis socialmente.

Retornando ao **Quadro 5**, quanto à disponibilidade de equipamentos médicos pesados, observam-se taxas por habitante igualmente elevadas, muito embora em países com reconhecida regulação sobre incorporação de equipamentos, como França e Inglaterra, tais taxas sejam menores. A título de comparação, percebe-se uma longa distância para a disponibilidade dos mesmos equipamentos no Brasil, maior ainda se considerados apenas os equipamentos disponíveis para o SUS e nestes a grande concentração na região sudeste do país.

Gráfico 6 – Leitos Hospitalares em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Européia

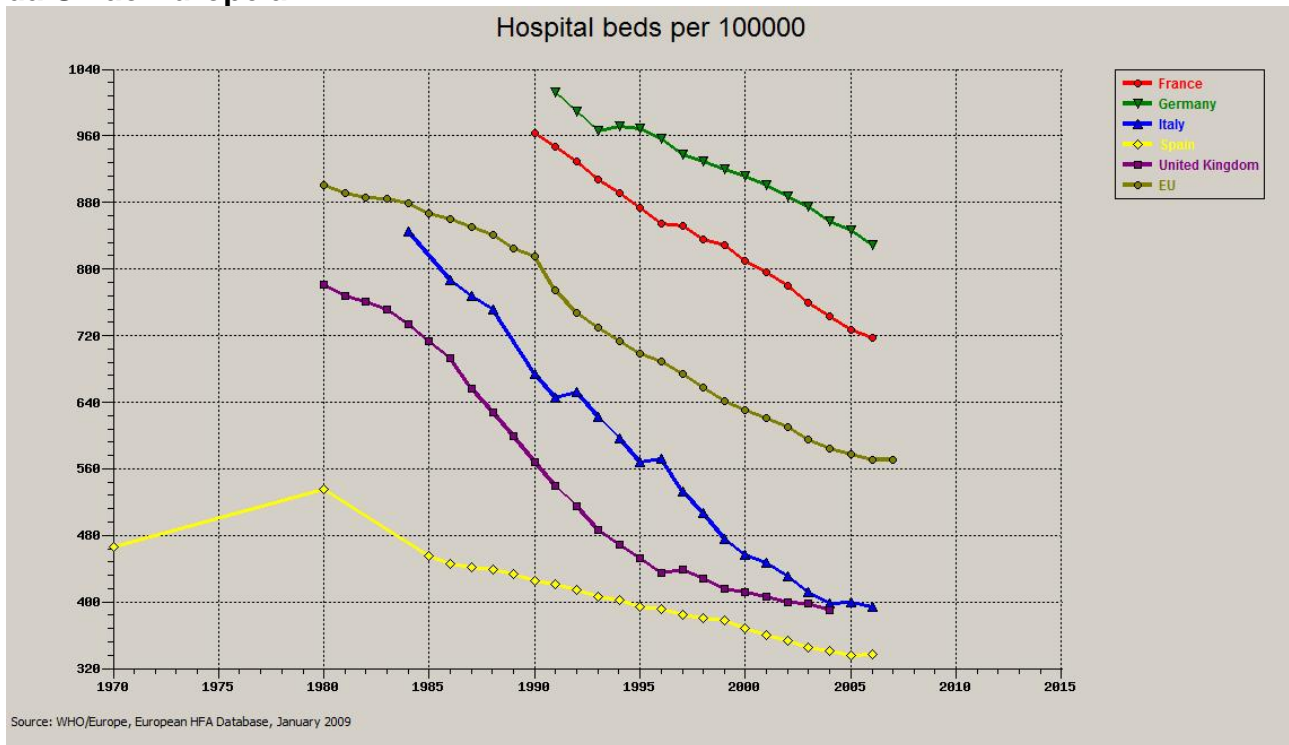


Gráfico 7 – Leitos Hospitalares para Cuidados Agudos em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Européia

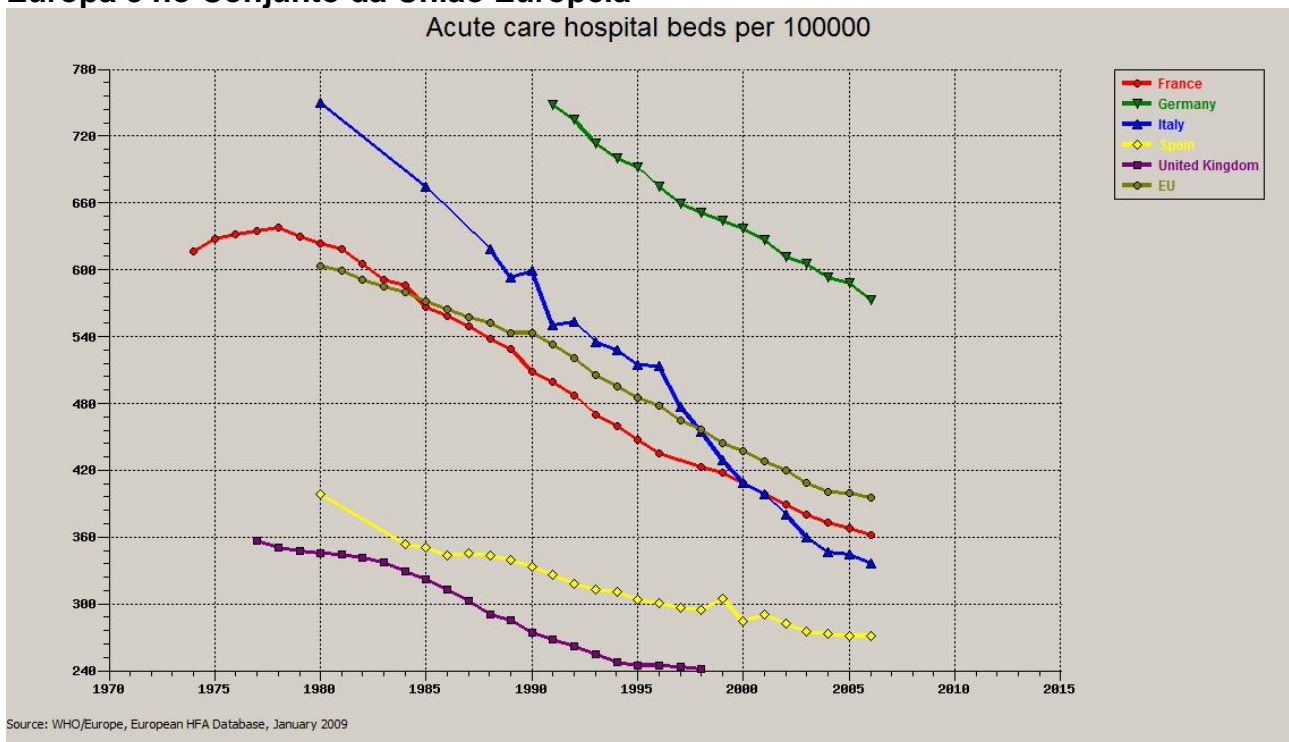


Gráfico 8 – Taxa de Internação em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Européia

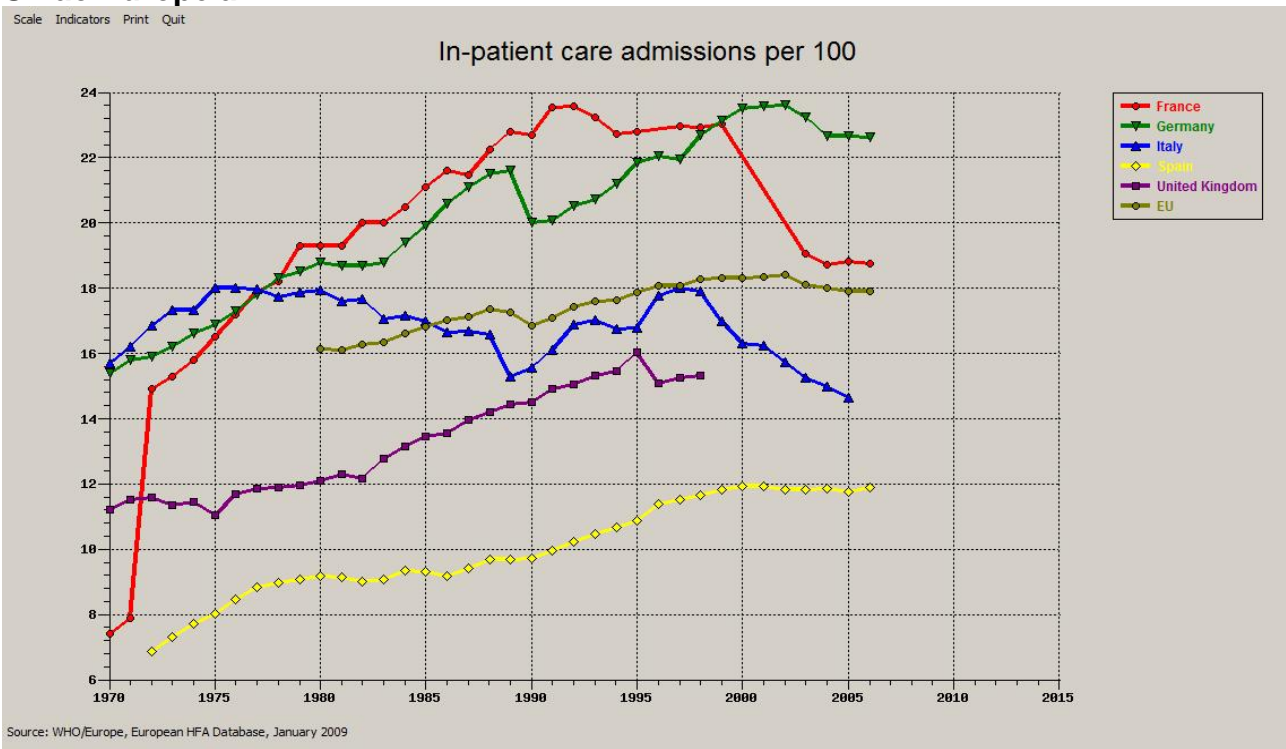


Gráfico 9 – Taxa de Internação em Leitos para Cuidados Agudos em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Européia

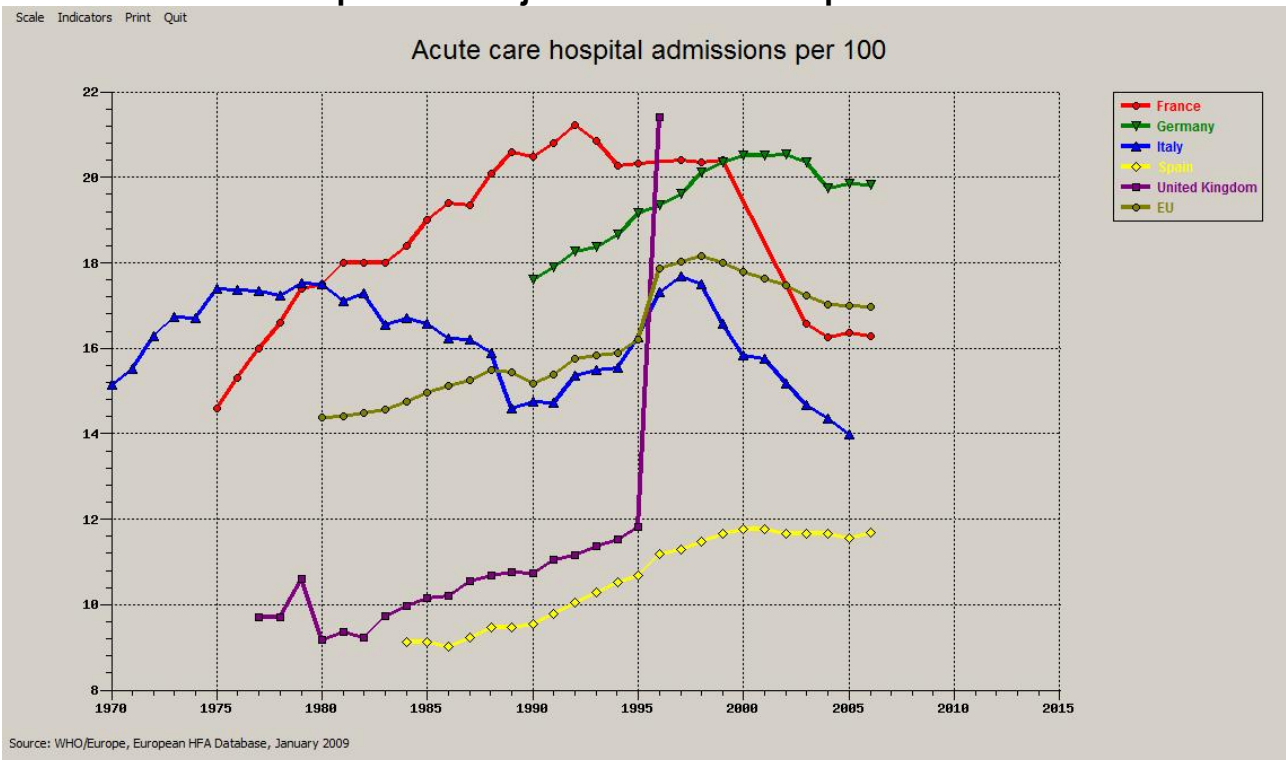


Gráfico 10 – Tempo Médio de Permanência Hospitalar (todos hospitais) em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Europeia

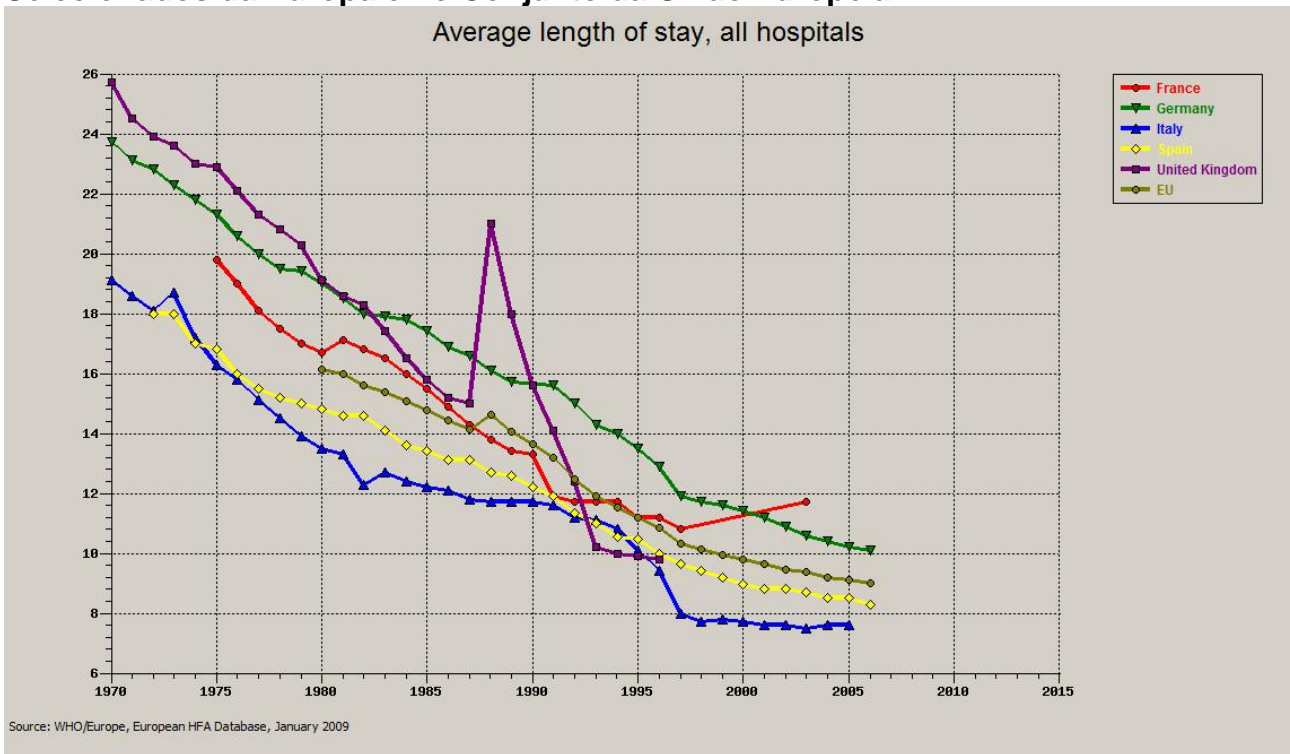
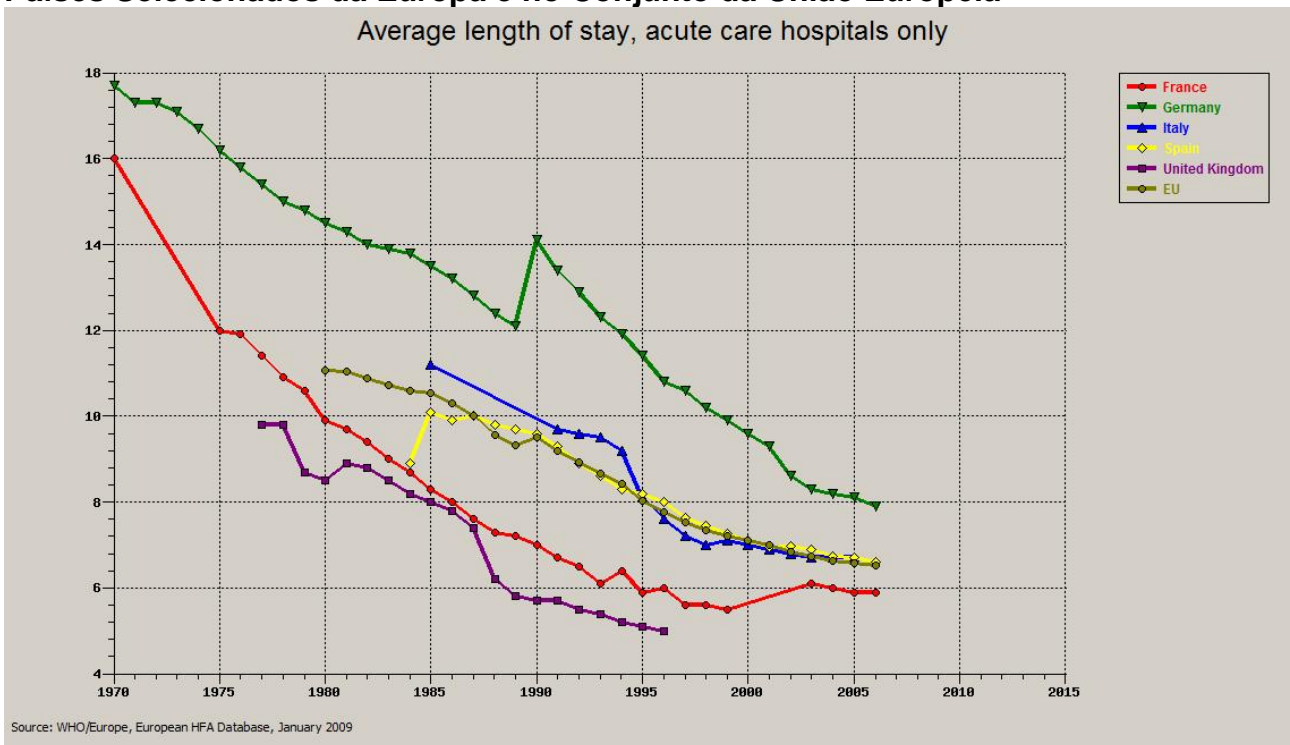


Gráfico 11 – Tempo Médio de Permanência em Hospitais para Cuidados Agudos em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Europeia



Documento Não Editorado

Gráfico 12 – Taxa de Ocupação de Leitos em Hospitais para Cuidados Agudos em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Europeia

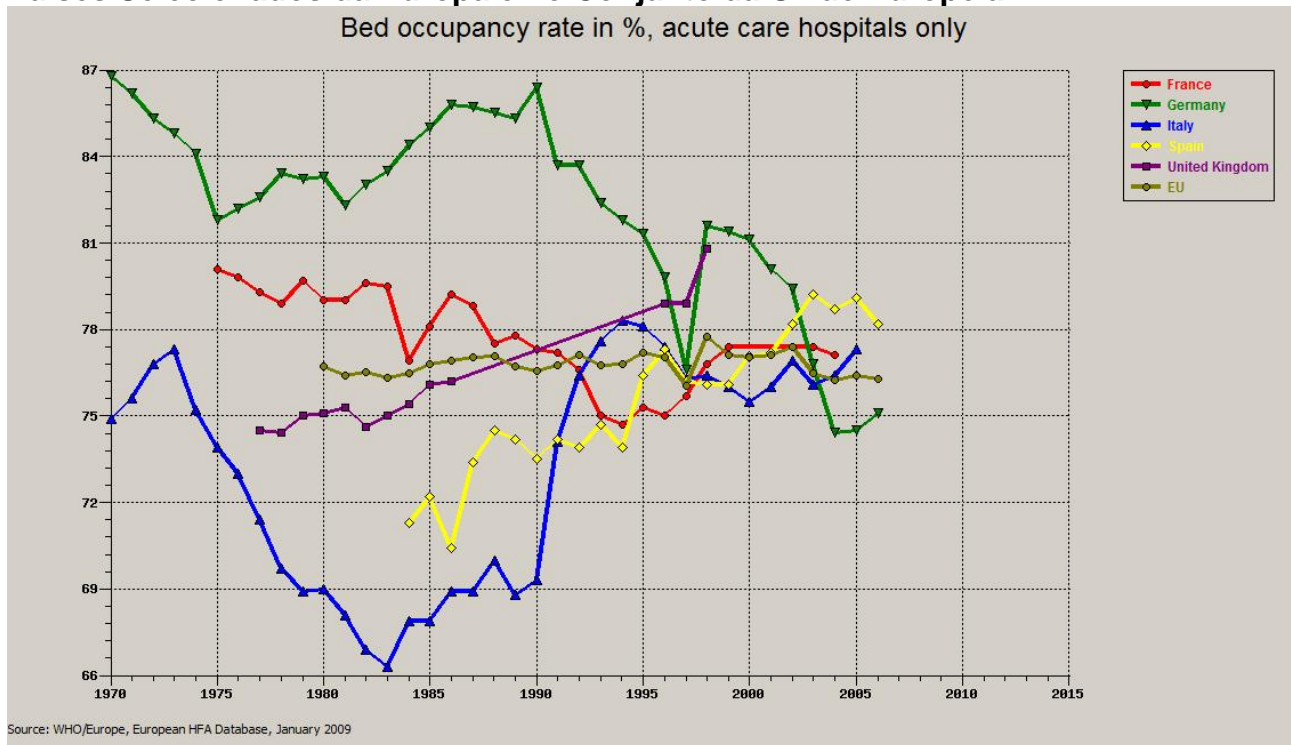


Gráfico 13 – Gastos Públicos em Saúde em relação a Gastos Totais em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Europeia

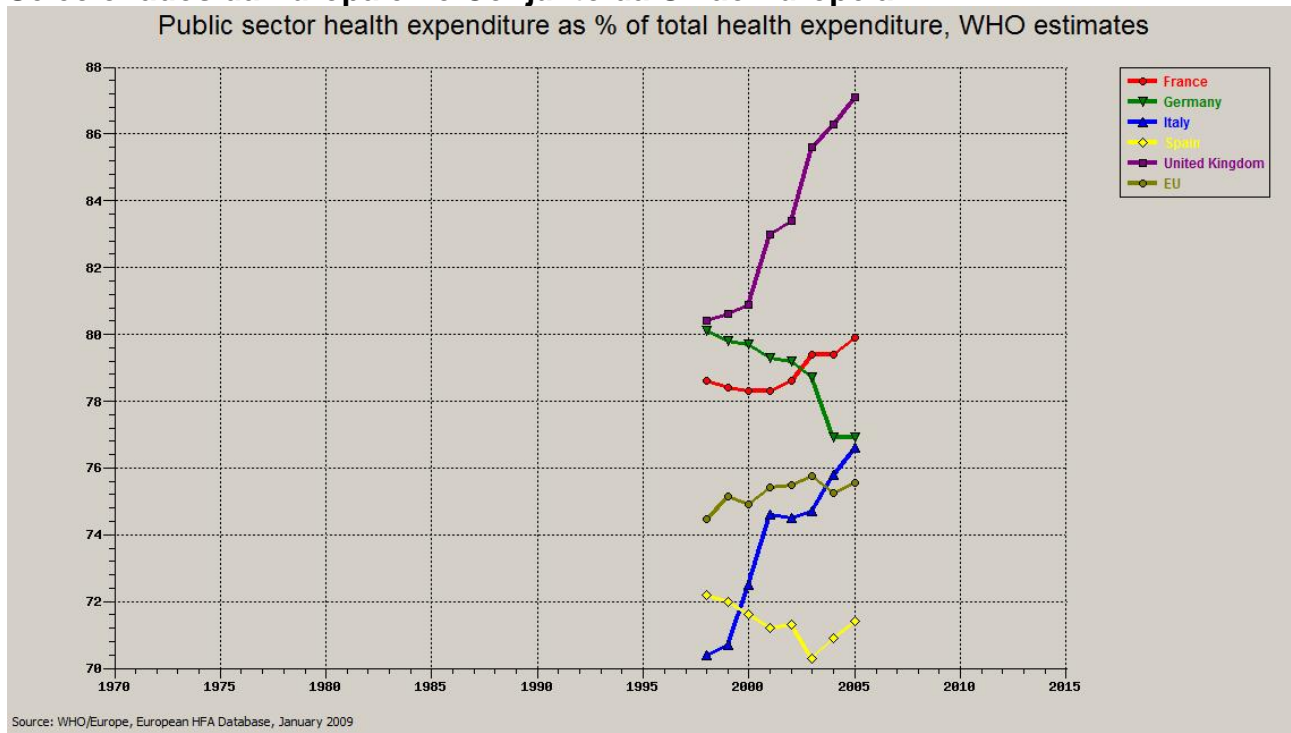


Gráfico 14 – Gastos com Internações Hospitalares em relação aos Gastos Totais de Saúde em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Europeia

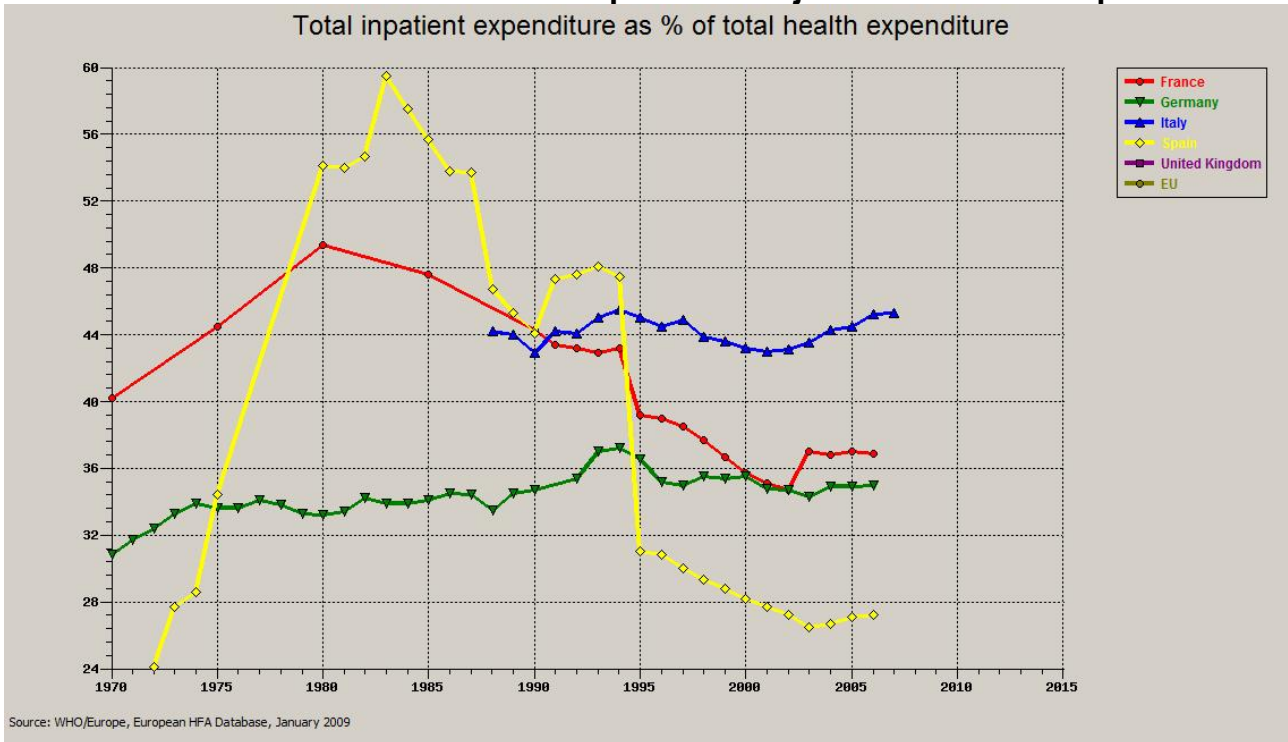
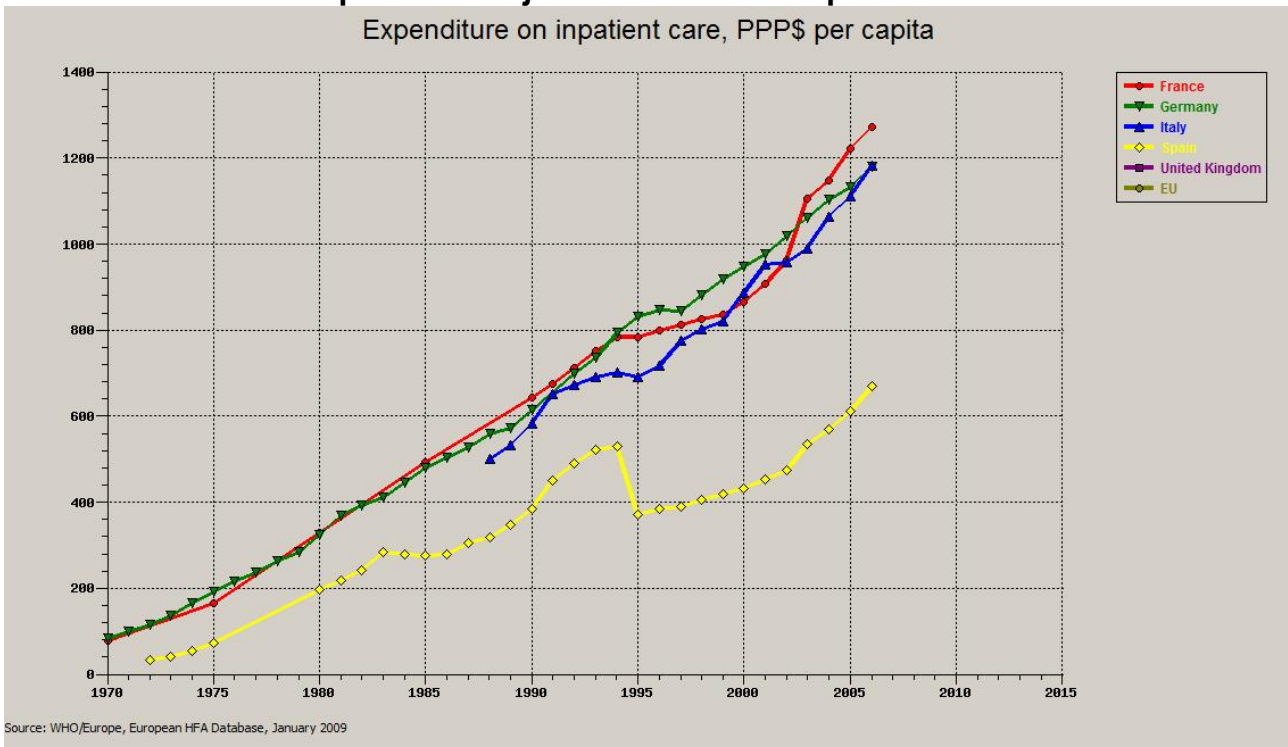
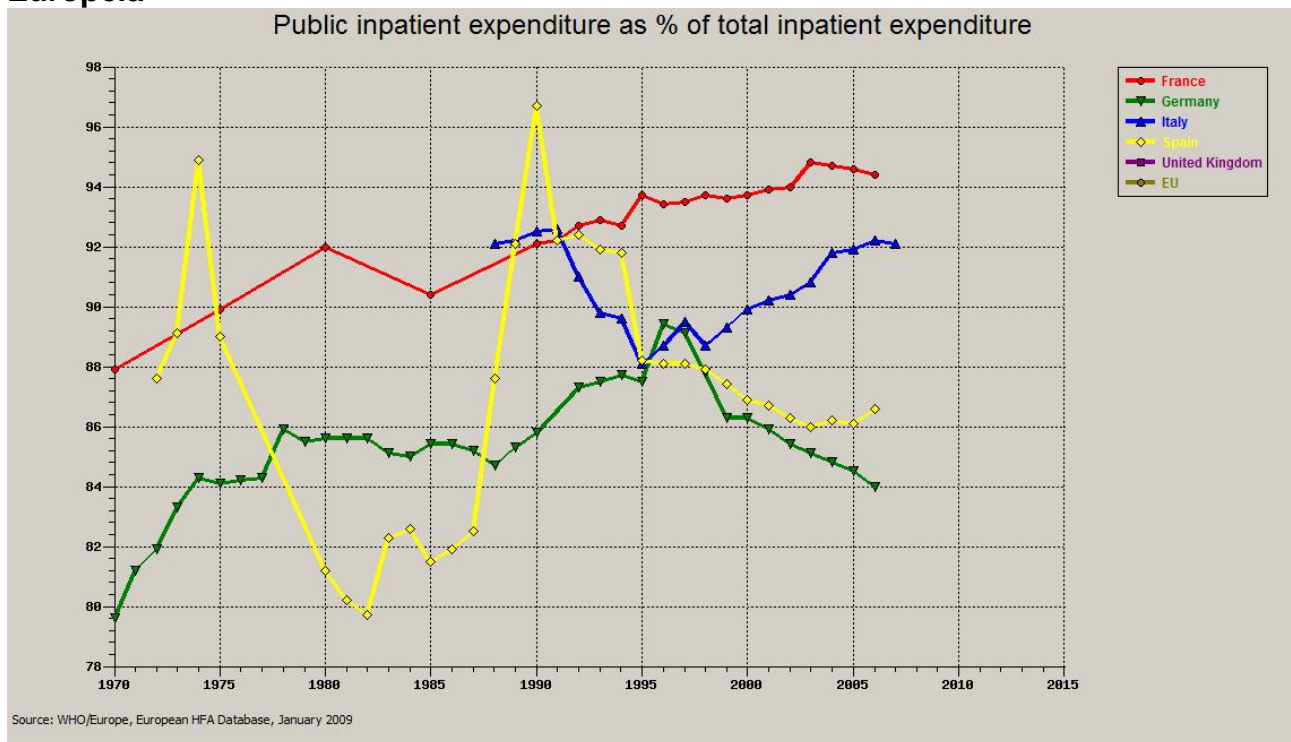


Gráfico 15 – Gastos per Capita com Internações Hospitalares em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Europeia



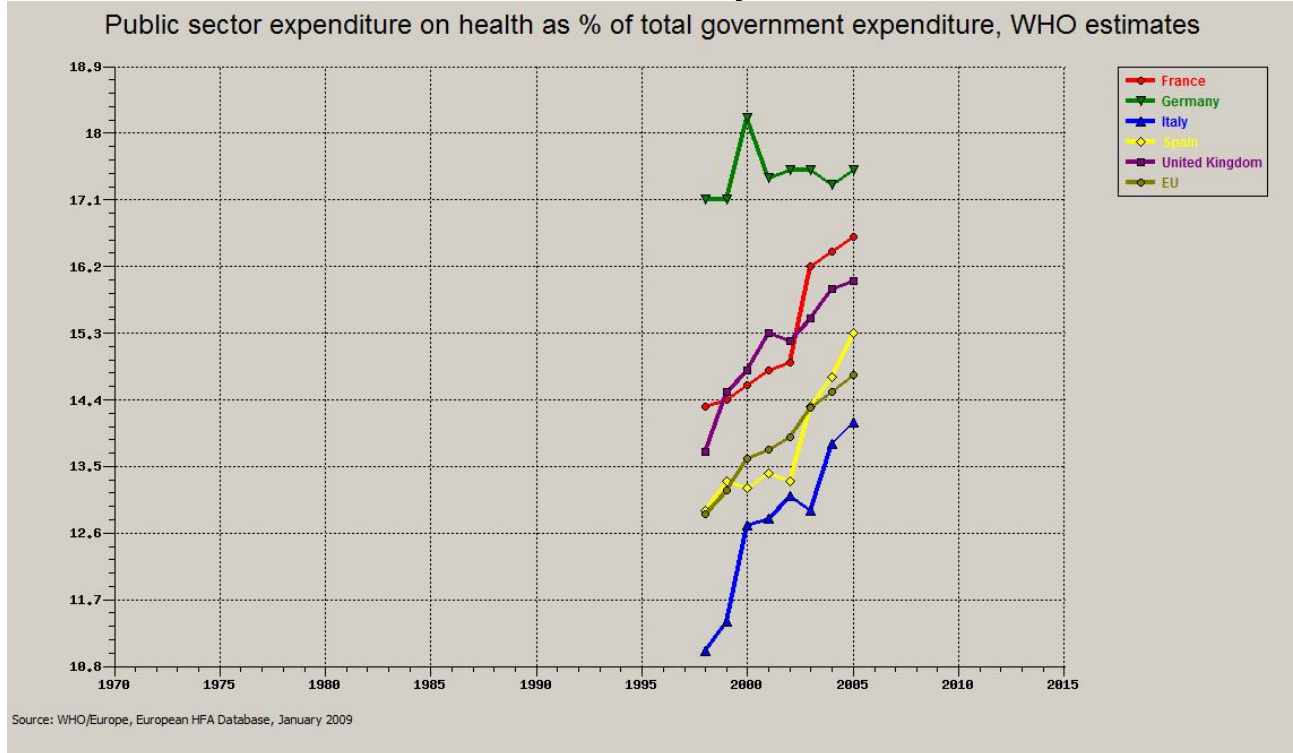
Retornando à importância dos gastos públicos em saúde, o **Gráfico 16** mostra o peso do Estado nos gastos hospitalares. Sendo na média desses países o gasto público total em saúde próximo de 75%, este patamar, quando especificado apenas os gastos públicos hospitalares, alcança média próxima de 90% de todos os gastos hospitalares, denotando que a atenção hospitalar em decorrência de seu elevado custo, é tomada como de maior responsabilidade pública em relação a outros serviços de saúde.

Gráfico 16 – Gastos Públicos com Internações Hospitalares em Relação a Gastos Totais com Internações em Países Seleccionados da Europa e no Conjunto da União Européia



Finalmente, os gastos públicos em saúde, no conjunto dos gastos públicos, seguem com tendências de crescimento nos países seleccionados da Europa, conforme o **Gráfico 17**, configurando panorama inverso ao encontrado no Brasil.

Gráfico 17 – Gastos Públicos em Saúde em relação a Total de Gastos Públicos



3. Tendências do Investimento no Brasil

No Brasil, a realidade é peculiar, pois apesar da existência de um sistema público, universal e integral, as limitações de financiamento público são expressivas. Em 2005, os gastos públicos em saúde ficaram em 45,6% do total, acompanhando médias encontradas na América Latina também para gastos em relação ao PIB e gastos per capita por ano, bastante fora da média de gastos públicos dos países da OCDE, como também bastante inferiores a estes, sobretudo na média de gastos per capita – **Quadro 6**. No **Quadro 7**, seguinte, são apresentados os gastos por nível de governo e ainda a dimensão sobre os gastos totais, das despesas realizadas a partir do próprio bolso e as relacionadas com o mercado de planos e seguros de saúde, onde registra-se o peso dos gastos privados, tanto no mercado de planos e seguros de saúde e ainda nos gastos diretos dos indivíduos (próprio bolso), este o maior gasto isolado.

Quadro 6 – Gastos em Saúde no Brasil e comparação internacional - 2005

Indicadores	Brasil	América Latina e Caribe	OECD
Percentagem do PIB	7,9	7,0	8,6
Gastos per capita (US\$)	206	217	2.283
Gastos per capita (PPP – US\$)	566	486	2.341
Participação do gasto público	45,9	47,8	73,3

Fonte: Banco Mundial 2005; OECD, 2005; OMS, 2005; in Hospital Performance in Brasil. The World Bank. 2008

PPP: paridade do poder de compra

Quadro 7 - Gastos em Saúde por Nível de Governo– Brasil/2006 (milhões de reais)

Federal	40.750
Estadual	19.883
Municipal	24.296

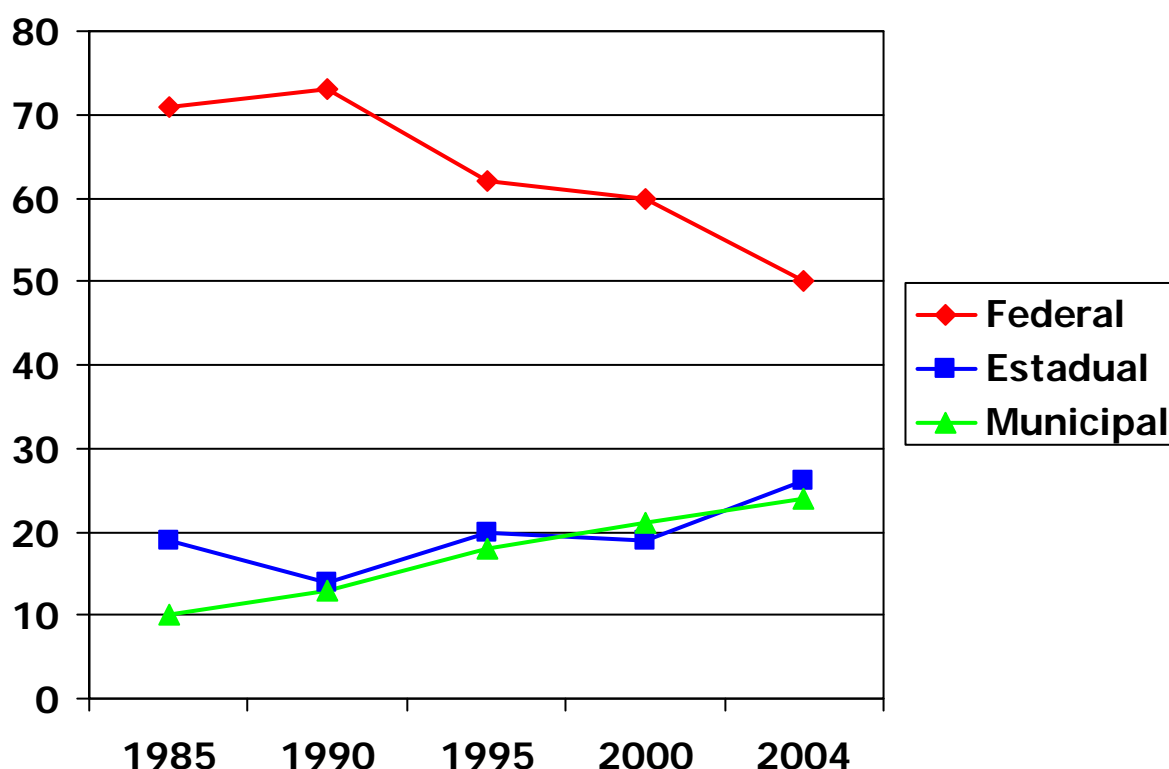
Documento Não Editorado

Total Público	84.929
Planos de Saúde (ANS)	41.858
Desembolso Direto	47.745
Total e % PIB	174.532 (7,48%)
PIB Brasil	2.332.936

Fonte: Secretaria de Assistência a Saúde – Ministério da Saúde

Ainda quanto aos gastos públicos no Brasil, todos relacionados com a operação do sistema universal, o SUS, observa-se a diminuição progressiva das despesas do governo federal, ao lado do aumento da participação relativa de estados e municípios no orçamento global da saúde. O **Gráfico 18** apresenta a curva de gastos federais com importante queda relativa, ao lado dos expressivos e compensatórios aumentos de participação tanto de municípios quanto dos estados, consagrando-se na atualidade uma participação relativa de 50% do total de gastos no âmbito federal, aos lados de outros 50% distribuídos de forma muito próxima entre o conjunto dos municípios e estados. O **Quadro 8** mostra como se deu essa inflexão entre os anos de 2000 e 2006, quando os gastos federais em valores correntes duplicaram e os gastos estaduais e municipais foram multiplicados por mais de três vezes.

Gráfico 18 - Tendências do investimento no Brasil: percentuais dos gastos públicos (SUS) por fonte / 1985 - 2004



Fonte: Hospital Performance in Brasil. The World Bank. 2008

Quadro 8 - Despesas com ações e serviços públicos de saúde – Financiamentos Públicos – 200 – 2006.

R\$ 1mil correntes

Ano	Esfera de Governo				Gasto por Habitante*
	Federal	Estadual	Municipal	Total	
2000	20.351	6.313	7.370	34.035	200,44
2001	22.242	8.268	9.289	40.032	232,22
2002	24.736	10.278	12.020	47.035	269,34
2003	27.181	12.144	14.003	53.329	301,51
2004	32.703	16.028	16.398	65.130	
2005	36.495	17.2356	20.261	73.993	401,71
2006	40.750	19.798	23.484	84.033	449,93

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. DATASUS/ Ministério da Saúde. <http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1> acessado em 19/12/2008

* em R\$ 1,00

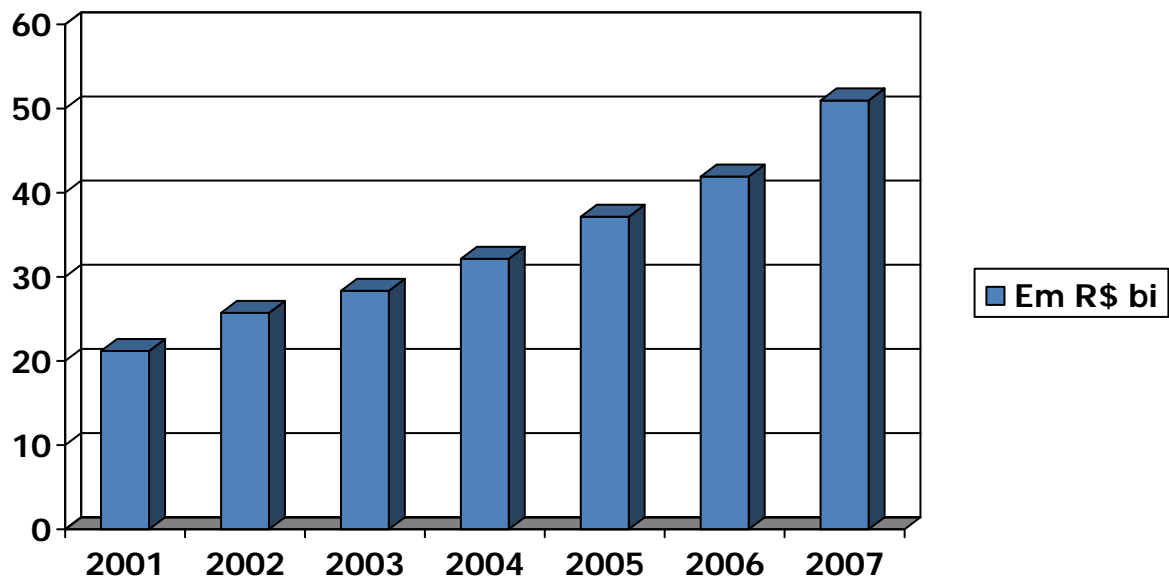
Em paralelo, um dos motivos da queda relativa do financiamento público em saúde encontra-se no importante crescimento do mercado privado de planos e seguros, atestado pelos **Gráficos 19 e 20**. Ainda que parte da explicação para a importante inflexão para cima nas receitas das operadoras privadas de saúde seja a ação de cobrança de dados da Agência Nacional de Saúde – ANS, é reconhecido que este mercado segue se expandindo, alcançando valores de faturamento superiores ao investimento público federal no SUS, para um conjunto de beneficiários estimado em cerca de 25% da população brasileira e com tendência a crescimento. O número superior a 40 milhões de beneficiários registrados na ANS em 2008 não corresponde no entanto, a número de indivíduos cobertos, dado a possível multiplicidade de vínculos de um mesmo indivíduo a planos de saúde, não apresentando a ANS estimativa para a discrepância entre número beneficiários e indivíduos.¹ Este segmento, enormemente concentrado em planos coletivos está associado ao dinamismo econômico do país, dado serem, em sua maior parte, financiados pelas empresas, enquanto benefício a seus empregados. Natural que

¹ . Um mesmo indivíduo pode ser beneficiário em mais de um plano, como por exemplo crianças em relação a pai e mãe, desde que ambos (pai e mãe) sejam titulares em planos coletivos distintos vinculados a respectivas empresas;

Documento Não Editorado

limites de acesso e qualidade no sistema público condicionam tal performance. O crescimento do país, combinado com limitações para investimentos públicos em saúde, condiciona essa realidade e a tendência de crescimento para o segmento da saúde suplementar.

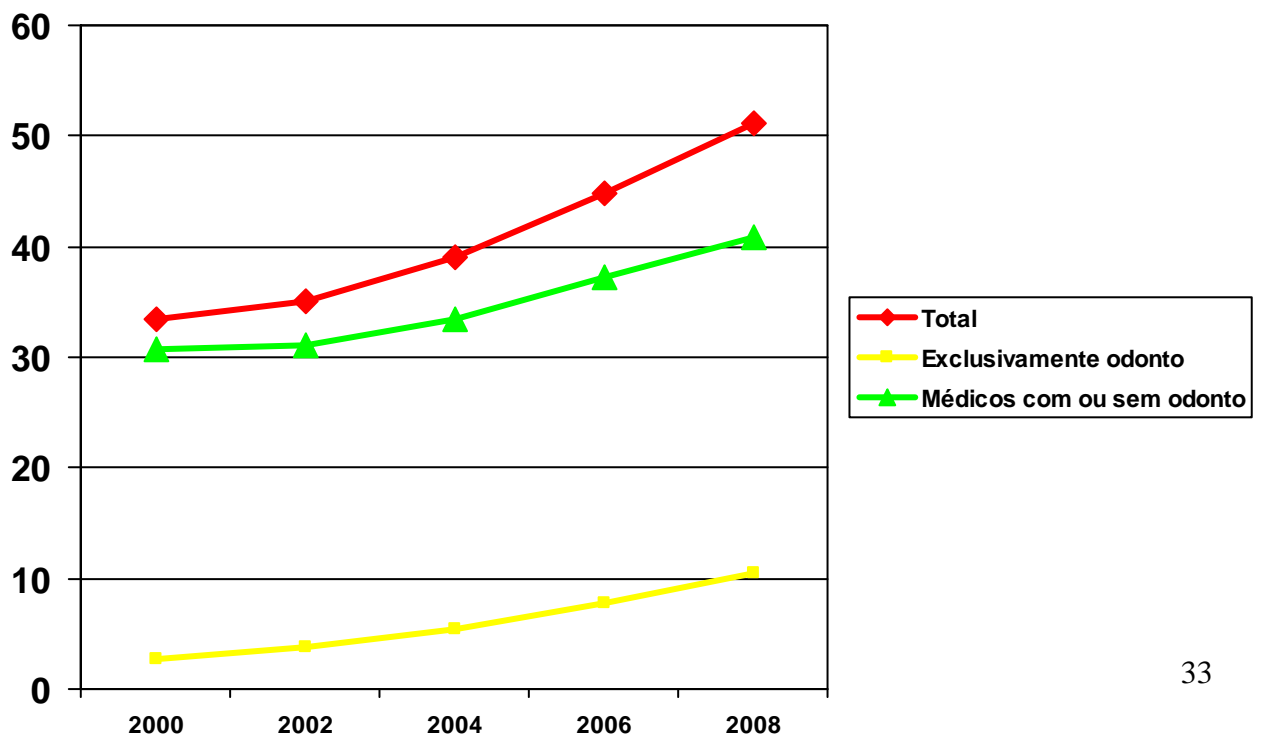
Gráfico 19 - Tendências do investimento no Brasil: receitas das operadoras de planos de saúde - 2008



Fonte: ANS, set/08

Nota: o crescimento das receitas é também fruto de operadoras que passam a informar a ANS, não expressando crescimento real;

Gráfico 20 - Beneficiários de plano de saúde por cobertura assistencial do plano – 2000 - 2008

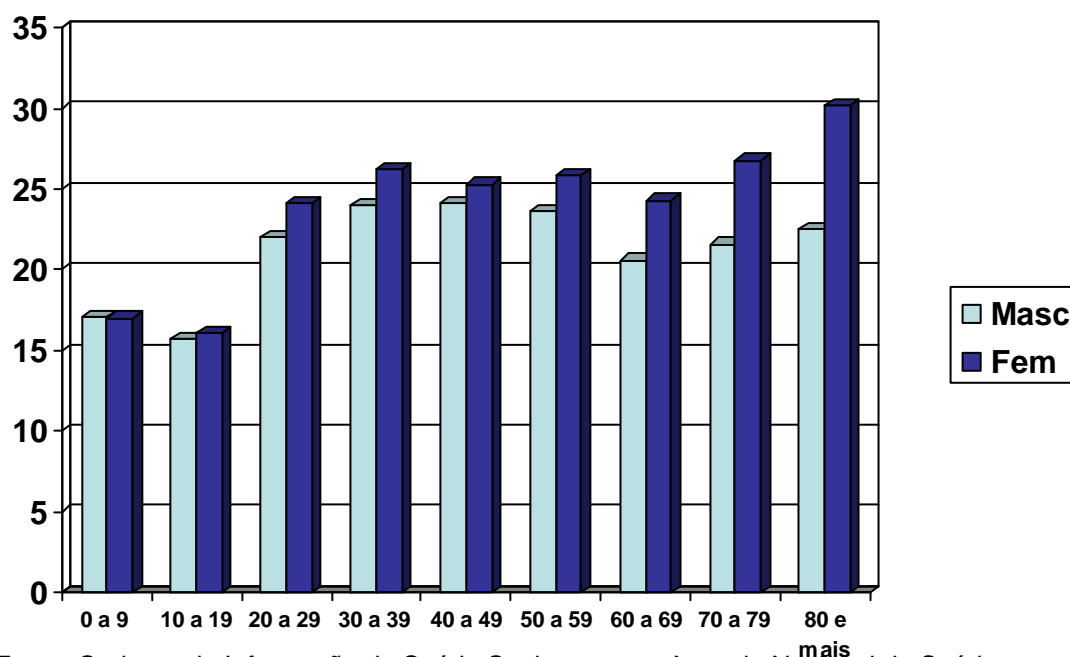


Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Dez, 2008

Nota: o termo beneficiário refere-se a vínculos a planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para o mesmo indivíduo

O **Gráfico 21**, ressaltando a observação quanto ao significado de beneficiários, mostra a cobertura dos planos em relação a população geral, com destaque para a maior cobertura nas pessoas da terceira idade, fase da vida em que há maior demanda por serviços médico-assistenciais.

Gráfico 21 - Taxa de Cobertura dos Planos de Saúde por Sexo e Faixa Etária - 2008



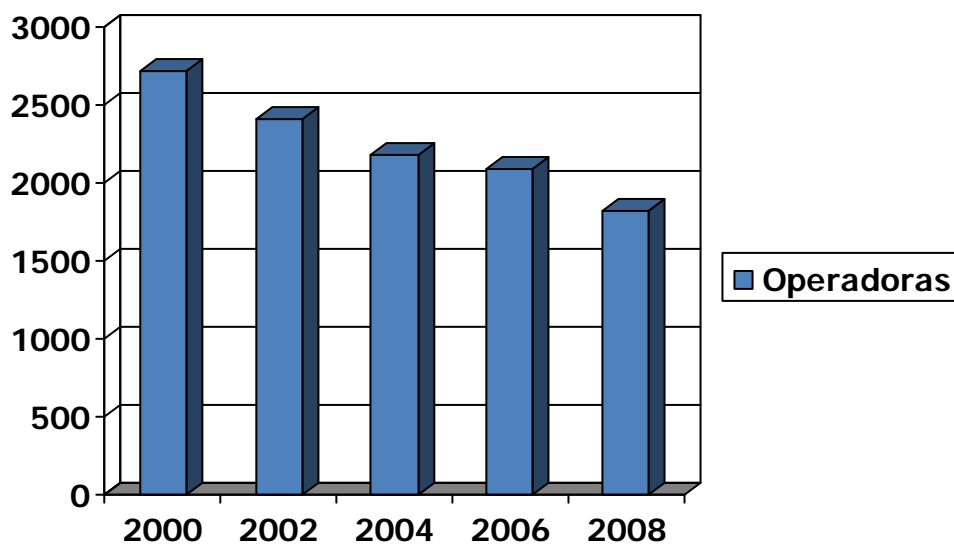
Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Dez, 2008.

Como decorrência do papel regulador da ANS e ainda como tendência identificada no mercado, o setor de planos e seguros apresenta uma clara tendência à diminuição de operadoras – **Gráfico 22**, ainda longe de padrões de concentração do mercado, mas expressando sinais de que este tende a racionalidades de escala, bastante associada a número de beneficiários por operadora e a elementos como equilíbrio de custos, taxas de sinistralidade, etc.. É fato que o mercado opera com diminuição do número de empresas e simultâneo crescimento do mercado, denotando processo claro de fechamento, sobretudo de pequenas operadoras e/ou fusões e absorções. Já no **Gráfico 23**, é

Documento Não Editorado

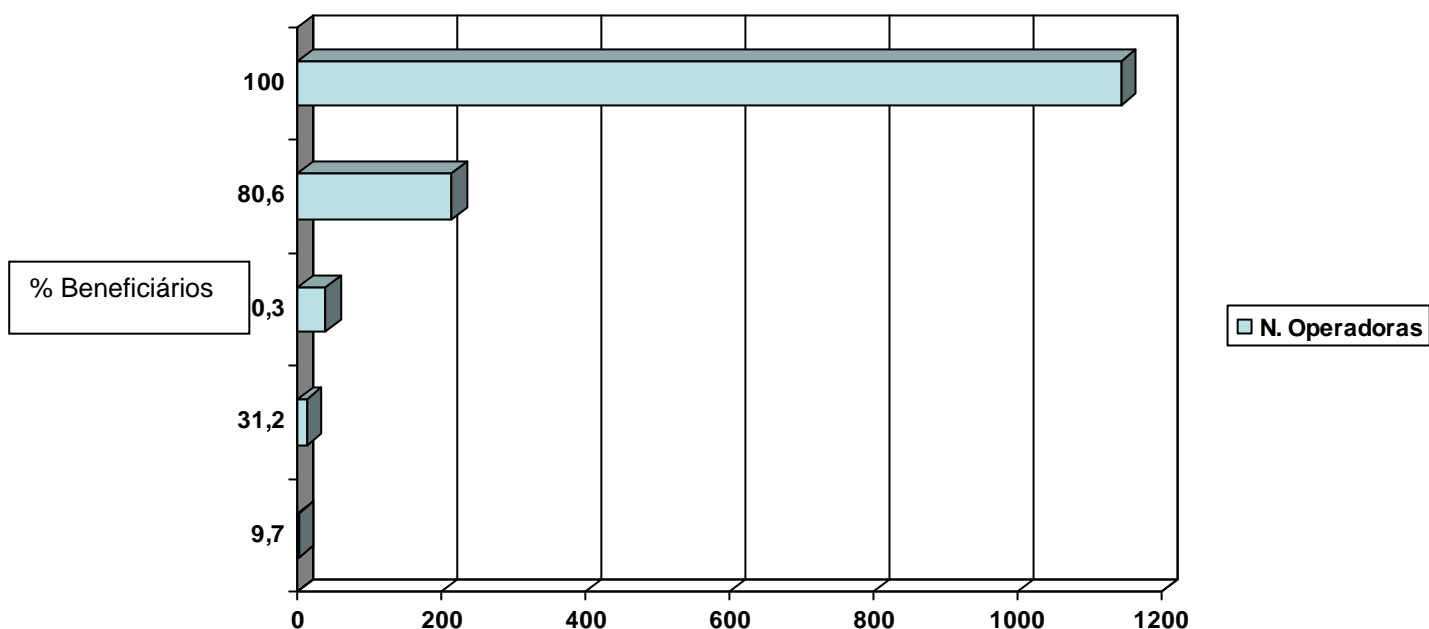
possível perceber que apesar do mercado contar com mais de 1500 operadoras, pouco mais de 200 são responsáveis por mais de 80% dos beneficiários de planos.

Gráfico 22 - Serviços de saúde no país: dados da saúde suplementar – número de operadoras - 2000 – 2008.



Fonte: ANS - dados de junho/08

Gráfico 23 - Distribuição de beneficiários de planos de saúde de assistência médica por operadoras - 2008



Fonte: Fonte: Caderno de Informação da Saúde Suplementar – Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Dez, 2008.

- **Tendências nos Sistemas Nacionais de Saúde e Estrutura de Serviços de Saúde, em especial Hospitais, no Brasil**

Ao longo das duas últimas décadas, os sistemas nacionais de saúde têm sido objeto de profundas e sucessivas transformações nas suas orientações políticas, nos padrões de financiamento e nos princípios e diretrizes relativos à organização da rede de serviços e ao modelo de atenção à saúde até então adotado (Saltman, Figueras & Sakerllarides, 1998; Mendes, 2001; McKee & Healy, 2002).

Não obstante todas as mudanças nos sistemas de saúde e os questionamentos daí advindos sobre o papel da assistência hospitalar na atenção à saúde, os hospitais seguem ocupando um papel-chave na prestação de cuidados de saúde, ao seguirem concentrando os saberes e as tecnologias mais especializadas, mas também, do ponto financeiro, uma vez que os gastos hospitalares em média representam cerca da metade dos gastos nacionais em saúde (McKee & Healy, 2000).

Ao mesmo tempo, no contexto de reformas dos sistemas de saúde, são notórias as mudanças pelas quais os hospitais têm recentemente passado. Essas mudanças compreendem não só a redefinição do papel da assistência hospitalar nos sistemas de atenção à saúde como a reorganização interna desses estabelecimentos. No âmbito assistencial, mediante a incorporação de novas tecnologias e a adequação do espaço físico interno, observa-se a implantação e a difusão de novas formas de prestação de cuidados – por exemplo, a cirurgia ambulatorial e o hospital-dia. Na esfera administrativa, as preocupações em torno do uso mais eficiente dos recursos disponíveis têm-se traduzido em um forte movimento em prol de uma maior profissionalização da gestão desses estabelecimentos, acompanhado pela adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais e de modernos sistemas de informação.

É incontestável que os hospitais permanecem desempenhando um papel extremamente importante na prestação de cuidados à saúde, acrescentando-se que o período recente é fortemente marcado pela introdução de diversas inovações nessas instituições, seja em relação ao escopo das atividades ali ofertadas, seja no que tange à sua maior integração

Documento Não Editorado

à rede de serviços; seja, ainda, no que diz respeito à forma de geri-los, com a emergência de novos modelos de gestão hospitalar (Opas, 2004).

O processo de expansão dos sistemas nacionais de saúde no período do pós-guerra, mediante políticas de extensão do acesso e de ampliação da cesta de serviços oferecidos à população, vem acompanhado de um crescimento em espiral dos custos da assistência. Os gastos em saúde nos países desenvolvidos durante os anos 60-70 evoluem com taxas médias de crescimento anual acima das taxas de crescimento anual das economias nacionais. Ou seja, ao longo do referido período, esses gastos passam a consumir parcelas crescentes do PIB desses países.

O contexto econômico mais difícil ao final dos anos 70 aponta para a necessidade de uma desaceleração dos gastos em saúde, sob pena do financiamento à saúde tornar-se socialmente insustentável. As políticas de saúde de vários governos passam a ser redirecionadas, pautadas pela contenção de gastos e pela busca de maior eficiência e qualidade nos seus resultados. E, uma vez que os hospitais encontram-se no centro do modelo de atenção e consomem a maior parcela dos recursos setoriais, é sobre esse segmento assistencial que grande parte das medidas então adotadas procura incidir.

Várias políticas e as ações de reforma, nas últimas décadas do século XX, no âmbito da assistência médico-hospitalar e do funcionamento e gestão dos hospitais, têm suas raízes em duas grandes vertentes: a primeira, associada à preocupação, de ordem econômica, com o controle dos gastos sanitários e para tanto, na implementação de medidas de racionalização da oferta de serviços e de modernização da gestão dos serviços de saúde, sobretudo os hospitais; enquanto a segunda encontra-se articulada à formulação de um novo modelo de organização do cuidado à saúde, fundado na idéia de um sistema integrado de serviços de saúde, sistema no qual a atenção básica, ao invés da assistência hospitalar, dever ser o centro do sistema.

Os avanços científicos e tecnológicos alcançados fazem com que parte dos procedimentos, então realizados exclusivamente no interior do hospital, possam ser gradativamente deslocados para outros ambientes. Há uma desconcentração da prestação de diversos serviços assistenciais e, assim, surgem novas modalidades assistenciais, caso do hospital-dia, da cirurgia ambulatorial, da assistência domiciliar ou

Documento Não Editorado

mesmo de novos tipos de serviços de saúde, como os centros de enfermagem – *nursing homes* (Shortell, Gillies & Devers, 1995).

Dado esse novo padrão de utilização dos leitos hospitalares, a capacidade instalada de leitos logo se revela excessiva. Assim, sob tal cenário, ao longo dos últimos vinte anos, diferentes países procuraram colocar em prática políticas dirigidas para a racionalização da oferta hospitalar ou, em outras palavras, para a chamada política de ‘desospitalização’, mediante estratégias variadas, envolvendo a redução de leitos hospitalares, o fechamento ou a fusão de hospitais, a conversão de estabelecimentos hospitalares em casas de enfermagem etc.

Os **Gráficos 6 a 11**, anteriormente apresentados fornecem indicações exemplares do processo de reestruturação da assistência hospitalar em vários países do mundo, ao considerar tanto a evolução das taxas médias de permanência de pacientes, quanto a importante diminuição no número de leitos hospitalares.

As evidências relativas ao processo em curso não dão margem a dúvidas: acompanhando a organização de um novo modelo de atenção à saúde, a assistência hospitalar e os estabelecimentos hospitalares passam por fase de transformações radicais. Encontra-se em gestação um novo hospital, que agora opera integrado a uma rede diversificada de serviços de saúde. Este novo hospital, necessariamente de maior densidade tecnológica, tem um domínio de ação mais restrito, voltado especificamente para o atendimento aos casos mais graves, que exigem cuidados intensivos. Ao mesmo tempo, aumentam as suas responsabilidades como serviço de retaguarda e de apoio técnico à rede assistencial, como instituição de formação de especialistas e de desenvolvimento da educação permanente e ainda como espaço de desenvolvimento de projetos de investigação clínica, epidemiológica e administrativa. A instituição hospitalar mais uma vez se renova e segue exercendo um papel importante no sistema de saúde.

Especialmente para o Brasil, é apresentado a seguir uma descrição do panorama atual e das tendências para o desenvolvimento do sub-segmento, com ênfase no setor hospitalar e serviços de diagnóstico e terapia. São identificados os principais desafios e gargalos de desenvolvimento. Identificação dos principais agentes e seus papéis.

Documento Não Editorado

Para adequada análise do comportamento histórico e panorama atual no país, a referência com maior série histórica sobre serviços de saúde, incluídos os hospitais, é a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE (AMS/IBGE). Seu início data de 1976, apresentando a rede hospitalar brasileira em três grandes conjuntos de hospitais: os privados lucrativos, os privados não lucrativos e os públicos. Os três segmentos possuem fatias bastante similares de leitos, todos próximos de 30% do total.

Em relação a esta distribuição de hospitais, o Brasil, por sua natureza, de forma distinta de outros países, tem no segmento lucrativo uma expressão quantitativa importante chegando a alcançar 31% dos leitos (Brasil, 2006). Sloan (2000), em artigo sobre hospitais não lucrativos em vários países do mundo, relata ser minoria nestes países a existência de hospitais lucrativos. Destaca, inclusive, o fato de ser mesmo proibida, na Holanda, a existência de hospitais lucrativos. Marinho (2004) registra que o Brasil, quanto à presença de hospitais lucrativos, encontra-se no patamar superior em comparação a outros países. O mesmo autor registra que nos países menos desenvolvidos, essa participação seria maior que nos países com maior desenvolvimento.

De todo modo, registra-se no Brasil uma tendência, que se acentua nas últimas décadas, ao equilíbrio no número de leitos públicos quando comparados aos privados, lucrativos e não lucrativos. Esse fenômeno está associado tanto à diminuição do setor privado – lucrativo e não lucrativo – quanto à expansão do setor público, conforme os **Gráficos 24 e 25** abaixo (Brasil, 2006).

Em número total de leitos, o país apresenta em 2005 o mesmo número registrado há trinta anos, tendo havido no período um grande incremento de leitos públicos – cerca de 30 mil leitos e, em contrapartida, um fechamento similar de leitos privados – outros 30 mil leitos. Destaque para o fato de o segmento privado, depois de ampliar seu parque hospitalar em mais de 85 mil leitos em pouco mais de dez anos (período 1976 a 1984), realizar um movimento surpreendente, ao fechar mais de 115 mil leitos entre 1984 e 2005, mantendo tendência constante entre todas as pesquisas do IBGE no período. O crescimento do setor público é constante, registrando-se apenas um curto espaço de tempo no qual o número de leitos decresce (7 mil leitos entre 1984 e 1988). Chega-se a 2005, com o país apresentando uma relação de 2,4 leitos por mil habitantes, significativamente inferior aos 3,2 leitos existentes em 1995 e já bem distante dos 4,1 leitos registrados em 1976.

Documento Não Editorado

Quando observado em separado, o número de hospitais do país, no mesmo período, registra um crescimento expressivo, elevando-se no período de 1976 a 2005 em 35%, saltando de 5.311 para 7.155 estabelecimentos (Brasil, 2006). Natural que esse processo – diminuição do número de leitos com crescimento do número de hospitais – tenha sido decorrência da abertura de hospitais com menor número de leitos, muito certamente associado ao fechamento de hospitais com números superiores de leitos.

O **Gráfico 26** registra a queda histórica do número médio de leitos no parque hospitalar público, onde, em trinta anos, houve a diminuição a quase um terço da média registrada em 1976 – de 124 para 54 leitos por hospital em 2005. O segmento privado também apresenta uma diminuição no número médio de leitos, embora menos expressiva. Essa tendência na diminuição da média de leitos por estabelecimento foi permanente nos últimos trinta anos, quando o parque de estabelecimentos públicos com internação no país triplicou. Considerando em particular o período a partir de existência do SUS – 1990 –, foram abertos no país 693 hospitais públicos, com média de 34,8 leitos por unidade (Brasil, 2006). Uma explicação a ser considerada é a base municipalista do sistema, fomentando hospitais locais de pequeno porte e limitada densidade tecnológica.

Os dados registram que a dinâmica dos hospitais e do número de leitos no país expressa um aparente paradoxo e muito certamente um grande desafio para o futuro da atenção hospitalar no país. Seria esperado, como ocorre em outros países, a diminuição na relação leitos por habitantes, notória no Brasil, mas acompanhada do incremento tecnológico dos hospitais, o que impõe a existência de hospitais de maior porte médio, dadas duas condições básicas e intercondicionadas. Primeiro, a incorporação de tecnologias ao ambiente hospitalar, que permite procedimentos tanto em menores tempos de internação, quanto ambulatorização de procedimentos antes exclusivamente hospitalares. De outro lado, a partir dos serviços extra-hospitalares, a enorme expansão de cobertura e também incorporação tecnológica, gerando alteração importante na demanda para hospitalizações. A demanda, pós-atenção inicial fora do hospital, quando gera demanda para o ambiente hospitalar, tende a exigir maior complexidade assistencial. A essas duas condições básicas somam-se o próprio perfil epidemiológico, alterado por condições demográficas novas, e a emergência de novos fatores de risco a impactar o processo saúde-doença. Resulta, em síntese, forte tendência para uma menor

Documento Não Editorado

necessidade de leitos hospitalares, no entanto, obrigatoriamente com maior densidade tecnológica agregada.

A maior densidade ou complexidade tecnológica no ambiente hospitalar, através da incorporação tanto de equipamentos e insumos quanto de profissionais mais diferenciados, exige, por sua vez, escalas economicamente sustentáveis. Ao contrário do observado no Brasil, a escala média de leitos dos hospitais brasileiros, combinada com a diminuição de leitos no total, deveria crescer e não diminuir. Aqui reside o paradoxo e certamente o grande desafio para o futuro imediato da atenção e gestão hospitalar brasileira. O país não estaria, no seu parque hospitalar, acompanhando as tendências tanto internacionais no campo da atenção e gestão hospitalar quanto as suas próprias necessidades epidemiológicas. O ajuste observado, com diminuição do número de leitos no total, acompanhado de diminuição do número médio de leitos por hospital, não corresponderia ao esperado ajuste na oferta de serviços hospitalares, especialmente quanto às novas exigências tecnológicas e econômicas na atenção e gestão hospitalar.

Concomitantemente à dinâmica dos hospitais, o país operou nas três últimas décadas um processo inigualável de expansão de cobertura da atenção básica não hospitalar quando viu o número de estabelecimentos sem oferta de internação saltar de 7.822, em 1976, para 55.328, em 2005. Esse crescimento foi maior no setor público, basicamente em decorrência das políticas públicas e, em particular do SUS, após os anos 90 (Brasil, 2006). Dados de 2005 (Brasil, 2006) apontam para expressivo parque de serviços, considerando tanto hospitais (serviços com internação), quanto não hospitalares e os serviços de diagnose – **Quadro 9**.

Quadro 9 - Serviços de Saúde por Esfera Administrativa - Brasil – AMS-IBGE/2005

Esfera Administrativa	Com Internação	Sem Internação	Diagnose	Total
Públicos	2.727	41.260	1.102	45.089
Privados	4.428	14.068	13.419	31.915

Documento Não Editorado

Total	7.155	55.328	14.521	77.004
--------------	--------------	---------------	---------------	---------------

Fonte: IBGE - 2005

Na área hospitalar, no mesmo período, houve importante consequência na dinâmica das internações. Em 1995, tomando por referência apenas o SUS, foram realizadas 13,275 milhões de internações. Esse número decresceu sucessivamente até alcançar 11,291 milhões em 2006. Em 1995, registravam-se 85 autorizações de internação hospitalar (AIH) para cada 1000 habitantes, enquanto em 2006 o número de AIH para cada mil habitantes caiu a 61. Estas mudanças decorreram da definição de novos parâmetros de distribuição de AIH e de tetos financeiros para gastos hospitalares por estado. Acompanhando as tendências tanto de oferta quanto de demanda e as estratégias dos prestadores, as AIH emitidas registram um importante crescimento na complexidade da atenção prestada. Apenas entre os anos de 1995 e 1999, as AIH que correspondem a internações de alta complexidade cresceram 104% (Spigolon, 2002).

A queda histórica no número de internações gerou novo fenômeno na ocupação dos leitos. Mesmo com o importante fechamento de leitos no período, há estimativas que consideram em até 50% a ociosidade nos leitos vinculados ao SUS. Nesse processo, há ainda formulações baseadas em análises de internações no estado de Minas Gerais a indicarem percentuais próximos a 30% de internações realizadas pelo SUS como sensíveis a tratamentos ambulatoriais (Perpetuo & Wong, 2006), caracterizando internações potencialmente desnecessárias.

Nas décadas recentes, acompanhando de um lado uma importante política de expansão da atenção básica não hospitalar e de outro a dinâmica tanto tecnológica quanto epidemiológica, mas também política e econômica, os hospitais apresentam tendências não-uniformes. Ao contrário das diretrizes governamentais mais explícitas para os serviços não hospitalares, os hospitais buscam acompanhar as chamadas políticas públicas mais implícitas e aquelas ditadas pelo mercado privado.

Enquanto políticas ditas implícitas, destaque para o controle no número de internações combinado com relativo incentivo a internações de maior complexidade e a demandar tecnologias diferenciadas agregadas ao leito. Esse processo contribui para subsegmentar o parque hospitalar a serviço do SUS, muito provavelmente gerando um conjunto mais

Documento Não Editorado

dinâmico de hospitais, que incorporam tecnologias, alcançam outras novas ou estabilizam escalas de produção economicamente mais sustentáveis (tomando por base o número de leitos).

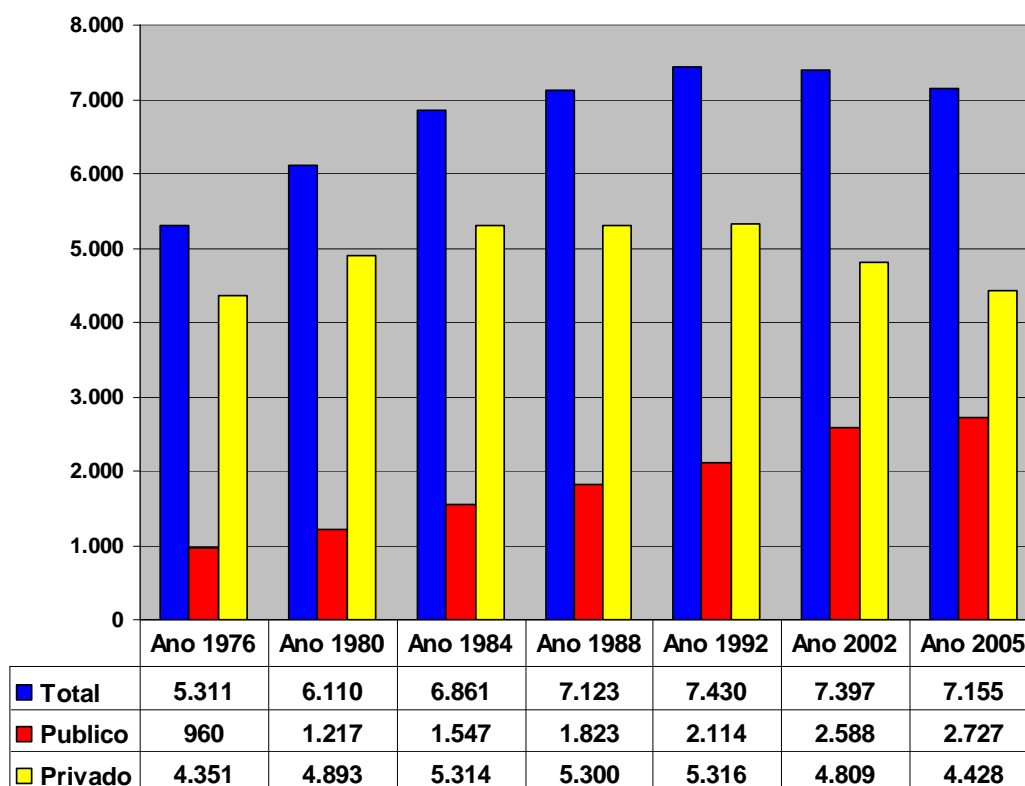
Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontavam, em 2006, apenas 293 hospitais no país com 201 leitos ou mais, representando apenas 4% dos hospitais integrantes do SUS – públicos e privados –; no outro extremo, 39% dos hospitais do SUS, 2.659 hospitais possuíam até 30 leitos, com menor dinamismo e limitada incorporação tecnológica – **Quadro 10**.

Quadro 10 - Serviços de saúde: frequência de hospitais segundo número de leitos – CNES/MS - 2006

<i>leitos</i>	<i>freq.</i>	<i>%</i>	<i>% acum.</i>
1 a 4	236	3	3
5 a 30	2.423	35	39
31 a 40	832	12	51
41 a 50	675	10	61
51 a 100	1.435	21	82
101 a 150	537	8	90
151 a 200	276	4	94
201 a 250	147	2	96
251 a 300	98	1	97
> 301	195	3	100
Total	6.854	100	

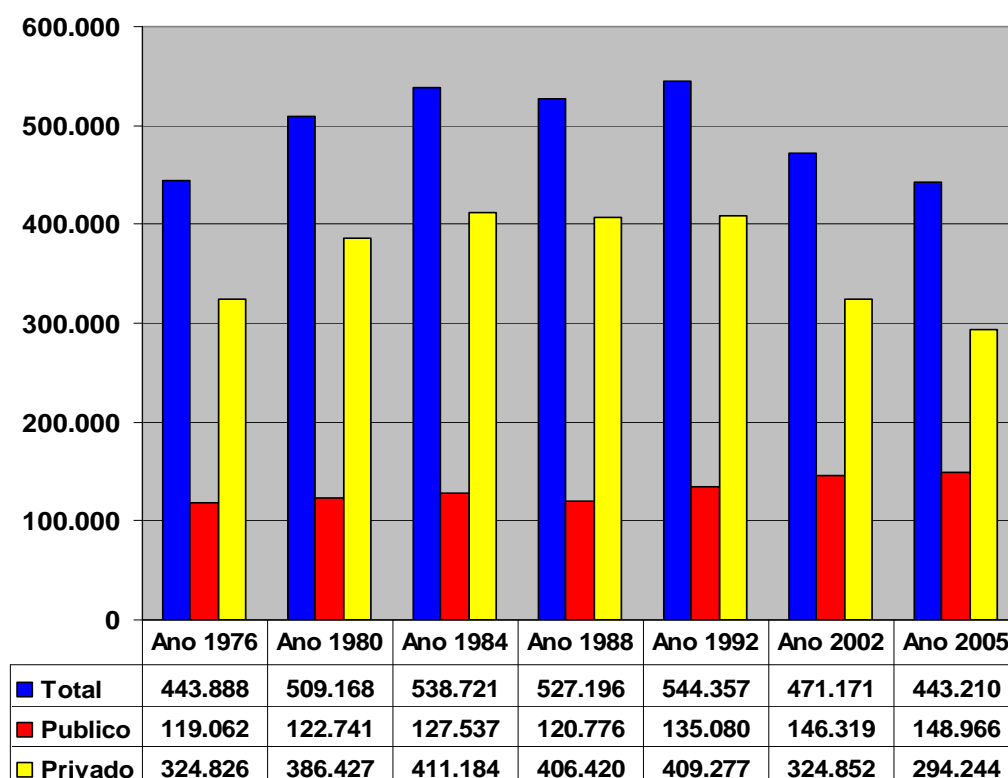
Consagram-se ao menos duas tendências. No segmento dito superior, o pólo dinâmico, mais próximo das características registradas internacionalmente, com hospitais de médio e grande porte, com maior densidade tecnológica, potencialmente mais sustentáveis economicamente e respondendo por demandas crescentes ajustadas epidemiologicamente. Na base, os pequenos hospitais, com tendência a ter sua função assistencial substituída, ao menos em parte por serviços extra-hospitalares mais eficientes e eficazes.

Gráfico 24 – Estabelecimentos públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) com leitos para internação no período. Brasil –1976-2005



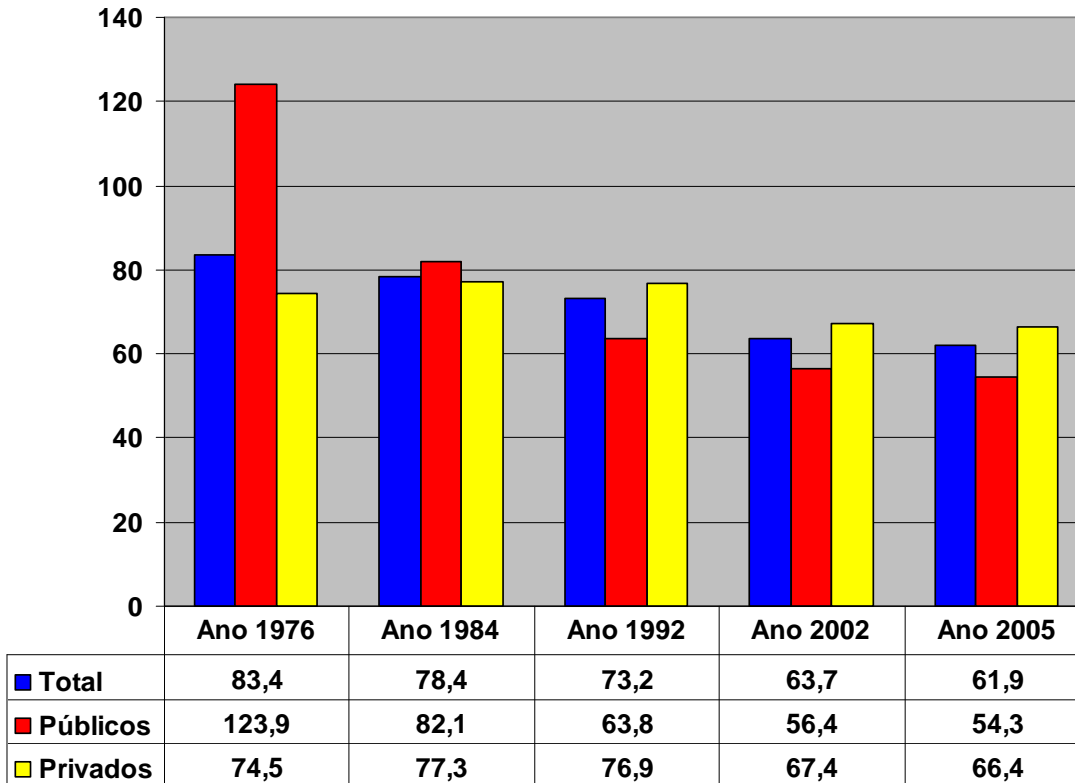
Fonte: IBGE 2006.

Gráfico 25 – Número de leitos em estabelecimentos públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) com internação no período. Brasil – 1976-2005



Fonte: IBGE 2006.

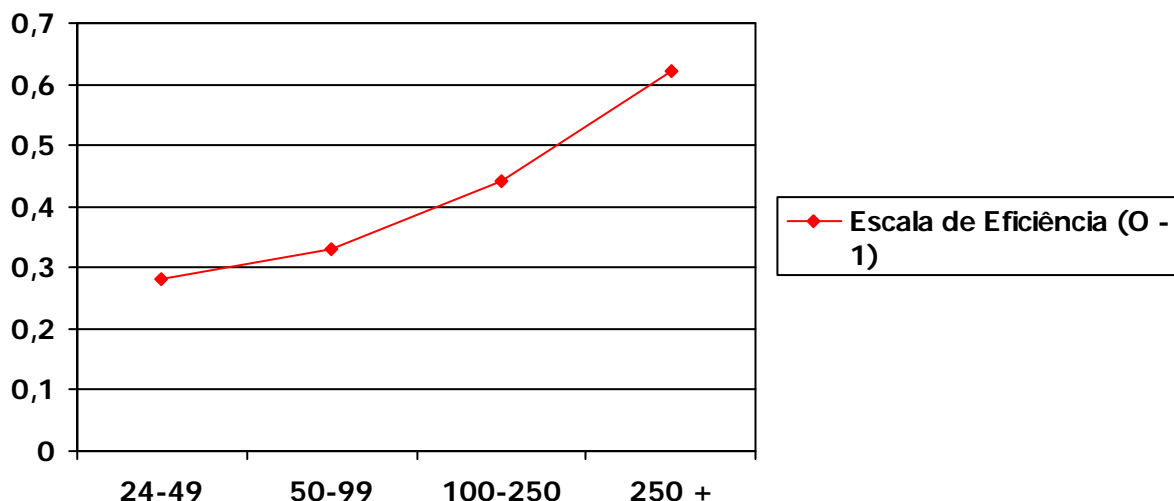
Gráfico 26 – Número médio de leitos em estabelecimentos públicos e privados (lucrativos e não lucrativos) com internação no período. Brasil – 1976-2005



Fonte: IBGE 2006.

Os dados sobre porte dos hospitais acabam por determinar importante desafio e gargalo para a dinâmica econômica do sub-segmento. Estudos recentes (La Forgia e Couttolenc, 2008) apresentam importante limitação no desempenho de hospitais com pequenas escalas de leitos, conforme **Gráfico 27**.

Gráfico 27 - Desempenho e Escala de Hospitais Brasileiros (Padrão DEA)



DEA - Data Envelopment Analysis

Fonte: Couttolenc e al. 2004 in Hospital Performance in Brasil. The World Bank. 2008

4. Perspectivas de Médio e Longo Prazos para os Investimentos

4.1 Cenário Possível – Médio Prazo

As tendências apontam para o aumento dos gastos em saúde superarem o crescimento do PIB, mantido em especial o crescimento dos gastos municipais e estaduais, além da efetiva regulamentação da EC 29, de modo a também elevar de forma mais significativa os gastos federais. O contexto atual é, portanto, de crescimento dos gastos acompanharem o crescimento do PIB, tanto no setor público quanto no privado. Alternativa para incremento de gastos federais no médio prazo está associada a regulamentação de Emenda Constitucional que possibilitaria compromissos com gastos federais associados a arrecadação e nítido incremento de receitas no setor. Essa condição ainda encontra resistências no próprio governo que posterga tal regulamentação desde 2003, ainda que surjam sinais para uma inflexão, muito embora ainda restritos a pasta ministerial da saúde e sem que expresse iniciativa consistente governamental no legislativo. Já no setor privado, o crescimento dos últimos anos, superior ao setor público pode arrefecer, acompanhando a própria tendência de desaceleração da economia, dado a estreita relação desse sub-segmento com o crescimento geral da economia. Assim, neste prazo médio, considerando os contextos de implementação do Programa Mais Saúde e ainda da regulamentação da EC 29, concomitante ao menor crescimento do setor de saúde suplementar, haveria alterações nos macro-indicadores de financiamento e gastos no segmento de serviços de saúde. No período os gastos públicos podem se elevar a 5 % do PIB, com o total dos gastos em saúde mantidos em patamares entre 8% e 9% do PIB. Neste cenário, haveria inversão entre gastos públicos e privados em saúde, com os primeiros alcançando patamares superiores a 50% do total de gastos.

Este cenário é construído com base na implementação do Programa Mais Saúde do governo federal, já em vigência a partir de 2008 e com gastos previstos até 2011.

Documento Não Editorado

O **Quadro 11** sintetiza as principais ações nas diversas dimensões do Programa, destacando os investimentos previstos para o período, tanto nas dimensões desenvolvimento tecnológico, quanto na expansão da base produtiva.

Quadro 11- Investimentos Previstos e Nichos Tecnológicos e de Mercado – Programa Mais Saúde 2008-2011

R\$ 1 mil

Nichos tecnológicos e de mercado	Densidade Tecnológica	Investimentos Previstos	Instituições Agentes
Desenvolvimento Tecnológico			
Implantar 2 redes para suporte a incorporação tecnológica	Média	24.000	MS
Fortalecer centros de P&D para apoio a indústria e serviços	Média/Alta	149.868	MS, Fiocruz
Implantar duas redes de pesquisas clínicas	Média	11.666	MS, Fiocruz, Universidades
Sub-Total DT		185.534	
Expansão e transformação da base produtiva			
Ações Diversas de Promoção da Saúde		125.803	SUS
Ampliar e Qualificar Rede de Atenção Básica – ênfase PSF		1.531.101	SUS
Expandir SAMU		533.802	SUS
Ampliar Rede Própria de Farmácias Populares		39.128	SUS
Expandir Rede de Farmácias Populares de Mercado e ampliar número de medicamentos		1.222.657	SUS
Expandir Internações Domiciliares		252.148	SUS
Expandir consultas e exames especializados – Saúde do homem		20.249	SUS
Ampliar acesso a controle de diabetes e hipertensão		764.405	SUS
Oferta de novas vacinas		389.943	SUS
Implantar Unidades de Respostas Rápidas a Emergências		15.482	
Expandir serviços média complexidade médicos e odontológicos		440.829	SUS
Expandir rede de atenção ao câncer		1.122.472	SUS
Ampliar acesso a diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos		6.965.583	SUS
Expandir e modernizar hospitais		2.999.391	SUS
Ampliar leitos de UTI e Semi-Intensivos		1.262.901	SUS
Ampliar transplantes		1.174.948	SUS
Expandir laboratórios de saúde pública		40.613	SUS
Expandir serviços de armazenamento		63.360	SUS
Criar centros de emergências obstétricas e neonatais		4.000	SUS
Instalar nova Escola de Saúde Pública		20.500	Fiocruz
Sub-Total Expansão		18.989.315	

Documento Não Editorado

TOTAL		19.174.849
--------------	--	-------------------

Fonte: Programa Mais Saúde (PAC da Saúde) – Ministério da Saúde.

Notas: (1) Os nichos na dimensão DT foram identificados exclusivamente a partir do eixo Complexo Industrial da Saúde (Mais Saúde);

(2) os nichos relacionados com a Expansão e Transformação da Base Produtiva foram identificados a partir dos eixos Promoção da Saúde e Atenção a Saúde;

(3) apenas um nicho na dimensão Expansão e Transformação da base produtiva foi identificado no eixo Força de Trabalho em Saúde (instalar Escola de Saúde Pública);

(4) não foram identificados nichos de DT ou Expansão da base produtiva nos eixos Cooperação Internacional, Participação e Controle Social e Qualificação da Gestão;

(5) os valores são estimados, pois o Programa não discrimina na maioria das ações a manutenção de atividades frente a expansão, bem como gastos de capital e de custeio .

Ainda em relação ao Programa Mais Saúde, o **Quadro 12**, destaca investimentos específicos para o eixo “Complexo Industrial da Saúde” segmentando-os entre os setores serviços, químico-farmacêutico e de equipamentos e materiais.

Quadro 12 - Investimentos Previstos e Nichos Tecnológicos e de Mercado no Eixo Complexo Industrial da Saúde do Programa Mais Saúde 2008-2011

R\$ 1 mil

Nichos	Segmentos			
	Quim e Farm	Equip e Mat	Serviços	Total
Desenvolvimento Tecnológico				
Dominar ciclo tecnológico de novas vacinas PNI	53.913	n.a.	n.a.	53.913
Implantar 2 redes para suporte a incorporação tecnológica	24.000	24.000	24.000	72.000
Fortalecer centros de P&D para apoio a indústria e serviços (inclusive Fiocruz)	184.868	184.868	149.868	519.604
Implantar duas redes de pesquisas clínicas	11.666	11.667	11.667	35.000
Sub-Total	274.447	220.535	185.535	680.517
Expansão da Base Produtiva				
Ampliar produção de medicamentos em lab oficiais	275.521	n.a.	n.a.	275.521
Ampliar produção de vacinas PNI	53.913	n.a.	n.a.	53.913
Implantar 2 centros de toxicologia para apoio produtores de bens da indústria da saúde	17.500	17.500	n.a.	35.000
Ampliar biotérios para apoio a P&D	n.a.	n.a.	25.000	25.000
Instalar Hemobrás	162.000	n.a.	n.a.	162.000
Sub- Total	508.934	17.500	25.000	551.434
Total	783.381	238.035	210.535	1.231.951

Fonte: Programa Mais Saúde (PAC da Saúde) – Ministério da Saúde.

Notas:

(1) todos os dados foram estimados a partir do eixo Complexo Industrial da Saúde do Programa Mais Saúde;

(2) quando não possível identificar os recursos previstos nas ações do Programa Mais Saúde com relação aos segmentos do CEIS, estes foram arbitrados em valores igualitários;

(3) quando não possível discriminar valores das ações do Programa Mais Saúde entre DT e Expansão da base produtiva, esses foram estimados;

(4) quando não possível destacar investimentos de DT e Expansão da Base Produtiva numa mesma ação (p. ex. instalar a Hemobrás), optou-se por carregar para a dimensão com estimativa da maior parte dos investimentos, a totalidade dos recursos alocados na ação;

Documento Não Editorado

Quanto ao processo de estruturação do mercado, este deve seguir com o enxugamento do número de operadoras, projetando-se uma redução para um número inferior a 1000 (mil operadoras) ao final do período, com fechamento ou incorporações superiores a 10% ao ano. Segue o fechamento de hospitais e leitos, quase que exclusivamente privados e, sobretudo no âmbito dos serviços de diagnose, uma nítida e relativamente acelerada concentração (quando comparada com os sub-segmentos de hospitais e operadoras de planos e seguros), com movimentos de aquisições e incorporações bastante disseminado. Há tendência clara a oligopolização deste mercado. É parte ainda da estratégia dos maiores grupos, a prestação de serviços intra-hospitalares, através associações ou terceirizações. Neste sub-segmento há previsões para que, ao final do período, menos de 10 grupos concentrem mais de 50% do faturamento desse mercado. Há ainda sinais a ser melhor explorados quanto a associações deste sub-segmento com a indústria de equipamentos e reagentes para diagnóstico.

Ainda no setor privado, a perspectiva de racionalidades de custos, tem gerado processos nítidos de verticalização, envolvendo operadoras de planos, hospitais e serviços de diagnose. Esse movimento é percebido com nitidez especialmente a partir de operadoras, que incorporam ou constroem hospitais e investem, ainda que em menor escala em serviços de diagnóstico. Igualmente operam processos de diversificação para serviços pré e pós-hospitalares, tais como atenção e internações domiciliares e implantação de hospitais-dia.

No âmbito do setor público, com importantes limites para investimentos de maior monta, há opções por investimentos focalizados, concentrando-se entre outros, na expansão de serviços pré-hospitalares, como o Serviço Médico de Urgência – SAMU, na implantação de leitos de maior complexidade, como de terapia intensiva e ainda movimentos de natureza incremental em aspectos organizativos do sistema, como a implantação e disseminação de centrais de regulação de acesso e utilização da rede de serviços. As principais ações, bem como os recursos mais significativos encontram-se previstos no Programa Mais Saúde, apresentados no Quadros 11 e 12.

No cenário de médio prazo, salvo alterações de alguma monta no sub-segmento privado, não são identificados movimentos mais significativos na tendência dos investimentos

Documento Não Editorado

públicos, salvo aqueles já citados no Programa Mais Saúde. Ainda no setor privado, tanto de operadoras de plano, quanto de hospitais e serviços de diagnose, o que se observa é a busca de economias de escala, através de processos de incorporações, fusões, combinados ou não com verticalizações. Alterações de escopo são também visíveis, com alguma diversificação da oferta neste sub-segmento, quase sempre em direção a desospitalização. Algumas entrevistas com dirigentes do setor hospitalar privado apontam para algumas associações de grupos hospitalares privados nacionais com hospitais de outros países, visando atratividade para mercados internacionais, sobretudo latino-americano, agregando valor tanto na dimensão da gestão, quanto na atenção.

Há ainda associações já firmadas com grupos de investidores internacionais, prestadores hospitalares internacionais e nacionais para disputa de editais públicos de parcerias público-privada em hospitais. Essa modalidade de investimento na área de saúde deverá se expandir nos próximos anos.

O **Quadro 13** sintetiza o cenário para o médio prazo.

Documento Não Editorado

Quadro 13 - Cenário Possível – Médio Prazo (2012)

Determinantes da dinâmica do investimento esperado	Metas 2012	Impactos no subsistema de serviços	Efeitos esperados no conjunto da economia
<p>Implementação do Programa Mais Saúde (PAC da Saúde)</p> <p>Expansão da participação pública nos gastos saúde;</p> <p>Novos mecanismos de contratação de serviços públicos e privados no âmbito do SUS;</p> <p>Aumento do número de hospitais públicos e privados com adequada incorporação tecnológica e escala de produção eficiente;</p> <p>Atratividade da área de serviços para investimentos externos – incremento da ameaça competitiva – pressão por escala, eficiência, etc</p> <p>Ampliação no uso de tecnologias mais intensivas no âmbito dos serviços – equipamentos e NTIC;</p> <p>Aumento da participação de leitos de tecnologia intensiva no total de leitos hospitalares;</p> <p>Adequação do arcabouço de gestão pública gerando mais eficiência no gasto e relações mais dinâmicas envolvendo setor privado prestador.</p>	<p>Aumento nos gastos públicos em saúde para 5% do PIB;</p> <p>Participação dos gastos públicos em saúde ultrapassando 50% do total</p> <p>Ganho de escala nos sub-segmentos: hospitais, laboratórios e operadoras</p> <p>15% dos hospitais (públicos e privados) possuem mais de 150 leitos em média (hoje são apenas 10%)</p> <p>Parque de serviços de diagnóstico e terapia com menos de 10 grandes empresas dominando 50% do mercado</p> <p>Número de operadoras de planos e seguros inferior a 1.000 (hum mil) - hoje são cerca de 1.700</p>	<p>Aumento na capacidade produtiva associada com aumento na escala de produção e diversificação de serviços assistenciais</p> <p>Aumento da dependência dos serviços de saúde do financiamento público;</p> <p>Participação de empresas brasileiras prestadoras de serviços de saúde em empreendimentos internacionais</p> <p>Primeiros empreendimentos originários através de investimentos tipo PPPs são reconhecidos no segmento de prestadores de saúde públicos;</p> <p>Grandes hospitais atraem demanda de países latino-americanos;</p> <p>Diminuição dos gargalos de atenção médico-hospitalar do SUS – ampliação de cobertura, acesso, universalização</p> <p>Fortalecimento da articulação entre serviços e demais sub-segmentos para a inovação</p>	<p>Expansão do PIB e geração de emprego</p> <p>Estimativa de 2,5 milhões – Programa Mais Saúde</p> <p>Aumento na dinâmica econômica e maior sinergia entre segmentos do CEIS</p>

Fonte: elaboração própria. Referências: Política de Desenvolvimento Produtivo – PDP (MDIC/2008), Programa “Mais Saúde” (MS/2007) e PAC da Inovação (MCT/2007).

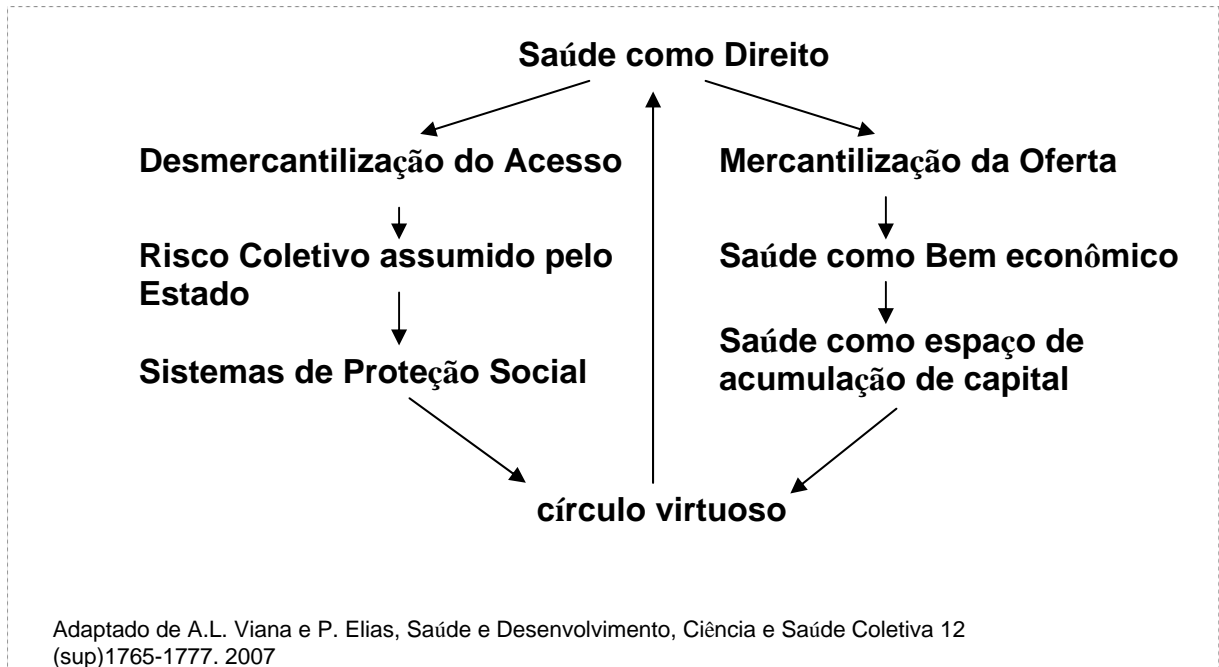
4.2 Cenário Desejável – Longo Prazo

Duas grandes referências são balizadoras para este cenário: o aumento dos gastos em saúde para 11% do PIB, representando, para além do próprio crescimento do PIB, um incremento de recursos da ordem de 40%; e de modo associado a duplicação dos recursos públicos no conjunto dos gastos em saúde, passando o financiamento público a ser responsável por algo como 70% dos recursos para a saúde. Este patamar significaria em termos comparativos o piso dos recursos públicos, alocados para a saúde nos países da OCDE. Este incremento permitiria que os gastos em saúde per capita cresçam 100% no período.

O aumento da parcela do financiamento público em saúde é condição para efetiva consolidação do sistema público e universal. O modelo apresentado na **Figura 3** corresponde a uma interdependência possível entre sistema público e universal, assegurado naturalmente pelo Estado e o maior incentivo ao dinamismo econômico em saúde. O Estado, em sistemas de proteção social, como o caso brasileiro, considerando Viana e Elias (2007), necessita desmercantilizar os acessos aos serviços e ao mesmo tempo, assumindo a saúde como bem econômico, promover a mercantilização da oferta, conforme representado. Essa transformação do modelo brasileiro corresponderia no longo prazo à resolução do desafio hoje estabelecido, qual seja o de estender a cobertura, promovendo inclusão ao sistema, portanto enfrentando a vertente sócio-sanitária, ao mesmo tempo em que a vertente econômica seja dinamizada, assumindo novos padrões de sinergia entre as duas vertentes e não na condição hoje instituída de sistemas competitivos – o público e o privado, quando as dinâmicas econômicas são distintas e em particular no sistema público com menor dinamismo relativo.

O longo prazo carrega portanto, o desafio da consolidação do efetivo sistema de proteção social, universal e público, sendo igualmente fator de acumulação e dinamismo econômico.

Figura 3 - Princípios para um sistema de saúde com proteção social do Estado e incentivo à dinâmica econômica



A atual estrutura de serviços deve ser bastante reformulada, com alguns destaques em termos estruturais. Os hospitais devem apresentar escopos redefinidos, concentrando recursos críticos para a alta complexidade e atenção prioritária a agudização de situações crônicas, observadas nítidas tendências demográficas e epidemiológicas. Do ponto de vista da escala, é necessário dobrar o número médio de leitos, de modo a se alcançar o patamar de 120 leitos, com aumento de 100% em relação aos dados de 2005.

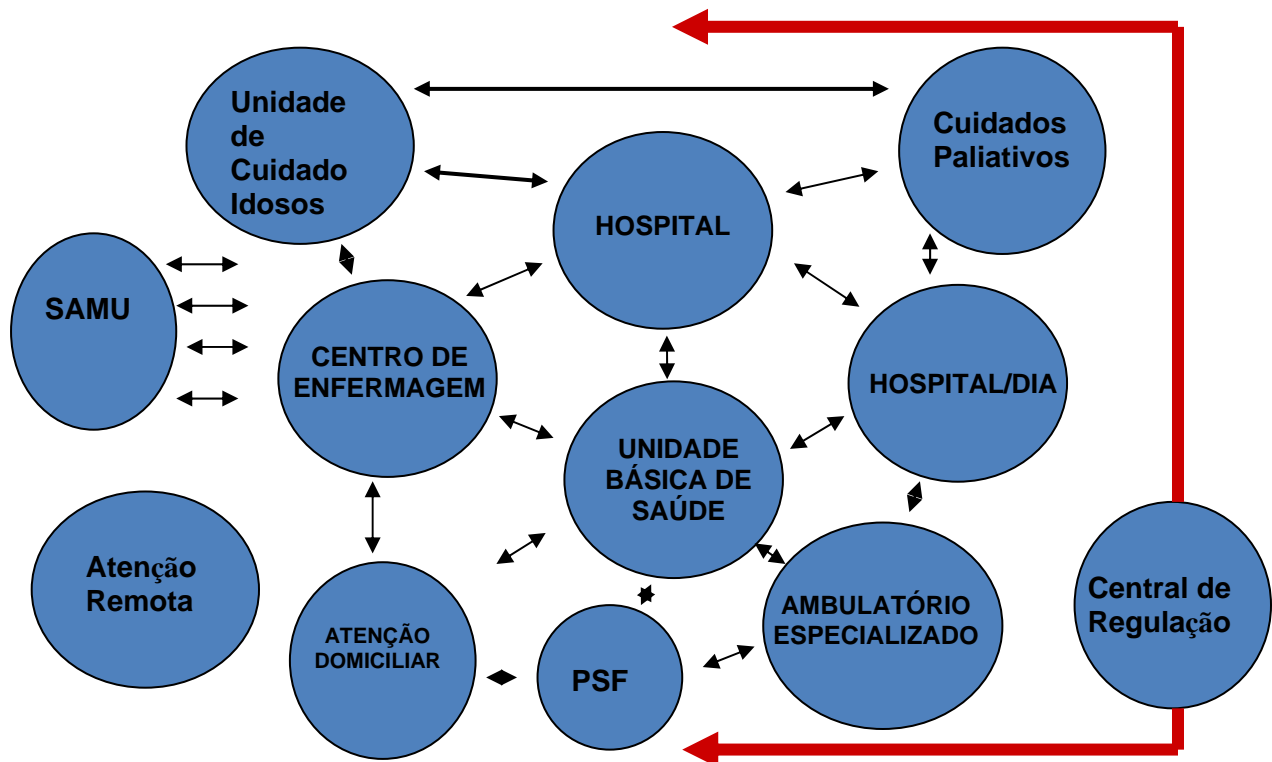
Mas a concepção de redes integradas de serviços, com lógicas de integração vertical e também horizontal devem possibilitar a operacionalização de sistemas integrados, diferenciados internamente segundo tecnologias e demandas específicas, mantendo elevada integração e racionalidade na utilização e continuidade de cuidados. Novas unidades assistenciais deverão compor as redes de atenção, incluindo ampliação de hospitais-dia, abertura de serviços específicos para cuidados para idosos, cuidados de enfermagem e cuidados paliativos, além de importante expansão da atenção domiciliar e ênfase em cuidados remotos mediante popularização do uso de TICs em saúde.

Documento Não Editorado

Todo o incremento tecnológico extra-hospitalar, combinado com alteração no escopo dos hospitais, mediante concentração de atividades intensivas em tecnologia, clínica e cirúrgica, promoverá importante movimento por desospitalização, já presente nos dias de hoje, mas que tenderá a ser ainda mais forte, acarretando significativa diminuição da relação leitos por habitantes, hoje superior a 2,5 leitos por 1000 habitantes, para padrões inferiores a 1,5 leitos para cada 1000 habitantes, padrões inclusive já presentes em alguns países ou ao menos regiões de países.

A **Figura 4** sintetiza o modelo integrado de serviços de saúde, considerando a diferenciação dos mesmos, sua integração em rede e com base intensiva em TICs.

Figura 4 - Sistemas com maior diferenciação de serviços: configuração de redes integradas de atenção



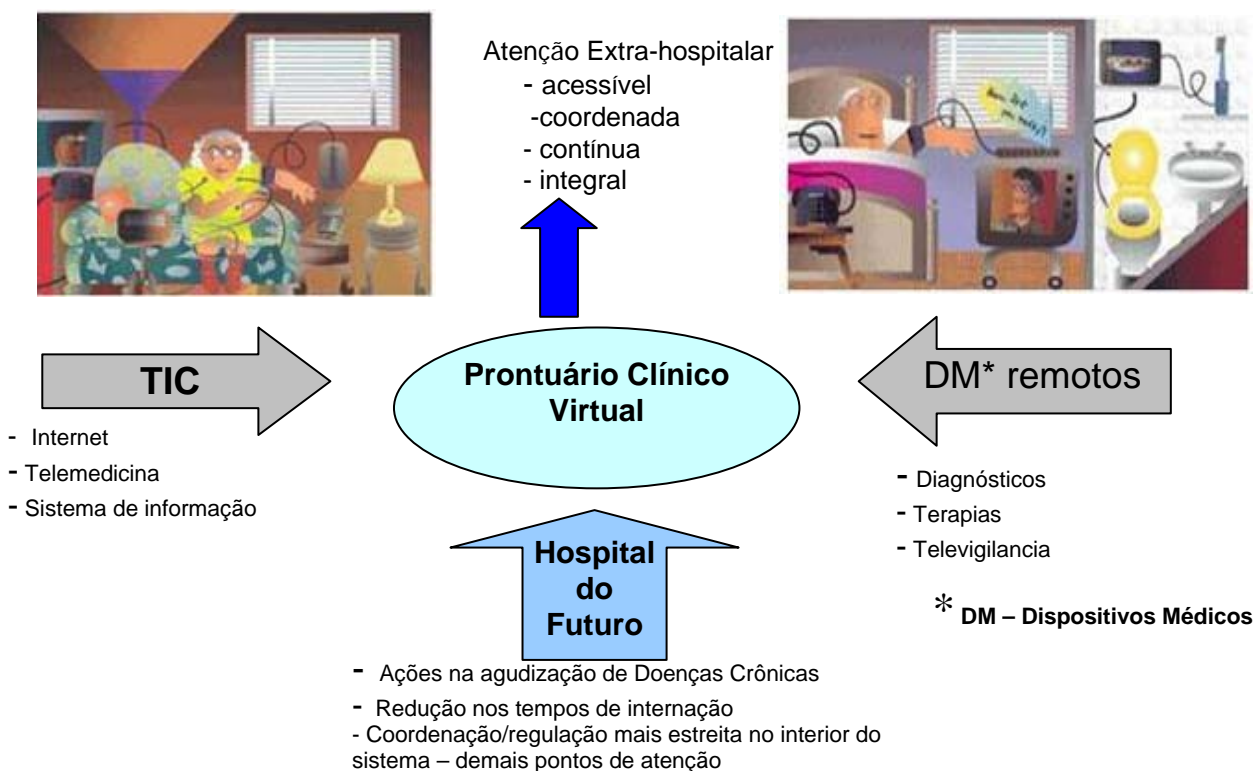
Elaboração própria: adaptado de MENDES, E. V. *Os Grandes Desafios do SUS*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), Casa da Qualidade Editora, 2001.

Uma dimensão dos serviços a experimentar destacado desenvolvimento e inovação é o das TICs. Estima-se que cerca de 60% das atividades nos serviços de saúde envolvam troca de informações passíveis de automação (Gallouj, 2002). Não são poucos os exemplos de atividades dos serviços que já possuem intensa carga de automação, tanto

Documento Não Editorado

em equipamentos bio-médicos, mas também em serviços, a destacar possibilidades reais e já regulamentadas legalmente para todo o manuseio de documentações médicas. O futuro não apenas do hospital, mas do conjunto dos serviços, envolvendo diagnóstico, monitoramento e mesmo terapias, inclusive cirúrgicas, remotas com base em TICs já é em parte uma realidade e sobretudo, uma tendência inexorável. Hoje, alguns poucos hospitais de ponta no país desenvolvem projetos para eliminar todos os registros que não estejam automatizados, cunhando o termo “hospital sem papel”. Há projetos em que esta realidade será alcançada nesses hospitais em mais 2 a 3 anos. A **Figura 5** apresenta diversas possibilidades para uso das TICs, possibilitando importante racionalidade sistêmica e ganhos tanto técnicos, de qualidade e de custos.

Figura 5 - Novas TICs e Inovações em Serviços de Saúde



Fonte: elaboração própria

Em relação ao mercado privado, o mesmo deverá estar subordinado e integrando em grande parte o sistema público. Espera-se um processo de integração, tanto com lógicas de verticalização, quanto horizontalização, constituindo-se redes com vários e diferenciados equipamentos de atenção. Dentro do cenário esperado, com expansão de cobertura do sistema público, o setor privado assume tanto a condição de prestador ao

Documento Não Editorado

sistema, como a lógica de sistema complementar, através das operadoras de planos e seguros, permitindo alternativas na forma do modelo inglês ou canadense, propiciando escolhas fora do sistema público e acesso sem as regulações do tipo fila, etc. Estima-se que o mercado de operadoras sofrerá importante concentração e mesmo redução da população coberta.

No interior dos serviços, de modo a reforçar interdependências junto aos demais segmentos do complexo, enquanto estratégias de inovação, estarão consolidadas importantes tecnologias hoje muitas em fase de pesquisa e ainda primeiros passos em desenvolvimento, destacando-se as terapias genéticas, diversas aplicações médicas da nanotecnologia e o uso de novos materiais e biomateriais.

Ao longo dos anos serão cada vez mais intensos os processos de inovação gerados mediante associações entre serviços e os demais segmentos do complexo, estabelecendo-se a importância crescente dos serviços como “plataforma para a inovação”, em função de suas capacidades dinâmicas e de novas estratégias e incentivos em P&D na saúde, mediante redes e arranjos para a inovação em saúde. Especialmente hospitais de maior complexidade, como institutos, os universitários, assumirão posições angulares no processo de P&D em saúde, incluindo papéis específicos no sistema regulador relativo à incorporações tecnológicas no sistema.

O **Quadro 14** sintetiza o cenário para o longo prazo.

Documento Não Editorado

Quadro 14 - Cenário Desejável – Longo Prazo – (2022)

Determinantes da dinâmica do investimento esperado	Metas 2022	Impactos no subsistema de serviços	Efeitos esperados no conjunto da economia
<p>Expansão da participação pública nos gastos em serviços de saúde;</p> <p>Estímulo a modalidades de investimentos no sistema público com base na iniciativa privada (ex. PPPs);</p> <p>Estímulo a associações e formação de conglomerados de serviços gerando economias de escala;</p> <p>Ampliação no uso de tecnologias mais intensivas no âmbito dos serviços – equipamentos e NTIC;</p> <p>Incremento na complexidade de leitos hospitalares;</p> <p>Deslocamento de atividades menos complexas para outros tipos de serviços – postos de saúde, ambulatorios, serviços de home care, serviços móveis pré-hospitalares;</p> <p>Incorporação de novas tecnologias e ampliação nas modalidades assistenciais (cuidados para idosos, cuidados de enfermagem, home care, etc) acompanhando tendências epidemiológicas e novas possibilidades tecnológicas (NTIC, telemedicina, nanotecnologia)</p> <p>Adequação do arcabouço de gestão pública gerando mais eficiência no gasto e relações mais dinâmicas envolvendo setor privado prestador.</p> <p>Estrutura de serviços mais competitiva e internacionalizada</p>	<p>Aumento nos gastos públicos em saúde para 7% do PIB;</p> <p>Saúde alcançando 11% do PIB</p> <p>Participação dos gastos públicos em saúde elevando-se a 70% do total</p> <p>Estruturação de parque hospitalar dobrando o número médio de leitos atualmente existente e adensando tecnologicamente, alcançando 120 leitos/hospital</p> <p>Parque de serviços de diagnóstico e terapia composto por grandes empresas com elevado padrão tecnológico</p> <p>Número de operadoras de planos e seguros reduzido</p> <p>Universalização do acesso e estrutura produtiva dinâmica</p>	<p>Aumento na capacidade produtiva associada com aumento na escala de produção e diversificação de serviços assistenciais</p> <p>Aumento da dependência dos serviços de saúde do financiamento público;</p> <p>Participação de empresas brasileiras prestadoras de serviços de saúde em empreendimentos internacionais</p> <p>Consolidação de grupos empresariais com e sem fins lucrativos como importantes players no segmento de serviços de saúde (hospitalares, serviços de diagnóstico e operadoras de seguros e planos)</p> <p>Consolidação do Brasil como principal Pólo de serviços de saúde na América Latina;</p> <p>Fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, com legitimidade nacional e reconhecimento internacional sobre sua eficiência, eficácia e como modelo de política pública e geração de dinâmica econômica.</p>	<p>Expansão do PIB e geração de emprego</p> <p>Cerca de 10 milhões</p> <p>Modernização da capacidade produtiva e aumento da produtividade</p> <p>Maior sinergia entre o segmento serviços e demais segmentos do CEIS</p> <p>Consolidação do CEIS como área de alto dinamismo na estrutura produtiva brasileira</p> <p>Aumento do dispêndio em P&D e com atividades inovativas no setor privado;</p> <p>Fortalecimento da capacidade e qualidade de trabalho da PEA</p>

Fonte: Elaboração Própria.

5. Proposições de Políticas

A consolidação do modelo de proteção social na saúde conforme proposição para o cenário de longo prazo impõe aumento sistemático dos gastos públicos, invertendo a relação gasto público x gasto privado para novos padrões. O desejável é que se alcance médias já hoje praticadas em sistemas com tais propósitos, ou seja, ao menos 70% dos gastos em saúde possuam financiamento público.

A coordenação do Estado sobre o sistema de saúde público – SUS, exige novos mecanismos de pactuação e regulação entre entes estaduais e municipais, visando adequadas escalas e escopos de serviços no plano regional, estabelecendo-se lógicas típicas de arranjos produtivos sustentáveis, incluindo naturalmente racionalização e integração entre papéis dos estados e municípios. Tais arranjos supõem um grau de resolutividade importante, mantendo-se lógicas de referenciamento para tratamentos mais diferenciados e centralizados em pólos mais centrais. Os arranjos regionais, intra-municipais, para aqueles de grande porte, municipais e mesmo inter-municipais devem estar instituídos e serem assumidos como bases de todo o sistema nacional. Os sistemas necessitarão estar interligados e propiciando as mais diversas interações, naturalmente com base intensiva em TI. Programas específicos para o desenvolvimento de TICs aplicadas à saúde devem ser incentivados.

O intenso processo de inovação exigirá adequadas políticas quanto à incorporação tecnológica demandando maior capacidade regulatória do Estado, visando ajustadas opções tecnológicas em bases de custo-benefício comprovadas. Opções tipo agência, articulando institutos científicos e de pesquisa deverão compor sistemas de monitoramento e avaliação tecnológica em saúde, integrando ainda hospitais diferenciados acadêmica e tecnologicamente.

No campo do investimento público, novos modelos deverão ser implementados, tais como as parcerias-público-privadas, hoje absolutamente incipientes em saúde. Essa lógica de investimento é bastante aderente a propósitos de dinamização do mercado privado de modo associado à responsabilidade do Estado sobre serviços e equipamentos. Seja através de PPPs ou mesmo em investimentos diretos, há imposição para recuperação

Documento Não Editorado

sem igual na rede prestadora de serviços, especialmente hospitalar. Deverão ser estabelecidos programas para fechamento e/ou transformação de hospitais fora de escopo e escala, combinando com estratégias para fusões e associações, tanto entre unidades públicas, quanto privadas, visando maior racionalidade e sustentabilidade econômica do sistema, ao mesmo tempo em que novos padrões de segurança e qualidade para profissionais e clientes sejam estabelecidos. Essa política deve perseguir o objetivo de dobrar o número médio de leitos hospitalares no país, ao mesmo tempo em que estes deverão incorporar diferenciada complexidade tecnológica, a altura dos padrões de demanda das unidades hospitalares. A abertura de novos hospitais públicos ou privados deverá respeitar além de elementos de escala e escopo, padrões de inserção na rede de serviços, com base em planejamento sanitário regulado pelo poder público.

A diferenciação do sistema exige ainda o fomento a abertura de novos tipos de serviços, tais como unidades de cuidados de enfermagem, cuidados para idosos, cuidados paliativos, unidades para diagnóstico e tratamentos tipo hospital-dia. Empresas e serviços para monitoramento e tratamentos remotos, basicamente domiciliar, deverão mobilizar importantes tecnologias, tanto biomédicas quanto com base em informação e comunicação, permitindo integrações a centros de regulação e controle, internos a hospitais e outros serviços médicos e de enfermagem.

Novos modelos e sistemas de gestão, tanto para os serviços públicos, quanto privados devem ser desenvolvidos. A base autonomista nos serviços públicos, deve ser alcançada mediante nítida separação, no interior do Estado, das funções de formulação de políticas, financiamento e regulação, frente à prestação de serviços propriamente dita. As lógicas atuais relacionadas com contratualização deverão estar bem mais disseminadas e propiciar adequada coordenação entre as unidades de governo, coordenadoras dos sistemas e os respectivos prestadores.

Todo esse processo de inovação no campo da gestão parte de realidade reconhecidamente como de enorme defasagem dos instrumentos e práticas gerenciais em saúde, em relação a contextos mais eficientes e eficazes, tanto no âmbito da gestão de sistemas, quanto de unidades, sobretudo hospitalares, dado sua particular complexidade. No âmbito do Estado, não há como seguir na busca de eficiência e qualidade sem que ajustes legais administrativos sejam promovidos. A administração pública não se encontra a altura dos desafios atuais do sistema de saúde e o não

Documento Não Editorado

enfrentamento deste gargalo compromete sobremaneira o seu futuro, em especial frente às exigências mais complexas que encontram-se à frente, incluindo todo o sistema de relacionamento, competição cooperativa e regulação do setor privado de serviços. As práticas de inovação na gestão necessitam portanto, de ações já no curto prazo, mas medidas permanentes, capazes de continuamente apoiar e induzir inovações em gestão.

O papel do Estado enquanto formulador e indutor de programas de atenção e de inovações em saúde, no âmbito de um sistema nacional de inovação em saúde requer que instituições públicas diferenciadas sejam fortalecidas e que as mesmas desempenhem papéis angulares em todo o sistema. Especialmente lógicas de cooperação do tipo parcerias público-privadas propiciarão maior dinamismo no processo de inovação no complexo. Instituições como Fiocruz, os atuais institutos do Ministério da Saúde - INCA, INTO, INC, além de alguns hospitais universitários específicos, devem ocupar espaços estratégicos no interior do sistema, função de acúmulos científicos e de pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias, ao mesmo tempo em que estejam inseridos no mercado prestador, gerando sinergias tanto no âmbito das indústrias do complexo, quanto entre prestadores.

Documento Não Editorado

Quadro 15 - Proposição de Políticas – Quadro Síntese

Tipos de Instrumento				
		Incentivos	Regulação	Coordenação
Tipo de Investimento	Induzido	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar gastos públicos em saúde para viabilizar a expansão dos serviços para viabilizar a universalização, a equidade e a integralidade (regulamentar EC 29 e outros) - Financiar os investimentos dos programas nacionais de saúde: Mais Saúde (PAC) e outros - Promover incentivos financeiros e fiscais para a expansão da capacidade produtiva e para a introdução de inovações incrementais - Criar mecanismos de incentivo para a indução a eficiência nos serviços públicos (contratualização, novos modelos de gestão, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste no marco regulatório do SUS: estabelecimento de novas modalidades de contratação de serviços públicos e transformação dos modelos de gestão dos serviços públicos, induzindo mais eficiência, autonomia e cultura de resultados - Aprimoramento na regulação da ANS sobre as operadoras e na sua relação com os serviços privados para estimular estruturas empresariais com escala produtiva e qualidade adequadas e indutoras de inovações custo-efetivas. - Reestruturar a regulação da incorporação tecnológica pelo SUS para estimular a introdução de inovações custo-efetivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Articular os organismos, políticas, programas e ações assistenciais com o fortalecimento da capacidade produtiva e de inovação incremental da base produtiva de serviços e industrial - Iniciar um processo de articulação dos serviços com as estruturas de governança da PDP e do GECIS em particular, envolvendo os Ministérios da Saúde, o MCT e o MDIC, considerando que constitui um subsistema-chave do sistema produtivos da saúde
	Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> - Definir um novo arranjo do financiamento à saúde para viabilizar a transformação e regionalização da rede de serviços (saúde respondendo por 11% do PIB, com aumento da participação pública para 70% do total). - Introduzir novos mecanismos e incentivos financeiros e fiscais para viabilizar a retomada estrutural dos investimentos públicos e privados em serviços de saúde (desoneração tributária do investimento estratégico, . PPPs, etc) - Induzir formação de grandes grupos públicos e privados de prestadores de serviço, aumentando a escala e a estrutura de governança para viabilizar a inovação e o acesso - Introduzir mecanismos que articulem o financiamento do investimento em serviços com processos de inovação nos demais subsistemas do CEIS, permitindo a adoção de novas modalidades de serviços (uso intensivo de TI, atenção domiciliar, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Transformação no marco regulatório do SUS para estimular novos modelos de parcerias entre o setor público e o privado; modelos de gestão inovadores; e a articulação estratégica dos serviços com os segmentos industriais (arranjos produtivos regionalizados, dinâmicos e indutores do acesso) - Adequar a regulação da incorporação tecnológica no âmbito público e privado para estimular inovações que ampliem o acesso, a regionalização e novas formas de atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporação definitiva dos serviços nas políticas para o CEIS para viabilizar o tratamento sistêmico para a produção e a inovação incremental e radical em saúde. - Incorporação dos serviços em todas as prioridades para o desenvolvimento produtivo e a inovação no CEIS dos ministérios e agências de desenvolvimento - Articulação do poder econômico e de compra dos serviços com o fortalecimento da capacidade de produção e de inovação da indústria

Fonte: elaboração própria.

6. Conclusão

Identifica-se um desafio quanto ao reconhecimento e articulação adequada sobre o papel dos serviços no dinamismo do complexo econômico e industrial da saúde. Os serviços, como percebido em tantos outros setores da economia, certamente possuem papel de destaque no movimento dessa engrenagem produtiva, não sendo apenas dependentes de inovações exógenas, oriundas dos agentes de natureza industrial (medicamentos, fármacos, equipamentos, outros insumos), conforme formulado a partir da taxonomia de Pavitt (1984). As pesquisas recentes apontam para maior protagonismo dos serviços e no caso da saúde, em particular dos hospitais. Os serviços não apenas inovam, mas cada vez possuem papel de destaque nas inovações no setor da manufatura. As recentes formulações, tanto teóricas, quanto políticas, sobre maior sinergia entre política industrial e política de saúde no Brasil, podem ser ainda mais enriquecidas a partir de novas abordagens que melhor compreendam o papel dos serviços na dinâmica de todo o complexo. Novos conhecimentos contribuirão para políticas e ações mais efetivas no interior dos serviços, sobretudo os hospitais mais complexos e com maior potencial para destaque no processo de inovação. Esta perspectiva incorpora a dinâmica endógena e interativa dos serviços como força produtiva chave para a evolução do Sistema Nacional de Inovação em Saúde e para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, uma vez que sua articulação com a atividade industrial é um elemento central no processo de geração e difusão de inovações que condicionam a evolução das estruturas produtivas nacionais, revelando limites e oportunidades que podem ser explorados tanto nas estratégias competitivas das empresas e organizações de saúde quanto no âmbito das políticas nacionais de desenvolvimento econômico e social.

Esta compreensão de base norteou a elaboração desse relatório, que no entanto, necessita estar amparado em ações e prioridades politicamente estabelecidas e implementadas no âmbito do Estado e dos agentes econômicos.

A saúde apresenta já nos dias atuais um pólo de intenso dinamismo, expresso tanto pela fatia significativa mobilizada no PIB nacional, quanto e em especial pelas perspectivas de futuro, tanto relacionadas com o intenso processo de inovação que mobiliza, constatados pelo volume de recursos, em âmbito mundial, concentrados em P&D, quanto pelas prioridades atuais já assumidas, e com tendências seguras, nas agendas das sociedades

Documento Não Editorado

e de governos, deste não se excluindo o Brasil. O nítido e continuado aumento da expectativa de vida das populações expressa conquistas, mas seguramente lança novos desafios tanto em termos sociais, quanto tecnológicos e econômicos e projeta de forma inescapável, compromissos futuros de governos e expectativas inalienáveis da sociedade. Mais e mais a saúde ocupará a agenda das sociedades e governos e mais centralidade alcançará no dinamismo das economias.

Esse desafio, particularmente no Brasil, onde ainda se gasta pouco em saúde, deverá ser enfrentado, superando aspectos absolutamente críticos, entre eles o do gasto público em saúde. A meta, no longo prazo, para dobrar os gastos públicos, em relação ao PIB, alcançando o patamar de 7%, apesar de expressivo frente à realidade atual, certamente ainda manterá o país em discrepância frente a países mais avançados socialmente e mais dinâmicos economicamente. Gastos em saúde na faixa de 10 a 11% do PIB, incluindo os gastos privados, representam um importante salto para o país e materializarão tanto opção sócio-sanitária de valorização das condições de saúde e vida, quanto ênfase na sua vertente econômica, uma vez que os recursos adicionados também contribuam para a superação de gargalos no interior do complexo, diminuindo vulnerabilidades externas no sistema, criando melhores condições competitivas para a indústria instalada no país. Portanto, não se pode imaginar apenas mais gastos em saúde, caso não se ajuste perspectivas de fortalecimento do complexo e em particular medidas de impacto no sistema de fomento à inovação em saúde, o que requer naturalmente políticas conexas, de natureza industrial, de ciência e tecnologia, de comércio exterior, etc. Este desafio de integração de políticas é bastante presente e crítico, muito embora importantes aproximações e mesmo medidas articuladas já sejam implementadas, tais como recentes normas sobre compras públicas em saúde e mesmo as prioridades em termos de política industrial.

Do ponto de vista mais estrito no sistema de saúde, atenção especial para o desafio estratégico de transformação do parque hospitalar brasileiro, de modo a se alcançar escala e escopos adequados, tecnicamente justificados e economicamente sustentáveis. O país está diante de uma complexa equação, que possui oportunidades, mas também riscos, dado que envolve extensa operação de fechamento de leitos e hospitais, com ações associadas para tornar mais complexos em termos de tecnologias embarcadas, os hospitais remanescentes e a serem construídos. Esse processo deverá ter enorme aderência à racionalidade de redes e arranjos regionalizados, não sendo viável sem

Documento Não Editorado

importante papel normatizador técnico e de regulação por parte do Estado, minimizando iniciativas isoladas de mercado. A estratégia deve ser a de fortalecimento do sistema público, podendo e devendo este fomentar, mas sobretudo, regular incorporações e associações com prestadores privados e dinâmicos.

Os serviços de saúde, para estarem ajustados às realidades demográficas e epidemiológicas do país, completando nas próximas décadas um longo processo de transição, não prescindirão de progressiva diferenciação e elevada integração. A diferenciação é condição para uma atenção abrangente e a altura da significativa complexidade das necessidades e demandas, de modo que haja atenção em níveis de integralidade e segundo níveis distintos de atenção, com tecnologias igualmente diferenciadas e ajustadas técnica e economicamente, de modo a manter-se tanto qualidade no cuidado, quanto sustentabilidade econômica em cada ponto de atenção. A integração é exigência para adequada continuidade do cuidado e igualmente para a racionalidade econômica, de modo que a coordenação dos equipamentos e recursos estejam regulados sistemicamente. O sistema de saúde brasileiro, quanto a essa exigência de integração, exige engenharia complexa, que simultaneamente respeite autonomias nas diversas esferas de governo da federação e possibilite pactos racionais para a configuração dos sistemas de atenção, em grande parte não respeitando limites federativos.

Desafio específico é combinar na dinâmica de inovação do complexo, e portanto em seu dinamismo, um adequada regulação na incorporação tecnológica. Investimentos para a inovação não deverão escapar de perspectivas de custo-benefício com base em evidências. Essa equação é complexa no campo da saúde, pois a própria concepção de mercado é dependente de importante regulação sob a tutela do poder público. Encontrar mecanismos que simultaneamente estimulem a dinâmica de inovação e mantenha racionalidades, incluindo segurança técnica e equilíbrio econômico no sistema, é parte da exigência de sinergia entre as vertentes sócio-sanitária e econômica no complexo da saúde.

Este desafio da sinergia entre as duas vertentes expressa ao final o próprio desenvolvimento do complexo da saúde. As trocas no seu interior, geradoras de dinâmica, de acumulação e de renda, serão virtuosas na medida em que igualmente gerarem benefícios no estado de saúde da sociedade, tanto pelo seu efeito econômico,

Documento Não Editorado

quanto pela atenção direta à saúde. Os serviços, no interior do complexo, cumprirão importante e específico papel na dependência, de cada vez mais, serem simultaneamente plataforma a dinamizar todo o complexo e responder pelas demandas sanitárias da população.

7. Bibliografia

ALBUQUERQUE, E. e CASSIOLATO, J., 2002. As especificidades do Sistema de Inovação do Setor Saúde. Revista de Economia Política, vol 22, n.4 (88), out-dez, pp 134-151.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) Caderno de Informação da Saúde Suplementar Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS, Brasília, D.F. <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss.asp> acessado em 02/11/2008.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Estatísticas da Saúde - *Assistência Médico-Sanitária*, Rio de Janeiro, IBGE, 2006

IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas).

FREEMAN, C. The national system of innovation in historical perspective. Cambridge Journal of Economics, 1995 19 (1): 5-24.

GADELHA, C. A. G. (2003) - O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2, V.8, p. 521.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e a política industrial. *Rev de Saúde Pública*, 2006, 40 (N Esp): 11-23.

GALLOUJ, F. L'innovation interactionnelle: un modele neoschumpeterien, in: Djellal, F. et Gallouj, F., *Nouvelle economie de services et innovation* (2002), pp 255-283. L'Harmattan, Paris.

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH (2006) – Monitoring Financial Flow for Health Research: the changing landscape of health research for development. Geneva: Andrés de Francisco and Stephen Matlin (ed.).

Documento Não Editorado

HEALY, J. & MCKEE, M. The evolution of hospital systems. In: MCKEE, M. & HEALY, J (Eds.) *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002. (European Observatory on Health Care Systems series.)

La Forgia, G.M. and Couttolenc, B.F. Hospital Performance in Brazil. World Bank. Washington, D.C. 2008.

Lês Hôpitaux. Collection Europe. 2008.

LUNDVALL, B. Introduction. In: Lundvall, B (Ed.) - National Systems of Innovation. Toward a Theory of Innovation and Interactive Learning. London: Pinter; 1992.

MENDES, E. V. *Os Grandes Desafios do SUS*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), Casa da Qualidade Editora, 2001. Tomos I e II.

MCKEE, M. & HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 803-810, 2000.

MS (Ministério da Saúde). Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 2ª Ed. Brasília, D.F. Editora do Ministério da Saúde, 2008.

MS (Ministério da Saúde) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. DATASUS. <http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1> acessado em 19/12/2008

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE). *A Transformação da Gestão dos Hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: Opas, OMS, 2004.

PEREIRA, V. H., 3ª. Conferência de Gestão Hospitalar dos Países de Língua Portuguesa, Lisboa, nov/2008.

PERPÉTUO, I. H. O & WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis a atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: XII SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, *Anais*. Diamantina, 2006.

Documento Não Editorado

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. & SAKERLLARIDES, C (Eds.) *Critical Challenges for Health Care Reform*. Buckingham: Open University Press, 1998.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R. & DEVERS, K. J. Reinventing the American hospital. *Milbank Quarterly*, 73(2): 131-160, 1995.

SPIGOLON, J. L. Reengenharia dos hospitais. In: *Estratégias para o Fortalecimento do Setor Hospitalar Filantrópico*. Porto Alegre, 2002. (Mimeo.)

Viana, A. L. e Elias, P. Saúde e Desenvolvimento, *Ciência e Saúde Coletiva* 12 (sup)1765-1777. 2007

WHO (World Health Organization) Europe HFA, Database, January, 2009
<http://www.euro.who.int/hfadb> acessado em 14/02/2009