



01.04 Modelos de financiamento e remuneração da atenção à saúde pública no Brasil



Este texto tem o objetivo de servir a uma introdução ao tema do financiamento e remuneração dos serviços em saúde no SUS do Brasil, particularmente orientado ao financiamento da média e alta complexidade assistencial mas fazendo também referencia aos debates da remuneração da atenção básica

Autores: Armando Antônio De Negri Filho

Fábio Campelo Santos da Fonseca

HCor - Hospital do Coração

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

De Negri Filho A.A. Campelo Santos da Fonseca F. Modelos de financiamento e remuneração da atenção à saúde pública no Brasil [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; Traducción 2015 [consultado día mes año]. Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



1.- Introdução

Este texto tem o objetivo de servir a uma introdução ao tema do financiamento e remuneração dos serviços em saúde no SUS do Brasil, particularmente orientado ao financiamento da média e alta complexidade assistencial mas fazendo também referencia aos debates da remuneração da atenção básica. Busca situar minimamente a natureza do financiamento da saúde no Brasil e seus desafios, coloca foco na participação do governo federal como indutor da política de saúde via critérios de alocação de recursos e

1 Introdução 1

1.1 O financiamento dos sistemas públicos de seguridade social e saúde e formas de alocação de recursos governamentais

1.1.1 Marco geral

1.2 Modelos de financiamento e acesso a serviços de sistemas públicos de saúde

1.3 Histórico do financiamento da saúde pública do Brasil

1.3.1 O financiamento anterior ao SUS

1.3.2 O financiamento após 1988

2 Breve revisão na literatura acerca das modalidades de financiamento e remuneração dos serviços e profissionais da saúde

3 O modelo de remuneração da atenção à saúde pós-1988

4 As tentativas de indução de um novo modelo de financiamento pelo Ministério da Saúde

5 Conclusões

Referências bibliográficas

ANEXOS

1- Extrato do Texto "Modelos e Técnicas de Alocação de Recursos Sanitários" de Rosa Urbanos

2- Extrato do Texto "Formas de Remuneração de Serviços de Saúde"

3- Extrato do documento "Formas de remuneração que guiam: para onde?"

4- Extrato do documento "Formas de remuneração e pagamento por performance"

5- Sobre a alta e média complexidade no SUS.

incentivos e finalmente compõe um panorama das várias formas em uso de financiamento da atenção a saúde, estimulando que o leitor construa sua própria avaliação sobre a melhor forma de remunerar as diversas dimensões assistenciais do SUS, especialmente em sua interface com a gestão clínica da atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

1.1 O financiamento dos sistemas públicos de seguridade social e saúde e formas de alocação de recursos governamentais

1.1.1 Marco Geral

O financiamento dos sistemas públicos de saúde, especialmente nos países cujo acesso é universal, é um desafio cada vez maior para o Estado e para a Sociedade, devido, principalmente, ao contínuo aumento dos gastos em saúde decorrentes do aumento da expectativa de vida e consequente aumento do contingente de

idosos na população total e ao constante surgimento de novas tecnologias em saúde, que contribuem diretamente para o aumento dos gastos com ações e serviços públicos de saúde (ASPS). O impacto de uma população mais idosa na saúde, segundo Saad (2006), não somente sugere a necessidade de desenvolvimento de técnicas e metodologias de atendimento diferenciado, mas passa também pela questão fundamental da utilização mais intensiva dos serviços e equipamentos de saúde por parte da população em idades mais avançadas, o que demanda maior aporte de recursos financeiros. Embora alguns autores relativizem este impacto da população mais idosa, lembrando que o principal elemento acelerador de gastos em saúde foi o processo de incorporação de tecnologias de alto custo em serviços destinados a todas faixas etárias (conforme Ugá, 2008).

Ademais, no Brasil tem havido uma intensificação de uso dos serviços de saúde em decorrência de fatores externos, tais como: a violência, os acidentes de trânsito, as condições de trabalho e os agravos ambientais. Além do mais conhecemos uma polarização epidemiológica prolongada caracterizada pela persistência de agravos em saúde pública decorrentes das doenças infecciosas e transmissíveis ao mesmo tempo que sofremos os impactos de um aumento considerável das doenças crônicas e os agravos de causas externas. Todos esses fatores em um contexto de País ainda fortemente desigual compõem um panorama agravado pelo subfinanciamento da saúde pública, e pelas consequentes assimetrias derivadas das condições extremamente desiguais de exposição e acesso ao diagnóstico e tratamento entre classes sociais e territórios sociais.

O desafio posto para o financiamento das ações de saúde de Média e Alta Complexidade (MAC) é ainda maior pelo crescimento da demanda derivada de uma maior cobertura e acesso em atenção básica levando ao maior acesso à atenção especializada segundo as necessidades dos pacientes, onde também concorre um modo de atenção que utiliza muitas vezes de forma inadequada o recurso aos exames diagnósticos e referência às especialidades. As ações de saúde de MAC são aquelas que demandam profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de densidade mais elevada para o apoio diagnóstico e tratamento e resultam em maior gasto assistencial. Atualmente, no Brasil, as ações da MAC estão associadas diretamente às ASPS executadas no âmbito

da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, da Atenção Psicossocial e da Atenção às Urgências e Emergências.

1.2 Modelos de financiamento e acesso a serviços de sistemas públicos de saúde

A forma que cada País financia seus sistemas públicos de saúde varia principalmente em função da quantidade de serviços de saúde a que a população tem direito e acesso. Historicamente, de acordo com Boschetti (2006), podemos categorizar o financiamento dos sistemas públicos de proteções sociais ou de seguridade social, onde se inclui a saúde, da seguinte forma:

- a) Sistemas *Bismarckianos*: O chamado modelo *bismarckiano* é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações a serem recebidas é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão, teoricamente (e originalmente), cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados. Esse modelo orientou e ainda sustenta muitos benefícios da seguridade social, sobretudo, os benefícios previdenciários.

O Estado participa mediante recursos oriundos da arrecadação geral de impostos para resolver as desigualdades entre os regimes das categorias profissionais, mas tende a aportar um valor complementar a contribuição de empregados e empregadores. São exemplos de países que possuem sistemas originados no modelo *bismarckiano*: Alemanha, Bélgica, França, Costa Rica, Japão e Holanda e Brasil (de forma exclusiva antes de 1988). Tais sistemas para serem equitativos necessitam uma taxa elevada de emprego formal e de contribuição social de todos trabalhadores, inclusive os autônomos e informais e o papel complementar do Estado.

Os sistemas bismarckianos, como seguros sociais, são muito mais progressivos do que os seguros privados. A origem do sistema de seguridade social brasileiro nos anos 40 do século XX foi fortemente inspirado nestes sistemas, com o ônus histórico de não termos tido o emprego formal cobrindo a maioria da população e gerando uma fissura entre os que detem as proteções sociais via trabalho formal em relação a aqueles que não o tem. Apesar do universalismo da Constituição Federal de 1988 ainda temos uma separação entre os que tem o acesso a seguridade social contributiva e os que não a possuem, apesar dos enormes avanços observados nos últimos anos, especialmente através da formalização do trabalho, da universalização de pensões não contributivas, a construção do SUS e das transferências condicionadas como o Bolsa Família.

- b) Sistemas Beveridgianos: em 1942, o Plano Beveridge foi criado na Inglaterra, apresentando críticas ao modelo bismarckiano vigente até então, e propôs a instituição do *welfare state* (Estado de Bem-Estar Social). No sistema *beveridgiano*, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos de forma incondicional e sem discriminações garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos gerais e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais são a unificação institucional e uniformização dos benefícios. Enquanto os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho ou capacidade produtiva, o modelo beveridgiano tem como principal objetivo a luta contra a pobreza e a exclusão social. São exemplos de sistemas beveridgianos: Reino Unido, Portugal, Espanha, Canadá e Brasil (após 1988).

Tais sistemas são considerados muito mais progressivos do que os sistemas bismarckianos, pois baseados nos impostos gerais, sobretudo os diretos, estão orientados pela solidariedade dos que podem mais em relação aos que podem menos e tem uma função redistributiva ao combinar impostos progressivos segundo a riqueza do contribuinte com o acesso universal a sistemas públicos de serviços, gerando subsídios com potencial redistributivo

(Mkandawire, 2005). Os países escandinavos foram pioneiros neste arranjo de proteções sociais, antes mesmo de Beveridge, compondo um regime de Bem Estar Social caracterizado como democrático conforme a tipologia clássica de Esping Andersen (1990).

1.3 Histórico do financiamento da saúde pública do Brasil

1.3.1 O financiamento anterior ao SUS

Até outubro de 1988, o sistema de saúde vigente no Brasil era financiado, principalmente, por meio de contribuição financeira pelos trabalhadores e empresas, ou seja, com recursos essencialmente públicos oriundos das contribuições sociais, baseado em um modelo bismarckiano que deixava a maioria da população (não contributiva) à margem da assistência à saúde, dependentes essencialmente do seu gasto do seu próprio bolso, da caridade dos hospitais e instituições filantrópicas e dos serviços municipais, estaduais ou federais que existissem de forma dispersa no território nacional.

O sistema oficial de saúde disputava recursos, na esfera federal, em duas arenas distintas. Na primeira, situada na órbita previdenciária, a partição dos recursos entre as três áreas (benefícios previdenciários, assistência social e atenção médico-hospitalar) ocorria autonomamente: o orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) não era apreciado pelo Congresso Nacional e, na prática, sua elaboração não sofria interferência do órgão orçamentário central. A maior parcela da receita do Sinpas era arrecadada pelo próprio Sistema, não se confundindo, portanto, com os recursos que compunham o orçamento fiscal. A contribuição da União para o Sinpas, retirada do orçamento fiscal, era relativamente pouco expressiva com tendência de queda. Entre 1971 e 1988, só em dois exercícios (1971 e 1984) correspondeu a mais de 10% da receita total do Sinpas. Os dois últimos anos desse período registraram as menores taxas (0,8% e 0,6%) (CONASS, 2011).

Na segunda arena, a do orçamento fiscal, os programas a cargo do Ministério da Saúde concorriam com educação,

justiça, transportes, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União, inclusive os Poderes Legislativo e Judiciário. Os dois orçamentos, fiscal e previdenciário, tiveram, historicamente, importâncias bastante distintas no financiamento do sistema de saúde. Entre 1980 e 1986, o Tesouro teve participação relativa crescente no gasto federal com saúde, aqui incluídos os dispêndios da assistência médico-hospitalar da Previdência Social, embora nunca tenham alcançado a 23% do total.

Em 1987, o dispêndio federal com serviços de saúde aproximou-se dos Cz\$ 300 bilhões. Esse montante correspondia a 70% do gasto público total (três esferas de governo) no setor. Os recursos oriundos do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), por sua vez, oscilaram entre 85% e 76,9% do gasto federal total com saúde. A contribuição de empregados e empregadores sobre a folha de salário era a principal fonte dos recursos desse Fundo. A participação da União (receita de impostos), grosso modo correspondendo ao orçamento do Ministério da Saúde - MS, oscilou entre 12,9% e 22,7% do total (CONASS, 2011).

1.3.2 O financiamento após 1988

A Nova Constituição Federal de 1988 (CF/88), avançou de forma expressiva nos direitos sociais da cidadania, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em um marco ampliado de Seguridade Social e trouxe novas diretrizes para o financiamento da saúde pública no Brasil. Com o princípio da universalidade garantido pela CF/88, e estabelecendo que a "saúde é um direito de todos e um dever do Estado", o Estado Brasileiro trouxe para si a responsabilidade de financiar integralmente o sistema público de saúde, garantida a participação complementar do setor privado sem fins de lucro como prestadores do SUS e admitindo a função suplementar do setor privado com fins de lucro vinculado especialmente aos seguros de saúde.

Definida como um "conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (CF, art. 194), a seguridade social não estava entre as intenções iniciais dos legisladores constituintes. As primeiras versões do projeto constitucional não cogitavam integrar as três áreas. Inúmeras

propostas que, de alguma forma, subsidiaram esses anteprojetos, tanto as oriundas de grupos e entidades da sociedade civil como, em especial, as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS (1986) e da Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS (1987), propunham solução diametralmente oposta, ou seja, separar saúde das áreas de previdência e assistência social. Dessa forma, o sistema de saúde passaria a ser financiado com recursos tributários, enquanto as contribuições sociais custeariam somente pensões, aposentadorias e outras prestações de cunho previdenciário e assistencial (CONASS, 2011).

A Carta Magna determinou que os recursos para financiamento do SUS seriam oriundos do orçamento da Seguridade Social, que segundo a CF/88, é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais diversas (art. 195, CF/88).

Para garantir que haveria recursos suficientes para consolidação de um sistema que pretendia ser universal, a mesma CF/88, no art. 55 das ADCT (Dispositivos Constitucionais Transitórios), estabeleceu que seria destinado um percentual de 30% para financiar a saúde a partir do Orçamento da Seguridade Social, até a aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Entretanto, esse percentual nunca foi de fato destinado à saúde, sendo um dos principais motivos históricos do subfinanciamento da saúde pública.

O Orçamento da Seguridade Social – OSS previu nos termos constitucionais os recursos oriundos da folha de pagamentos – contribuição paga por trabalhadores e empregadores (que a partir de 1993 fica vinculada a Previdência Social, como de caráter contributivo e personalizado do Regime Geral de Aposentadorias no modelo *bismarckiano*), e acrescentou recursos para cobrir as necessidades da cidadania nos moldes *beveridgianos* tais como o acesso universal a saúde e o salário cidadão referente as pensões não contributivas, um salário mínimo para os maiores de 65 anos e portadores de deficiência. Para tanto se usaram recursos gerados a partir de novos tributos como a Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas – CSLL e ampliou-se a base de incidência da Contribuição para o Financiamento da Seguridade

Social – COFINS antigo Finsocial – Fundo de Investimento Social, prevendo ainda a receita fiscal – tributos gerais no financiamento do sistema de Seguridade Social. COFINS e CSLL seguem sendo fontes importantes na composição do orçamento da saúde e na proteção social não vinculada ao trabalho.

Em 1990, com a adoção da Lei nº 8.080/90, foi estabelecida a responsabilidade interfederativa tripartite no financiamento público da saúde, de que participam a União, os Estados e os Municípios.

Este compromisso tripartite de financiamento teve um largo percurso para ser regulamentado, passando por um debate sobre a vinculação ou não das verbas orçamentárias para a saúde, somente no ano 2000 se aprova a Emenda Constitucional 29 – EC 29. Entretanto e enfrentando a insuficiência de recursos pela não transferência de recursos da Seguridade Social o SUS padeceu uma longa luta por recursos adicionais que encontrou na Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, uma fonte entre os anos de 1997 e 2007 quando foi extinta sem que a sociedade se mobilizasse contra esta perda importante.

A EC 29 não refletiu a aspiração da sociedade por mais recursos pois não se conseguiu que as verbas federais respondessem a cerca de 10% da receitas correntes brutas da União mas sim a quase 10% das receitas correntes líquidas, tornando o setor dependente dos ajustes fiscais que comprometem metade do gasto público federal com a eliminação do déficit fiscal mediante o pagamento das despesas com juros, encargos e amortizações da dívida externa e interna (Ugá, 2008). Como a EC 29 também vinculava receitas correntes brutas de estados (12%) e municípios (15%), houve incremento em valores percentuais e absolutos no co-financiamento por parte de municípios e logo dos estados, os quais reclamam de uma contração do gasto federal e da sobrecarga em seus orçamentos.

No entanto, se tomamos os dados apresentados por Piola, 2012, relativos a evolução do gasto público das três esferas de governo com Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS em uma série entre 2000 e 2010, considerando valores em bilhões de reais de 2010, deflacionados pela média anual do IPCA, demonstra que o Governo Federal gastou 38,74 bilhões de reais em 2000 e 61,97 bilhões em 2010, mas passou de 59,79 do gasto público para

44,68% no mesmo período, isto porque os governos estaduais no mesmo período evoluíram de 12,02 bilhões para 37,02 bilhões em gastos com ASPS, passando de 18,55 % do total do gasto público para 26,69%, no mesmo período os municípios passaram de 14,03 bilhões para 39,72 bilhões ou de 21,65% dos gastos públicos para 28,64. No total os gastos evoluíram de 64,79 bilhões de reais em 2000 para 138,70 bilhões em 2010. Ou seja o aumento dos gastos estaduais e municipais cumprindo a regulamentação da EC 29 é real, mas não a diminuição do gasto federal. No entanto existe a necessidade real de aumentar o gasto federal e segue a luta pela Saúde + 10 para efetivar 10% das receitas correntes brutas da União para a Saúde e mesmo a luta pela volta da CPMF, posto que em qualquer tipo de análise comparativa internacional o nosso gasto público em saúde é menor do que aqueles países que possuem sistemas universais. Ademais segundo Ugá (2008), desde 2000 a saúde sempre representou menos que 17% do orçamento da seguridade social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal, além do que a atual Desvinculação de Recursos da União - DRU, implantada desde 1994 com o Fundo Social de Emergência - FSE, é evidência da prioridade do ajuste fiscal sobre o compromisso do Estado no financiamento de políticas sociais cidadãs, posto que desvincula do Orçamento da Seguridade Social 20% dos recursos arrecadados.

O problema do financiamento público da saúde reside no montante dos recursos insuficientes para as ambições de um Sistema Universal Integral e Iguatário que precisa lidar com sua expansão qualificada para chegar a toda a população em todo o território nacional gerando acesso com qualidade e resultados consistentes em saúde dos indivíduos e das populações. Adicionalmente o problema reside na desproporção entre gasto público e privado na saúde brasileira. Sobre o primeiro desafio cabe voltar a Piola (2012) e verificar que a participação das ASPS no PIB evolui de 2,89% em 2000 para 3,77% em 2010, correspondendo a um gasto per capita nominal de 378,27 reais em 2000 e 717, 70 reais em 2010, um aumento de 89,73% segundo a correção pelo IPCA médio anual. Estes recursos poderiam ter sido maiores se houvesse sido seguidas as diretrizes de regulamentação da EC 29 segundo a resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde que procurou caracterizar o que se entende por gasto em ASPS, posto que os diferentes níveis de governo ainda estariam considerando gastos em saúde despesas que não correspondem

ao setor. Calcula-se que seriam necessários pelo menos dobrar os recursos disponíveis para alcançar o equilíbrio do financiamento do SUS, considerando investimentos e custeio. Uma medida nesta direção seria disputar o recurso que hoje sustenta os gastos privados em saúde, mediante subsídios públicos cruzados para redução de impostos a pagar sobre o gasto privado em saúde e a recuperação dos servidores públicos hoje cobertos por sistemas autogestionados e de seguros.

Segundo Ugá, 2008 , nosso sistema público de saúde , constitucionalmente definido como universal tem uma estrutura de gasto que em nada se assemelha aos sistemas do tipo *beveridgianos*, mas se aproxima do padrão estadunidense típico modelo liberal, como entender esta contradição? A razão para esta firmação está em boa parte caracterizada por um gasto público que se situa em torno dos 43% - 45% do gasto total em saúde, com o gato privado compondo 57 a 55% entre gasto com planos e seguros – 21,7% do total e gasto privado direto das famílias 34,5%, com quase 25% da população possuindo algum tipo de seguro privado. Se comparamos o Brasil com outros países com sistemas universais temos um gasto público de 86% na Inglaterra, 83% na Dinamarca, 71,3% na Espanha, 69,9% no Canadá e 85% na Suécia. Sistemas universais tendem a ser sistemas mais baratos que aqueles mediados por seguros sociais, mas ainda assim gastos de países como Canadá, Reino Unido e Espanha, ficam em torno de 2.000 dólares PPP – comparáveis por paridade do poder de compra (Ugá, 2008). A distancia de nosso gasto em relação à dimensão das necessidades em saúde é realmente desafiadora.

Estabelecido este panorama desafiador na busca de recursos suficientes para o SUS, este texto pretende se ater agora ao histórico dos modelos de aporte de recursos financeiros e remuneração por parte do orçamento da União.

2.- Breve revisão na literatura acerca das modalidades de financiamento e remuneração dos serviços e profissionais da saúde

A literatura sobre o tema relaciona diversas modalidades de financiamento de serviços de saúde. Primeiramente, a orçamentação global que é uma modalidade de financiamento

prospectiva, na qual o estabelecimento de saúde estima, anualmente, suas necessidades de gastos e apresenta ao ente financiador. Normalmente, em contrapartida, o prestador de serviços deve cumprir metas baseadas em indicadores de processos e resultados. A negociação se dá em torno dos valores pleiteados e das metas (MALIK e VECINA NETO, 2011).

Outra modalidade importante é a chamada orçamentação por item. Esta é semelhante à orçamentação global, entretanto, as informações referentes aos custos são apresentadas de maneira detalhada, por itens de gasto, e as negociações se dão em torno do custo ou gasto relacionado a cada item.

Além dessas, a modalidade denominada capitação baseia-se no estabelecimento de uma remuneração fixa para o cuidado parcial ou integral da saúde de uma população definida em base *per capita*. Essa modalidade pressupõe o conhecimento dos riscos à saúde associados à cobertura da população definida, bem como a contrapartida em termos de custos (MALIK e VECINA NETO, 2011). Também é considerada uma modalidade prospectiva. (No Anexo I está um extrato do texto "Modelos e Técnicas de Alocação de Recursos Sanitários" de Rosa Urbanos Garrido, que é parte do curso de Gestão Clínica Modalidade Mestrado Profissional e que discute com maior profundidade a capitação e os seus ajustes de riscos). (URBANOS GARRIDO, 2012)

No Brasil, uma dessas modalidades que vem sendo cada vez mais utilizada pelo gestor federal é o pagamento por incentivos. Em geral, não funcionam isoladamente, dado que simplesmente adicionam a algumas das modalidades de remuneração o pagamento de valores adicionais associados ao desempenho dos hospitais (MALIK e VECINA NETO, 2011).

Entretanto, ainda predomina no país a categoria do pagamento retrospectivo. Nesta, as despesas são ressarcidas a partir de tabelas de pagamento, baseadas em diagnósticos de casos, protocolos clínicos e procedimentos. Aqui, identificam-se duas submodalidades:

- I. Pagamento por procedimentos (fee-for-service): é baseado no pagamento por produção de procedimentos individuais (exames laboratoriais, consultas, tratamentos

medicamentosos, etc.) (WORLD BANK, 2013). No Brasil, é o método de pagamento preferencial para ações e serviços de saúde ambulatoriais.

- II. Pagamento por caso: o financiamento ao prestador está ligado ao tipo de caso atendido, caracterizado em função do diagnóstico. Cada paciente internado é classificado em um determinado diagnóstico clínico, que admite um conjunto de procedimentos a serem realizados para o tratamento (WORLD BANK, 2013). No Brasil, essa modalidade é utilizada desde o final da década de 70 pelo Inamps e logo pelo SUS ,para o pagamento de internações hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A cada modalidade de pagamento é possível associar determinados efeitos sobre a maneira como o cuidado é produzido ou disponibilizado. O quadro abaixo, elaborado com base em informações do Banco Mundial (2013), elenca diferentes modalidades de remuneração de serviços de saúde, bem como as respectivas unidades objeto de pagamento e a forma, retrospectiva e/ou prospectiva, do cálculo da remuneração. A cada modalidade corresponde um conjunto de um ou mais efeitos, alguns de natureza positiva, outros negativa.

Com base na observação do Quadro 1 é possível afirmar que toda forma de remuneração tende a ter seus “prós e contras”, cabendo ao gestor de políticas escolher a forma ou formas combinadas que mais se adequam à situação específica com a qual se está lidando.

Quadro 1: Modalidades de Remuneração de Serviços de Saúde e Respetivos Efeitos

Método de financiamento ou remuneração	Unidade	Retrospectivo ou prospectivo	Principais efeitos/características
Orçamentação global	Estabelecimento de saúde	Prospectivo	1) Ausência de mecanismos de mercado que impeçam a elevação de gastos 2) Nem sempre ligada a indicadores de performance 3) Se o controle dos serviços contratados não for muito efetivo, pode haver subsídios cruzados indesejados (venda de serviços a particulares subsidiada por recursos públicos)
Orçamentação por item	Categorias de orçamentação (salários, insumos, contratos)	Prospectivo e retrospectivo	1) Reduzida flexibilidade no uso dos recursos 2) Melhor controle sobre os custos 3) Desincentiva o aumento de produtividade
Capitação	Por pessoa, para o prestador de serviço	Prospectivo	1) Incentiva a redução da provisão de serviços 2) Incentiva o aumento de eficiência, o que pode se dar em detrimento da qualidade 3) Induz à continuidade do cuidado, pois trata o indivíduo, e não a doença e seus procedimentos
Pagamento por procedimento	Por unidade de produção (procedimento)	Retrospectivo	1) Incentivo à superoferta de serviços (provisão de mais serviços do que necessário)
Pagamento por caso	Por caso ou episódio de agravamento	Prospectivo e retrospectivo	1) Incentiva a redução de procedimentos realizados em cada atendimento, mas aumenta o número de atendimentos realizados 2) Incentiva o aumento da eficiência em cada caso atendido
Pagamento por diária	Por dia de internação	Prospectivo	1) Incentiva a redução de procedimentos realizados por dia, mas pode aumentar o tempo de permanência do paciente

Elaborado pelo autor com base em World Bank, 2013.

No Quadro 2, elaborado por Andreazzi (2000) e no extrato do seu texto constante no Anexo II, são apresentados outros elementos importantes para caracterizar os métodos de remuneração das instituições – clínicas, serviços de diagnóstico e hospitais, relacionando os conceitos que as regem e os prós e contras de sua utilização no Brasil.

Quadro 2. SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DAS FORMAS DE REMUNERAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

<u>Método de remuneração</u>	<u>Questões consensuais e empiricamente verificadas</u>	<u>Estratégias ortodoxas para gerenciamento dos problemas verificados</u>	<u>Estratégias heterodoxas para gerenciamento dos problemas verificados</u>
Pós-pagamento por ato / retrospectivo	Superprodução de serviços; fraudes; exige sofisticados sistemas de administração e controle; imprevisibilidade orçamentária; internações desnecessárias; aumento das taxas de permanência hospitalar.	Pagamento por pacotes rígidos. Imposição de barreiras para a utilização: número de procedimentos fixos por mês; incentivos monetários para a redução de determinados procedimentos, como exames complementares.	Imposição de limites máximos de remuneração; Informação e educação permanentes e para minimizar influências do complexo médico-industrial; pagamento por pacotes para procedimentos mais padronizáveis; pacotes não rígidos, sujeitos à revisão justificada; auditoria; envolvimento da corporação no controle de qualidade; controle social.
Pré-pagamento / Prospectivo	Estimula a manutenção da saúde da população – ênfase na prevenção; subprescrição de serviços; seleção adversa e risco moral; administração e controle mais simples; previsibilidade orçamentária.	"Managed care" – compartilhamento (ou transferência) de riscos com os profissionais. Introdução do resseguro para os profissionais.	Taxas ajustadas conforme riscos; taxas não rígidas, sujeitas à revisão justificada; controle social; introdução de melhores indicadores de resultado e indicadores "positivos"; informação e educação permanentes para minimizar influências do complexo médico-industrial; envolvimento da corporação no controle de qualidade.
Orçamento global ou pelo tempo	Como não estimula distorções baseadas em preço ou quantidade de serviços, permite prática apenas baseada em critérios éticos e técnicos; administração e controle mais simples; previsibilidade orçamentária; pouco estímulo à eficiência e responsabilidade às necessidades dos usuários.	Introdução de incentivos financeiros à produtividade, sem controle de qualidade; imposição de tetos orçamentários com responsabilização única da instituição dos déficits	Introdução de elementos de estímulo conforme metas desejáveis – co-participação nas decisões, incentivos monetários e não-monetários; elaboração de programas de trabalho, coresponsabilidade do financiador com as metas pactuadas; controle dos usuários sobre a oferta, prestação de contas; informação e educação permanentes para minimizar influências do complexo médico-industrial; envolvimento da corporação no controle de qualidade.

Fonte Andreazzi, 2000. Andreazzi (2000) destaca que... Por tudo que foi apontado, é de interesse crucial do médico e de outros profissionais de saúde entender o modo como as formas de remuneração podem impactar os padrões de prática. No entanto,

seus determinantes são complexos. Embora existam formas em que os incentivos puramente financeiros sejam minimizados em favor de objetivos éticos e técnicos, é preciso lembrar que estes estão inseridos em uma lógica mais abrangente do sistema de saúde e da própria sociedade.

As formas de remuneração obedecem a uma história de organização das corporações profissionais cujos interesses e ideologias não são homogêneos. Na fase atual de avanço de mecanismos de acumulação propriamente capitalistas no sistema de saúde, a heterogeneidade da categoria médica é, aliás, maior, o que aumenta os conflitos internos e a busca de hegemonia político-ideológica.”

Tais conflitos obrigam a que sejam analisadas as formas atuais de remuneração e projetadas as propostas de mudança. Os quadros 1 e 2 sintetizam de diferentes formas as mais importantes: as propostas de ajuste colocadas pela ortodoxia econômica, em uma perspectiva de ajuste, bem como alguns exemplos de reformulações, em uma perspectiva de preservação da qualidade e num entendimento do controle sobre a utilização como parte, secundária, de enfrentamento das tendências inflacionárias decorrentes das estratégias do complexo médico-industrial. Espera-se, ainda, que nesse enfrentamento a maioria dos médicos venha a ser, fundamentalmente, parceira e não opositora.

Sobre a remuneração dos médicos

A forma de remunerar os médicos fala muito sobre como se organiza e se comporta um sistema de saúde (talvez até mais do que a forma de remuneração dos serviços).

Para entender e influenciar o posicionamento médico há que levar-se em conta as características e expectativas do trabalho do médico no Sistema. Segundo Cherchiglia (1994), utilizando a “transposição dos sistemas de remuneração e suas formas estabelecidas pela Organização Internacional do Trabalho - OIT (1985), vamos perceber que a forma tradicional de remuneração por ato médico pode ser definida dentro do Sistema de Remuneração por Resultado como uma forma individual, por tarefa/peça, onde o que se mede e se retribui é a produção. Passamos a denominá-la Remuneração por Produção, entendida

como a remuneração por unidades produzidas, sem levar em consideração qualquer outra variável, como gasto, custo ou qualidade. Na Remuneração por Produção pode haver variação no grau de agregação do produto remunerado, ou seja, a remuneração pode ser por caso ou diagnóstico (produto agregado) ou por atos ou procedimentos (produto não-agregado).

Dentro do Sistema de Remuneração por Tempo definimos duas formas prevalentes: a pura e a mista. Na forma pura por tempo, a remuneração é em função do tempo que o trabalhador está à disposição de seu empregador, não se considerando explicitamente nenhuma medida de resultado. Na mista, alguma medida de resultado é formalmente considerada, seja por grupo, seja individual. A forma de remuneração pura por tempo foi chamada Remuneração por Tempo, enquanto a remuneração mista por tempo foi denominada simplesmente Forma Mista.

Ainda segundo Cherchiglia (1994) em seu estudo realizado em Belo Horizonte – MG ... “o discurso uniformizador das entidades representativas da categoria médica é o da remuneração “justa”, não importando a forma. A forma justa tanto pode ser por produção, remunerada de acordo com a tabela da AMB (1992), quanto por tempo, desde que o salário seja “digno”.

No entanto, pode-se perceber que elas se dividem na defesa de determinada forma de remuneração. Aí está refletida a essência ideológica e prática da fração da categoria médica que cada uma das entidades representa. Deve-se ressaltar, que das três entidades representantes da categoria médica, duas – a Associação Médica de Minas Gerais e o Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais – fazem defesa enfática da Remuneração por Produção. A terceira – o Sindicato dos Médicos – defende a Remuneração por Tempo e julga importante que esta forma possa ser combinada com outras que considerem alguma medida de resultado (mista). Para o Sindicato dos Hospitais e a Associação de Hospitais de Minas Gerais, a melhor forma de remuneração continua sendo a por ato médico ou por produção. Além de não ter os encargos trabalhistas, o médico fica vinculado ao hospital e os resultados são altos. A principal preocupação em relação a esta forma é o temor de que os médicos reclamem na Justiça. (Cherchiglia, 1994).

Se queremos ir mais adiante neste debate podemos utilizar os

documentos produzidos em torno aos diálogos da remuneração da atividade médica na atenção básica promovidos em 2013 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB / MS, em torno a remuneração por performance / desempenho. Dentre os documentos produzidos nestes diálogos (Anexos III) se encontra um interessante artigo do Professor Gustavo Gusso da Disciplina de Clínica Geral da USP (2013) no qual ele aponta que há evidência para justificar que exista um mix entre quatro formas de remuneração – capitação, produção, salário fixo, resultado ou performance. Segundo Gusso, “ Como todas as formas tem pontos positivos e negativos, o mix tem potencial para que haja uma chance de minimização ou correção dos pontos negativos. Desta forma, a tendência é que qualquer **mix** seja melhor que uma forma única. Por causa da necessidade de simplificação em sistemas que compreendem pouco ou desconfiam do mix, caso seja exigida uma única forma, a mais equilibrada para ser adotada na porta de entrada do sistema e que ajuda na gestão da clínica é a capitação, corrigida por idade e gênero, e se possível por risco e vulnerabilidade social. Em segundo lugar viria salário fixo e em último pagamento por produção que representa um risco a custo efetividade do sistema como um todo.

O pagamento por resultado, por definição, nunca deve ser a única forma de remuneração e entra apenas na composição. Pode ser um indicador de resultado propriamente (cobertura vacinal, cobertura de Papanicolau) mas também pode ser substituído por indicadores de processo tais como acesso (tempo que o paciente demora para ser atendido), vínculo (tempo de permanência do profissional na unidade ou equipe) e capacitação (desenvolvimento profissional continuado). Os indicadores de estrutura estão na maioria das vezes vinculados a gestão, exceto quando o sistema é por orçamento.

O **mix** se aproxima do orçamento mas como cada componente é explícito e pré-definido, de preferência pelos pacientes, profissionais e gestores, ajuda na correção das distorções. Há também estímulo a co-responsabilização dos profissionais pela gestão. É possível agrupar os componentes em duas duplas por semelhança:

1. Dupla com tendência a valor fixo: · Capitação · Salário
2. Dupla com tendência a valor variável: · Produção · Resultado

O ideal na composição do mix é misturar pelo menos um de cada dupla. Ou seja, pode não haver compensação dos pontos negativos se o mix for apenas salário com capitação ou produção com resultado. Mas mesmo estas composições sem base conceitual clara têm um potencial de benefício maior do que uma forma única. Mas atentemos sempre para o fato de que o mix não é virtuoso por si mesmo, posto que corremos o risco de criar misturas com o pior das distintas modalidades de remuneração...

No Anexo IV poderemos examinar as propostas desenvolvidas em Portugal sobre o Mix de critérios para remuneração da Atenção Básica.

Como último elemento sobre esta breve revisão sobre as formas de financiamento e remuneração da atenção incluímos na forma de Anexo V uma caracterização da Média e Alta Complexidade no SUS, com a intenção de dimensionar os domínios e desafios destes componentes do Sistema, os quais são de particular interesse para a gestão clínica nos ambientes hospitalares. Para complementar os conhecimentos vale a pena a leitura dos documentos do CONASS em colaboração com o MS:

- 1- CONASS Coleção Progestores | Para Entender a Gestão do SUS. Volume 9. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília 2007, 1 edição. 248 págs.

<http://www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade-2/>

- 2- Para atualizar esta análise com as portarias e regulamentações e recursos alocados após 2007, recomendamos a leitura da atualização do documento acima: vol. 4 Atualização Junho 2015. 53 págs.

http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf

Lembrar que mais de 50% do financiamento federal do SUS, são recursos gastos com a atenção especializada de média e alta complexidade (MAC) e com a assistência farmacêutica.

3.- O modelo de remuneração da atenção à saúde pós-1988

Apesar das conquistas obtidas com a criação do novo sistema público de saúde, voltado ao atendimento universal, o SUS herdou a estrutura de provisão de serviços de saúde do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), baseada na compra centralizada de serviços pela União junto aos estabelecimentos de saúde, que eram, em sua maioria, de natureza privada. Essa compra era realizada, via de regra, na modalidade de pagamento por procedimentos produzidos.

Essa compra centralizada de ações e serviços públicos de saúde contrariava uma das diretrizes constitucionais do SUS, prevista no art. 198 da Carta Magna: a descentralização da gestão do Sistema¹. Rocha, Costa e Satiro (2010) afirmam que a descentralização induzida pela Constituição de 1988 se insere no contexto da redemocratização, tendo como propostas a restauração do pacto federativo, através do aumento do poder político e tributário dos Estados e Municípios, e a consolidação da democracia, por meio da participação e do empoderamento das comunidades locais no processo decisório das políticas públicas.

No caso do SUS, a descentralização teve início de fato a partir de 1990. Nesse processo, o MS passou a desempenhar um novo papel, deixando de executar compras diretas de ASPS e assumindo a função de elaborar macrodiretrizes para as políticas de saúde.

Com a assunção das responsabilidades de organização e execução dos serviços, diretamente ou mediante compra junto a prestadores privados, pelos Estados e Municípios, o papel do MS no âmbito do financiamento do sistema também se modificou. Por causa da reorientação ocorrida, o financiamento

¹ Segundo a Norma Operacional Básica do SUS nº 1/96 (BRASIL, 1996), gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

federal passou a ter papel de indução das políticas de saúde desenvolvidas localmente. Especialmente no que se refere à MAC, com o passar do tempo, houve uma tentativa, por parte do gestor federal, de imprimir uma lógica nas transferências de recursos que dialogasse com o seu novo papel, afastando-se do pagamento por produção de procedimentos.

Acerca do modelo de transferência de recursos para Estados e Municípios, no âmbito do SUS, Lima (2007) afirma que a legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de transferência tendo em vista o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. A autora afirma que essa legislação estabeleceu que os recursos fossem transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Municipais (FMS), observando-se critérios diversos - perfil demográfico e epidemiológico da população, características da rede de serviços de saúde, desempenho no período anterior, níveis de participação da saúde nos orçamentos municipais e estaduais, previsão de investimentos, ressarcimento do atendimento prestado a outras esferas de governo - com ênfase na definição de montantes per capita (não menos que a metade dos recursos transferidos). Além disso, preconizava que os recursos transferidos sejam destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial e hospitalar e demais ações e serviços de saúde.

As transferências do SUS tiveram início somente em 1994, após quatro anos da publicação das Leis. Na prática, a publicação de centenas de portarias federais, entre elas as Normas Operacionais (NO) do SUS, acabaram por alterar de forma incremental o padrão de transferência federal originalmente proposto.

Até meados de 2004, observava-se a consolidação de um modelo diversificado de transferências "fundo a fundo". Nele coexistem mecanismos que não estão associados diretamente à prestação de serviços e são realizados independente do quantitativo de ações e serviços produzidos (mecanismos de transferência pré-produção) e mecanismos que atrelam as transferências à informação prévia da produção (mecanismos de transferência pós-produção).

Ugá (2008), destaca no entanto que se por um lado houve aumento das transferências fundo a fundo em detrimento do repasse

efetuado com base na remuneração de serviços produzidos nos últimos anos da década de 90, por outro as transferências foram efetuadas vinculadas à realização de programas específicos. Carvalho (2002) identificou cerca de oitenta vinculações nas transferências realizadas pelo Ministério em 2001. Tal nível de vinculação transforma a descentralização em desconcentração de recursos, provocando perda de autonomia das instâncias locais. Cabe destacar que no Pacto pela Saúde de 2006 foram estabelecidos exclusivamente cinco blocos para transferência de recursos financeiros: atenção básica; média e alta complexidade da assistência; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão.

No Decreto Presidencial 7508/2011 o relançamento da Regionalização do Sistema de Saúde, aponta a necessidade de planejar as redes e serviços de saúde conforme as necessidades de saúde da população em seus territórios, tal premissa permite retomar um debate fundamental para as formas de financiamento e atribuição de recursos do SUS, pois autoriza sairmos das séries históricas, da supremacia da oferta existente e o pagamento por atos e procedimentos para uma forma ousada de representar as necessidades sociais como expressão dos perfis demográficos, considerando idades, gêneros, etnias, classes sociais e ambiente, projetando necessidades como padrões de ofertas / produção de ações e serviços capazes de incidir na produção social da saúde. Tal representação de necessidades abre a possibilidade de remunerar por capitação, combinando perfis de necessidades das populações em territórios, combinando capitação, incentivos por produção e resultados, temos justamente discutidos a seguir. Os antecedentes neste debate, sobretudo a experiência inglesa dos parâmetros de necessidades - seja nos critérios de Jarman combinando diferentes indicadores sócio-econômicos para projetar o consumo de serviços por uma determinada população e os ajustes de oferta necessários, assim como na fórmula RAWP – Resource Allocation Working Party (criticada pelo peso excessivo atribuído a mortalidade padronizada), ou em sua alternativa através do trabalho de Roy Carr-Hill (1994) – Fórmula para alocar os recursos do Serviço Nacional de Saúde Inglês conforme o uso de leitos hospitalares pela população de pequenas áreas, (metodologia testada por Porto et al. em 2003 com resultados pouco apropriados para o Brasil), devem ser conhecidos para orientar o debate atual vinculado à regionalização do SUS.

A Regionalização baseada em necessidades sociais em saúde reabre o debate sobre alocação de recursos baseados em necessidades e o aproxima da materialidade dos direitos humanos e sociais no setor.

Podemos afirmar que, ainda que com limitações, o Ministério da Saúde tem implementado de forma incremental, nos últimos 20 anos, diversas medidas no sentido de induzir uma nova lógica no financiamento da atenção à saúde, buscando a qualidade do cuidado à saúde, a eficiência e o fortalecimento dos gestores estaduais e municipais, no que diz respeito às responsabilidades de organização e execução das ações e serviços de saúde em seus territórios.

4.- As tentativas de indução de um novo modelo de financiamento pelo Ministério da Saúde

O modelo de remuneração retrospectivo por produção de procedimentos (*fee-for-service*), estabelecido nos anos 80 e persistente nos dias atuais, é um modelo que induz à produção do cuidado fragmentado e incentiva a uma superprodução de procedimentos, o que gera um alto custo e baixa eficiência ao sistema de saúde. Nesse sentido, ao longo dos últimos anos, conforme afirmado anteriormente, foram desenvolvidas diversas políticas pelo Ministério da Saúde, que visavam a mudanças no modelo de financiamento e à indução de novas formas de pagamentos de gestores a prestadores.

Além disso, com o passar dos anos, houve necessidade de formulação, por parte do Ministério, de novas políticas que qualificassem a gestão e possibilitassem a pactuação de metas sanitárias.

Nessa seara, foi adotada, de maneira ainda complementar, a modalidade de pagamento de incentivos financeiros. De acordo com Malik & Vecina Neto (2011), os incentivos financeiros são pagos complementarmente a outras modalidades de financiamento da saúde, tendo como objetivo a melhora da qualidade da atenção ao usuário do serviço, por meio do cumprimento de metas, e tem característica de pagamento pré-fixado. Os valores correspondentes a esses incentivos vêm sendo incorporados aos tetos de Média e Alta Complexidade

(MAC) Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, com repasses mensais do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos respectivos fundos de saúde.

Existem três tipos de incentivos financeiros que são alocados no Bloco de Financiamento das Ações de Média e Alta Complexidade (MAC): (a) incentivo de orçamentação global, (b) incentivo para qualificação de serviços e (c) incentivo de qualificação de leitos.

(a) Incentivo de orçamentação global: segundo Ugá (2012), o sistema de alocação de recursos por orçamento global consiste em repasses periódicos de um montante anual de recursos definido através de programação orçamentária, e cujos recursos não estão vinculados à efetiva produção de serviços. No SUS, o incentivo de orçamentação global é aquele repassado aos gestores para financiamento de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), do Serviço Móvel de Atenção às Urgências (SAMU) e dos Centros de Parto Normal (CPN). É todo incentivo que o Ministério da Saúde repassa ao gestor com base nos custos de cada estabelecimento. Por ter essa característica, tanto o valor destinado a esses estabelecimentos quanto a produção gerada por estes devem ser excluídas do relatório de execução de teto financeiro.

(b) Incentivo para qualificação de serviços: é todo incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde que está diretamente relacionado à execução de metas de qualidade, sem exigência de aumento de produção por parte do estabelecimento. Um exemplo desse tipo de incentivo é aquele destinado às Portas de Entrada de Urgência da Rede de Atenção às Urgências. Por conta dessa característica, o valor do incentivo também deve ser desconsiderado para fins de cálculo da execução do teto. Entretanto, a produção deve ser considerada.

(c) Incentivo para qualificação de leitos: instituído principalmente pelas Redes Temáticas de Atenção à Saúde, essa modalidade de incentivo visa à complementação do valor de diária de internação em leitos, tendo como contrapartida o cumprimento de metas de qualidade. Só que, diferentemente do incentivo para qualificação de serviços, este incentivo é

calculado com base em uma produtividade esperada para o leito. São exemplos deste tipo de incentivo: qualificação de leitos de UTI, qualificação de leitos de retaguarda clínica, qualificação de leitos para gestantes de alto risco (GAR). Neste caso, assim como os incentivos para qualificação de serviços, o valor dos incentivos para qualificação de leitos deve ser desconsiderado para fins de cálculo da execução de teto, mantendo-se no cálculo de execução a produção realizada por esses equipamentos de saúde.

5) Conclusões

O SUS encontra-se ainda em um processo de construção histórico e necessitando reformar-se para poder dar conta das várias crises que o assolam.

Nas palavras de Contandriopoulos (1995/1996) citado por Gadelha (2010), os sistemas de saúde em todo o mundo sempre passam por crises. Quatro crises vêm ocorrendo simultaneamente: Crise de Regulação, Crise de Financiamento, Crise do Conhecimento e Crise de Valores.

Começando pela Crise de Financiamento, sabe-se que, enquanto os governos puderam aumentar impostos ou taxas para financiar o setor da saúde, o aumento dos gastos não os incomodava. Porém, o incremento dos gastos em percentual progressivamente maior e sempre a mais do aumento do PIB, sem mais condição de aumento de impostos ou taxas, que atingiram níveis inaceitáveis pelas respectivas sociedades, fez com que essa preocupação aflorasse como prioritária para todos.

A Crise do Conhecimento se dá por conta da falência do modelo "do deixar adoecer para tratar" e tratar por um gama de especialistas com profundo saber sobre área específica, mas pouco abrangente em sua interrelação com as demais áreas do conhecimento médico e não médico.

Já a Crise de Valores diz respeito à crise moral que o mundo enfrenta, em que valores éticos, como a Universalidade, a Solidariedade e a Equidade no setor da saúde vêm sendo questionados em praticamente todos os países.

Porém, é na Crise de Regulação que os conflitos afloram. Essa crise deriva do confronto de quatro lógicas que permeiam o sistema de saúde: A **lógica de mercado** (produtores, fornecedores, distribuidores e usuários como consumidores de um bem de consumo – a saúde), que pressiona e demanda por produtos e serviços de modo contínuo e progressivamente crescente. A **lógica profissional**, na qual se dá, por motivos diversos (prestígio, lucro, interesse científico, etc.), a pressão pela incorporação de novas tecnologias, muitas das vezes de modo acrítico e sem a devida segurança técnico-cientificamente. A lógica profissional tanto pode ser conduzida pelos interesses do mercado (produtores e fornecedores) como pode conduzir a lógica de mercado (influência dos profissionais da saúde sobre os usuários – quando transformados em consumidores de um serviço, o que, por sua vez, transforma a saúde em um produto de mercado). A **lógica tecnocrática**, que tenta imprimir racionalidade ao setor da saúde, defendendo a utilização de critérios de eficácia, eficiência, efetividade e equidade em atenção à saúde e aos serviços prestados. E a **lógica política**, definidora da alocação de recursos, que, de forma tecnocrática ou partidária, pode levar à acomodação ou à mudança das políticas públicas vigentes e também pode forçar a execução dessas políticas fora dos critérios e parâmetros estabelecidos. (GADELHA, 2010)

A disputa em torno de critérios de financiamento e remuneração do Sistema se dá neste marco de regulação e seu campo de correlação de forças. Daí a importância de entender os interesses dos atores envolvidos – notadamente o capital financeiro, o complexo médico industrial, as corporações profissionais e os usuários para poder entender suas aspirações e construir agendas estratégicas que respondam ao mandato constitucional pelo direito à saúde e o dever do Estado. D'Ávila Viana e Dal Poz (2005), destacam a natureza de *Big Bang* da adoção do SUS em 1988, mas destacam também que após a adoção o processo de implementação e aperfeiçoamento vem se dando como uma reforma incremental, com marchas e contramarchas em torno às crises antes mencionadas.

A crise gerada pelo subfinanciamento é real, assim como a crise de valores e de conhecimentos capazes de impulsionar uma nova etapa do SUS e quiçá um novo Big Bang. Para superar esta crise de conhecimento e valores que se projetam na crise da regulação, temos que conseguir mais recursos para o setor

sempre buscando um novo modelo de atenção e de gestão, onde se impõem perseguir uma forma de remuneração que inaugure uma nova era de efetividade na produção social de qualidade de vida para a população. O mix de critérios de remuneração para os serviços e os profissionais se impõe como saída motivadora e responsiva aos limites de cada método isoladamente.

Romper a hegemonia do pagamento por ato / procedimento passa a ser a bandeira central do processo de superação da crise no âmbito da qualidade de gestão. Posto que há uma distorção fundamental quando hoje compramos um volume enorme de exames sem alterações, nos chamando a atenção para a qualidade técnico assistencial e a necessidade de comprar diagnósticos e não simplesmente volumes de exames, que se compre resultados assistenciais e não apenas volumes de acesso.

A proporção da demanda que se pode gestionar como produtos ou "commodities" é cada vez menor proporcionalmente – atos como cirurgias, procedimentos, exames, que se limitam e terminam em um episódio de cuidado; pois as intervenções geram ou deixam doentes crônicos, sobreviventes e dependents, isto nos convida a considerar a insuficiência dos modelos de pagamento por atos / por produção, pois são escassamente compatíveis com o tipo de demanda a que temos que responder. E ademais somos cada vez mais interdependentes, de modo que a qualidade sera resultado de comunidades de práticas com grande capacidade de cooperação, o que é difícil de compatibilizar com pagamento por atos ou processos a profissionais específicos.

Para o âmbito da gestão clínica é extremamente importante que esta reflexão sobre financiamento e remuneração ganhe corpo entre os gestores, gerentes, trabalhadores da saúde e população em geral, posto que mudar de forma profunda o sistema de financiamento e remuneração implica afetar muitos interesses e fazer os seus critérios muito mais transparentes para a sociedade significa poder alcançar os apoios políticos para a transformação.

Tomando a análise do impacto necessário no comportamento e limites do sistema atual, ousar pensar que o incrementalismo não é suficiente para provocar as transformações necessárias, sendo imperativo que provoquemos nos governos, nos serviços e na sociedade a necessidade ética das mudanças. Para tanto um passo importante é que cada um pense como instalar estes

debates no espaço dos seus serviços e da gestão territorial, tornando-o indissociável dos resultados desejáveis para os pacientes e portanto afetando diretamente o trabalho das unidades clínicas – alvos centrais dos processos de gestão clínica objeto deste Curso.

Referências bibliográficas

ANDREAZZI, M.F.S. **Formas de remuneração de serviços de saúde.** *Textos Didáticos.* Rio de Janeiro: Nesc e UFRJ, 2000.

ANDREAZZI, M.F.S. **Formas de Remuneração de Serviços de Saúde.** IPEA. *Texto para discussão | 1006 | dez. 2003 32 págs*

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/96.** Brasília : Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde – PESS.** Brasília : Ministério da Saúde, 2011, 94 p.

BOSCHETTI, I. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.* Disponível em: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O Financiamento do SUS.** Brasília: CONASS, 2011. 124p.

CARR HILL, R. A. et al. **A Formula for distributing NHS revenues based on small area use of hospital beds.** *Occasional Paper.* Center for Health Economics – University of York,UK. 1994.

CARVALHO, G. **Financiamento Público Federal do Sistema de Saúde – 1988 -2001.** Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2002.

CHERCHIGLIA, L. **Remuneração do Trabalho Médico: Um Estudo Sobre Seus Sistemas e Formas em Hospitais Gerais de Belo Horizonte.** *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 67-79, jan/mar, 1994.*

CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** COLEÇÃO PROGESTORES | PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS. Volume 9. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.* Brasília 2007, 1 edição. 248 págs. <http://www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade-2/>

CONASS. Atualização Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS vol. 4 Atualização Junho 2015. 53 págs.

http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf

D'ÁVILA VIANA , A.L., DAL POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005.*

ESPING-ANDERSEN, G. 1990. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press, Princeton, NJ.

GADELHA, M.I.P. Funcionamento e Financiamento do SUS. http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/34710/Funcionamento_financiamento_s_us_gadelha.pdf?sequence=1 . 2010.

GUSSO, G. Formas de remuneração que guiam: para onde? 2013

http://dab.saude.gov.br/portaldab/portaldoconhecimento.php?conteudo=rv_x_rd

KUSCHNIR, R. Aqui se paga, aqui se faz: pagamento a provedores como instrumento de política [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):511-522, 2007.*

MACEIRA, D. Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Major Applied Research 2, Working Paper 2. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., 1998.

MKANDAWIRE, T. Targeting and Universalism in Poverty Reduction. UNRISD - Social Policy and Development Programme.

Paper Number 23. Geneva, December 2005.

PIOLA, S. F. et al.. **Financiamento do Sistema Único de Saúde – Trajetória Recente e Cenários para o Futuro.** *Análise Econômica, Porto Alegre, Ano 30, número especial, pág. 9 – 33. Setembro 2012.*

PISCO, L.; SORANZ, D. - **Formas de remuneração e pagamento por performance.** *Portugal, 2013.* <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo06/>

PORTO, S.M. et al. **Alocação Equitativa de Recursos Financeiros – uma alternativa para o caso brasileiro.** *Saúde em Debate, 27(65), 376-388, 2003.*

ROCHA, H. S.; COSTA, R. E.; SATIRO, V. **A Descentralização de Políticas Públicas no Brasil e o Sistema Único de Assistência Social.** *In: I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 2010, Fortaleza. I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade, 2010.*

SAAD, P. **Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área da saúde.** *In: GUIMARÃES, José Ribeiro Soares (Org.). Demografia dos negócios: campo de estudo, perspectivas e aplicações. Campinas: ABEP, 2006. Demographicas, vol. 3, p. 154 – 166.*

SOLLA, J. et CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada.** *In: Giovanella, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ e CEBES. 2008.*

UGÁ, M. A. D. **Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira.** *In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. O financiamento da saúde no Brasil. Brasília: Representação do Brasil, 1994. (Série Economia e Financiamento, n. 4).*

UGÁ, M.A.D. et PORTO, S.M. **Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil.** *In: Giovanella, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ e CEBES. 2008.*

UGÁ, M. A. D. **Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde - a experiência internacional.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 12, Dec. 2012

URBANOS GARRIDO, R. **Modelos y Técnicas de Asignación de Recursos Sanitarios** (Internet). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 (consultado agosto 2015). Tema 1.5. Disponible en: dirección url del pdf.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 383 p.

WORLD BANK. **Payment:** How are providers (hospitals, clinics, managers, physicians, nurses, etc.) paid? Disponível em <<http://web.worldbank.org/>>. Acessado em 09/08/2013.

ANEXO I***Extrato do Texto "Modelos e Técnicas de Alocação de Recursos Sanitários" de Rosa Urbanos Garrido, 2012******URBANOS GARRIDO, R. Modelos y Técnicas de Asignación de Recursos Sanitarios (Internet). Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 (consultado agosto 2015). Tema 1.5. Disponible en: dirección url del pdf.***

En las últimas décadas se ha producido un progreso considerable en el desarrollo de los esquemas capitativos, tanto por la mejora de las fuentes de información utilizadas en la elaboración de las fórmulas de reparto, como por los avances metodológicos relacionados con su diseño. Algunos países como Francia, Alemania, Suiza, Países Bajos, Nueva Zelanda, Estados Unidos en su programa Medicare, o la provincia de Alberta en Canadá basan el reparto de los fondos sanitarios en el método matricial, a partir de distintas variables. En ciertos países desarrollados (en particular los escandinavos), se dispone de bases de datos individuales que cubren prácticamente todos los costes sanitarios de la población. Estas bases de datos pueden vincularse, a través de números de identificación personal, a otras que incluyen información sobre características geográficas, demográficas y socioeconómicas. De este modo pueden usar la misma base para seleccionar y ponderar los factores de necesidad, y para aplicarlos a nivel de área o comprador. En otros países, en cambio, variables similares sólo están disponibles a nivel de área pequeña, siendo las fuentes principales los registros de los servicios sanitarios y los datos censales, como por ejemplo en Bélgica. En todo caso, es frecuente que los análisis individuales y los agregados aparezcan combinados.

El rasgo común en todos los países que utilizan mecanismos de carácter capitativo es la consideración de la edad como variable relevante en la asignación de recursos. Los ajustes más rudimentarios al criterio per capita simple se basan precisamente en la edad (como ocurre en Francia) o en la combinación de la edad y el sexo (como en Alemania y Suiza). Entre los que emplean medidas agregadas para introducir ajustes por riesgo cabe citar el caso de Bélgica, que aproxima la necesidad a

través de variables como la estructura demográfica, las tasas de mortalidad, la proporción de desempleados y de discapacitados o la calidad de la vivienda (Rice y Smith, 2002).

El refinamiento en las fórmulas de asignación de recursos sanitarios resulta muy variable. Uno de los modelos más sofisticados es el que corresponde a Suecia (y, más concretamente, al condado de Estocolmo), donde las capitaciones en atención hospitalaria se elaboran mediante una matriz que contempla el sexo, la edad, la situación familiar, la categoría ocupacional y la situación con respecto a la tenencia de vivienda, a partir de una base de registros individuales muy detallada. A pesar de que el análisis con datos individuales garantiza que las ponderaciones de las distintas variables explicativas estén mucho menos sujetas a sesgos derivados de los factores de oferta (en comparación con el análisis ecológico), se realizan ajustes adicionales para reducir al mínimo esos sesgos.

Otro de los ejemplos clásicos en relación con las fórmulas de distribución de recursos corresponde al modelo inglés, que ha utilizado su famosa fórmula RAWP (*Resource Allocation Working Party*) durante más de 40 años, y ha ido introduciendo avances metodológicos notables en la identificación de las variables determinantes del uso de servicios sanitarios. En este caso la asignación de recursos se lleva a cabo de forma separada para los distintos tipos de atención sanitaria, distinguiéndose entre atención aguda, cuidados psiquiátricos, atención comunitaria,

Fuente: adaptado de Urbanos et al. (2006).

ANEXO II**Extrato de Texto de**

**ANDREAZZI, M.F.S. Formas de Remuneração de Serviços de Saúde. IPEA. Texto para discussão | 1006 | dez. 2003
32 págs**

No que diz respeito a modalidade de pós-pagamento ou seja pagamento após a realização dos serviços, no caso do uso parcial dos recursos das instituições, como freqüentemente ocorre, por exemplo, no SUS com seus hospitais contratados e nas relações entre seguradoras privadas e seus credenciados, é o método mais factível (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997). No caso dos hospitais, o montante pode ser calculado:

1. Por diária hospitalar. Forma mais comum, utilizada no decorrer do século XX pela maioria dos financiadores em todos os países (Glaser, 1991). O valor total será dado por um valor unitário atribuído a cada diária multiplicado pelos dias de permanência. No hospital, essa diária pode ser diferenciada por clínicas ou determinados serviços (como UTI, por exemplo). Dada a dificuldade de obter com precisão um valor médio para essa diária, uma variante freqüente hoje é a seguir apresentada.
2. Por itens de produção. A diária passa a englobar apenas serviços de hotelaria; os demais serviços, multiplicados por seus valores unitários, são acrescidos para compor a conta hospitalar.

Nos dois casos, tanto a diária como os demais itens podem ser estipulados a partir dos custos observados e a partir de tabelas negociadas entre o prestador e o órgão financiador.

Essa forma de remuneração também é a mais freqüentemente utilizada para serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, em que se remunera, por cada procedimento, seja pelos chamados "honorários costumeiros", definidos pelo serviço, seja também por tabelas.

Para a instituição prestadora, prevê-se os seguintes incentivos que, todavia, para ser implementados, necessitam de cooptação de profissionais internos envolvidos com a sua implementação. Quando afetam a qualidade, é de se esperar que surjam conflitos internos:

- hospitalizações desnecessárias, no caso de o honorário do médico ser maior para tratamento dentro do que fora do ambiente hospitalar;
- aumento do tempo de permanência, com impactos sobre custos e qualidade, no caso de exposição desnecessária a riscos intra-hospitalares;
- superprodução de serviços, mesmo desnecessários, e fraudes no pagamento por ato;
- no caso do pagamento por diárias, redução da intensidade dos serviços, ainda que necessários, ou até mesmo da seleção de riscos, rechaçando a internação de determinadas pessoas ou condições mórbidas com grande probabilidade de elevar o custo real da internação acima do valor da diária.

Para os financiadores, ocorre a imprevisibilidade orçamentária. Embora o pagamento por diária seja administrativamente simples, no caso do pagamento por ato há a necessidade de desenvolvimento de sistemas minuciosos de informação e auditoria, freqüentemente conta a conta.

Pagamento prospectivo por procedimentos. Foi um sistema desenvolvido nos anos 1970 nos Estados Unidos (o chamado Diagnostic Related Groups – DRG) e também utilizado no Brasil, nos anos 1980, pela Previdência Social e depois pelo SUS para o pagamento de seus hospitais contratados (por meio de Autorização de Internação Hospitalar – AIH). Por meio de uma classificação detalhada do produto hospitalar, é estabelecido um preço fixo por procedimentos ou diagnósticos baseado em valores médios. O incentivo, para o hospital, é manter o seu custo de tratamento do caso abaixo do preço estabelecido em tabela, seja aumentando a eficiência (utilizando melhor os recursos empregados no caso), seja, no limite, utilizando menos recursos do que seria adequado. A principal questão levantada é que os custos dos diagnósticos podem variar com uma série de

fatores como idade do paciente, gravidade do caso, patologias associadas. Os DRGs norte-americanos prevêem alguns ajustes, como por idade e área geográfica da internação, custos excepcionais e de ensino (Ugá, 1994); a AIH brasileira exclui da tabela determinados procedimentos em razão de seu alto custo: paga a UTI por diária e determinados medicamentos, próteses e outros materiais itemizados na conta. Além disso, os diagnósticos contidos nas tabelas acabam possuindo diferentes taxas de lucro, seja porque a técnica empregada foi modificada, mas a tabela não acompanhou a mudança, seja por distorções, pois tecnicamente é difícil incluir todos os casos em uma mesma lista (Banco Mundial, 1993). Com o tempo, os prestadores acabam conhecendo quais são os diagnósticos mais vantajosos, o que faz que mudem a informação apresentada ao órgão financiador ou evitem a internação de pacientes com esses diagnósticos. No Brasil, ambas as estratégias são freqüentes: tanto o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS apresenta-se eivado de viéses desse tipo como os hospitais, principalmente os privados, apresentam a prática comum de desviarem pacientes com determinados problemas de saúde para outros hospitais (Saltman e Von Otter, 1992; OMS, 1993) – novamente a seleção de risco –, freqüentemente para os públicos, o que aumenta o custo destes últimos. Esses sistemas diminuíram as taxas de hospitalização e o tempo médio de permanência hospitalar (OMS, 1993; Ugá, 1994). Não se sabe, no entanto, se isso deveu-se ao estímulo à mudança de técnicas que desviaram casos para tratamento ambulatorial e domiciliar, inclusive casos graves, o que ocasionou um aumento das taxas de mortalidade para esse nível (OMS, 1993; Mooney, 1994; Ugá, 1994).

4. Taxas por casos relacionados por serviços (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997). Esta forma segue a lógica anterior, de forma menos sofisticada: para cada serviço, estabelece-se um preço global, ou pacote, como por exemplo, uma cirurgia determinada, um transplante específico, e assim por diante. Tem sido introduzida, no Brasil, nos contratos entre seguradoras privadas e hospitais.

Pré-pagamento

Menos utilizado para instituições do que para profissionais de saúde (Ugá, 1994), possui as mesmas vantagens e problemas.

É mais comum encontrar exemplos de sistemas integrados (ambulatoriais e hospitalares) competindo pela oferta de atenção integral às seguradoras privadas ou pelo financiamento público, como é o caso das HMO (empresas médicas de pré-pagamento) norte-americanas que fazem contratos desse tipo com o seguro social (Medicare). No Brasil, guardadas as especificidades (como a utilização da capacidade instalada pública), o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), implantado em 1995 no Município de São Paulo, seguiria essa lógica, pois recebia um percentual fixo por paciente captado. Seus resultados parciais confirmaram os problemas decorrentes do pré-pagamento como móvel lucrativo dos prestadores e objetivos de ajuste orçamentário dos financiadores – seleção de risco de casos graves, negligência a formas mais complexas de atenção médica e redução da utilização de exames complementares abaixo do tecnicamente esperado (Oliva, 1999).

Orçamentos globais

São repasses periódicos de um montante de recursos por meio de uma programação orçamentária. Esta, em geral, separa o investimento (recursos novos) da manutenção ou custeio da unidade de saúde. A versão conservadora do método, mais utilizada no Brasil, consiste em uma proposta, em geral elaborada pela unidade prestadora, baseada em um gasto efetuado em período anterior, acrescido de uma taxa de inflação, de uma previsão de investimentos, de uma previsão de aumento de demanda etc. Caso a programação se revele abaixo do real, o financiador suplementa o orçamento, ou não, mediante pressões, ameaças de interrupção de serviços e outros. Dependendo da facilidade ou não da suplementação, há ou não um incentivo para o cumprimento do orçamento. Como este é baseado em uma história prévia, não necessariamente representa a forma mais eficiente de prestar serviços. É dito conservador, porque tende a manter as coisas como estão, sem incentivar a administração a estudar formas melhores de organização. A teoria convencional aponta ainda que, como não se vincula o pagamento a resultados, há uma tendência à baixa produtividade e qualidade (Tobar, Rosenfeld e Reale, 1997), o que, obviamente, é uma análise enviesada pela subestimação de mecanismos de controle normativo e de controle social.

As versões mais modernas do método procuram elaborar a programação orçamentária com base em objetivos, metas

e custos reais e comprometer os repasses efetivos com o cumprimento dessas metas, que tanto podem ser relativas à produtividade quanto à qualidade. A contradição aqui existente é se há comprometimento ou não do financiador não apenas com a garantia do efetivo cumprimento das metas e controle de qualidade e com a garantia de suplementações justificadas. Na proposta de descentralização da gestão das unidades hospitalares do Ministério da Saúde, no contexto mais geral de reforma do Estado e de transformação de muitas instituições públicas em organizações sociais, ocorre uma autonomia administrativa e financeira. O financiamento dessas unidades está contemplado em um contrato de gestão entre a organização e a União no contexto dos orçamentos globais, com base em um programa de trabalho. No entanto, não é garantido o envolvimento do financiador com aquilo que não for previsto, mesmo justificado, o que caracteriza mais uma forma de transferir problemas para outros atores resolverem, apelando para formas de racionamento que comprometem a qualidade e a equidade ou para mecanismos de financiamento das próprias pessoas, das empresas ou dos níveis descentralizados de governo (estados e municípios), que significam, em última análise, um aumento de impostos (Andreazzi, 1999b).

Essa forma incentiva a instituição a se organizar melhor para atender a suas demandas. Permite também a participação do conjunto dos trabalhadores da unidade, assim como da população usuária e do próprio organismo financiador, no planejamento das atividades e no seu controle, sendo, portanto, bastante adequada aos princípios do SUS. Não elimina os conflitos de interesses dos profissionais e a disputa entre diferentes ideologias; apenas internaliza no hospital essa discussão, tornando-a mais transparente, na medida do efetivo mecanismo de tomada de decisões existente. A aplicação do método dos orçamentos globais não é de todo impossível, mas de mais difícil implementação, quando existem múltiplos financiadores da unidade, em que a demanda e o recurso financeiro que a acompanha são mais incertos. Uma de suas principais virtudes é a previsibilidade de gastos (Ugá, 1994).

Por tudo que foi apontado, é de interesse crucial do médico e de outros profissionais de saúde entender o modo como as formas de remuneração podem impactar os padrões de prática. No entanto, seus determinantes são complexos. Embora existam formas

em que os incentivos puramente financeiros sejam minimizados em favor de objetivos éticos e técnicos, é preciso lembrar que estes estão inseridos em uma lógica mais abrangente

do sistema de saúde e da própria sociedade.

As formas de remuneração obedecem a uma história de organização das corporações profissionais cujos interesses e ideologias não são homogêneos. Na fase atual de avanço de mecanismos de acumulação propriamente capitalistas no sistema de saúde, a heterogeneidade da categoria médica é, aliás, maior, o que aumenta os conflitos internos e a busca de hegemonia político-ideológica. A partir desse entendimento, propõe-se, neste trabalho, que sejam analisadas as formas atuais de remuneração e as propostas de mudança. O quadro sintetiza as mais importantes: as propostas de ajuste colocadas pela ortodoxia econômica, em uma perspectiva de ajuste, bem como alguns exemplos de reformulações, em uma perspectiva de preservação da qualidade e num entendimento do controle sobre a utilização como parte, secundária, de enfrentamento das tendências inflacionárias decorrentes das estratégias do complexo médico-industrial. Espera-se, ainda, que nesse enfrentamento a maioria dos médicos venha a ser, fundamentalmente, parceira e não opositora.

ANEXO III

Extrato do documento:

Formas de remuneração que guiam: para onde?

Autor: Gustavo Gusso - Professor da Disciplina de Clínica Geral da Universidade de São Paulo – USP

http://dab.saude.gov.br/portaldab/portaldoconhecimento.php?conteudo=rv_x_rd

As formas de remuneração são ferramentas que podem influenciar positiva ou negativamente o trabalho e mesmo os atributos da atenção primária à saúde. O governo holandês publicou uma sistematização das formas de remuneração bastante objetiva (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007).

Em resumo são quatro formas além do □budget, ou orçamento, e do □mix, ou seja, quando há mistura de duas ou mais destas formas constituindo componentes.

1. Capitação: montante fixo pela quantidade de pacientes na lista corrigido por idade, sexo, vulnerabilidade social e risco global. A correção por risco, ou seja, pagar mais pela pessoa com maior risco, nunca é perfeita embora cada vez mais tenham ferramentas para medir o peso de comorbidades como o □Adjusted Case Groups□ (ACG) desenvolvido pela equipe da Professora Barbara Starfield da Johns Hopkins (ACG, 2013). Mesmo que corrija apenas pela idade já é mais justo que não corrigir porque o principal fator de risco para as doenças potencialmente fatais mais prevalentes como doenças cardiovasculares e câncer é a idade.

Pontos positivos:

- É a única modalidade que estimula o atendimento não presencial, bastante demandado, e o fornecimento do número de telefone celular ou e-mail;

- Incentiva diminuição de custos na medida em que não estimula produção apenas, estimula cuidado longitudinal e ações preventivas, estimula aumentar a lista de pacientes.

Pontos negativos:

- Risco de sub-tratamento quando a função de □contenção de custo□ do médico de família vai longe demais e um tratamento efetivo não é indicado
- Risco de diminuição do número médio de consultas por paciente por ano na medida que o médico ganha por paciente e não por consulta (□frequência□)
- Referenciamento maior do que o desejado esvaziando a função de filtro do generalista
- Risco de pacientes com potencial de hiperutilizar o sistema, como idosos e doentes

crônicos, serem evitados (o ajuste por risco pode minimizar este efeito)

- Pode ser pouco atrativo quando os médicos de família são mais acomodados e avessos a pequenos riscos. Neste caso os médicos de família podem exigir uma capitação alta para aderirem ao sistema

2. Fee for service ou produção: sistema que remunera o profissional por cuidados ou serviços prestados.

Pontos positivos:

- Tende a estimular a produção dos serviços que melhor remuneram o que é positivo quando há um desejo de que estes serviços sejam estimulados
- Estimula melhor manejo do tempo
- Estimula diminuir o custo por unidade de serviço na medida em que incentiva a quantidade de service
- Premia o médico de família ou generalistas que são eficientes,

trabalhadores e
atrativos aos pacientes

- Ajuda a informar ao sistema as tendências que a atividade médica está seguindo
- Forma tradicional e bem compreendida de remuneração em diversas áreas e é a

clássica forma de remuneração no sistema suplementar brasileiro Pontos negativos:

- Risco de sobreutilizar os serviços
- Papel de regulador sai do médico e vai para o financeiro da instituição
- Risco de aumentar carga de trabalho com maior número de horas e pacientes atendidos
- Risco de diminuir o tempo de consulta
- Risco de diminuir referenciamento dos pacientes e restringir tratamentos necessários
- Estimula a cultura de que novas tecnologias exigem novos recursos
- Exige um sistema de controle rígido pois o médico é estimulado a mandar fatura

de procedimentos que não realizou ou realizados mais lucrativos desnecessariamente, ou ainda usar códigos de problemas de saúde ou procedimentos mais caros

3. Salário fixo: o médico de família ou gatekeeper recebe um montante fixo para exercer a atividade de médico

Pontos positivos:

- É administrativamente simples
- Não estimula comportamento de aumento de custo
- Facilmente compreendido pelos profissionais sendo essencialmente o método usado no sistema de saúde público brasileiro. Além disso, há uma cultura latino- americana criada ao longo do tempo que atribui uma sensação de justiça a este método uma vez que se alguém que produz menos ou tem menos pacientes for pior remunerado estará sendo punido duas vezes: pela menor remuneração e por ter tido menos oportunidade na vida (Latinobarometro, 2013)

Pontos negativos:

- Não há incentivo para conter custo, atrair pacientes ou ser sensível às suas necessidades em especial de acesso ao sistema
- Incentiva o médico a diminuir seu esforço pessoal e a reduzir numero de consultas o que obriga a contratar mais médico e sobrecarregar a folha de pagamento
- Incentiva o médico a selecionar pacientes de baixo risco
- Incentiva o médico a fazer consultas burocráticas como de renovação de receita
- A função de filtro do médico generalista não é estimulada na medida em que há

incentivo a aumentar referenciamento

- Risco de aumentar as listas de espera para exames e consultas com especialistas

4. Pagamento por resultado ou performance (payment for

performance (ou P4P):

a remuneração está ligada a metas desejáveis

Pontos positivos:

- Estimula que todos os profissionais trabalhem em sinergia por uma meta comum a ser alcançada com potencial de desviar a curva de Gauss

Pontos negativos:

- Como o profissional é pago por uma meta, em geral não há incentivo para ir além da meta (a não ser que o excedente seja pago por produção)
- Pode ser desestimulante quando a meta é muito difícil de alcançar. Por exemplo, se há inúmeros indicadores sendo que um deles é algum central mas difícil de alcançar como acesso e este tem o mesmo peso dos outros, facilmente o profissional abandona ele e se dedica aos mais factíveis causando uma distorção no sistema como por exemplo aumentando a cobertura de Papanicolau em detrimento de detecção precoce de tuberculoso sintomático ou mesmo diminuindo o acesso a quem não pertence a uma ação programática
- Risco de focar apenas nas metas abandonando pacientes que não ajudem a atingir a meta, em especial se este componente representa uma parte considerável da remuneração total

□

5. Budget (ou orçamento):

Esta quinta forma de remuneração, e que se aproxima na verdade do financiamento em si do sistema, foi testada na Inglaterra na década de 90. O profissional, ou a pessoa jurídica criada pelos profissionais, recebe um valor para gerenciar sua área ou lista de pacientes. Envolve desde compra de material, manutenção predial e demais itens de estrutura até compra de exames e consultas com especialistas.

Pontos positivos:

- Incentiva tomada de preços na busca do serviço mais custo efetivo pelo próprio profissional demandante
- Co-responsabiliza profissionais pela gestão do sistema de saúde

Pontos negativos:

- Risco de necessitar recursos adicionais caso o orçamento estoure
- Risco de assistência de má qualidade se o generalista atrasar o referenciamento ao

especialista para economizar

- Risco de selecionar pacientes de baixo risco
- Risco de perversão do sistema quando serviços secundários fazem às vezes do

primário que não está contemplado no orçamento

- Estimula que o medico quando vai entrar no sistema de orçamento baixe sua

atividade antes de entrar para que o orçamento seja maior pelo numero de

atividades realizadas no ano anterior (parâmetro)

- Estimula diminuir referenciamentos e prescrições quando está se preparando para

sair do sistema de orçamento para acumular mais lucro

Os estudos apontam que deve haver um **mix** entre as quatro primeiras formas de remuneração (Gérvas e Pérez Fernández, 2008). Esta é a principal evidência nesta área. Como todas as formas tem pontos positivos e negativos, o mix tem potencial para que haja uma chance de minimização ou correção dos pontos negativos. Desta forma, a tendência é que qualquer **mix** seja melhor que uma forma única. Por causa da necessidade

de simplificação em sistemas que compreendem pouco ou desconfiam do mix, caso seja exigida uma única forma, a mais equilibrada para ser adotada na porta de entrada do sistema e que ajuda na gestão da clínica é a capitação, corrigida por idade e gênero, e se possível por risco e vulnerabilidade social. Em segundo lugar viria salário fixo e em último pagamento por produção que representa um risco a custo efetividade do sistema como um todo.

O pagamento por resultado por definição nunca deve ser a única forma de remuneração e entra apenas na composição. Pode ser um indicador de resultado propriamente (cobertura vacinal, cobertura de papanicloau) mas também pode ser substituído por indicadores de processo (Donabedian, 1988) como acesso (tempo que o paciente demora para ser atendido), vínculo (tempo de permanência do profissional na unidade ou equipe) e capacitação (desenvolvimento profissional continuado). Os indicadores de estrutura estão na maioria das vezes vinculados a gestão, exceto quando o sistema é por orçamento.

O **mix** se aproxima do orçamento mas como cada componente é explícito e pré-definido, de preferência pelos pacientes, profissionais e gestores, ajuda na correção das distorções. Há também estímulo a co-responsabilização dos profissionais pela gestão. É possível agrupar os componentes em duas duplas por semelhança:

1. Dupla com tendência a valor fixo: · Capitação · Salário
2. Dupla com tendência a valor variável: · Produção · Resultado

O ideal na composição do mix é misturar pelo menos um de cada dupla. Ou seja, pode não haver compensação dos pontos negativos se o mix for apenas salário com capitação ou produção com resultado. Mas mesmo estas composições sem base conceitual clara têm um potencial de benefício maior do que uma forma única. O conjunto de publicações sobre o tema permite a sugestão da seguinte fórmula:

- Capitação 55%: corrigido por idade e sexo além da possibilidade de uso de instrumentos testados como ACG
- Produção 25%: pagar consultas e procedimentos controlando

o valor unitário pela necessidade (meta), demanda e oferta, ou seja, o valor pode ser alterado para mais ou para menos ano a ano.

- Resultado $\square 20\%$: nunca passar de 20% para que os resultados não tomem importância excessiva. Os indicadores devem ser concisos, para que o profissional não possa optar pelo menos importante e mais factível. Como há a necessidade no Brasil de estimular os processos, além da estrutura, que levarão aos resultados, a sugestão é que eles sejam ligados também aos processos neste componente do mix, atuando em sinergia com capitação.

o Acesso: tempo que paciente demora para ser consultado com profissional de nível superior; por exemplo se 80% demora menos de uma semana o profissional ou equipe de nível superior recebe o indicador

o Desenvolvimento profissional continuado: a ser pactuado o Indicadores de resultado: deve ser reavaliado anualmente conforme

necessidade do sistema

O Componente capitação estipula um \square teto \square de pessoas a constarem na lista dos profissionais o que faz com que a gestão seja responsável por atrair novas equipes para eventual excedente por nascimentos, mas em especial por processos migratórios.

O Indicador vínculo, ou seja, tempo de permanência do profissional da equipe ou unidade, por exemplo a cada ano de permanência o profissional recebe um valor, por ser central pode ser destacado da fórmula e pago como um adicional fixo, ou seja, seria criado ao longo do tempo um quarto componente do tipo \square salário \square que pode atingir metade da remuneração global. Isso reduziria o poder de cada componente (capitação, produção e resultado). Evidentemente que se houver mudança de equipe este valor deve ser retirado. Em países com tradição de atenção primária este valor está embutido na capitação uma vez que quando se muda de unidade vincula demora um tempo considerável para preencher a lista de pessoas. No Brasil, seria importante manter os dois separados para criar a cultura do pagamento por capitação e para ser justo com profissionais que estão em áreas com maior

número de pessoas ou com maior carga de trabalho e também com os que permanecem muito tempo na unidade ou equipe.

Para que os três componentes não percam poder eles poderiam aumentar globalmente na medida que o profissional fica na unidade mais tempo. Ou seja, o pagamento per capita referente a uma paciente de 50 anos do sexo feminino sem problemas de saúde relevantes seria maior para quem está há 10 anos na unidade do que quem chegou neste ano. O mesmo deve ocorrer com produção e resultado para que após muitos anos o componente capitação não fique tão grande que se assemelhe a salário fixo.

ANEXO IV

Extrato do documento:

Formas de remuneração e pagamento por performance

Luis Pisco e Daniel Soranz - Portugal

<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo06/>

Quadro 1. Remuneração dos Médicos de Família preconizada pela APMCG

Em relação ao sistema retributivo a APMCG recomenda que existam vários componentes na remuneração do médico de família:

- a) Remuneração base** - Representada por um quantitativo fixo que corresponde ao núcleo base de actividade e tarefas consignadas no perfil profissional.
- b) Capitação** - Fracção relacionada com o número de cidadãos inscritos e algumas das suas características, como por exemplo a idade.
- c) Remunerações circunstanciais** - Relativas a actividades não contempladas no núcleo base:
 - 1. Participação em tarefas relacionadas com o cumprimento de programas de saúde.
 - 2. Serviço de turnos (horas incómodas).
 - 3. Cargos de administração e gestão de serviços de saúde.
 - 4. Orientação de residentes.
 - 5. Docência.

d) Pagamentos por acto - Relativos a actos que exijam aptidões especiais, consumo de tempo ou criação de encargos e/ou em que haja o interesse de estimular a sua realização:

1. Domicílios.
 2. Citologias cervico-vaginais/colocação de DIU.
 3. Actos de pequena cirurgia.
 4. Execução de traçados electrocardiográficos.
 5. Execução de provas analíticas.
 6. Espirometrias.
 7. Anuscopias.
 8. Relatórios para Juntas Médicas de Incapacidade.
 8. Atestados diversos.
- Outros.

e) Compensação da inospitalidade Adicional compensatório em locais particularmente inóspitos ou onde o médico, pelas características geodemográficas da população, sairia lesado pela fracção capitação. O peso relativo de cada uma destas cinco componentes atrás referidas variará consoante o enquadramento de trabalho do médico.

Quadro 2. Formas de Remuneração

Os principais métodos de pagamento a médicos são, na sua forma pura, basicamente três: o salário, a capitação e o pagamento ao acto. No entanto, é mais comum o uso de modelos de pagamento mistos, em que estas formas surgem combinadas de várias formas possíveis.

No **salário** existe um pagamento fixo num certo período de tempo, normalmente mensal, assente no cumprimento de um

horário de trabalho previamente estipulado e normalmente independente da dimensão da produção médica. Com base em acordos salariais, é pago ao médico um valor fixo não havendo nenhum incentivo para oferecer serviços desnecessários nem para prestar menos serviços do que o previsto nas disposições contratuais, não existindo também nenhum incentivo para prestar cuidados de elevada qualidade, por isso, normalmente, há uma forte dependência do cumprimento das regras e procedimentos pensados para melhorar a qualidade e para assegurar que os profissionais não decidem trabalhar menos do que o acordado.

No pagamento por **capitação**, o profissional de saúde compromete-se a prestar um conjunto específico de serviços a um número determinado de pessoas, a um preço fixo por pessoa, num período de tempo pré-estabelecido. Existe pois um pagamento por cada doente que faz parte da lista do médico, ajustado em função de factores de risco do doente, como a idade, género e condição sócio-económica, e ficando normalmente a cargo do médico a gestão das despesas de saúde em que o doente incorrerá. O prestador tem risco financeiro nas situações em que o custo real desses serviços exceder o valor fixado. A preocupação mais frequentemente manifestada sobre a forma como a capitação pode afectar a qualidade do atendimento é que a entidade prestadora e que recebe o pagamento possa agir de forma demasiado agressiva na restrição ao uso do serviço, eliminando dessa forma alguns serviços necessários, entre alguns "desnecessários". O resultado poderia ser pior qualidade no atendimento aos doentes.

No **pagamento ao acto**, os médicos são recompensados pela prestação de mais serviços aos doentes. Recebem pagamento por cada unidade de cuidados de saúde prestada □ consulta, vacina, prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, entre outros, eventualmente ajustados por factores de risco associados ao doente. Esta forma de pagamento não é comum fora dos cuidados médicos, pois contém um incentivo poderoso para a prestação de mais serviços e, portanto, exige um acompanhamento dispendioso por parte do pagador, especialmente quando os

resultados não podem ser facilmente medidos. Parece intuitivo que mais cuidados de saúde iriam beneficiar os doentes na maioria dos casos e, portanto, o pagamento por acto não teria um impacto negativo na qualidade do atendimento ou na saúde dos

doentes. No entanto, a investigação sugere que mais cuidados de saúde não implicam necessariamente uma maior qualidade ou mais ganhos em saúde e que há um risco acrescido associado quer à prestação excessiva quer por defeito. Ao contrario da capitação, os prestadores recebem tanto mais quanto maior for o número de eventos que tratam e não lhe é atribuída a responsabilidade de fornecer todos os serviços necessários a uma população definida.

Quadro 3. Remuneração ligada ao desempenho em Portugal

A remuneração mensal dos médicos das Unidades de Saúde Familiar que aderiram ao pagamento ligado ao desempenho integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho. A remuneração base corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos usuários da respectiva lista, com a dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 usuários de uma lista padrão nacional.

São considerados nos suplementos, a ponderação da lista, o suplemento da realização de cuidados domiciliários e o suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial nomeadamente depois das 20.00 horas e aos fins de semana e feriados.

A compensação pelo desempenho integra a compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas e a compensação associada à carteira adicional de serviços. A compensação associada às actividades específicas dos médicos está associada ao aumento das unidades ponderadas da lista mínima de usuários por força das actividades de vigilância a usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde. Estas actividades referem-se a planeamento familiar, vigilância da gravidez, vigilância de saúde infantil, vigilância de pessoas diabéticas e hipertensas.

Estas actividades específicas são contratualizadas anualmente e constam de uma carta de compromisso.

A realização de cuidados domiciliários confere o direito, por cada consulta e até o limite máximo de 20 domicílios / mês, a um abono de 30 euros.

Podem ser ainda atribuídos incentivos, que consistem na atribuição de prémios institucionais e financeiros à equipa multiprofissional e que visam estimular e apoiar o desempenho colectivo tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos. Estes incentivos são repartidos por todos os profissionais da equipa multiprofissional da USF.

Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional.

Os incentivos financeiros são atribuídos, após avaliação da USF, com base no cumprimento de objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade.

Quadro 4. Áreas clínicas para pagamento por performance no Reino Unido

Prevenção secundária da doença coronária.

Doença cardiovascular - prevenção primária Insuficiência cardíaca

Acidente vascular cerebral e acidente isquémico transitório

Hipertensão

Diabetes mellitus. Doença pulmonar obstrutiva crónica.

Epilepsia. Hipotireoidismo. Câncer. Cuidados paliativos. Saúde mental. Asma. Demência. Depressão. Doença renal crónica. Fibrilhação auricular. Obesidade. Dificuldades de aprendizagem. Fumar.

ANEXO V

Sobre a alta e média complexidade no SUS.

Na Publicação conjunta 2007 do CONASS – Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde sobre a “Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS” (CONASS, 2007), se assumem as seguintes definições:

Embora a Atenção Básica seja considerada como orientadora da organização do SUS, sendo sua porta de entrada preferencial, e que deva preservar a integralidade assistencial para sua população adscrita, os procedimentos que pode realizar não esgotam a resposta as necessidades dos pacientes, portanto recursos assistenciais de media e alta complexidade poderão ser utilizados em sistemas organizados de refrência e contra-referência mediante os instrumentos da regulação da atenção em saúde.

A Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde SAS / MS define media e alta complexidade em saúde no seu site na internet ([http:// portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm)), conforme se segue:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) ([http://dtr2004. saude.gov.br/susdeaz/](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/)) e construída conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, temos em acréscimo a esta definição, uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA):

- procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio;
- cirurgias ambulatoriais especializadas;
- procedimentos traumató-ortopédicos;
- ações especializadas em odontologia;
- patologia clínica;
- anatomopatologia e citopatologia;
- radiodiagnóstico;
- exames ultra-sonográficos;
- diagnose;
- fisioterapia;
- terapias especializadas;
- próteses e órteses;
- anestesia.

No mesmo material de apoio encontra-se a seguinte definição de alta complexidade:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise);
- assistência ao paciente oncológico;

- cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica;
- procedimentos da cardiologia intervencionista;
- procedimentos endovasculares extracardíacos;
- laboratório de eletrofisiologia;
- assistência em traúmato-ortopedia;
- procedimentos de neurocirurgia;
- assistência em otologia;
- cirurgia de implante coclear;
- cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical;
- cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos em fissuras lábio-palatais;
- reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático;
- procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono;
- assistência aos pacientes portadores de queimaduras;
- assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica);
- cirurgia reprodutiva;
- genética clínica;
- terapia nutricional;
- osteogênese imperfecta;

- distrofia muscular progressiva;
- fibrose cística e reprodução assistida.

Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2005).

A Portaria SAS / MS 968 de 11/12/2002, definiu o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

A citação dessas definições não tem o objetivo de fixar uma “relação definitiva”

de média e alta complexidade de atenção à saúde, mas, antes, demonstrar as dificuldades que essas áreas de atenção representam para os gestores do SUS: sua visão foi desde sempre fragmentária, um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “Tabelas de Procedimentos” do sistema ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que não cabem nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida.

Há que se salientar, ainda, que o MS utiliza freqüentemente em suas normas o conceito de redes de alta complexidade, enquanto a literatura sobre o assunto aborda redes como organizações sistêmicas que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população – no lugar certo, com o custo certo

e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES, 2005). Não há como conformar redes de saúde apenas com serviços de alta complexidade.

Procedimentos Especializados Ambulatoriais produzidos pelo SUS 2002-2005

Fonte SIA SUS 2005. Solla et Chioro, 2008.

	2000	2005	Variação em %
Média Complexidade	505.585.201	725.494.710	43,5%
Alta Complexidade	88.015.208	323.011.706	267%
Total	593.600.409	1.048.506.416	
Total sem medicamentos excepcionais de alto custo	536.329.836	779.493.202	

Proporção de Procedimentos produzidos segundo o tipo de prestador.

Fonte SIA SUS 2005. Solla et Chioro, 2008.

	Públicos	P r i v a d o s Lucrativos	Privados Não Lucrativos
Média Complexidade	64,47%	17,95%	17,58%
Alta Complexidade	90,18%	3,63%	6,19%
Total	72,39%	13,54%	14,07%
Total s/ Medicamentos	62,88%	18,23%	18,89%

Distribuição proporcional dos procedimentos da atenção básica e da atenção especializada de média e alta complexidade por macrorregião e por distribuição populacional.

Fonte SIA SUS 2005. Solla et Chioro, 2008.

	ABS	Média C	Alta C	População
SE	42,5	51,3	56,8	42,61
S	13,7	12,0	14,9	14,64
CO	8	6,6	7,3	7,07
NE	28,2	23,1	18,4	27,70
N	7,7	7,0	2,6	7,98

Distribuição proporcional dos procedimentos especializados entre gestores municipais e estaduais e, sua evolução entre 2002 e 2005.

Fonte SIA SUS 2005. Solla et Chioro, 2008.

	Municípios 2002	Municípios 2005	Estados 2002	Estados 2005
Alta	10,02	7,1	89,8	92,9
Média	46,3	52,3	53,7	47,7