

Proposta do IBEDSS para
a Sustentabilidade do
Sistema de Saúde Brasileiro

Índice

Introdução.....	3
Desafios importantes para a Sustentabilidade do Setor de Saúde brasileiro.....	4
Gargalos que ameaçam a sustentabilidade do Setor de Saúde.....	5
Proposta.....	7
Notas Técnicas	10

Introdução

Nos últimos 20 anos, o Sistema de Saúde do Brasil conseguiu realizar avanços importantes, tanto na sua estrutura organizativa como no seu funcionamento operacional.

A criação do SUS possibilitou ampliar e melhorar a cobertura da atenção à saúde no país, principalmente para os extratos populacionais de renda mais baixa. ¹

A expansão do Sistema de Saúde Suplementar fortaleceu a cobertura de segmentos crescentes da população. Hoje o número de usuários planos médicos ou odontológicos e dos seguros deste sistema chega a cerca de 56 milhões de pessoas. ²

O gasto do Brasil com serviços de saúde alcançou em 2004 a cifra de 530 dólares por habitante, dos quais 49% foram financiados por recursos públicos e 51% por fontes privadas. ³ Este gasto gera um volumoso fluxo de recursos entre os distintos segmentos da cadeia produtiva do Sistema de Saúde que, em 2007, alcançou o valor bruto de R\$ 340 bilhões, equivalente a 18% do PIB nacional. Isto significa que o sistema de saúde é um mercado altamente expressivo no qual o setor privado desempenha um papel fundamental. ⁴

Entretanto, para continuar a se desenvolver nos próximos anos, o nosso sistema de saúde como um todo - público e privado - terá de superar três grandes desafios que ameaçam a sua sustentabilidade.

Desafios a serem vencidos para o alcance da sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro:

1. O aumento da expectativa de vida dos brasileiros resulta no crescimento da população de idosos, cuja demanda pela atenção de sua saúde é maior e significativamente mais cara que aquela de outros grupos etários.⁵
2. Nossa continuada transição epidemiológica acrescentou às doenças transmissíveis ainda existentes, uma crescente prevalência de doenças crônicas cuja atenção é mais complexa e mais cara.⁶
3. A incorporação de novas tecnologias e o consumo de medicamentos e outros insumos pressionam intensamente os custos da assistência à saúde. Nossas debilidades na gestão e regulação do setor saúde contribuem para o aumento destes custos. Como um grande importador destes insumos, nosso país depende das estratégias globais da indústria estrangeira produtora dos mesmos.^{7 8}

Alem destes desafios, persistem ainda sérios gargalos que também ameaçam a sustentabilidade do nosso sistema de saúde.

Gargalos que ameaçam a sustentabilidade do nosso sistema de saúde:

1. Existem grandes disparidades na distribuição de recursos humanos, da capacidade instalada e dos recursos financeiros do sistema de saúde entre as regiões do país.^{9 10} Como conseqüência, os níveis de cobertura alcançados e a qualidade dos serviços prestados variam muito entre as macro-regiões, as zonas urbanas e rurais, assim como entre as classes sociais do país.^{11 12}
2. A capacidade política, gerencial e financeira para formular e implementar políticas públicas num setor tão complexo como o da saúde varia bastante entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, assim como entre os estados e os municípios.^{13 14}
3. Ainda se observam consideráveis diferenças, padrões e níveis de profissionalização na gestão pública e privada da prestação de serviços, apesar do surgimento mais recente de experiências promissoras de parcerias público-privadas no setor saúde.^{15 16 17}
4. Apesar de seus avanços recentes, a formação de nossos profissionais de saúde ainda carece de uma melhor adequação às demandas da sociedade e do sistema de saúde. Há uma dissociação importante entre a formação dos recursos humanos e as demandas reais, devido a uma grande variação no número dos profissionais formados e na qualidade dos mesmos.¹⁸
5. Persiste um vazio legal comprometedor na definição dos papéis da assistência pública e privada. Também ainda não dispomos ainda de uma regulação adequada do nosso sistema de saúde como um todo. E as responsabilidades regulatórias estão dispersas entre diferentes entidades, que não operam de uma forma harmônica e coordenada.¹⁹

6. Há muita iniquidade nas formas como é arrecadado e distribuído o financiamento do nosso sistema de saúde, além de muita ineficiência na sua gestão. ^{20 21}
7. No setor suplementar, as relações entre prestadores (profissionais, hospitais e outros estabelecimentos) e compradores de serviços (operadoras de planos e seguros de saúde) necessitam ser melhoradas para garantir a operação efetiva e eficiente deste segmento, assim como sua contribuição na busca da sustentabilidade do sistema de saúde. ²²
8. São históricas as discrepâncias entre os diferentes segmentos que compõem o setor saúde no Brasil. As relações entre os prestadores de serviços de saúde, os produtores de insumos e a população que consome estes serviços e insumos ainda carecem de maior diálogo e transparência para sustentar a cadeia produtiva da saúde. ²³
9. Uma consequência da falta de uma definição mais adequada do direito à integralidade da atenção pela Constituição de 1988 tem sido o crescente processo de judicialização da saúde, colocando em risco a sustentabilidade do sistema como um todo, tanto no seu segmento público como no privado. ²⁴

Proposta

Para enfrentar estes desafios e gargalos ameaçadores da sustentabilidade do Sistema de Saúde do Brasil, o IBEDESS submete a seguinte proposta à consideração da sociedade civil, das entidades do setor de saúde e das lideranças políticas nacionais e estaduais:

1. Aperfeiçoar os marcos constitucionais e legais do Sistema de Saúde do Brasil, visando superar as lacunas ainda existentes na definição dos papéis dos setores público e privado - sobretudo em relação ao Sistema de Saúde Suplementar. Também é necessário definir mais claramente as relações entre o SUS e o Sistema Suplementar. ²⁵
2. Revisar os instrumentos regulatórios da saúde e a atuação das agências responsáveis por sua implementação (ANS e ANVISA), para permitir uma regulação adequada do sistema de saúde como um todo, assim como de seus segmentos público e privado, buscando um equilíbrio entre os interesses envolvidos e a sustentabilidade do sistema. ²⁶
3. Reduzir as iniquidades sociais e regionais na atenção à saúde, através de uma distribuição mais equitativa do gasto público e de incentivos mais adequados ao gasto privado em saúde, inclusive no que se refere à legislação tributária e trabalhista no setor. ²⁷
4. Alcançar um melhor relacionamento entre atores públicos e privados na prestação e no financiamento da atenção à saúde, através da divisão clara de seus papéis e da padronização de procedimentos e condutas, buscando um novo modelo assistencial que priorize a atenção com qualidade e resultado às necessidades de saúde. ²⁸

5. Estabelecer regras e mecanismos para a incorporação de novas tecnologias de saúde - medicamentos, equipamentos, procedimentos e outros insumos - baseada em evidências clínicas, epidemiológicas e econômicas aplicáveis ao sistema público e ao privado. ²⁹
6. Definir e adotar, tanto no sistema público como no privado, novas modalidades de remuneração dos prestadores de serviços de saúde, incentivando os resultados e a qualidade da atenção e contando com indicadores e mecanismos para a aferição destes avanços. ^{30 1}
7. Fomentar, através de políticas e incentivos adequados, um desenvolvimento equilibrado dos diferentes segmentos da cadeia produtiva da saúde, evitando a formação de oligopólios e outras distorções na produção e distribuição dos seus produtos e serviços. ³¹
8. Fortalecer a cooperação do setor saúde com os setores de educação, desenvolvimento científico e tecnológico, indústria, comércio exterior, relações internacionais e outros, além de organizações internacionais, cujas ações sejam relevantes para alcançar a sustentabilidade do sistema de saúde. ³²
9. Buscar um intercâmbio mais efetivo com os sistemas nacionais de saúde de outros países, cuja experiência também seja útil para o caso brasileiro. ³³

Confiantes de que podemos contribuir efetivamente para alcançar e garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde do Brasil, contamos com o apoio de todos para o aperfeiçoamento e a implementação desta proposta.

Belo Horizonte, 25 de maio de 2010

Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde - IBEDESS e suas entidades associadas

- Associação Brasileira de Medicina de Grupo Regional Minas Gerais ABRAMGE-MG
- Associação de Hospitais de Minas Gerais – AHMG
- Associação dos Serviços de Saúde Próprios de Empresa de Minas Gerais – ASASPE
- Associação Médica de Minas Gerais – AMMG
- Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais – FEDERASSANTAS, representada pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
- Federação das Unimeds de Minas Gerais, UNIMED-MG
- Federação Nacional das Cooperativas Médicas - FENCOM
- Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Minas Gerais - SINDHOMG
- UNIMED Belo Horizonte, UNIMED-BH

NOTAS TÉCNICAS

¹ Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 realizada pelo IBGE, das 26,7 milhões de pessoas que tiveram atendimento de saúde nas últimas duas semanas, 15,1 milhões (56,5%) foram atendidas pelo SUS, enquanto outras 7,0 milhões (26,2%) receberam atendimento através de um plano de saúde e 5,0 milhões (18,7%) pagaram diretamente pelos serviços recebidos. Das 13,5 milhões de pessoas que foram hospitalizadas naquele ano, 3,3 milhões (24,7%) foram cobertas por um plano de saúde e as demais 10,2 milhões (75,3%) pelo SUS. *IBGE, Um Panorama da Saúde no Brasil, Rio de Janeiro, 2010.*

² Em dezembro de 2009, 42,9 milhões de pessoas eram beneficiárias de um plano de saúde, correspondendo a uma taxa de cobertura de 21,5%. Ao mesmo tempo, 13,2 milhões de pessoas eram beneficiários de um plano odontológico, correspondendo a uma taxa de cobertura de 6,1%. *ANS, Informação em Saúde Suplementar, www.ans.gov.br*

³ Esta cifra era superior à média dos gastos com serviços de saúde dos países da América Latina, África, Ásia e do Leste Europeu. *OPS/OMS, Saúde nas Américas, 2007. www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97*

⁴ Detalhes sobre a metodologia para o cálculo do valor bruto dos recursos movimentados pelo sistema de saúde se encontram na seguinte publicação: *Campos, E. F., Gontijo, M. C. F., Oliveira, P. J. e Chaves, S. R. (orgs.), Desenvolver a Saúde, Federação das UNIMEDS de Minas Gerais, 2008*

⁵ A esperança de vida ao nascer dos brasileiros passou de 62,5 anos em 1980 para 72,3 anos em 2006, correspondendo a um aumento de 15,7%.

Neste mesmo período, a esperança de vida aumentou de 59,7 anos para 68,5 anos (14,7%) entre os homens e de 65,8 para 76,1 anos (15,6%) entre as mulheres. *IBGE*, www.ibge.gov.br

⁶ No começo da década de 1990, 6,2% dos óbitos no Brasil foram causados por doenças infecciosas e parasitárias. Naquele mesmo ano, 57,4% dos óbitos se deveram a neoplasias, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, ficando as causas externas responsáveis por 15,1% dos óbitos. Em 2006, estas proporções passaram, respectivamente, a 4,9%, 59,4% e 13,6%. *Ministério da Saúde, DATASUS*, www.datasus.gov.br

⁷ Em 2005, dos R\$103,2 bilhões dedicados pelas famílias ao consumo de serviços de saúde, \$38,8 bilhões ou 37,6% foram destinados a gastos com medicamentos e outros insumos. *IBGE*, www.ibge.gov

⁸ Entre 1967 e 2002, o atendimento hospitalar no Brasil mostrou alterações significativas. Em uma conta hospitalar média, o gasto com medicamentos e outros materiais passou de 11,5% para 43,3% do valor total do atendimento. *Carneiro, V.B., Construindo Soluções, XIX Encontro Mineiro de Hospitais, 2002.*

⁹ Em 2007, o Brasil contava com 329.041 médicos, correspondendo a uma média nacional de 1,74 médicos por 1.000 habitantes, variando entre 0,59 (Maranhão) e 3,57 (Distrito Federal). Naquele mesmo ano, os 219.827 dentistas existentes no Brasil, equivalentes a 1,16 por 1.000 habitantes, variavam entre 0,42 (Pará) e 2,18 (Distrito Federal). Ao mesmo tempo, os 178.546 enfermeiros do país, correspondendo a 0,94 por mil habitantes, variavam entre 0,45 por 1.000 habitantes (Rondônia) e 4,04 por mil habitantes (Mato Grosso). *Ministério da Saúde, DATASUS*, www.datasus.gov.br.

¹⁰ No ano de 2003, o Brasil dispunha de 7.397 hospitais, dos quais 2.588 eram públicos e 4.809 eram privados, dos quais 3.357 prestavam serviços ao SUS. Estes hospitais tinham um total de 471.157 leitos, dos quais 146.319 eram públicos e 325.852 eram privados, dos quais 269.028 prestavam serviços ao SUS. *Couttolenc, B. e Laforgia, G. M., Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da excelência, Singular, 2009.* Esta capacidade instalada correspondia a uma média nacional de 2,41 leitos/1.000 habitantes, variando entre 1,25 leitos/1.000 habitantes no Amazonas e 2,93 leitos/1.000 habitantes em São Paulo. *Ministério da Saúde, DATASUS, www.datasus.gov.br.*

¹¹ Das 879 mil hospitalizações realizadas pelo SUS em 2009, 591 mil ou 67,2% foram dedicadas a brasileiros residentes nas regiões sul e sudeste, que são as mais ricas do país e correspondem a 56,7% da população nacional. Dos 262 milhões de atendimentos ambulatoriais realizados naquele mesmo ano, 159 milhões ou 60,8% se destinaram aos habitantes destas mesmas regiões. *Ministério da Saúde, DATASUS, www.datasus.gov.br.*

¹² Em 2008, dos 7,6 milhões de brasileiros com rendimentos mensais maiores do que 5 salários mínimos, 6,3 milhões (82,0%) fizeram pelo menos uma consulta médica. Enquanto isto, dos 151,7 milhões de brasileiros com rendimentos inferiores a 2 salários mínimos por mês, apenas 99,6 milhões (65,6%) fizeram pelo menos uma consulta médica. *IBGE/PNAD, Um Panorama da Saúde no Brasil, 2008.*

¹³ Do ponto de vista econômico, a renda per capita no Brasil em 2004 variava entre R\$19.071 no Distrito Federal e R\$2.748 no Maranhão. Este indicador variava de R\$11.434 a R\$3.776 na região norte; de R\$6.782 a R\$2.748 na região nordeste; de R\$14.639 a R\$8.771 na região sudeste; de R\$13.320 a R\$10.725 na região sul e de R\$19.071 a 7.501 na região centro oeste. *IBGE, www.ibge.gov.br*

¹⁴ Segundo estimativas para o ano 2009, os 5565 municípios brasileiros tem em média 34.411 habitantes, variando entre 23.514 habitantes na região sul e 48.794 habitantes na região sudeste. Excluindo-se desta contagem as 26 capitais estaduais e o Distrito Federal, a média nacional passa a ser de 34.411 habitantes por município, variando entre 36.820 habitantes por município na região sudeste e 18.831 habitantes por município na região centro-oeste.

IBGE, www.ibge.gov.br

¹⁵ Entre as experiências brasileiras mais bem sucedidas de parcerias público-privadas em saúde podem ser mencionadas as Organizações Sociais de Saúde, envolvendo a Secretaria Estadual de Saúde e várias entidades filantrópicas do estado de São Paulo. *Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo*, http://www.saude.sp.gov.br/content/geral/acoes_oss.mmp.

¹⁶ Outra parceria público-privada exitosa é a iniciativa do Centro de Especialidades Médicas, desenvolvida pela Santa Casa de Belo Horizonte com as Secretarias de Saúde de Minas Gerais e de Belo Horizonte. *Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte*, www.santacasabh.org.br.

¹⁷ A UNIMED-BH vem desenvolvendo outro tipo de parceria com os hospitais privados por ela contratados, incentivando-os a obter e melhorar os respectivos níveis de acreditação dentro de prazos previamente estabelecidos. *Couttolenc, B. e Laforgia, G. M., Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da excelência, Singular, 2009.*

¹⁸ De acordo com o Censo da Educação Superior de 2005, o Brasil tinha naquele ano 149 faculdades de medicina (69 públicas) com um total de 68.834 alunos e 10.004 concluintes; 469 faculdades de enfermagem (96 públicas) com um total de 152.276 alunos e 19.813 concluintes; 179 faculdades de odontologia (54 públicas) com um total de 46.731 alunos e 8.919 concluintes, assim como 268 faculdades de farmácia (48 públicas) com

um total de 70.083 alunos e 11.276 concluintes. O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE 2004 os ingressantes e concluintes dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina e odontologia foram mais bem classificados que os ingressantes e concluintes de outras carreiras. Este exame também demonstrou diferenças entre ingressantes e concluintes destas carreiras de saúde segundo a região e o tipo de faculdades por eles frequentadas. *Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, www.inep.gov.br.*

¹⁹ As entidades participantes deste processo regulatório são: a) Conselho Federal e Conselhos Estaduais de Educação (formação dos profissionais de saúde); Conselhos Federais e Estaduais das Profissões de Saúde (exercício profissional); Agência Nacional de Saúde Suplementar (serviços prestados por profissionais e operadoras de planos de saúde participantes do Sistema de Saúde Suplementar); Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (serviços prestados no âmbito do SUS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (medicamentos, materiais e equipamentos utilizados na prestação de serviços de saúde). Ministério da Saúde, www.saude.gov.br.

²⁰ No início do século XXI, os domicílios brasileiros destinavam 6,5% de sua receita a gastos com serviços de saúde não cobertos pelo SUS ou pelo SSS. Este gasto varia de 8,3% do gasto domiciliar dos 20% mais pobres da população a 6,3% dos 20% mais ricos da população. *OPS/OMS, Saúde nas Américas 2002, www.opas.org.br.*

²¹ Em 2006, o gasto público com saúde por habitante a nível nacional era de R\$450,2, equivalente a 3,6% do PIB. Naquele mesmo ano este gasto variou consideravelmente a nível regional, alcançando R\$387,6 (4,6%) na região norte; R\$313,3 (5,2%) na região nordeste; R\$435,6 (2,6%) na região sudeste; R\$379,1 (2,7%) na região sul e R\$393,2 (2,5%) na região centro-oeste. *Ministério da Saúde, DATASUS, www.datasus.gov.br*

²² Ao contrário de outros setores da economia, o setor saúde apresenta uma acentuada segmentação organizacional, separando os estabelecimentos de saúde, os profissionais que neles trabalham e os financiadores dos serviços neles prestados. Esta segmentação tem implicações negativas para a eficiência e a efetividade do setor saúde. *Porter, M. e Teisberg, E.O., Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press, 2006.*

²³ Uma iniciativa inovadora buscando a superação destas discrepâncias se encontra na experiência do IBEDESS, organização que congrega diferentes entidades representativas de prestadores de serviços de saúde e operadoras de planos e seguros de saúde. Mais recentemente, o IBEDESS passou a integrar e presidir a Câmara Técnica de Saúde e Biotecnologia do Conselho de Desenvolvimento Econômico de Belo Horizonte, uma experiência bastante inovadora no país. Integrada por entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, operadoras de planos e seguros de saúde e produtores de medicamentos, produtos imunobiológicos, materiais, equipamentos e outros insumos para a atenção de saúde, esta Câmara Técnica constitui

uma mesa de diálogo e concertação entre os distintos segmentos da cadeia produtiva do setor saúde. *IBEDESS*, www.ibedess.org.br; *Prefeitura Municipal de Belo Horizonte* www.portalpbh.gov.br.

²⁴ Neste processo, beneficiários do SUS ou do Sistema Suplementar recorrem ao Poder Judiciário para obter serviços, medicamentos ou outros produtos ainda não cobertos pelos respectivos prestadores de serviços de saúde. Para assumir os custos resultantes destes mandatos, os prestadores são às vezes forçados a reduzir a prestação de outros serviços, afetando um número bem maior de beneficiários que aqueles eventualmente atendidos pelos mandatos judiciais. *Superior Tribunal de Justiça*, <http://www.stj.jus.br> ; *UNIMED-BH, Judicialização da Saúde Suplementar, 2008*.

²⁵ A Constituição federal de 1988 não contempla o Sistema de Saúde Suplementar, apesar de o mesmo existir há várias décadas durante as quais tem mantido relações mais ou menos colaborativas com o SUS ou seus antecessores. O Brasil necessita superar esta lacuna constitucional, buscando alternativas viáveis para o sistema de saúde brasileiro na experiência de outros países com sistemas mistos de saúde que já conseguiram superar ou prevenir os problemas atualmente enfrentados por nós neste campo. *WHO/EURO, European Health Report 2009*, www.euro.who.int.

²⁶ Para harmonizar os organismos, processos e instrumentos regulatórios atualmente operando no SUS e no Sistema de Saúde Suplementar, de modo a superar as discrepâncias ainda existentes nos mesmos, devemos levar em conta as experiências bem sucedidas de outros países que lograram criar um cenário regulatório para a saúde bem mais

efetivamente que o Brasil.

WHO/European Health Report 2009, www.euro.who.int, U.S. Center for Medicare and Medicaid Services, www.cms.org

²⁷ O Setor Saúde necessita de um diálogo mais efetivo com os Setores de Economia e Finanças, buscando maximizar os benefícios do desenvolvimento econômico para a saúde, assim como as contribuições da saúde para o crescimento econômico e a distribuição da riqueza. Este diálogo também servirá para alcançar um tratamento tributário mais adequado para o setor saúde, possibilitando uma distribuição mais equitativa, tanto social como regional e urbano-rural, dos serviços de saúde entre os diferentes segmentos de nossa população. *Spence, M. e Lewis, M. (eds.), Health and Growth, World Bank Commission on Growth and Development, 2009.*

²⁸ O Brasil necessita criar um ambiente mais apropriado e mecanismos mais adequados ao diálogo e à concertação entre produtores, consumidores, financiadores e reguladores de serviços e produtos de saúde, tanto públicos como privados. Isto é premente para a construção de um sistema nacional de saúde focado na atenção dos problemas prioritários da população, com mais equidade na distribuição de seus benefícios, mais eficiência na gestão de seus recursos e maior efetividade nos resultados alcançados. Além do exemplo do IBEDESS, outras experiências internacionais (como as do Chile, Colômbia, Canadá e Holanda, entre outras) podem ser muito úteis ao aperfeiçoamento do nosso sistema de saúde. *IBEDESS*www.ibedess.org.br, *OPS/OMS, Saúde nas Américas 2007*, www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97, *WHO/European Health Report 2009*, www.euro.who.int.

²⁹ A UNIMED-BH vem desenvolvendo uma iniciativa pioneira e

bem sucedida relacionada à avaliação de tecnologias de saúde. Experiências de países como Estados Unidos, Canadá e a Comunidade Européia também podem ser úteis para fortalecer a capacidade do Brasil na atenção baseada em evidências e na acreditação de estabelecimentos. *IBEDESS*, www.ibedess.org.br; *U.S. Joint Commission*, www.jointcommission.org; *Health Canada*, www.hc-sc.gc.ca; *WHO Regional Office for Europe*, www.euro.who.int;

³⁰ Entre as experiências que certamente serão úteis na busca deste objetivo se menciona a remuneração de serviços de saúde incentivando o aumento da qualidade da atenção, também conhecidos como P4P (pay-for-performance) dos Estados Unidos e os GP Trust Funds da Inglaterra. *U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services*, www.cms.gov; *U.K. National Health Service*, www.nhs.uk

³¹ Outra iniciativa nesta mesma direção vem sendo desenvolvida pela UNIMED-BH, por meio de incentivos remuneratórios pagos aos médicos que seguirem protocolos de atendimento a certos problemas como diabetes, doenças cardiovasculares e asma infantil. *Borem, P., Valle, E. A., Castro, M. S. M., Fuji, R.K., Farias, A. L. O., Gastal, F. L. e Connor, C., Brazilian Pay-For-Performance Case Study UNIMED-Belo Horizonte Physician Cooperative, Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc., Bethesda MD*

³² Experiências como as das seguintes entidades: Câmara Técnica de Saúde e Biotecnologia do CODECOM/BH, Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais, Instituto de Desenvolvimento Integrado de Minas Gerais e do Ministério de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior podem ser muito valiosas para apoiar a concretização deste objetivo. *IBEDESS*, www.ibedess.org.br; *BDMG* www.bdmq.mg.gov.br; *INDI-MG*,

www.indi.mg.gov.br; MDIC, <http://www.desenvolvimento.gov.br>

³³ Esta cooperação é vital para promover, alcançar e manter a sustentabilidade do setor saúde. Felizmente, existem vários parceiros de outros setores, seja a nível nacional – como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, a Agência Brasileira de Cooperação e outros – ou internacional – como a OPS/OMS, a Comissão Econômica para a América Latina, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial, a Organização Internacional do Comércio e outros - que estão abertos para uma cooperação mais efetiva com o Brasil visando a construção deste objetivo. IPEA, www.ipea.gov.br; ABC, www.abc.gov.br; OPS, www.paho.org; OMS, www.who.int; CEPAL, www.eclac.org; UNICEF, www.unicef.org; BID, www.iadb.org; BM, www.worldbank.org; OIC, www.wto.org.

³⁴ O Brasil poderá obter grandes benefícios através do intercâmbio com outros países cujos sistemas de saúde conseguiram superar – ou ainda estão lutando para superar – problemas que afetam a equidade, a efetividade e a eficiência do sistema de saúde brasileiro. Entre estes países podem ser mencionados os seguintes: Canadá, www.hc-sc.gc.ca; Chile, www.minsal.cl; Espanha, www.msps.es; Estados Unidos, www.hhs.gov; Holanda, english.minvws.nl e Inglaterra, www.nhs.uk.
