



**GLOBAL
INNOVATION HUB**
for Improving Value in Health

**Impulsionando a coordenação e
promovendo a equidade:**

Lições para aprimorar o valor nos
sistemas de saúde do G20



LEMANN
FOUNDATION
PROGRAMME



© The Global Innovation Hub for Improving Value in Health 2024

Este relatório foi encomendado pelo Global Innovation Hub for Improving Value in Health e produzido pelo Lemann Foundation Programme, um programa de pesquisa comparativa e engajamento na Blavatnik School of Government da Universidade de Oxford, com foco na melhoria do setor público no Brasil e em países comparados. O pesquisador-escritor João Pedro Caleiro é o autor do relatório, baseado em sua pesquisa, sob a orientação da diretora Dra. Anna Petherick, professora associada da Blavatnik School e co-investigadora principal do Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT).

Todos os direitos reservados, inclusive o direito de reprodução total ou parcial em qualquer formato



Índice

Sumário executivo	3
Recomendações de políticas públicas	6
Introdução: saúde no G20	9
Síntese do relatório	19
Coordenação	20
<i>Coordenação no Brasil: gestão da saúde sob o federalismo cooperativo</i>	<i>24</i>
<i>Coordenação na Argentina: abordando a fragmentação do sistema de saúde</i>	<i>39</i>
<i>Coordenação no Reino Unido: o desafio de integrar a saúde e outros setores de cuidados</i>	<i>46</i>
<i>Coordenação na Arábia Saudita: reforma do sistema de saúde sob propostas de valor</i>	<i>51</i>
Equidade	56
<i>Equidade em saúde na Indonésia: alinhamento das metas de equidade com a expansão da cobertura de saúde</i>	<i>69</i>
<i>Equidade em saúde na Itália: abordagem das desigualdades por meio de medição e aprendizado em um sistema de saúde descentralizado</i>	<i>74</i>
Conclusão	80
Apêndice - Detalhes dos dados dos países	84
Referências	86

SUMÁRIO EXECUTIVO

Ao examinar os desafios de saúde das nações do G20 por meio de uma perspectiva baseada em valor, esse novo relatório identifica a **coordenação e a equidade** como duas áreas de foco principais que: (i) são relevantes para todas as nações do G20; (ii) foram desafiadas em meio à pandemia da COVID-19; e (iii) desempenham um papel significativo no avanço dos sistemas de saúde de alto valor, seja estabelecendo as bases para seu progresso ou abordando alguns de seus principais componentes. Além disso, estão entre as principais prioridades para os formuladores de políticas públicas de saúde no Brasil.

Essas duas áreas de foco principais são exploradas sob a ótica de dois **modelos de valor**: os dez componentes do modelo HVHS (Sistemas de saúde de alto valor) e os quatro pilares do modelo de valor da União Europeia. O relatório estabelece conexões entre esses modelos, as prioridades delineadas pela presidência do Brasil e o G20+ em geral, e descreve as experiências de vários países do G20, inclusive do Brasil.

- **Coordenação**

A coordenação de sistemas de saúde está intimamente relacionada às dimensões técnicas e alocativas de valor, além de ser a pedra angular de **paradigmas de resiliência em saúde e das estratégias de governança** para a resposta às pandemias. Isso engloba tanto a coordenação horizontal – entre setores, jurisdições e atores governamentais e não governamentais – quanto a coordenação vertical – entre os níveis municipal, estadual e federal de governo.

No Brasil, a coordenação do sistema de saúde é uma área significativa de preocupação e reflexão contínua, devido à natureza colaborativa do SUS (Sistema Único de Saúde) e à responsabilidade compartilhada pela prestação de serviços de saúde entre os governos federal, estadual e municipal. A coordenação eficiente é crucial para a operação do sistema, conforme evidenciado pela resposta à pandemia da COVID-19. Ela continua sendo importante à medida que os formuladores de políticas públicas se esforçam para implementar a **regionalização da saúde**, um princípio organizacional do SUS que ainda não foi totalmente concretizado. Ao refletir sobre os desafios e os esforços para uma regionalização bem-sucedida da saúde no Brasil, o relatório

argumenta que alcançar um certo nível de coordenação é um pré-requisito para avançar em direção a um sistema de saúde de alto valor, especialmente em termos de **integração de redes de atendimento** entre diferentes níveis de governo.

O relatório explora o caso da **Argentina**, que mostra o potencial das transferências condicionais e dos padrões e estruturas compartilhados para mitigar a fragmentação do sistema de saúde. Dois outros casos de países enfocam a integração do atendimento. O segmento sobre o **Reino Unido** discute uma reforma recente do Serviço Nacional de Saúde (NHS) que tem como objetivo melhorar a coordenação do NHS com vários setores de atendimento, esclarecendo o equilíbrio entre flexibilidade e padronização e destacando o nexo entre a coordenação legalmente obrigatória e a promoção de uma cultura de colaboração. Em seguida, o caso da **Arábia Saudita** explora as propostas de valor como uma estrutura para a reforma do sistema de saúde, conforme evidenciado pelo Programa de Transformação do Setor de Saúde do país.

- **Equidade**

A equidade é um princípio transversal da presidência brasileira do G20 e um foco fundamental dos sistemas de saúde nos países do G20+, com o entendimento de que a obtenção da equidade nos desfechos de saúde também depende da abordagem dos determinantes sociais da saúde. Esta seção do relatório revela as **relações entre as proposições de valor e equidade**, com ênfase no valor social dos sistemas de saúde e no papel da promoção da confiança social (também conhecida como “confiança interpessoal” ou confiança em estranhos na sociedade) na construção da resiliência contra ameaças como as pandemias.

Além disso, examinamos a evolução dos impactos do **progresso tecnológico e da mudança climática** sobre a equidade na saúde, juntamente com a relação entre a equidade na assistência médica e a **cobertura universal de saúde**, uma meta de desenvolvimento sustentável e um tema fundamental no G20 desde o estabelecimento inicial do Grupo de Trabalho de Saúde.

Dois estudos de caso de países no relatório ilustram os principais pontos desses tópicos. Uma seção focada na **Itália** investiga o potencial de mecanismos que priorizam a equidade e estabelecem estruturas para coleta de dados, compartilhamento de experiências, *benchmarking* e melhoria do desempenho, especialmente em sistemas de

saúde descentralizados. A seção sobre a **Indonésia** destaca o histórico dos esforços louváveis do país para alcançar a cobertura universal de saúde, ao mesmo tempo em que observa os desafios persistentes de financiamento, priorização e medição envolvidos no alinhamento da expansão da cobertura com as metas de equidade na saúde.

As recomendações de políticas públicas do relatório destacam a necessidade de os países estabelecerem e aprimorarem **fóruns de coordenação** com apoio político e conhecimento técnico. Esses fóruns devem promover e simplificar o diálogo e a tomada de decisões entre vários níveis de governo, provedores e partes interessadas. O relatório também recomenda a garantia de uma **infraestrutura digital unificada** em nível nacional, alinhada com os padrões estabelecidos na esfera do G20. Além disso, promove esforços para integrar **métricas de equidade em saúde e cuidados de saúde** em plataformas para compartilhamento de experiências e planejamento em sistemas descentralizados, a serem avançados juntamente com a expansão do acesso à saúde.

Este relatório é um produto de conhecimento baseado em pesquisas primárias e secundárias, bem como em conversas com partes interessadas do setor de saúde. Seu conteúdo não reflete necessariamente as opiniões da Blavatnik School of Government, da Universidade de Oxford, e dos membros do Global Innovation Hub for Improving Value in Health.

RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

1. Criar, apoiar e fortalecer fóruns nacionais de coordenação de saúde em alto nível

Os países devem se esforçar para facilitar e promover o diálogo sobre a prestação de cuidados, os desfechos e a equidade entre os diferentes níveis de governo (local, regional e nacional), os prestadores de serviços (públicos e privados) e outras partes interessadas da área da saúde. Isso pode ser alcançado com a criação e/ou aprimoramento de fóruns de coordenação de saúde em alto nível com: (i) funções e mandatos claros; (ii) reuniões frequentes, inclusivas e organizadas; (iii) capacidade técnica adequada; (iv) níveis suficientes de financiamento e pessoal; e (v) forte apoio político. É aconselhável que esses fóruns se esforcem para incorporar as perspectivas dos cidadãos e se envolvam com outros serviços de cuidado, bem como com as partes interessadas com influência significativa sobre os determinantes sociais da saúde e cujas atividades e decisões afetem a equidade na saúde.

2. Assegurar uma infraestrutura digital de saúde unificada em nível nacional, alinhada aos padrões da OMS

Vários aspectos da resposta à COVID-19 foram facilitados pela infraestrutura digital, incluindo telemedicina, rastreamento de contatos e painéis de controle de taxas de infecção. Muitas vezes, esses sistemas foram implementados às pressas. Agora, há uma janela de oportunidade para consolidar muitos aspectos dessa infraestrutura digital, o que poderia garantir uma base material para uma coordenação aprimorada, alinhada com os quatro objetivos estratégicos delineados pela OMS.

A saúde digital é uma prioridade para a presidência brasileira do G20, após o anúncio de uma Iniciativa Global sobre Saúde Digital durante a presidência da Índia em 2023. Os países podem apoiar uns aos outros em suas estratégias de saúde digital, compartilhando voluntariamente suas próprias experiências e ferramentas existentes, enquanto o G20 pode contribuir para o estabelecimento de padrões e diretrizes globais para infraestrutura e proteção de dados, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde.

Isso deve facilitar a medição dos desfechos de saúde durante longos períodos de cuidado, o que é fundamental para a assistência à saúde baseado em valor¹ e, ao mesmo tempo, incorporar o potencial de ferramentas emergentes, como a inteligência artificial,

quando forem consideradas devidamente testadas e robustas. Quando apropriado, as parcerias público-privadas podem ser aproveitadas para resolver as lacunas de capacidade e de aptidão².

Um sistema de governança que funcione bem para os sistemas de saúde deve ser estabelecido para que o valor seja incorporado e avaliado adequadamente, especialmente à medida que surgem novas tecnologias e considerações econômicas e sociais. Algumas preocupações merecem atenção especial, incluindo: (i) interoperabilidade; (ii) proteção de dados (devido à alta sensibilidade dos dados de saúde); e (iii) inclusão digital (para garantir que os segmentos da população que ainda estão *offline* não sejam abandonados).

3. Desenvolver estruturas e metas de equidade na saúde para serem monitoradas e promovidas juntamente com medidas mais padronizadas de acesso em todas as organizações de saúde. Em sistemas de saúde descentralizados, integrar métricas de equidade em saúde e de atenção à saúde em plataformas nacionais para compartilhamento de experiências e aprendizado

A variação injustificada no acesso à saúde e nos resultados continua sendo uma questão pouco explorada em vários contextos, e medidas grosseiras de acesso às vezes mascaram dinâmicas de exclusão subjacentes, seja em gastos regressivos ou na negligência passiva de grupos marginalizados com menos voz na sociedade.

A medição da equidade na saúde e na atenção à saúde não é simples e, muitas vezes, não há dados suficientes que iluminem claramente as diferentes dimensões da equidade. Em um contexto mais amplo, toda organização de saúde deve ter como objetivo incentivar o desenvolvimento e a institucionalização de práticas que abordem de forma sustentável as preocupações com a equidade na saúde. Nos governos, o estabelecimento de metas explícitas de equidade em saúde ajuda a diferenciar entre igualdade e equidade e a destacar os esforços em direção a essa última.

Os sistemas de saúde descentralizados enfrentam um desafio adicional para medir e abordar a equidade em saúde devido à falta de padronização e, muitas vezes, dependem

de plataformas baseadas em “soft power¹” e que permitam a comparação e o *benchmarking* entre províncias ou estados.

Essas plataformas são valiosas e devem ser apoiadas e aprimoradas, garantindo que as dimensões da equidade sejam destacadas como uma meta política e que haja um componente de “dados para ação” que permita e apoie os piores desempenhos para que aprendam e melhorem.

4. Promover a inclusão das perspectivas das pessoas entre as partes interessadas da área da saúde

Os países devem estimular as partes interessadas da área da saúde a buscar formas adequadas de rastrear, compreender e analisar as preferências e perspectivas das pessoas em escala, incluindo “grupos de pacientes” na tomada de decisões compartilhadas sempre que possível. Esse é um aspecto fundamental da abordagem do “valor pessoal” e da garantia de que os sistemas de saúde estejam respondendo às demandas sociais em constante mudança. Deve-se dar atenção especial ao tratamento da exclusão ou marginalização das vozes e perspectivas dos grupos menos favorecidos.

5. Investir e contabilizar a coordenação e a equidade em organizações nacionais e internacionais, inclusive na estrutura organizacional dos departamentos de saúde.

Este relatório aponta alguns exemplos de governos e secretarias de saúde que explicitamente dão destaque a um tema em seus organogramas. Isso inclui, por exemplo, os departamentos de regionalização dentro das secretarias de saúde nos estados brasileiros e o novo Escritório de Mudanças Climáticas e Equidade em Saúde (OCCHE) nos Estados Unidos, entre outros.

Essas ações dos líderes locais e nacionais sinalizam a priorização desses temas para todas as partes interessadas relevantes e garantem um lugar à mesa para perspectivas e questões que muitas vezes podem ser descartadas. Os sistemas de governança do sistema de saúde devem refletir regularmente sobre essas considerações emergentes e incorporá-las ao planejamento futuro, possivelmente por meio de modificações organizacionais e de coordenação, como ilustram esses exemplos.

¹ No sentido de uma autoridade informal, baseada em conhecimento técnico e relações de confiança, em vez de mecanismos formais e coercitivos de aplicação.

INTRODUÇÃO: SAÚDE NO G20

O G20 tem colocado a saúde em uma posição cada vez mais proeminente em sua agenda, principalmente desde 2015, com a adoção da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável por todos os membros das Nações Unidas³ ressaltando a natureza interconectada de vários desafios globais, e em 2017, com a criação do Grupo de Trabalho de Saúde do G20 pela presidência alemã⁴. Desde então, todas as nações foram afetadas pela pandemia da COVID-19, o que levou o G20 a estabelecer várias iniciativas na área.

Embora haja uma grande variação na forma como os países do G20 organizam seus sistemas de saúde, abrangendo disparidades nas estruturas tributárias, na alocação de recursos e na organização da gestão, esses sistemas podem ser amplamente categorizados em alguns modelos principais. Por exemplo, alguns países contam com o governo atuando como pagador único e fornecedor de serviços, enquanto outros subsidiam a prestação privada ou operam por meio de esquemas baseados em seguros-saúde que somados, atingem a cobertura universal. Não há nenhuma indicação forte de que algum país ou modelo supere consistentemente os demais em todos os resultados de saúde⁵. Apesar dessas diferenças, as nações do G20 enfrentam muitos dos mesmos desafios em resposta às necessidades de saúde.

Um dos mais significativos é o envelhecimento da população, já que se espera que a parcela de pessoas com mais de 60 anos de idade em todo o mundo dobre de 12% em 2015 para 22% em 2050. Essa transição demográfica está se acelerando notavelmente nos países de baixa e média renda, que geralmente estão passando por esse processo depois das nações mais ricas⁶. O envelhecimento está associado a uma carga maior de doenças não transmissíveis (também conhecidas como doenças crônicas), como câncer, diabetes e doenças cardíacas⁷, que já são responsáveis por 74% das mortes no mundo⁸.

Para lidar com essa tendência, é necessário um foco duplo: combater os fatores de risco para essas doenças e garantir que os sistemas de saúde estejam equipados para fornecer cuidados de longo prazo para indivíduos com várias condições crônicas, em vez de se concentrarem principalmente em episódios únicos de cuidados agudos⁹. Os avanços tecnológicos contribuíram ainda mais para que os gastos com saúde superassem a inflação geral¹⁰. O uso excessivo de serviços médicos é generalizado¹¹. Combinados, esses fatores fizeram com que as despesas com saúde ocupassem uma

parcela cada vez maior dos gastos do governo e representassem uma proporção maior em relação ao PIB¹².

Há também um crescente reconhecimento global do papel fundamental desempenhado pelos determinantes sociais da saúde – incluindo educação, emprego, acesso à Internet e moradia – na determinação dos resultados e da equidade da saúde. A influência reconhecida desses determinantes destaca tanto os limites do que os sistemas de saúde podem fazer quanto a necessidade de coordenar a saúde com outros setores de cuidado.

As emergências de saúde apresentam um elemento complicador adicional. A epidemia de Ebola de 2014-2016 destacou o profundo impacto que as questões de saúde podem ter em todas as áreas da vida social¹³. Mais recentemente, a pandemia de COVID-19, o evento de doença transmissível mais amplamente disruptivo em um século, afetou profundamente os sistemas de saúde, as sociedades e as economias em todo o mundo de maneiras sem precedentes. Ao mesmo tempo, os sistemas de saúde lidam cada vez mais com outra força disruptiva em escala global: a mudança climática.

Assim, há um reconhecimento cada vez maior nas discussões globais, inclusive na esfera do G20, do papel fundamental que a saúde pode desempenhar em vários domínios, contribuindo para uma força de trabalho capacitada e, possivelmente, levando a sociedades mais igualitárias e mais felizes. Como resultado, há uma ênfase renovada em tornar os sistemas de saúde tanto robustos (ou seja, fortes o suficiente para suportar e se recuperar de choques) como resilientes (não apenas fortes, mas capazes de se adaptar¹⁴.

- **Uma abordagem baseada em valor: “custo-benefício e valor para muitos”**

Uma abordagem de saúde baseada em valor, ao colocar as pessoas no centro dos sistemas e enfatizar “custo-benefício e valor para muitos”¹⁵, oferece uma resposta ponderada ao desafio de orientar os sistemas de saúde em direção a uma maior robustez e resiliência, conforme descrito acima.

Nos últimos anos, a abordagem baseada em valor tem recebido cada vez mais atenção do G20. Isso é exemplificado pela Declaração Ministerial de 2020 durante a Presidência saudita, quando os Ministros da Saúde dos membros reconheceram *“a importância de acelerar o aprendizado e a adoção, medição e avaliação de diferentes abordagens para*

melhorar o valor em países em todos os estágios de desenvolvimento". O Global Innovation Hub for Improving Value in Health foi criado nesse contexto, com um mandato de cinco anos para acelerar essa transição globalmente por meio de conhecimento, experiência e colaboração. Em 2021, a declaração dos Ministros da Saúde do G20 em Roma reiterou a intenção de melhorar a qualidade do atendimento e a segurança do paciente *"por meio da conquista de um sistema de saúde centrado nas pessoas, sensível ao gênero e mais resiliente baseado em valor"*¹⁶.

Desde a conceituação inicial de uma abordagem de saúde baseada em valor por Michael Porter em 2006¹⁷, vários aspectos dessa perspectiva foram distinguidos, enfatizados e reconhecidos. O significado do que constitui valor pode parecer diferente dependendo de seu ponto de vista no sistema¹⁸, seja como provedor, como formulador de políticas públicas nacionais ou locais – ou como cidadão. Houve vários esforços para delinear o conceito de acordo com essas perspectivas, se deslocando de uma noção de custo-benefício para ideias mais amplas de valor em alinhamento com as aspirações de cobertura universal de saúde¹⁹.

Em 2019, o painel de especialistas da União Europeia sobre formas eficazes de investir em saúde articulou as quatro dimensões de valores (no plural): *"atendimento adequado para atingir os propósitos pessoais dos pacientes (valor pessoal), obtenção dos melhores resultados possíveis com os recursos disponíveis (valor técnico), distribuição equitativa de recursos entre todos os grupos de pacientes (valor alocativo) e contribuição da assistência de saúde para a participação e conectividade social (valor social)"*²⁰.

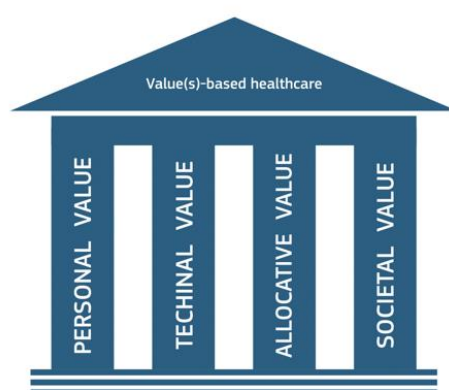


Figura 1: Modelo de valor da UE

Mais recentemente, o modelo HVHS (Sistemas de Saúde de Alto Valor) enfatizou dez componentes interdependentes: (I) sistemas de dados digitais, (II) análise, (III) sistemas de medição de custos, (IV) sistemas de medição de resultados, (V) benchmarking, (VI) linhas de cuidado integradas com serviços agrupados, (VII) modelos de pagamento baseados em valor, (VIII) aquisição baseada em valor, (IX) redes de provedores integradas e (X) mudança estratégica e ecossistemas de inovação. Esse modelo foi desenvolvido pelo professor Rifat Atun e pelo Harvard Health Systems Innovation Lab em parceria com o Global Innovation Hub for Improving Value in Health.



Figura 2: modelo HVHS

Os modelos do HVHS e da UE serão referenciados alternativamente ao longo deste documento, pois estão interconectados e se reforçam mutuamente. Juntos, eles oferecem maneiras úteis de contemplar os desafios e promover as prioridades das nações do G20 e a agenda da presidência do Brasil em 2024.

Os componentes do HVHS, por exemplo, falam sobre a infraestrutura subjacente e os incentivos necessários para a integração dos serviços de cuidado, conforme recomendado pela OMS. O modelo da UE, por outro lado, aborda de forma incisiva as preocupações com a equidade ao incorporar a importância do valor social dos sistemas de saúde. A comissão da UE, em um documento acompanhado²¹, afirma que melhorar o valor é "individualmente o meio mais importante" para garantir a sustentabilidade da cobertura universal de saúde, uma preocupação fundamental na esfera do G20.

Alguns países incorporam explicitamente as propostas de valor como elementos-chave de suas estratégias nacionais de saúde. Esse é o caso da Arábia Saudita, onde a melhora do valor é colocada como uma missão central da agência nacional responsável pelos pagamentos de saúde e serve como um princípio orientador para várias estratégias e políticas públicas delineadas em seu Plano de Transformação da Saúde²².

Com mais frequência, as iniciativas baseadas em valor se originam de esforços de base, de baixo para cima, com a experimentação ocorrendo em nível local ou departamental. Há vários exemplos disso em todo o mundo, desde modelos de pagamento baseados em valor nos Estados Unidos²³ até a medição de desfechos e a aquisição baseada em valor em nível hospitalar na França²⁴. Uma combinação dessas duas abordagens – de cima para baixo (liderada pelo governo em nível nacional) e de baixo para cima (liderada pelas partes interessadas ou pelo governo, em nível local) – é frequentemente incentivada como o melhor caminho a ser seguido pelos defensores da saúde baseada em valor.

Da mesma forma, avanços acelerados em certos componentes do modelo HVHS podem ser observados em vários países, mesmo quando eles aparecem sob um outro enquadramento²⁵. No Brasil, o atendimento baseado em valor tem sido citado como inspiração para gestores de saúde e formuladores de políticas públicas no país e incorporado em documentos estratégicos pelo Ministério da Saúde, especialmente em relação à remuneração baseada em resultados²⁶. Notavelmente, as diretrizes para a regionalização da saúde publicadas em 2011 pelo Ministério da Saúde do Brasil introduziram o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS)²⁷. Esse conceito veio com diretrizes de financiamento associadas para induzir a atenção em algumas áreas específicas de cuidado²⁸, conectando o desafio da coordenação do sistema de saúde no país de forma mais próxima a dois componentes do modelo HVHS: (VI) linhas de cuidado integradas com serviços agrupados e (IX) redes integradas de prestadores. Em 2019, foi

fundada uma organização sem fins lucrativos, o IBRAVS (Instituto Brasileiro de Valor em Saúde), para promover a discussão sobre cuidados de saúde baseados em valor no Brasil, com foco na consolidação e padronização dos resultados dos pacientes²⁹.

- **Coordenação e equidade: principais áreas de foco para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um contexto pós-pandêmico**

Ao analisar os desafios de saúde das nações do G20 por meio de uma perspectiva baseada em valor, identificamos duas áreas de foco principais que: (i) são relevantes para todas as nações do G20; (ii) foram exacerbadas pela pandemia da COVID-19; (iii) contribuem para a transição para sistemas de saúde de alto valor, estabelecendo as bases para o seu progresso ou aprimorando alguns de seus principais componentes; (iv) são interdependentes e, em muitos casos, se reforçam mutuamente. Além disso, elas são fortes prioridades para os formuladores de políticas públicas de saúde no Brasil.

A primeira dessas áreas é a coordenação, que é um desafio persistente nos sistemas de saúde do G20, com variações decorrentes de suas estruturas políticas e institucionais únicas, bem como da forma como seus sistemas de saúde evoluíram ao longo do tempo. A importância dessa questão foi ampliada pela pandemia da COVID-19. Portanto, a coordenação é um dos principais pilares dos paradigmas de resiliência em saúde^{30,31} e uma das principais estratégias de governança para resposta às pandemias. Ela abrange tanto as formas horizontais – entre setores, jurisdições e atores governamentais e não governamentais – quanto as formas verticais – entre os níveis municipal, estadual e federal de governo³². Embora a coordenação internacional da saúde seja fundamental e será destacada em momentos específicos, este relatório se concentrará principalmente na coordenação dentro dos sistemas nacionais de saúde.

A coordenação está intimamente ligada ao aspecto técnico do valor (obtenção dos melhores resultados possíveis com os recursos disponíveis), conhecido coloquialmente como "custo-benefício". De acordo com uma estimativa, cerca de 20% dos gastos com saúde nos países da OCDE contribuem pouco ou nada para melhorar os resultados de saúde³³, um ponto focal claro para os sistemas de saúde que buscam um melhor equilíbrio financeiro.

Além disso, a coordenação diz respeito à mecânica de garantir a distribuição equitativa de recursos entre todos os grupos de pacientes, conhecida como valor alocativo no modelo da UE³⁴. Da mesma forma, todos os componentes do modelo HVHS estão

relacionados à coordenação, no sentido de que exigem comunicação e alinhamento entre diferentes partes do sistema para sustentar a premissa de valor. As propostas de coordenação aprimorada geralmente são enquadradas na lente da integração do cuidado, principalmente em países como a Arábia Saudita³⁵ e os Estados Unidos³⁶.

No caso do Brasil, a coordenação do sistema de saúde é uma área de preocupação significativa devido à natureza inerentemente colaborativa do SUS (Sistema Único de Saúde) e à responsabilidade compartilhada pela saúde entre a União (ou seja, o governo federal), os estados e os municípios. A coordenação eficiente é crucial para a operação do sistema, conforme evidenciado pela resposta brasileira à pandemia da COVID-19, e continua sendo essencial à medida que os formuladores de políticas públicas buscam implementar a regionalização, um princípio organizacional do SUS que ainda não foi totalmente realizado.

A segunda área de preocupação fundamental identificada por este relatório é a equidade em saúde. Tem havido um apoio consistente e crescente na esfera do G20³⁷ para uma ampla transição para a cobertura universal de saúde desde a sua incorporação como um Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS)³⁸, juntamente com o reconhecimento de que a equidade na saúde é afetada, em primeiro lugar, por fatores fora do alcance imediato do sistema de saúde.

A pandemia da COVID-19 revelou e exacerbou desigualdades que reverberam até hoje. Em nível nacional, os tempos de espera mais longos para muitos tipos de tratamento e a crescente atenção dada aos determinantes sociais da saúde deixam isso claro. Em nível internacional, isso ficou mais evidente nas disparidades na disponibilidade de vacinas, ressaltando ainda mais a centralidade desse tema.

A equidade em saúde também está intimamente ligada às dimensões do valor pessoal (cuidado adequado para atingir as metas pessoais dos pacientes) e do valor social (contribuição da assistência médica para a participação social e a conectividade) do modelo da UE³⁹. As abordagens de cuidado baseado em valor são promissoras para aumentar a equidade na saúde ao enfatizar a ideia de "valor para muitos", abrangendo os mais marginalizados da sociedade, o que se alinha com o foco da presidência do G20 no Brasil em 2024.

A equidade é um princípio do sistema nacional de saúde do Brasil⁴⁰, e o direito à saúde está consagrado na Constituição Federal de 1988⁴¹. O SUS é um dos maiores exemplos

de um sistema Beveridgeano⁴² em todo o mundo e atua como uma força equalizadora em um dos países mais desiguais do mundo, fornecendo lições valiosas sobre como a cobertura universal de saúde pode ser uma força para a equidade nos países em desenvolvimento⁴³.

- **Alinhamento com a agenda de saúde do G20 em 2024**

As principais prioridades estabelecidas pela presidência brasileira do G20 em 2024 giram em torno do “combate à fome, à desigualdade e à pobreza” e da promoção das “três dimensões do desenvolvimento sustentável (econômica, social e ambiental)”⁴⁴. O tema abrangente do Grupo de Trabalho de Saúde (HWG) em 2024 é “Construindo sistemas de saúde resilientes”⁴⁵, seguido por uma série de quatro prioridades principais, mostradas no quadro abaixo.

A agenda do Brasil para o HWG em 2024: "Construindo sistemas de saúde resilientes"

- (i) **Prevenção, preparação e resposta a pandemias, com foco na produção local e regional de medicamentos, vacinas e suprimentos estratégicos de saúde;**
- (ii) **Saúde digital, para a expansão da tele saúde, integração e análise de dados dos sistemas nacionais de saúde;**
- (iii) **Equidade no acesso a inovações em saúde; e**
- (iv) **Mudanças climáticas e saúde, facilitando o acesso dos países em desenvolvimento às tecnologias necessárias para lidar com os impactos das mudanças climáticas na saúde.**

A ênfase relativa da presidência brasileira na produção local e regional de medicamentos, vacinas e suprimentos estratégicos de saúde demonstra a vantagem comparativa e a liderança regional do Brasil nessa questão.

O componente de saúde digital das prioridades do Brasil se baseia em iniciativas anteriores do G20 e da Organização Mundial da Saúde e segue o anúncio de uma Iniciativa Global de Saúde Digital durante a presidência indiana do G20 em 2023⁴⁶. A

saúde digital é um aspecto fundamental da coordenação do sistema de saúde. Isso foi ressaltado pela pandemia da COVID-19, que também trouxe uma maior compreensão, bem como uma regulamentação acelerada, do potencial da telessaúde para lidar com alguns dos desafios de saúde que surgiram durante a pandemia.

Os dois últimos tópicos da agenda introduzem uma ênfase maior na equidade, representando uma extensão natural das prioridades gerais definidas para o G20 como um todo. Na área da saúde, o Brasil apresenta um exemplo para as nações em desenvolvimento da viabilidade de estabelecer e sustentar um sistema de saúde universal, apesar das limitações financeiras e da turbulência política, ao mesmo tempo em que promove a coordenação entre os principais atores de seu sistema. Isso tem um significado especial, considerando que a presidência do Brasil coincide com o ano inaugural da União Africana como membro do G20, o que merece um foco mais forte e matizado na diversidade de membros do Sul Global e em seus desafios de saúde (observando a próxima presidência da África do Sul em 2025). Também é mais amplamente ressonante, uma vez que o progresso global em direção à cobertura universal de saúde havia estagnado antes mesmo da pandemia.

A equidade em saúde vai além da cobertura universal de saúde e se conecta com desafios emergentes, como os impactos dos avanços tecnológicos e da mudança climática nos sistemas de saúde, ambos temas abordados pela presidência do Brasil e que serão explorados mais detalhadamente no relatório.

Subjacente a essas prioridades e à presença da agenda de saúde no G20 como um todo está a ideia de um "dever global de saúde" por parte das nações desenvolvidas. Embora esse dever possa ser justificado por apelos à caridade ou à justiça, em última análise, ele se baseia no reconhecimento do interesse próprio⁴⁷ e dos benefícios instrumentais de alavancar a cooperação e fornecer apoio. Algumas questões de saúde, como doenças infecciosas com potencial para se tornarem pandemias, são problemas globais por natureza.

Abaixo, você encontrará uma tabela com as prioridades delineadas por cada Presidência do Grupo de Trabalho de Saúde desde sua criação, com cores indicando onde as prioridades reaparecem ao longo dos anos. Ocasionalmente, essas prioridades estão sob enquadramentos ligeiramente diferentes:



País-sede do G20	Prioridades do Grupo de Trabalho de Saúde do G20				
Alemanha (2017)	Resistência antimicrobiana	Gerenciamento de crises globais de saúde		Fortalecimento dos sistemas de saúde	
Argentina (2018)	Resistência antimicrobiana	Capacidade de resposta do sistema de saúde a desastres, catástrofes e pandemias	Desnutrição: sobrepeso e obesidade infantil	Fortalecimento dos sistemas de saúde	
Japão (2019)	Resistência antimicrobiana	Resposta ao envelhecimento da população	Gerenciamento de riscos à saúde e segurança sanitária	A conquista da UHC	
Arábia Saudita (2020)	Resistência antimicrobiana	Preparação e resposta a pandemias	Saúde Digital	Melhorando o valor em saúde	Segurança do paciente
Itália (2021)	Ferramentas para combater a pandemia da COVID-19	Prevenção, preparação e resposta a futuras pandemias	O impacto da COVID-19 nos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da Agenda 2030		
Indonésia (2022)	Harmonização de protocolos globais de saúde	Fortalecimento da arquitetura de saúde global / Prevenção, preparação e resposta a pandemias (PPR)	Expansão dos centros globais de fabricação e pesquisa para a PPR pandêmica	Criando a resiliência do sistema de saúde global	
Índia (2023)	Fortalecimento da cooperação no setor farmacêutico com foco no acesso e na disponibilidade de contra-medidas médicas seguras, eficazes, de qualidade e acessíveis	Prevenção, preparação e resposta a emergências de saúde com foco na resistência antimicrobiana e na estrutura Uma Só Saúde	Inovações e soluções de saúde digital para ajudar na cobertura universal de saúde e melhorar a prestação de serviços de saúde		
Brasil (2024)	Mudanças climáticas e saúde	Prevenção, preparação e resposta a pandemias, com foco na produção local e regional de medicamentos, vacinas e suprimentos estratégicos de saúde	Saúde Digital, para a expansão da tele saúde, integração e análise de dados dos sistemas nacionais de saúde	Equidade na saúde	

PUBLIC

ESTRUTURA DO RELATÓRIO

A seção principal do relatório, que consolida as áreas de aprendizado compartilhado entre o Brasil e o G20 em direção a um modelo de atendimento baseado em valor, está estruturada da seguinte forma:

A primeira área principal explorada é a coordenação, com uma discussão inicial sobre como o conceito se relaciona com o valor, a resiliência e as linhas de cuidado coordenadas. Em seguida, é apresentado um estudo de caso sobre o Brasil, destacando o potencial e os desafios da regionalização da saúde. As seções seguintes fornecem *insights* sobre como os desafios de coordenação se desdobram em diferentes estruturas políticas e institucionais, juntamente com as principais lições da Argentina, do Reino Unido e da Arábia Saudita.

A segunda área principal a ser abordada é a equidade, com foco na medição e implementação da cobertura universal de saúde, bem como discussões sobre a relação entre equidade, valor, inovação tecnológica e mudança climática. As seções individuais de cada país nesta parte do relatório concentram-se na Indonésia e na Itália. O segmento final do relatório apresentará uma conclusão e um resumo das recomendações de políticas públicas para as nações do G20.

COORDENAÇÃO

Todo sistema de saúde, independentemente de sua escala, natureza e economia política, é composto por partes móveis e conjuntos de estruturas. Cabe aos formuladores de políticas públicas, gestores e cidadãos garantir que esses componentes operem de forma coesa para o bem-estar coletivo, contribuindo para o melhor uso dos recursos disponíveis e para a melhoria dos resultados de saúde. Um aspecto importante da eficiência e da promoção de valor, tanto do ponto de vista do paciente quanto do sistema, é a **coordenação**, definida aqui como *“os instrumentos e mecanismos que visam melhorar o alinhamento voluntário ou forçado das tarefas e dos esforços das organizações do setor público”*⁴⁸.

Os países do G20 têm enfrentado problemas de coordenação no setor de saúde, tanto dentro das nações quanto entre elas, e com a questão relacionada da extensa fragmentação do sistema, ambos desafios que também são reconhecidos na esfera do T20⁴⁹. Essas questões ficaram mais evidentes durante a pandemia da COVID-19, durante a qual a coordenação foi identificada como um fator de apoio crucial para respostas eficazes à pandemia, conforme observado na análise de alguns países do sul da Ásia e da África⁵⁰. Um dos principais focos durante esse período foi a coordenação entre as funções relacionadas à promoção e proteção da saúde em nível populacional, como testes e vigilância, e as funções de prestação de serviços de saúde, como atendimento e tratamento. Dessa forma, os sistemas de encaminhamento e notificação precisam ser alinhados para quebrar as cadeias de transmissão⁵¹ e garantir a prontidão de cada lado, aumentando a resiliência.

A coordenação na área da saúde está fortemente relacionada aos pilares de valor técnico e alocativo do modelo da UE⁵². O valor técnico, descrito como o uso otimizado de recursos com a eficiência como meta⁵³, só pode ser alcançado com coordenação. A noção de valor alocativo, por outro lado, que significa uma distribuição ideal em populações de pacientes⁵⁴, só pode vir de uma compreensão em nível sistêmico do conjunto de condições e populações atendidas, e das etapas necessárias para seu tratamento.

Vários componentes do modelo HVHS também dependem de uma coordenação eficaz. Por exemplo, dois itens – (VI) linhas de cuidado integradas com serviços agrupados e (IX) redes integradas de provedores – enfatizam a integração, que está intimamente ligada

à coordenação eficaz. Além disso, o cuidado baseado em valor exige a medição dos desfechos e a recompensa do valor por longos períodos e através de vários estabelecimentos, o que representa um desafio significativo se as várias partes do sistema de saúde não estiverem interconectadas.

O reverso da coordenação é a fragmentação, uma fragilidade comum dos sistemas de saúde que é especialmente relevante para os países da América Latina e do Caribe⁵⁵. A fragmentação é definida como *“a divisão sem coordenação de funções”*⁵⁶ em um sistema de saúde e se manifesta entre sistemas de saúde públicos e privados ou dentro dos sistemas de saúde públicos, geralmente em aspectos como financiamento, arranjos de governança e fluxos de informação⁵⁷. Ela pode contribuir para o agravamento das desigualdades ao longo do tempo⁵⁸. Durante a pandemia da COVID-19, por exemplo, a fragmentação do sistema de saúde ficou evidente no desafio de consolidar os dados epidemiológicos ou simplificar a resposta de emergência. A fragmentação do sistema de saúde também apresenta obstáculos para a transição para sistemas de saúde de alto valor por meio de mecanismos que merecem ser explorados em detalhes nos países do G20.

Por fim, os problemas de coordenação também podem fazer com que os cidadãos tenham experiências e desfechos muito diferentes ao interagir com o sistema de saúde. Isso vai contra a expectativa de equidade no sistema de saúde, afetando as percepções de coerência e justiça nos sistemas, assim como os aspectos pessoais e sociais do modelo de valor da UE.

- **Dimensões da coordenação**

É fundamental fazer algumas distinções sobre a coordenação. A primeira é que ela é tanto o processo pelo qual as decisões são alinhadas quanto os resultados desse processo⁵⁹. Aqui, vamos nos concentrar nos processos de coordenação.

A segunda distinção é que a coordenação pode ser de vários tipos diferentes. Muitos países, por exemplo, têm desafios de coordenação decorrentes da coexistência de sistemas públicos e privados, com dificuldades técnicas ou gerenciais e incentivos perversos embutidos nas interações entre os dois sistemas. Um exemplo desse último, no Brasil, é o fato de que os gastos com saúde privada podem ser deduzidos do imposto de renda, beneficiando indiretamente os indivíduos com renda mais alta, que são os mais propensos a contratar serviços de saúde privados⁶⁰.

A terceira distinção é que a coordenação deve ser percebida como um contínuo⁶¹, variando de uma noção de coordenação mínima (como a melhoria da comunicação entre os departamentos para evitar redundâncias e lacunas óbvias) a uma forma substantiva de coordenação (caracterizada por estruturas de co-desenho de políticas públicas e tomada de decisões compartilhadas). Em geral, à medida que se avança nesse contínuo, o equilíbrio entre os custos e os benefícios associados à uma coordenação aprimorada muda, embora a forma como isso acontece possa não seguir uma regra geral.

Uma coordenação aprimorada pode implicar a criação de novos processos gerenciais e a multiplicação do número de participantes envolvidos em uma política, por exemplo. Isso acarreta custos, na forma de tempo e esforço dedicados à coordenação, que nem sempre excedem os benefícios. No entanto, quando se lida com problemas políticos de natureza complexa e intrincada⁶², a coordenação torna-se imperativa e provavelmente trará retornos significativos. Em outras palavras, o nível ideal de coordenação a ser buscado é específico do contexto e varia de acordo com os custos e benefícios marginais associados à promoção da coordenação no processo de formulação e implementação de políticas públicas.

Também é fundamental reconhecer que, no âmbito da saúde, há perspectivas de valor separadas, porém interconectadas, a partir das quais a coordenação pode ser avaliada. Do ponto de vista do paciente, há uma coordenação do cuidado entre diferentes prestadores de serviços que visa a uma jornada mais tranquila e contínua durante o recebimento do atendimento. Isso é particularmente verdadeiro para pessoas com condições crônicas que precisarão de muitos momentos de interação com a prestação de cuidados ao longo do tempo. Por outro lado, do ponto de vista do gestor, há uma coordenação da tomada de decisões entre diferentes entidades, para garantir o bom funcionamento do sistema de saúde.

Na seção a seguir, exploraremos as características do primeiro tipo de coordenação do cuidado, seguido de outros exemplos que estão mais intimamente relacionados à coordenação nacional em nível político.

- **O modelo emergente de linhas de cuidado coordenadas**

As linhas de cuidado podem ser definidas como *“as estruturas mutuamente acordadas para a tomada de decisões e a organização dos processos de saúde para um grupo de pacientes durante um determinado período”*⁶³. Nessa estrutura, o processo de cuidado é

coordenado entre a equipe multidisciplinar de atendimento, os pacientes e seus familiares, e há clareza no sequenciamento das atividades⁶⁴.

Algumas das metas das linhas de cuidado são a coordenação aprimorada e a continuidade do atendimento⁶⁵, e elas têm o objetivo de diminuir a variação desnecessária da prática, uma meta para a qual há evidências de sucesso⁶⁶. As linhas de cuidado integradas também foram associadas à redução de complicações intra-hospitalares e à documentação aprimorada, sem impacto negativo sobre os custos e o tempo de permanência⁶⁷. Por outro lado, a coordenação inadequada do cuidado é um dos principais contribuidores para erros clínicos que resultam em danos evitáveis ao paciente⁶⁸, uma área crítica de ação global de saúde⁶⁹.

As linhas de cuidado estão intimamente relacionadas às propostas de valor por serem centradas no paciente, garantindo que os valores do paciente sejam incorporados em todas as decisões clínicas⁷⁰. Por isso, elas são listadas como um dos componentes do modelo HVHS. Alguns países adotaram as linhas de cuidado integradas como um elemento estrutural de seu sistema de prestação de serviços de saúde. Essas experiências estão se desenvolvendo em diferentes contextos culturais com níveis variados de maturidade e combinando elementos públicos e privados, bem como em contextos com diferentes estruturas de governança.

Esses exemplos serão explorados mais detalhadamente nesta seção. Agora, examinaremos exemplos de países que progrediram no cuidado baseado em valor ao melhorar a coordenação em seus sistemas de saúde.

Coordenação no Brasil: gestão da saúde sob o federalismo cooperativo



Indicador de saúde da população	Dados do país (2009 vs. 2019)	
	2009	2019
População total (milhões)	194,5	211,8
População com 65 anos ou mais (% da população total)	7%	9%
Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres)	Homens: 22 Mulheres: 17	Homens: 17 Mulheres: 13
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	8,39	9,61
Expectativa de vida saudável (HALE) (homens/mulheres)	Homens: 62 Mulheres: 65,9	Homens: 63,4 Mulheres: 67,4
Coeficiente de Gini de desigualdade de tempo de vida (homens/mulheres)	Homens: 0,14 Mulheres: 0,11	Homens: 0,13 Mulheres: 0,10
Índice de cobertura de serviços UHC	76	81
As 3 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Homens/Mulheres)	Homens 1. Violência interpessoal 2. Acidentes de trânsito 3. Doença cardíaca isquêmica	Homens 1. Violência interpessoal 2. Doença cardíaca isquêmica 3. Acidentes de trânsito
	Mulheres 1. Condições neonatais 2. Derrame 3. Doença cardíaca isquêmica	Mulheres 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Derrame 3. Diabetes mellitus

PUBLIC

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- **A coordenação na área da saúde é resultado de uma multiplicidade de fatores, incluindo arranjos institucionais e financeiros, bem como o contexto político e cultural em que as partes interessadas na área da saúde atuam**
- **A operacionalização da regionalização da assistência à saúde requer um certo nível de gestão pública e capacidade de planejamento, bem como foco organizacional dentro das estruturas governamentais, que não existe atualmente na maioria dos estados brasileiros**
- **As estruturas de governança regional que facilitam a regionalização da saúde estão sendo consolidadas em todo o país, mas ainda enfrentam limitações, principalmente devido à fragilidade de suas prerrogativas de gestão**
- **A decisão do governo central de não buscar maior coordenação durante a pandemia da COVID-19 revelou como os mecanismos de governança descentralizada abrem espaço para estratégias alternativas para manter a resiliência do sistema, bem como a importância fundamental da coordenação de atores institucionais, como o CONASS**

O Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde do mundo que é gratuito no ponto de uso. Nas últimas décadas, alcançou avanços notáveis que servem de referência internacional para os países em desenvolvimento em áreas como imunização, saúde da família, política de HIV, uso de tabaco, redução da mortalidade infantil e transplantes. No entanto, seu cenário de saúde continua marcado por contrastes e desigualdades significativas.

Em muitos aspectos, os desafios de saúde do Brasil refletem os das nações desenvolvidas: o país passou por transições demográficas e urbanas e enfrenta uma carga crescente de doenças não transmissíveis. No entanto, o Brasil também enfrenta problemas de saúde mais típicos de países tropicais, com doenças infecciosas, especialmente doenças transmitidas por mosquitos, como dengue, chikungunya e zika,

tendo um impacto substancial e afetando desproporcionalmente os mais pobres. Além disso, há demandas locais específicas impostas ao sistema de saúde. A violência interpessoal, por exemplo, é um fator importante de morbidade e mortalidade⁷¹ em geral, enquanto os determinantes sociais da saúde, como raça⁷², renda, e educação são altamente influentes⁷³.

Embora o SUS atue como uma força equalizadora em um dos países mais desiguais do mundo, garantindo atendimento aos mais pobres, 25% dos cidadãos brasileiros dependem principalmente de seguro privado⁷⁴. Na verdade, o seguro privado é responsável pela maior parte do gasto total com saúde do país (58%), apesar de atender a uma minoria de usuários. Isso faz do Brasil um caso atípico entre os sistemas Beveridgeanos, como o Reino Unido, a Espanha e a Nova Zelândia, entre os quais a participação dos gastos privados com saúde é normalmente inferior a 30%⁷⁵.

- **Coordenação no sistema de saúde pública brasileiro**

A coordenação da saúde envolve a gestão de processos, instituições e relacionamentos. No caso do Brasil, o foco desta seção será a coordenação entre as unidades federativas. A competência da assistência à saúde no Brasil é compartilhada entre as três unidades da federação. A União (por meio do Ministério da Saúde) é responsável pela maior parte do financiamento, bem como pela elaboração de normas e formulação de políticas públicas nacionais; os estados (por meio de suas secretarias estaduais de saúde) são responsáveis pela coordenação e organização da saúde em nível estadual; e os municípios (também por meio de suas secretarias de saúde) são responsáveis, em última instância, pela administração e execução de ações e serviços de saúde⁷⁶.

O que distingue o Brasil de outras federações é que cada um dos três níveis da federação goza de total autonomia política, fiscal e administrativa em um modelo de federalismo cooperativo⁷⁷. No setor de saúde, em particular, há uma centralização jurisdicional significativa, com o governo central capaz de definir e aplicar padrões e regulamentações nacionais até certo ponto⁷⁸. O SUS (Sistema Único de Saúde), assim como outras políticas públicas universais e igualitárias em nível nacional, beneficia-se de regras centralizadas e duradouras sobre a arrecadação de receitas e transferências orçamentárias.

No âmbito da governança, a negociação e os acordos sobre a política de saúde no Brasil ocorrem principalmente de forma horizontal em dois fóruns: a Comissão Intergestores

Tripartite (entre União, estados e municípios) e a Comissão Intergestores Bipartite (entre estados e municípios), com uma terceira estrutura para o nível regional (Comissão Intergestores Regional – CIR) criada em uma etapa posterior. Outros mecanismos e entidades para diálogo e acordo incluem o Conselho Nacional de Saúde (CNS), seus equivalentes nos níveis estadual e municipal, bem como o CONASS (uma entidade que reúne os secretários estaduais de saúde e seus substitutos legais dos 26 estados e do Distrito Federal) e o CONASEMS (o equivalente para os secretários municipais de saúde)⁷⁹.

Apesar da existência dessas instituições de coordenação, persistem os atritos, as lacunas na coordenação e as incertezas quanto às funções e responsabilidades. Essa ambiguidade sobre quem responde às deficiências na prestação de serviços de saúde pode contribuir para o que às vezes é descrito como um “pacto mútuo de não responsabilização” entre os vários níveis de governo⁸⁰.

Um dos princípios organizacionais que norteiam o sistema de saúde no Brasil, de acordo com a Constituição de 1988, é a regionalização da saúde⁸¹. Embora não haja uma única definição internacionalmente aceita para o conceito⁸², ele é frequentemente associado aos processos simultâneos de descentralização e integração dos serviços de saúde por meio de estruturas regionais em países como Canadá, Itália e Espanha⁸³. No Brasil, ela pode ser definida como *“o eixo estruturante que organiza a descentralização dos serviços e ações de saúde no país”*.

Os primeiros anos do SUS foram caracterizados por uma forte ênfase na descentralização dos serviços de saúde para os municípios. Essa mudança se materializou rapidamente⁸⁴ e levou a melhorias bem-vindas na capacidade de gestão e à consolidação das estruturas de governança⁸⁵, em um período de avanço significativo nas medidas de acesso e resultados de saúde⁸⁶. Nesse estágio inicial, os municípios estavam executando cada vez mais serviços que eram viabilizados por fontes federais, mas, com o tempo, os municípios também assumiram uma carga maior do financiamento da saúde. Entre 2004 e 2019, a contribuição do nível federal para o gasto público total em saúde diminuiu sete pontos percentuais, de 49% para 42%. Em contrapartida, os gastos municipais aumentaram de 24,8% para 31,4%, enquanto a participação dos estados permaneceu constante em 26%⁸⁷.

Embora haja uma falta geral de pesquisas sobre o impacto abrangente da descentralização nos sistemas de saúde ao longo do tempo, uma análise observa que os

aspectos de liderança, governança e financiamento são os principais determinantes do sucesso do processo⁸⁸ internacionalmente. Essas áreas serão examinadas, com relação ao contexto brasileiro, nas seções subsequentes deste relatório. Algumas das ideias e percepções mencionadas surgiram durante um workshop de dois dias com formuladores de políticas públicas de saúde de alto nível, secretários e especialistas em regionalização, realizado pelo Lemann Foundation Programme em setembro de 2023, e serão devidamente destacadas.

- **Cooperação e competição municipal**

O Brasil tem 5.570 municípios, dos quais aproximadamente dois terços têm menos de 20.000 habitantes⁸⁹. Na medida que esses municípios menores assumiram mais funções relacionadas à prestação de serviços de saúde e à tomada de decisões durante a década de 1990, eles enfrentaram desafios em termos de conhecimento técnico e de atendimento à demanda por serviços de saúde de média e alta complexidade⁹⁰, particularmente devido à falta de escala. De fato, a eficiência dos gastos com saúde no Brasil está negativamente correlacionada com o tamanho do município⁹¹.

Esses desafios - coordenação, fragmentação, e capacidade - têm se tornado cada vez mais evidentes ao longo do tempo, juntamente com a persistência de grandes desigualdades. O desafio de garantir a coordenação para evitar a fragmentação excessiva não é exclusivo do Brasil, e as evidências internacionais revelam que os processos de descentralização da assistência médica em diferentes países geralmente restringem economias de escala, limitando assim as vantagens da coordenação entre as unidades locais e reforçando as desigualdades preexistentes⁹².

Para enfrentar esses desafios, os municípios brasileiros têm frequentemente optado por se organizar em consórcios de saúde. Esses consórcios são associações cooperativas voluntárias, com escopos e tamanhos variados, e estão distribuídos de forma heterogênea no território nacional⁹³. Esses consórcios geralmente permitem que os municípios reúnam recursos para adquirir coletivamente insumos, como medicamentos, e para oferecer conjuntamente alguns serviços essenciais. Em 2015, aproximadamente metade de todos os municípios declarou participação em um consórcio de saúde⁹⁴, e pesquisas sugerem que essa participação está associada a uma maior oferta de serviços de saúde⁹⁵.

Em nível internacional, as evidências sugerem que a disposição de participar da cooperação intermunicipal (CIM) é influenciada por vários fatores, principalmente a existência de regras federais simétricas e o rigor nas transferências (ou seja, financiamento com “amarras”). No caso da saúde no Brasil, esses fatores se somam aos fóruns de cooperação em vários níveis (como as comissões do SUS mencionadas anteriormente) que geram um maior “transbordamento de participação” entre os arranjos de cooperação⁹⁶. Os municípios com economias locais menores, menos funcionários públicos e menos autonomia fiscal têm uma probabilidade significativamente maior de participar de um CIM⁹⁷.

Do ponto de vista da política pública, isso significa que os municípios com maior probabilidade de se envolverem em cooperação são os que mais precisam dela, porque são menores e/ou têm menor capacidade, beneficiando-se mais dos ganhos de escala. Embora haja benefícios claros dos consórcios, como a melhoria do acesso à saúde, eles apresentam desafios de governança⁹⁸, podem ter dificuldades para garantir a coordenação dentro dos sistemas de encaminhamento⁹⁹ e podem não se alinhar com estratégias de regionalização mais amplas.

Por outro lado, esses consórcios – em sua maioria municipais, mas às vezes envolvendo o nível estadual – são de natureza voluntária e, portanto, menos úteis quando há dinâmicas competitivas entre os municípios, especialmente quando há assimetria de tamanho e poder. Os municípios maiores, onde os grandes hospitais tendem a estar localizados, podem não ter incentivos óbvios para colaborar com os municípios menores e vizinhos da região, especialmente quando podem atender de forma independente às necessidades de sua própria população. Isso resulta em conflitos comuns entre municípios “importadores” – aqueles que atendem sua própria população e recebem pacientes de outras áreas – e municípios “exportadores”, que predominantemente enviam residentes para receber atendimento em instalações localizadas além de suas fronteiras¹⁰⁰. Além disso, há uma falta de aplicação de acordos de cooperação previamente acordados e, às vezes, como resultado, alguns municípios restringem o acesso a seus próprios residentes^{101,102}.

Esses desafios são exacerbados pelo alto nível de fragmentação partidária no Brasil, que se reflete nas regiões de saúde. Pesquisas indicam que o desalinhamento partidário influencia negativamente o fluxo de cuidado¹⁰³. Por exemplo, há uma probabilidade maior de um município encaminhar pacientes para um município vizinho se ambos

forem governados pelo mesmo partido, ressaltando como as afiliações políticas influenciam a tomada de decisões no setor de saúde¹⁰⁴. Maiores oportunidades de interferência política e corrupção foram relatadas como riscos da descentralização da saúde internacionalmente¹⁰⁵.

Há outros incentivos perversos decorrentes do fato de que a saúde é um tópico particularmente saliente na política e nas campanhas eleitorais brasileiras. Ela ocupa um lugar de destaque na lista de preocupações da população brasileira, com 26% dos cidadãos considerando-a uma prioridade máxima, logo acima das questões de corrupção e educação¹⁰⁶. Nesse contexto, alguns prefeitos podem ser incentivados a sediar hospitais de grande porte que ofereçam tratamentos complexos, mesmo que não sejam um uso custo-efetivo do dinheiro público, não estejam alinhados com as estratégias de regionalização entre os municípios e sejam insustentáveis do ponto de vista técnico.

Aproximadamente 55% dos hospitais no Brasil têm menos de 50 leitos, operando com altos custos fixos e baixas taxas de ocupação – em média 45% para todos os hospitais do SUS, significativamente abaixo da média da OCDE de 71% de ocupação de leitos hospitalares. Notavelmente, os leitos em hospitais que oferecem procedimentos complexos têm uma taxa de utilização de 37%¹⁰⁷. Embora isso possa levar a resultados de saúde piores, em geral, dentro do sistema, devido ao uso ineficiente de recursos, há resistência política local a ações que possam diminuir a autonomia municipal¹⁰⁸.

No entanto, há indícios de um fluxo cada vez mais regionalizado de atendimento hospitalar no Brasil, conforme evidenciado por uma redução nas internações em hospitais de pequeno porte nos municípios de origem dos pacientes. Isso é compensado por um aumento nas internações em hospitais maiores nas regiões, indicando ganhos de escala¹⁰⁹. Em outras palavras, esses padrões sugerem uma tendência de uso mais eficiente dos recursos entre grupos de municípios vizinhos.

- **Regionalização como estratégia**

No período de 2000 a 2010, as diretrizes e regulamentações federais e as iniciativas lideradas pelos estados retomaram os esforços para induzir uma maior coordenação entre grupos de municípios e governos estaduais¹¹⁰ e melhorar a robustez do sistema de saúde. Isso implicou um foco renovado na regionalização, que foi definida mais precisamente como *“uma estratégia para corrigir as desigualdades de acesso e a*

*fragmentação dos serviços de saúde no país, por meio da organização funcional do SUS, com a definição das responsabilidades das unidades federativas e dos fluxos de referência para garantir o acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional*¹¹¹.

Vale ressaltar que as regiões de saúde, dentro da política de regionalização do Brasil, atualmente não possuem prerrogativas formais de gestão e estruturas administrativas¹¹². Portanto, para implementar com sucesso uma estratégia de regionalização, uma ação fundamental é reforçar a capacidade das estruturas estaduais¹¹³ de coordenar o processo por meio de seus escritórios regionais. Atualmente, os secretários estaduais de saúde enfrentam uma alta rotatividade, permanecendo no cargo por alguns meses ou um ou dois anos, o que prejudica a institucionalização das operações diárias, a continuidade das políticas públicas, as curvas de aprendizado e o processo de construção da confiança entre as partes interessadas¹¹⁴. Há também uma diversidade considerável na estruturação das secretarias estaduais de saúde, com algumas operando com configurações relativamente grandes e ornamentadas¹¹⁵, e com graus variados de clareza das responsabilidades dentro deles, o que pode dificultar a coordenação dentro e entre as estruturas governamentais.

Em 2006, uma terceira estrutura de governança foi introduzida na arquitetura institucional do SUS para auxiliar o processo de regionalização: a CIR - Comissão Intergestores Regionais. Essas comissões envolveram o envolvimento ativo dos secretários municipais de saúde de cada região e dos representantes regionais do executivo estadual, entre outras partes interessadas¹¹⁶. No entanto, a implementação e a consolidação dessas estruturas têm sido irregulares em todo o país, com disparidades significativas em termos de recursos disponíveis, eficácia, e envolvimento das partes interessadas¹¹⁷. Além disso, há uma falta de envolvimento da sociedade civil organizada em muitos casos¹¹⁸.

Essas estruturas podem enfrentar limitações em vários contextos com diferentes necessidades e restrições, desde áreas metropolitanas, regiões adjacentes a fronteiras, reservas protegidas e indígenas, entre outras¹¹⁹. Eles também podem, ocasionalmente, reproduzir os interesses eleitorais, clientelistas e corporativos que podem ser predominantes na política municipal¹²⁰. Em alguns casos, os gestores do SUS relataram que os planos de intervenção acordados em todas as estruturas de governança são desconsiderados na implementação devido às prioridades políticas públicas locais. O

alinhamento político entre os líderes estaduais e municipais pode resultar em mais recursos, equipamentos e tempo da equipe sendo designado para a efetivação da regionalização, embora as evidências sobre isso sejam variadas^{121,122}.

- **Desafios à regionalização e percepções do workshop para formuladores de políticas públicas do Lemann Foundation Programme**

A coordenação da prestação de serviços de saúde no Brasil, com foco na regionalização, enfrenta restrições significativas devido a vários desafios, alguns dos quais são específicos do setor de saúde. Em resposta a esses desafios, os formuladores de políticas públicas de saúde reunidos pelo Lemann Foundation Programme no workshop de setembro de 2023 defenderam modificações abrangentes nas diretrizes e regulamentações federais para atendimento especializado a fim de induzir a regionalização, o que alinharia cada vez mais o financiamento existente da saúde a um plano regional integrado e robusto, criado pelos estados¹²³, entre outras reformas.

Abaixo está um resumo de alguns dos desafios mais proeminentes para a regionalização e possíveis caminhos para resolvê-los:

Desenho institucional

Embora a regionalização seja um princípio do SUS, o fortalecimento da região de saúde como o principal nexo do sistema é percebido como sendo de baixa prioridade na atual agenda política de saúde em nível federal, juntamente com a falta de diretrizes e regulamentações federais que contemplem as realidades muito diferentes do país¹²⁴. As tentativas dos estados de permitir que as regiões formulem seus próprios pactos de distribuição de recursos fracassaram no passado. Isso se deve ao fato de que tanto os municípios quanto a União não adotaram uma lógica alinhada na alocação de seus respectivos recursos¹²⁵.

Esforços positivos para estabelecer novas formas de governança e responsabilidade compartilhada entre os três níveis da federação para promover a regionalização, como o Pacto pela Saúde em 2006 e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) em 2011, resultaram em progresso em muitas áreas. No entanto, eles careciam dos mecanismos necessários e o alinhamento entre todos os instrumentos de responsabilização para que os acordos fossem efetivamente cumpridos¹²⁶.

Atualmente, há pouca discussão visível sobre a regionalização no Ministério da Saúde e uma falta de clareza quanto a onde o tema está colocado em sua estrutura, embora o nível federal tenha uma posição de coordenação fundamental devido à natureza transfronteiriça da regionalização e às preocupações com a equidade nacional¹²⁷. De acordo com o IPEA, um *think tank* independente do governo federal, as unidades estaduais do Ministério da Saúde se enfraqueceram ao longo do tempo, e o mesmo se aplica aos diretórios regionais de saúde nos estados (com algumas exceções)¹²⁸.

Uma pesquisa recente realizada com atores estratégicos envolvidos no processo de regionalização¹²⁹ revelou uma divisão significativa sobre a necessidade de novas estruturas institucionais e normas federais para o avanço do processo. Em outras palavras, há um debate sobre se o desenho institucional ainda precisa ser aprimorado para a implementação e a realização contínua e bem-sucedida da regionalização. A maioria dos participantes da pesquisa apoiou a proposta de criação de um novo ator na arquitetura institucional do SUS: a autoridade sanitária regional¹³⁰, que seria um órgão colegiado dos municípios sob a orientação das secretarias estaduais de saúde.

Em termos gerais, essa autoridade ampliaria as funções atuais dos CIRs, concedendo a eles prerrogativas mais fortes de tomada de decisões executivas, equipe própria, instrumentos de planejamento e alguma autonomia na alocação de orçamento, embora as opiniões diverjam quanto à extensão dessa autonomia¹³¹. A criação dessa nova autoridade poderia estar vinculada ao aumento do financiamento federal e à alocação de recursos físicos e humanos adicionais¹³².

Gestão pública

Na esfera da gestão, há uma falta de cultura de planejamento¹³³. Outros desafios incluem a alta rotatividade na gestão municipal (assim como a rotatividade dos secretários estaduais de saúde, mencionada anteriormente), a ausência de ciclos de feedback entre os setores de planejamento e gestão do SUS e as deficiências nos sistemas de dados digitais existentes, um dos dez componentes dos sistemas de saúde de alto valor¹³⁴. Apesar de ter um dos maiores bancos de dados de saúde centralizados do mundo (DataSUS), havia 54 sistemas nacionais de informações de saúde em uso simultâneo até 2018, o que ilustra as dificuldades que os gestores de saúde enfrentam em termos de fragmentação e de uso adequado dos dados para informar a tomada de decisões¹³⁵.

Para agravar esses desafios de coordenação, há uma reconhecida falta de compreensão por parte dos órgãos de controle externos ao sistema de saúde, que são autônomos e poderosos no Brasil, sobre o funcionamento do “quarto ente” da federação (a região), o que faz com que os gestores municipais sejam responsabilizados por decisões coletivas e um fardo excessivo de procedimentos de gestão¹³⁶. Houve um consenso, entre os formuladores de políticas públicas do workshop, de que as funções de gestão e de prestação de saúde no sistema precisam ser mais claramente delineadas e coordenadas¹³⁷.

Financiamento

De acordo com os formuladores de políticas públicas de saúde reunidos no workshop de setembro de 2023, o atual modelo de financiamento da saúde pública no Brasil não induz à organização de uma rede integrada de serviços, o que significa “Redes de Atenção à Saúde” temáticas, mencionadas anteriormente¹³⁸. A falta dessas redes dificulta o desenvolvimento de componentes de sistemas de saúde de alto valor, inclusive linhas integradas de cuidado com serviços agrupados e redes integradas de prestadores. O modelo de “pagamento por procedimento”, predominante na atenção especializada, exacerba a fragmentação e representaria um desafio adicional à transição para um sistema de pagamentos baseado em valor.

Uma questão subjacente é que o SUS tem sido constantemente subfinanciado desde sua criação, com níveis de financiamento público (em termos per capita e por participação no PIB) significativamente abaixo de países com sistemas de saúde pública comparáveis¹³⁹. Isso representa uma barreira para a regionalização, no sentido de que as redes de saúde devem ser aprimoradas, expandidas e redesenhadas em um contexto de restrições de recursos, exacerbando as disputas sobre sua gestão¹⁴⁰.

Atualmente, não há nenhum programa federal destinado a abordar a existência de áreas sem assistência, nem há fundos regionais específicos legalmente constituídos. Como resultado, as transferências orçamentárias do nível federal, uma parte significativa do financiamento geral da saúde, só podem fluir para os estados e municípios e não para as regiões, que são totalmente desprovidas de autonomia orçamentária. Apesar dessa limitação, o mecanismo de transferências de fundo a fundo no sistema de saúde pública brasileiro está bem estabelecido e o nível dos fluxos pode ser facilmente ajustado, uma característica de adaptabilidade que aumenta a resiliência. Isso foi evidenciado durante

a pandemia da COVID-19¹⁴¹, com a transferência de recursos adicionais, permitindo que os municípios ampliem e melhorem rapidamente sua capacidade e resposta¹⁴².

Com relação à fragmentação do financiamento, outro obstáculo para uma maior coordenação é a multiplicidade de requisitos para acessar os fundos vinculados às políticas públicas federais do Ministério da Saúde, o que representa um desafio para alinhar esses recursos às necessidades específicas dos municípios¹⁴³. Outra questão é a crescente participação das emendas parlamentares individuais no total dos gastos nacionais com saúde pública, que aumentaram de 3% em 2014 para 11% em 2022¹⁴⁴ e representam cerca de 39% do investimento federal em saúde¹⁴⁵. Apesar de contarem para o gasto mínimo constitucional em saúde, esses recursos destinados são, muitas vezes, movidos por motivações clientelistas dos parlamentares, desconectados do planejamento de longo prazo¹⁴⁶ e, frequentemente, apoiam políticas insustentáveis¹⁴⁷.

Para neutralizar a fragmentação resultante da (má) alocação por emendas parlamentares, alguns participantes do workshop sugeriram a implementação de novos critérios (como a adesão a planos regionais) para esses investimentos¹⁴⁸. No entanto, isso apresenta desafios técnicos e políticos, dada a influência significativa das emendas dos políticos locais na alocação de recursos¹⁴⁹. Além disso, a simples alteração dos critérios gerais pode não ser suficiente para melhorar a alocação em nível granular, devido à falta de mecanismos de responsabilização que garantam o alinhamento consistente com os planos¹⁵⁰.

Com relação ao financiamento geral, os especialistas brasileiros em saúde presentes no workshop sugeriram a transição para um modelo que dependa apenas parcialmente de uma taxa por procedimento e que também exija financiamento per capita, ou seja, de acordo com a população atendida. Os estados e municípios ainda podem promover a regionalização de forma independente, subordinando sua própria alocação orçamentária ao planejamento regional e cumprindo as metas estabelecidas.

- **Cuidado baseado em valor e regionalização**

O desafio de estruturar um sistema de financiamento da saúde que incentive ou permita uma maior integração dos serviços é comum a muitos países. A noção de transição de um modelo puramente de “taxa por serviço” para outro relacionado a resultados orientados, ou “de volume para valor”¹⁵¹, está fortemente alinhada a um componente central do modelo HVHS, que é (VII) modelos de pagamento baseados em valor.

Embora, até onde sabemos, não exista literatura que relacione outros aspectos da regionalização da saúde no Brasil ao atendimento baseado em valor, há fortes razões para concluir que a regionalização, quando bem-feita, fala de algumas, se não de todas, as dimensões do cuidado baseado em valor nas estruturas do HVHS e da UE mencionadas anteriormente.

Ao discutir a prevenção da duplicação de serviços em uma região, enfatizamos o princípio fundamental do valor alocativo e da prevenção de desperdícios. A abordagem das lacunas na assistência, garantindo a prestação de serviços de saúde em nível regional, ressalta a importância da equidade. A regionalização também incentiva as unidades federativas a alinhar seus procedimentos e medidas, vinculando-os, assim, a práticas baseadas em valor que enfatizam o *benchmarking* e a integração do cuidado para evitar variações injustificadas. Por fim, a importância da regionalização para o funcionamento eficaz e a viabilidade de longo prazo do SUS a conecta diretamente à discussão sobre o valor social dos sistemas de saúde.

- **Coordenação no âmbito da COVID-19**

A pandemia da COVID-19 apresentou novos desafios para a coordenação da saúde pública no Brasil. O governo federal não buscou uma coordenação nacional, especialmente em relação às intervenções não farmacêuticas (INFs), como o distanciamento social. Algumas partes do governo federal se opuseram consistentemente às regulamentações locais que buscavam colocar em prática políticas mais duras¹⁵², espalharam desinformação, e promoveram o uso de determinados medicamentos para COVID-19 sem evidências¹⁵³.

As recomendações científicas foram frequentemente desconsideradas¹⁵⁴ por atores influentes no governo federal, mesmo em relação a medidas simples, como o uso de máscaras¹⁵⁵, e o conhecimento acumulado da comunidade científica em crises de saúde anteriores não foi utilizado¹⁵⁶. Alguma das principais estratégias de contenção da COVID-19, como testes em massa e rastreamento de contatos¹⁵⁷, não foram perseguidas. A inconsistência das políticas públicas ao longo do tempo e nos territórios levou à redução da eficácia das medidas de contenção¹⁵⁸.

Em meio ao vácuo de coordenação em nível federal, surgiram esforços coletivos e, em grande parte, improvisados de atores subnacionais. A liderança dos estados foi

particularmente relevante. Os governadores dos estados emitiram decretos de distanciamento social e outras regulamentações, e as administrações estaduais supervisionaram as estruturas de prestação de tratamento complexo, auxiliando os municípios em suas ações, consolidando os esforços de coleta de dados¹⁵⁹, e gerenciando estruturas de intermediação de conhecimento¹⁶⁰.

A coordenação entre os estados também foi evidente, facilitada por instituições recém-criadas, como o Consórcio Nordeste, uma reunião das administrações estaduais do Nordeste, e fóruns pré-existentes como o CONASS (reunindo todos os secretários estaduais de saúde). O CONASS emitiu declarações endossando medidas específicas, forneceu suporte técnico aos estados, estabeleceu seu próprio painel de controle da COVID-19 (depois que o governo federal deixou de consolidar dados epidemiológicos) e serviu como um fórum relevante para o aprendizado mútuo e o compartilhamento de experiências¹⁶¹.

Embora não haja evidências de uma coordenação horizontal consistente para a implementação de medidas de contenção¹⁶² nos estados brasileiros^{163,164}, há muitas evidências anedóticas de solidariedade, transferências de pacientes e trocas de insumos, principalmente em alguns dos momentos mais dramáticos da pandemia da COVID-19, como a falta de oxigênio no estado do Amazonas¹⁶⁵.

O Brasil sofreu um impacto significativo da pandemia da COVID-19 de acordo com várias medidas absolutas e relativas: ocupa o segundo lugar no mundo em número absoluto de mortes, o 16º lugar em mortes em relação à população¹⁶⁶ e o 31º lugar em excesso de mortes per capita^{167,168}. No entanto, a pandemia também catalisou maior apoio público ao SUS e promoveu o diálogo e a cooperação em uma extensão anteriormente considerada inconcebível, ressaltando que a resiliência do sistema de saúde pública brasileiro é altamente dependente de uma governança colaborativa eficaz¹⁶⁹.

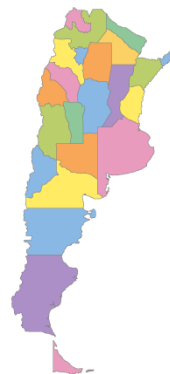
Confrontados com um inimigo comum na forma da pandemia, combinado com pressões externas do governo federal, estados e municípios em muitas partes do país entraram em uma “trégua política”, deixando de lado preocupações menores em nome da coordenação. Isso empoderou estruturas estaduais a atuarem como coordenadoras do sistema de saúde pública. Elas então demonstraram agilidade e capacidade de resposta significativas em sua capacidade de resposta¹⁷⁰.

Esses desenvolvimentos recentes são promissores para futuros esforços de coordenação, especialmente para o avanço da agenda de regionalização. No entanto, para levar isso adiante, será necessária a participação da sociedade e um maior planejamento estratégico. A experiência internacional comparativa sugere que sistemas de saúde mais descentralizados reforçam tanto a participação da comunidade quanto a troca de informações – impactos positivos que poderiam ser mais plenamente realizados no sistema brasileiro e em outros da mesma natureza¹⁷¹. Uma ideia possível para dar um novo impulso à regionalização é o estabelecimento de um plano nacional de dez anos para a saúde, seguindo o modelo dos planos de dez anos do Brasil para a educação¹⁷², que buscaria abordar as lacunas de assistência por meio da aplicação de novos recursos e teria um foco explícito na regionalização.

O caso do Brasil oferece algumas lições relevantes para outros países. Em primeiro lugar, demonstra como um sistema de governança robusto, descentralizado e sofisticado de prestação de serviços de saúde, com uma multiplicidade de atores institucionais relevantes e fóruns de coordenação, pode apoiar um grau importante de resiliência e capacidade de resposta diante de uma emergência de saúde.

Em segundo lugar, mostra que atingir o equilíbrio ideal entre a descentralização dos serviços de saúde, a tomada de decisões e a integração do cuidado é um processo contínuo e dinâmico, que exige o alinhamento e o refinamento de aspectos políticos, financeiros e institucionais. A regionalização da assistência à saúde depende particularmente do foco organizacional em nível estadual; da força complementar de mecanismos aplicáveis, idealmente previstos em lei; e de uma cultura de colaboração que é continuamente atendida e renovada quando necessário.

Coordenação na Argentina: abordando a fragmentação do sistema de saúde



Indicador de saúde da população	Dados do país (2009 vs. 2019)	
	2009	2019
População total (milhões)	40,7	44,9
População com 65 anos ou mais (% da população total)	10%	12%
Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres)	Homens: 17 Mulheres: 13	Homens: 10 Mulheres: 7
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	9,46	10,04
Expectativa de vida saudável (HALE) (homens/mulheres)	Homens: 64,6 Mulheres: 68,2	Homens: 65,4 Mulheres: 68,8
Coeficiente de Gini de desigualdade de tempo de vida (homens/mulheres)	Homens: 0,12 Mulheres: 0,11	Homens: 0,12 Mulheres: 0,10
Índice de cobertura de serviços UHC	76	78
As 3 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Homens/Mulheres)	Homens 1. Doença cardíaca 2. Infecções respiratórias inferiores 3. Acidentes de trânsito	Homens 1. Doença cardíaca 2. Infecções respiratórias inferiores 3. Acidentes de trânsito
	Mulheres 1. Doença cardíaca 2. Derrame 3. Acidentes de trânsito	Mulheres 1. Doença cardíaca 2. Infecções respiratórias inferiores 3. Derrame

PUBLIC

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- **A Argentina ilustra como funcionam os fatores políticos, fiscais e institucionais da fragmentação do sistema de saúde e como a dependência de trajetória dificulta reformas**
- **O caminho para uma maior integração e coordenação na área da saúde pode ser desafiador quando há poucos instrumentos de políticas disponíveis e o governo central tem capacidade limitada para influenciar as políticas públicas e os resultados locais**
- **O caso do Plano Sumar destaca como a coordenação pode ser gradualmente promovida ao longo do tempo com o uso de transferências condicionais e a criação de estruturas administrativas compartilhadas**

Os argentinos gozam de um direito constitucional à saúde. Embora o país tenha alcançado a cobertura universal em termos *nominais*, o que significa que todos os cidadãos estão teoricamente inscritos, não há cobertura universal *efetiva*. Em outras palavras, apesar de seus direitos *de jure*, as pessoas não recebem necessariamente o atendimento de saúde de que precisam, de forma oportuna e gratuita no ponto de uso¹⁷³. Uma das razões para isso é o alto grau de fragmentação vertical do sistema de saúde (entre diferentes níveis de governo), bem como a fragmentação horizontal (entre uma infinidade de sistemas de seguro independentes)¹⁷⁴. Essa fragmentação resulta em falta de transparência, ineficiência e exclusão dos grupos mais pobres e marginalizados, entre outros desafios¹⁷⁵. Há muito tempo, ela foi identificada como uma área prioritária para a reforma do sistema de saúde no país¹⁷⁶.

A cobertura de saúde na Argentina é dividida, grosso modo, em três subsetores: seguro, público, e privado. Embora haja um monitoramento do uso para garantir o reembolso (quando um segurado privado usa o sistema público, por exemplo), há uma notável falta

de mecanismos explícitos de coordenação entre os sistemas, principalmente em áreas como riscos à saúde ou gestão¹⁷⁷.

O mais proeminente dos subsetores é o seguro social, que compreende aproximadamente 300 "Obras Sociales" (OS) responsáveis pela cobertura de cerca de 60% da população. Esses planos sem fins lucrativos variam em tamanho¹⁷⁸, mas 70% atendem a menos de 30.000 beneficiários. A pequena escala da maioria dos planos gera preocupação quanto à sua viabilidade financeira de longo prazo, contribui para a ineficiência, por meio de custos administrativos altos e fixos, e gera *pools* de risco (agrupando seus beneficiários pequenas e instáveis¹⁷⁹.

A maioria das OSs é organizada por ramos de atividades econômicas, com elegibilidade restrita aos respectivos trabalhadores e suas famílias. Eles contribuem para seus planos com uma taxa obrigatória de seus salários¹⁸⁰, às vezes complementada por fundos públicos, e um fundo federal de redistribuição transfere dinheiro das OSs mais pobres para as mais ricas. A gestão desses planos geralmente é supervisionada por sindicatos, sendo que uma minoria de OSs é gerenciada pelos governos em nível provincial e federal. Essas OSs governamentais oferecem cobertura para funcionários do setor público e seus dependentes. Os idosos e aposentados têm um programa próprio¹⁸¹. Em geral, os planos costumam subcontratar serviços privados¹⁸².

O setor privado de saúde é composto por pessoas que adquirem seguros privados ou planos suplementares para complementar seu plano de OS¹⁸³. Essas pessoas representam 13% da população. Tanto as OSs nacionais quanto os planos de seguro privados são regulados por uma autoridade de supervisão de serviços de saúde, que estabelece uma cesta mínima obrigatória de serviços que devem estar disponíveis para cada usuário. O setor de saúde pública na Argentina, por sua vez, oferece atendimento a qualquer pessoa que o procure, mas, na prática, atende principalmente ao terço da população que não tem seguro por meio de uma OS ou de um plano privado¹⁸⁴. O setor de saúde pública é financiado por impostos, sendo que a grande maioria dos hospitais e da rede de atendimento pertence e é gerenciada pelos governos locais, principalmente em nível provincial.

- **As províncias como atores-chave da saúde pública na Argentina**

A Argentina, assim como o Brasil, passou por um processo de descentralização dos serviços de saúde no período pós-democratização das décadas de 1980 e 1990. Ao contrário do Brasil, onde o processo se concentrou principalmente nos municípios, na Argentina os serviços e as responsabilidades foram transferidos do nível nacional para o provincial¹⁸⁵, que tem autonomia para determinar estratégias de saúde e abordagens de implementação¹⁸⁶. Províncias menores, como a Tierra del Fuego, com menos de 200.000 habitantes, não têm escala para oferecer tratamentos de alta complexidade por conta própria e, portanto, frequentemente enviam seus pacientes para outras localidades. Enquanto isso, a área metropolitana de Buenos Aires, que inclui a cidade e os municípios suburbanos pertencentes à província de Buenos Aires, com cerca de 15 milhões de pessoas¹⁸⁷, tem mais recursos e, portanto, é mais autossuficiente e capaz de oferecer padrões mais elevados de atendimento.

O alto nível de autonomia provincial na Argentina pode ser atribuído à Constituição de 1853, que fundou a Argentina moderna como uma unificação das províncias existentes anteriormente¹⁸⁸, e é reforçado por características institucionais do sistema eleitoral argentino e suas regras de representação. A representação de gênero é notavelmente alta devido às cotas "zíper" obrigatórias¹⁸⁹, que restringem a ordem dos candidatos de diferentes gêneros nas listas dos partidos. Os deputados provinciais são eleitos a cada dois anos. As reformas no sistema eleitoral usado para selecionar os deputados provinciais introduziram vieses majoritários¹⁹⁰, como altas cláusulas de barreira, que tendem a favorecer os partidos vencedores¹⁹¹. Isso resulta em um "federalismo de executivos", com os governadores como a principal força política¹⁹², e os fundos de saúde sujeitos a negociações instáveis entre as províncias e o governo nacional.

A descentralização do sistema de saúde na Argentina foi inicialmente impulsionada pela lógica do ajuste fiscal¹⁹³, com a devolução de responsabilidades não correspondida por uma capacidade associada de aumentar as receitas. Isso resultou em um "desequilíbrio vertical" entre os níveis esperados de responsabilidade de cada governo e os recursos que eles poderiam mobilizar, um desequilíbrio que persiste até hoje. Em média, as províncias executam metade das despesas totais do país, enquanto mobilizam apenas 20% da receita fiscal, com números que variam de 10% a 90%, cabendo ao governo nacional preencher a lacuna¹⁹⁴. Embora essas transferências intergovernamentais sejam uma característica comum dos sistemas federais, o desequilíbrio vertical na Argentina é

alto para os padrões internacionais e está sujeito a mecanismos complexos e controversos¹⁹⁵.

Com esse desequilíbrio, as províncias mais ricas puderam desenvolver a capacidade de uma forma que as províncias mais pobres não conseguiram, e grandes desigualdades permanecem entre as províncias em termos de infraestrutura de saúde, força de trabalho disponível, e resultados de saúde¹⁹⁶. A falta de mecanismos mais fortes de coordenação dentro do sistema também faz com que as desigualdades se perpetuem e se aprofundem. Do ponto de vista do usuário, isso significa padrões altamente diferentes de acesso e qualidade em todo o país¹⁹⁷. Do ponto de vista do sistema, isso significa um alto nível de ineficiência na alocação de recursos¹⁹⁸.

Em contraste com o Brasil, no entanto, onde o Ministério da Saúde demonstrou influência significativa no estabelecimento de políticas nacionais específicas e na redução das desigualdades, o Ministério da Saúde da Argentina tem instrumentos de políticas mais limitados para efetuar mudanças, além de não ter poder legislativo e regulatório substancial no setor da saúde¹⁹⁹ devido às características da estrutura federal²⁰⁰ (bem como ao fato de que controla apenas 7,5% do gasto total com saúde no país²⁰¹).

A coordenação da política nacional de saúde é de responsabilidade do COFESA (Conselho Federal de Saúde), criado em 1981²⁰² e presidido pelo Ministério da Saúde. Entre suas responsabilidades, ele deve coordenar o desenvolvimento das várias partes do setor de saúde, identificando problemas comuns, recomendando cursos de ação, e garantindo a compatibilidade dos programas²⁰³. Entretanto, tem pouco poder de decisão²⁰⁴ e os acordos não são obrigatórios para as províncias. A COFESA ganhou destaque apenas de forma intermitente e por breves períodos, inclusive durante a pandemia da COVID-19 e em 2002²⁰⁵, quando a Argentina passou por uma grande crise econômica, o que se tornou uma oportunidade para construir mais consenso.

A forma como a Argentina lidou com a pandemia da COVID-19 apresenta um forte contraste com o caso brasileiro. Desde o início, houve uma forte disposição para promover a coordenação em nível federal com uma abordagem mais colaborativa com o nível provincial do que a observada no Brasil. Esse esforço foi liderado por instituições novas e pré-existentes, com foco na coordenação vertical por meio da COFESA, bem como em iniciativas de cooperação horizontal entre as províncias²⁰⁶. No entanto, quando a fadiga das políticas restritivas contra a COVID-19 se instalou entre a população, o

consenso político vacilou e o governo perdeu apoio. A menor observância do distanciamento social e de outras medidas de contenção contribuiu para o aumento das taxas de infecção. O processo destacou que os mecanismos de coordenação eram altamente dependentes da vontade política de alguns atores-chave e eram pouco institucionalizados²⁰⁷.

- **O potencial das transferências condicionais**

A reforma do sistema de saúde na Argentina na década de 1990 enfatizou a concorrência no setor de seguridade e deu aos trabalhadores a liberdade de escolher a Obra Social à qual se inscreveriam²⁰⁸. Esse esforço foi regulamentado de forma fraca e foi interrompido quando o país mergulhou em uma profunda crise econômica em 2001²⁰⁹, o que levou a um desemprego generalizado e à perda de cobertura formal para muitos.

Isso abriu caminho para que as transferências condicionais de saúde do nível federal se tornassem uma forma de criar cooperação e fazer cumprir padrões. A partir de 2004, foi introduzido um novo programa federal de saúde para melhorar o atendimento à população sem seguro. Um dos principais componentes desse programa foi o Plan Nacer (mais tarde renomeado Sumar), um programa de financiamento baseado em resultados que envolvia recursos federais adicionais alocados às províncias para a compra de um pacote de serviços de saúde de provedores públicos. Ele dependia do cumprimento de algumas metas²¹⁰. O foco era a saúde materno-infantil, já que 65% das crianças não tinham cobertura de saúde na época. Devido à sua posição fiscal mais forte, as províncias mais ricas foram mais relutantes do que as mais pobres em concordar²¹¹.

Esse foi o primeiro programa nacional na Argentina a introduzir um pacote de seguro-saúde público em nível provincial²¹². O Plan Sumar foi associado a resultados positivos na área da saúde, melhorou a coordenação entre os governos federal e provincial, aprimorou as funções de administração do Ministério da Saúde e facilitou a harmonização entre vários programas gerenciados nacionalmente²¹³.

A partir de 2018, foram feitos esforços para usar esse programa como uma plataforma para reforçar os esquemas de seguro público nas províncias por meio de subsídios direcionados em áreas prioritárias, com o objetivo de reduzir as disparidades, harmonizar os padrões e aprimorar a atenção primária²¹⁴, atingindo 16 milhões de pessoas em áreas como saúde sexual, prevenção do câncer, e doenças não

transmissíveis²¹⁵. A capacitação em nível local e a criação de um esquema de auditoria robusto foram apontadas como aspectos relevantes do sucesso²¹⁶.

Em suma, com o passar do tempo, o Ministério da Saúde tornou-se mais capaz de impactar a política provincial e expandir a cobertura universal de saúde efetiva²¹⁷ com o uso de transferências condicionais extras²¹⁸. Não está claro até que ponto isso atenuou a fragmentação geral e há desafios contínuos relacionados à manutenção do compromisso e da conformidade entre todas as partes interessadas relevantes²¹⁹. No entanto, o que está claro é que, mesmo partindo de uma posição de fragmentação, as transferências condicionais e a construção de metas, processos, e estruturas administrativas compartilhadas podem ser aprimoradas ao longo do tempo e contribuir para melhores resultados de saúde.

- **Cuidado baseado em valor na Argentina**

O Plan Sumar é um passo em direção aos modelos de pagamento baseados em valor²²⁰, vinculando explicitamente o financiamento aos resultados e incentivando o aprendizado dentro do sistema com aqueles que tem os melhores desempenhos²²¹. A Argentina também tem uma estratégia digital em vigor com uma meta declarada de interoperabilidade e unificação de registros eletrônicos de saúde²²², um passo promissor para o desenvolvimento de sistemas de dados digitais.

Até 2020²²³, novas tecnologias poderiam ser incorporadas à lista de serviços cobertos e financiados sem avaliação de benefícios²²⁴, o que representa um desafio para a transição para sistemas de saúde de alto valor. Em 2018, foi criada a CONETEC (Comissão Nacional de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Excelência Clínica)²²⁵. Sua função é considerar as dimensões “éticas, médicas, econômicas e sociais” na avaliação de tecnologias usadas no sistema de saúde e pode estabelecer requisitos obrigatórios, representando uma ferramenta em potencial a ser usada na direção de sistemas de saúde de maior valor²²⁶.

Em um sentido mais amplo, espera-se que a alta fragmentação do sistema de saúde argentino apresente desafios significativos para a ampliação dos componentes dos modelos de sistemas de saúde de alto valor, incluindo linhas de cuidado integradas com serviços agrupados, modelos de pagamento baseados em valor, compras baseadas em valor e redes integradas de provedores.

Coordenação no Reino Unido: o desafio de integrar a saúde e outros setores de cuidados



Indicador de saúde da população	Dados do país (2009 vs. 2019)	
	2009	2019
População total (milhões)	62,3	66,8
População com 65 anos ou mais (% da população total)	16%	19%
Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres)	Homens: 6 Mulheres: 5	Homens: 5 Mulheres: 4
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	10,05	9,96
Expectativa de vida saudável (HALE) (homens/mulheres)	Homens: 68,7 Mulheres: 70,2	Homens: 69,6 Mulheres: 70,6
Coeficiente de Gini de desigualdade de tempo de vida (homens/mulheres)	Homens: 0,10 Mulheres: 0,09	Homens: 0,10 Mulheres: 0,08
Índice de cobertura de serviços UHC	83	87
As 3 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Homens/Mulheres)	Homens 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Cânceres de traqueia, brônquios e pulmão 3. Doença pulmonar obstrutiva crônica	Homens 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Mal de Alzheimer e outras demências 3. Doença pulmonar obstrutiva crônica
	Mulheres 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Derrame 3. Dor nas costas e no pescoço	Mulheres 1. Mal de Alzheimer e outras demências 2. Dor nas costas e no pescoço 3. Doença pulmonar obstrutiva crônica

PUBLIC



PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- O caso do Reino Unido mostra que a importância fundamental dos determinantes sociais da saúde, como as condições de vida e a educação, exige a coordenação da assistência à saúde com outras áreas para garantir melhores resultados de saúde e maior equidade
- Uma reforma do NHS chamada "Health and Care Act", que busca maior integração entre a assistência à saúde e outros setores, ilustra os desafios de medir os desfechos e alinhar os incentivos quando organizações com diferentes propósitos públicos estão buscando colaborar
- Essa reforma do NHS também aponta para os diferentes componentes complementares que facilitam a coordenação, como uma cultura de cooperação e instrumentos legais para execução e responsabilização

O Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido é um exemplo de um sistema Beveridgeano que passou por várias reformas ao longo dos anos. Em julho de 2022, uma mudança significativa na prestação de serviços de saúde²²⁷ foi inaugurada com o estabelecimento legal de 42 sistemas de atendimento integrado (ICSs) na Inglaterra. Esses sistemas, cada um abrangendo populações de cerca de 500.000 a 3 milhões de pessoas, se tornaram legalmente obrigatórios²²⁸, formalizando e expandindo um arranjo que existia desde 2016²²⁹, operando principalmente por meio de mecanismos de "soft power"²³⁰. A última frase indica que, até agora, os líderes do sistema se baseavam mais em sua autoridade pessoal e informal, construída por meio de relações de confiança de longa data, do que em mecanismos formais e coercitivos de aplicação²³¹.

O principal objetivo desses ICSs é direcionar as organizações de saúde e assistência médica para uma estratégia de longo prazo focada na redução das desigualdades, visando as áreas mais carentes, aumentando o valor da prestação de serviços de saúde e ajudando o NHS a apoiar um desenvolvimento mais amplo²³². Embora esses objetivos não sejam novos e tenha havido várias reformas do NHS nesse sentido, a proposta dos ICSs é considerada a maior reformulação do sistema em uma década e reorienta o NHS de uma ênfase recente na concorrência para uma ênfase na colaboração²³³. O objetivo da reforma é melhorar a coordenação e os resultados de saúde.

Uma estrutura dual apoia os ICSs em suas funções. Em um nível mais baixo, os conselhos de atendimento integrado (ICBs) são responsáveis pelo planejamento e pela execução dos serviços de saúde em uma determinada área, gerenciando o orçamento do NHS e trabalhando com os provedores locais, e são responsáveis perante o NHS England. Em um nível mais alto, dentro da mesma área, os comitês denominados Integrated Care Partnerships (ICPs) são responsáveis pela estratégia, reunindo todos os parceiros que contribuem para os resultados de saúde e o bem-estar nessa área, como os serviços de bombeiros e os relacionados à habitação, policiamento, educação, e outros.

Os benefícios previstos dessa reforma precisarão de tempo para se concretizar. Uma questão abrangente diz respeito aos limites da lei como uma ferramenta para impor a coordenação²³⁴. Embora a coordenação institucional seja incentivada e legalmente obrigatória, os resultados da reforma dependerão, em grande parte, da criação de uma cultura de colaboração e confiança, como ocorria no sistema anterior, embora a intenção agora seja que essa confiança seja mais institucional do que individual.

A reforma também depende em grande parte da implementação local²³⁵, que é influenciada por fatores materiais que vão além da disposição e da capacidade de coordenação. Esses fatores incluem o número de organizações que operam em uma determinada área e as diferenças na forma como operam. Gerenciar muitas organizações que operam de maneiras muito diferentes provavelmente tornará a implementação mais lenta e complexa²³⁶. Além disso, há uma enorme variação nas necessidades de saúde e nos recursos disponíveis, como equipe e infraestrutura, entre diferentes ICSs²³⁷.

A flexibilidade é fundamental para a reforma e a variação é esperada, já que diferentes ICSs têm diferentes pontos de partida e níveis de maturidade. No entanto, existe a preocupação de que essa variação possa implicar em um trade-off com a responsabilização²³⁸, tanto com parceiros locais quanto com órgãos nacionais²³⁹. Em outras palavras, uma das preocupações é garantir que a flexibilidade não implique o enfraquecimento dos padrões de transparência e responsabilidade.

A natureza dessa reforma também remete à discussão sobre os custos e benefícios relativos da coordenação mencionados anteriormente neste relatório. Há preocupações em relação à capacidade e ao apetite para orientar o NHS em direção a esforços

colaborativos e formas alternativas de trabalho²⁴⁰ em um momento em que ele está enfrentando uma pressão significativa em termos de recursos, financiamento e capacidade²⁴¹, e as listas de espera para os pacientes estão perto de máximos históricos²⁴² (em parte devido a atrasos em procedimentos eletivos que foram paralisados durante a pandemia da COVID-19).

A reforma dos ICSs destaca o desafio de longa data no NHS de promover e reforçar a coordenação entre a saúde pública e os diferentes setores de atendimento para abordar a equidade e os determinantes sociais da saúde. Consolidar, formalizar, e expandir experiências bem-sucedidas de baixo para cima envolve tensões entre flexibilidade e padronização, além de questões sobre como os incentivos exigidos por lei e uma cultura de coordenação podem se reforçar ao invés de se enfraquecerem mutuamente. Por fim, as diferenças contextuais entre os ICSs – organizacionais, históricas, e relacionadas à saúde – devem significar diferentes níveis de expectativa de desempenho²⁴³, com apoio adicional direcionado, provavelmente necessário para garantir que as desigualdades na saúde sejam abordadas²⁴⁴.

- **Cuidado baseado em valor no Reino Unido**

O NHS do Reino Unido adotou a linguagem do cuidado baseado em valor em vários documentos e programas desde o início dos anos 2000²⁴⁵, com o País de Gales, em particular, colocando um foco significativo no valor como parte de sua estratégia de saúde²⁴⁶. No entanto, não há uma única definição e um único método acordado em todos os ICSs, com a implementação muitas vezes esporádica e com uma visão restrita de economia de custos e produtividade²⁴⁷.

Uma série de Atlas de Variação foi publicada pelo NHS England para estimular o debate sobre a variação injustificada da atividade de atendimento e dos resultados para os pacientes²⁴⁸. O Rightcare Program do NHS England, em vigor desde 2009, tem se concentrado no apoio a intervenções baseadas em evidências para garantir o valor²⁴⁹, identificando os motivos da variação, projetando melhores linhas de cuidado²⁵⁰ e garantindo que tratamentos desnecessários não sejam oferecidos aos pacientes²⁵¹.

De acordo com o relatório da Economist Intelligence Unit, o Reino Unido demonstra alto alinhamento com a saúde baseada em valor. Em geral, há uma evolução moderada em todos os aspectos da assistência médica baseada em valor que o relatório abrange, com

exceção da medição de resultados. Isso ocorre apesar da existência do sistema Quality and Outcomes Framework (QOF), que abrange uma série de aspectos, como a experiência do paciente e o gerenciamento de doenças crônicas, e recompensa os consultórios de GPs por um atendimento de maior qualidade. Por fim, esse relatório observa que, embora algumas dessas novas abordagens sejam impulsionadas principalmente pela pressão para cortar custos, elas contam com amplo apoio das partes interessadas do setor de saúde²⁵².

O *white paper* que lançou as bases para a política do ICS concentrou-se em “melhorar os resultados e o valor para os cidadãos”²⁵³ e na criação de sistemas baseados na população (por exemplo, um sistema para pessoas com diabetes tipo 2). Assim, o programa tem o potencial de impulsionar o NHS em direção a um sistema de saúde de alto valor em determinados aspectos da estrutura, como o componente de sistemas de dados digitais. Há requisitos e mecanismos de suporte, por exemplo, para garantir que as organizações em um determinado ICS atinjam um determinado nível de capacidade digital e estejam conectadas a um registro de atendimento compartilhado²⁵⁴, o que é relevante, considerando que, no Reino Unido, a digitalização do serviço de assistência social está significativamente atrasada em relação à saúde.

O programa também busca introduzir a comunicação obrigatória de resultados no nível de Places (esse é o nível intermediário no modelo de três níveis que organiza os ICSs e abrange populações de cerca de 250.000 a 500.000 pessoas, onde ocorrem parcerias entre organizações de saúde e outras organizações de atendimento)²⁵⁵. Esse é um caminho promissor para o componente de sistemas de medição de resultados da estrutura do sistema de saúde de alto valor.

No entanto, identificar as medidas e os métodos adequados para alcançar esses resultados é um dos maiores desafios da reforma²⁵⁶, pois há um incentivo para que as organizações se concentrem em seus próprios KPIs²⁵⁷, geralmente focados em processos. Uma abordagem que surge para preencher essa lacuna é o desenvolvimento de estruturas de resultados compartilhados que vinculem explicitamente as prioridades no nível Places com as do nível Sistema (a camada superior do modelo, que abrange populações de cerca de 500.000 a 3 milhões de pessoas), demonstrando como as medidas de processo influenciam as medidas de resultados, e o papel de cada instituição para alcançá-los²⁵⁸.

Coordenação na Arábia Saudita: reforma do sistema de saúde sob propostas de valor



Indicador de saúde da população	Dados do país (2009 vs. 2019)	
	2009	2019
População total (milhões)	28,5	35,8
População com 65 anos ou mais (% da população total)	2%	2%
Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres)	Homens: 13 Mulheres: 13	Homens: 8 Mulheres: 7
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	4,29	5,47
Expectativa de vida saudável (HALE) (homens/mulheres)	Homens: 61,9 Mulheres: 62,6	Homens: 63,8 Mulheres: 64,4
Coeficiente de Gini de desigualdade de tempo de vida (homens/mulheres)	Homens: 0,10 Mulheres: 0,10	Homens: 0,10 Mulheres: 0,09
Índice de cobertura de serviços UHC	69	72
As 3 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Homens/Mulheres)	Homens 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Quedas 3. Acidentes de trânsito	Homens 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Acidentes de trânsito 3. Quedas
	Mulheres 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Derrame 3. Condições neonatais	Mulheres 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Derrame 3. Doenças ginecológicas

PUBLIC

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- **A Arábia Saudita é um exemplo único de um país que está tentando promover uma grande reforma em seu sistema de saúde de acordo com diretrizes baseadas em valor, com foco na prestação privada**
- **O processo saudita ilustra o potencial e as deficiências da melhoria do valor em saúde por meio de uma abordagem nacional liderada centralmente**
- **Há desafios de capacidade estatal, adesão das partes interessadas, incentivos e coordenação envolvidos na tentativa de melhorar rapidamente o valor dos sistemas de saúde**

Atualmente, a Arábia Saudita está passando por uma reforma maciça de seu sistema de saúde, conhecida como Healthcare Transformation Program (Programa de Transformação da Saúde), tendo como princípio orientador o cuidado baseado em valor. Como havia uma escassez de avaliações independentes sobre a reforma até o momento da elaboração deste relatório, esta seção se baseia em grande parte no testemunho de atores familiarizados com o sistema e que trabalham nele.

Em 2021, a Arábia Saudita anunciou um plano para consolidar redes de prestadores de serviços de saúde em cerca de 20 *clusters* geograficamente definidos em todo o Reino, cada um com um a dois milhões de habitantes²⁵⁹. Os *clusters* visam integrar todos os níveis de atendimento e organizar a prestação de serviços e os orçamentos pela segmentação das populações necessitadas (como pessoas com um determinado tipo de diabetes, pessoas com dores nas costas, e assim por diante). O objetivo é duplo: tornar explícitos os *trade-offs* de valor alocativo dentro dos clusters e avaliar melhor o desempenho comparativamente entre os clusters²⁶⁰.

Essa iniciativa faz parte da Visão 2030, uma estratégia abrangente e de longo prazo anunciada em 2016 pela Arábia Saudita para melhorar o desempenho do governo e, ao mesmo tempo, promover o crescimento e diversificação econômicos. O Plano de Transformação da Saúde dá grande ênfase à privatização²⁶¹, com uma meta explícita de aumentar a participação privada nos gastos com saúde de 40% para 65% até 2030²⁶² e promover Parcerias Público-Privadas (PPPs). Em 2019, foi aprovada uma lei que abre o mercado de saúde para empresas de propriedade totalmente estrangeira²⁶³. Embora

ainda seja cedo para avaliar a estratégia, é provável que ela seja avaliada tanto pelo progresso das métricas econômicas quanto pela melhoria dos resultados de saúde.

O Plano de Transformação da Saúde é explicitamente orientado por uma abordagem baseada em valor²⁶⁴, destacando-se por seu forte foco no componente “mudança estratégica e ecossistema de inovação” da estrutura de sistemas de saúde de alto valor²⁶⁵. Melhorar o valor (contendo os custos e melhorando os resultados) é uma das três principais metas do Plano, juntamente com a melhoria da saúde (duração e qualidade de vida) e do atendimento médico (qualidade do serviço, desempenho, e responsabilidade)²⁶⁶. Embora sua abordagem de valor seja informada por estruturas articuladas por pesquisadores da Harvard Business School, da Universidade de Oxford e do Fórum Econômico Mundial, o Plano também desenvolveu e incorporou sua própria definição de valor, que enfatiza a saúde da população além da saúde individual, bem como o efeito dos resultados clínicos e de saúde nas relações familiares e comunitárias²⁶⁷.

Os documentos oficiais do Plano enfatizam de forma notável a integração entre a atenção primária e a especializada²⁶⁸, com *clusters* destinados a facilitar uma visão abrangente da saúde do ponto de vista do provedor, além de uma melhor experiência para o usuário²⁶⁹. Além disso, há menção à promoção de uma cultura de gestão²⁷⁰, um componente central em alguns modelos centrados em valor.

O Plano de Transformação da Saúde ainda está primariamente nos estágios de planejamento e implementação piloto, com dez de seus 14 projetos de PPP na fase “futura” do processo²⁷¹. Um dos principais focos iniciais da reforma foi organizacional, com um novo Centro de Seguro Nacional de Saúde destinado a desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento de um pacote de benefícios, que visa garantir a eficácia clínica e de custo das intervenções e servir como um novo pagador de saúde pública²⁷². O papel do Ministério da Saúde foi definido mais claramente do que no sistema anterior como regulador, com suas funções de prestação redirecionadas para entidades alternativas.

Outra área inicial de foco é a adoção de tecnologias digitais no sistema de saúde, com o recente avanço focado principalmente na digitalização dos registros dos pacientes. O perfil jovem da população saudita e o alto nível de alfabetização digital facilitam a adoção

generalizada de soluções digitais em nível populacional, embora persistam problemas de interoperabilidade em níveis de provedor e sistema²⁷³.

Os desafios para a implementação do Plano são agravados por problemas pré-existent no sistema de saúde saudita, como a escassez de profissionais de saúde²⁷⁴. A padronização e a integração das linhas de cuidado, por exemplo, estão sendo avançadas em conjunto com as operações diárias. No entanto, há um entendimento de que o estabelecimento de ciclos de melhoria da qualidade, cruciais para melhorar o valor, exigirá um novo conjunto de incentivos para a equipe clínica da linha de frente que poderia catalisar uma mudança de atitudes, passando de um foco na conformidade para um foco no impacto.

A alta proporção de profissionais médicos estrangeiros (cerca de dois terços dos enfermeiros e um terço dos médicos são imigrantes), juntamente com sua alta rotatividade, também pode representar um obstáculo significativo para a institucionalização de novas práticas por meio da rotinização e para a promoção de uma mudança cultural sistêmica e de longo prazo sem esforços consistentes e contínuos. De forma geral, a abordagem de cima para baixo adotada pelo Plano destaca a importância complementar do engajamento, da adesão local, e do gerenciamento de relacionamentos²⁷⁵.

Deve-se observar que, diferentemente de outros países, o interesse e abertura relativamente altos às reformas de valor em saúde na Arábia Saudita são moldados pela estrutura específica de seu mercado de saúde, que é composto por um pequeno número de grandes provedores e seguradoras privadas. Essas organizações têm a escala necessária para implementar reformas regulatórias complexas e vislumbrar oportunidades de redução e transferência de custos que aumentem sua lucratividade. Buscar a coordenação pode ser mais fácil quando há poucos atores envolvidos. A expectativa de crescimento contínuo é outro fator de interesse privado; espera-se que 8.200 leitos hospitalares sejam adicionados aos 78.000 leitos existentes até 2030, com a previsão de mais 20.000 leitos necessários até 2035²⁷⁶.

Em termos gerais, o caso da Arábia Saudita ilustra a possibilidade de explorar uma definição de valor adequada ao contexto específico de um país e usá-la como uma lente para a transformação do sistema, prestando atenção ao sequenciamento de forma que



cada etapa da reforma de valor facilite a próxima. Ele também destaca a importância da adesão das partes interessadas e do alinhamento dos incentivos na direção de um valor mais alto; a resistência ou a incompreensão da reforma pode ser prejudicial²⁷⁷, bem como a falta de capacidade técnica para a implementação. Ainda é incerto o grau e a velocidade com que os esforços iniciais podem ser sustentados à medida que ganham escala, especialmente porque algumas dessas iniciativas iniciais dependem de consultores externos²⁷⁸.

Por fim, esse caso destaca os complicados desafios de coordenação envolvidos na orientação de um sistema de saúde para aumentar a participação privada sob uma meta compartilhada e destaca que a busca de várias metas ao mesmo tempo (como aumentar a participação privada e melhorar os resultados de saúde) pode acarretar *trade-offs* durante a implementação. As PPPs na área da saúde geralmente exigem um monitoramento cuidadoso dos riscos²⁷⁹, e as experiências internacionais anteriores com a privatização da saúde recomendam cautela contra possíveis aumentos de custos, devido a uma mudança para uma lógica mais voltada para o lucro no sistema²⁸⁰.

EQUIDADE

A **equidade em saúde** é definida pela OMS como *“a ausência de diferenças evitáveis, injustas, ou remediáveis entre grupos de pessoas devido a suas circunstâncias sociais, econômicas, demográficas ou geográficas”*²⁸¹. Em outras palavras, a equidade em saúde é *“alcançada quando todos podem atingir seu pleno potencial de saúde e bem-estar”*²⁸².

Infelizmente, é fácil ilustrar até que ponto a equidade em saúde não é uma realidade, ou seja, a extensão das desigualdades em saúde. A expectativa de vida de uma criança no sul da Ásia, por exemplo, aumentou 13 anos entre 1970 e 2000, mas, durante o mesmo período, a expectativa de vida aumentou apenas 4 meses para uma criança na África Subsaariana. Essas inequidades podem ser notáveis mesmo dentro de limites geográficos rígidos²⁸³. A diferença na expectativa de vida entre os cidadãos pode chegar a quase 20 anos em um único bairro de Londres ou nos limites da cidade de Baltimore, nos Estados Unidos²⁸⁴. Essas diferenças são, em grande parte, determinadas por fatores que estão fora do sistema de assistência à saúde. Um paradigma de equidade em saúde, por exemplo, destaca o impacto de cinco áreas principais de políticas: serviços de saúde, segurança de renda e proteção social, condições de vida, capital social e humano e condições de trabalho²⁸⁵.

- **Equidade e igualdade na saúde**

A equidade em saúde é diferente da igualdade em saúde em dois aspectos. Enquanto as desigualdades em saúde podem ser identificadas objetivamente com dados, as inequidades em saúde são mensuráveis de forma menos direta, pois dizem respeito à existência de injustiça evitável. Assim, ao avaliar as desigualdades em saúde, os analistas podem detectar traços de uma provável inequidade. No nível da política, ignorar as disparidades significa correr o risco de exacerbá-las²⁸⁶. O enfrentamento das iniquidades em saúde aponta não apenas para o fornecimento de acesso igualitário à saúde, mas também para a dedicação de recursos e atenção específicos a grupos marginalizados, tanto na prestação de serviços de saúde quanto em outros setores que afetam os resultados de saúde, com o objetivo de nivelá-los efetivamente²⁸⁷. A abordagem “Saúde em Todas as Políticas (HiAP)” é apoiada pela Organização Mundial da Saúde²⁸⁸ e está atraindo cada vez mais atenção nos países do G20. Em essência, o HiAP usa uma lente de saúde para a tomada de decisões em todos os setores e áreas de políticas, buscando

sinergias entre eles e garantindo que todos promovam melhores resultados de saúde e equidade em saúde^{289,290}.

O foco na equidade pode, às vezes, apresentar atritos com os objetivos de igualdade. No caso das vacinas contra a COVID-19, por exemplo, inicialmente algumas propostas de distribuição se baseavam puramente no número de habitantes (ou seja, enfatizando a igualdade entre os cidadãos), o que foi rechaçado por não incorporar preocupações com a equidade²⁹¹, como por exemplo, a maior vulnerabilidade das pessoas idosas²⁹². O que pode ser visto como um tratamento “injusto” de uma perspectiva que enfatiza a igualdade pode ser considerado “justo” de um ponto de vista de equidade.

A equidade é, até certo ponto, uma preocupação de todos os sistemas de saúde, e vários países do G20 delinearão programas e estratégias que visam abordar a equidade em saúde em suas diferentes dimensões. O Plano Nacional de Saúde 2030 (HP2030) da República da Coreia, por exemplo, estabeleceu metas específicas de melhoria da equidade em saúde por renda e região^{293,294}. No México, as iniciativas de saúde reprodutiva têm sido uma prioridade de política com o objetivo de melhorar a equidade de gênero²⁹⁵ na saúde. A ênfase relativa de cada sistema de assistência social e de saúde nos resultados de equidade em relação a outras preocupações, como custo e eficiência²⁹⁶, depende dos valores e das características de cada sociedade²⁹⁷, referentes às concepções locais compartilhadas de justiça e às fontes de injustiças históricas e em curso em grupos sociais. Isso afeta a necessidade e o apoio disponível para políticas redistributivas^{298,299}.

Esta seção apresenta a meta de alcançar maior equidade como uma proposta moral e estratégica fundamental para os sistemas de saúde, intrinsecamente ligada a outras discussões importantes na saúde pública, incluindo valor, mudança climática, e inovação, e a realização das prioridades de saúde do G20, incluindo a cobertura universal de saúde. A equidade é um dos principais eixos da agenda de saúde do Brasil para o G20: de acordo com a Ministra da Saúde do Brasil, Nísia Trindade, “*é uma prioridade transversal a todas as outras; mais do que uma prioridade, é um princípio*”³⁰⁰.

- **Equidade e valor**

Embora o valor possa ser interpretado de forma restrita, com foco no “retorno do investimento”, as propostas de valor sempre enfatizaram que o foco adequado é a população necessitada e não, de forma mais restrita, os pacientes que estão sendo

tratados. Uma perspectiva restrita apenas ao valor econômico também deixa de lado as dimensões do valor pessoal e social enfatizadas no referencial da UE.

Nesta seção, expandimos esses aspectos do valor e discutimos seu equilíbrio com as proposições de valor econômico e as metas de cobertura universal de saúde. A incorporação de valores sociais nos mecanismos de precificação da saúde dá origem ao ceticismo de que eles são difíceis de medir e, portanto, vulneráveis a considerações *ad hoc*, o que frequentemente é o caso. Os filósofos contemporâneos de políticas públicas concordam que isso não deve reduzir sua importância³⁰¹.

Valor pessoal

A dimensão do valor pessoal no referencial da UE enfatiza que o tratamento é apropriado quando atinge os objetivos pessoais dos pacientes. Isso implica em uma tomada de decisão compartilhada com base em uma compreensão clara dos danos e benefícios envolvidos em cada opção de tratamento, incluindo a ausência de tratamento³⁰².

Nesse caso, poderia surgir uma possível tensão entre o valor pessoal e o valor alocativo, já que um ganho marginal de saúde ou um pequeno aumento na expectativa de vida pode ser desejável em nível individual, mas pode ser menos desejável em nível social, devido aos trade-offs envolvidos na alocação do orçamento de saúde (em que os fundos poderiam ser empregados para proporcionar muito mais anos de vida saudável a outras pessoas)³⁰³. Dito isso, nem sempre surgem tensões, pois os pacientes que estão mais envolvidos na tomada de decisões clínicas nem sempre escolhem os tratamentos mais caros³⁰⁴ e, portanto, nem sempre são um fator de custo.

Outra tensão em potencial diz respeito à equidade: se o valor pessoal for definido em termos puramente subjetivos, ele refletirá as preferências e expectativas individuais que provavelmente são moldadas pelo grupo social no qual o indivíduo está situado. Alguns grupos de pessoas terão aprendido a esperar mais do que outros e, muitas vezes, aqueles que já estão em melhor situação esperam mais. Assim, o valor pessoal pode corroer a equidade ao atender as preferências individuais na mesma medida e pode consolidar ainda mais as hierarquias socioeconômicas por meio de níveis divergentes de cuidado. A primazia do valor pessoal também é desafiada pela injustiça epistêmica no

setor de saúde, ou a noção de que o testemunho de alguns subgrupos de pessoas doentes é sistematicamente subvalorizado e afetado por estereótipos negativos³⁰⁵.

No entanto, com essas preocupações cuidadosamente consideradas, os gestores de sistemas de saúde são amplamente incentivados a valorizar a perspectiva do paciente, já que os cidadãos muitas vezes lutam para navegar pelas diferentes e muitas vezes descoordenadas partes do sistema de saúde durante um único curso de tratamento, conforme observado anteriormente neste relatório.

Valor social

O papel do valor social, definido como a contribuição da assistência à saúde para a participação e conectividade social, ficou evidente durante a pandemia da COVID-19. A proeminência da saúde aumentou durante esse período, bem como a perspectiva de que a saúde é um valor tanto “intrínseco” (um bem em si) quanto “extrínseco” (considerado bom porque permite a obtenção de outros valores). 1

A ligação entre o valor social e a confiança é fundamental para ser explorada nesse contexto. De acordo com estudos sobre o período pandêmico, os países com alto grau de confiança interpessoal (ou seja, confiança entre estranhos, às vezes também chamada de “confiança generalizada”) tiveram uma adesão mais consistente às medidas de proteção ao longo do tempo e exigiram restrições comportamentais rígidas por um período mais curto³⁰⁶. Os países no quartil mais alto de confiança interpessoal passaram 30% menos tempo sujeitos a fortes restrições (um índice de rigor superior a 70 nas medidas do OxCGRT) e tiveram metade das mortes per capita, em comparação com os países no quartil inferior³⁰⁷.

A confiança social parece ser substancialmente importante no contexto da pandemia porque para as pessoas enxergarem um propósito em suportar os custos do isolamento físico logicamente, isso exige que acreditem que esses esforços ajudarão a lidar com a disseminação da doença, o que, por sua vez, exige a confiança de que outras pessoas em seu país ou comunidade também ficarão em casa. A confiança social é um elemento amplamente não reconhecido, mas ainda assim importante, da preparação para pandemias, pois reduz as barreiras para resolver o problema da ação coletiva e, no caso de uma pandemia, facilita a criação do bem público de uma taxa de infecção mais baixa.

Enfatizar o valor social da saúde, principalmente ao incentivar a promoção da equidade por meio dos sistemas de saúde, é promissor para aumentar a confiança social e o sentimento de conexão entre os cidadãos. Esses fatores, por sua vez, reforçam não apenas a preparação para pandemias, mas também outras formas de robustez social relevantes para a superação de problemas associados aos determinantes sociais da saúde. Esses *insights* sobre como as sociedades se saíram durante a pandemia da COVID-19 demonstram que os aspectos intangíveis do cuidado baseado em valor são frequentemente algo crítico a ser entendido e trabalhado pelos formuladores de políticas.

- **Equidade e UHC**

A equidade é um conceito distinto da cobertura universal de saúde, definida pela OMS como pessoas terem *“acesso a toda a gama de serviços de saúde de qualidade de que precisam, quando e onde precisam, sem dificuldades financeiras”*³⁰⁸. Eliminar o risco de falência na área da saúde não é apenas uma meta política digna por si só, mas também um fator da melhora da equidade e dos desfechos em saúde. De fato, há evidências de que o estresse das dívidas médicas e seus riscos financeiros associados afetam negativamente a saúde de várias maneiras – desde o aumento da pressão arterial e do estresse crônico até o fato de as pessoas não procurarem atendimento adicional para todos os tipos de problemas de saúde, por medo de aumentar seu fardo financeiro³⁰⁹.

No entanto, é preciso enfatizar que os resultados da equidade na saúde também serão significativamente influenciados por fatores que estão além do alcance imediato dos sistemas de assistência à saúde, incluindo emprego, moradia, nível de escolaridade, gênero, raça e outros, conhecidos como determinantes sociais da saúde. Considerando isso, ter um sistema de Cobertura Universal de Saúde (UHC, na sigla em inglês) ainda é amplamente benéfico para os resultados de saúde³¹⁰ e, muitas vezes, uma etapa essencial para se obter um progresso substancial em direção à equidade na assistência à saúde^{311,312}.

As especificidades do desenho e da implementação do UHC são importantes nesse sentido, conforme observado na seção de coordenação. O Brasil, por exemplo, possui um dos maiores sistemas universais de saúde do mundo e, ainda assim, aproximadamente 27 milhões de pessoas, ou 12% da população, residem em 2.775 municípios com pouca ou nenhuma assistência ambulatorial ou hospitalar disponível³¹³. A infraestrutura de saúde está fortemente concentrada em algumas grandes capitais e

idades maiores, resultando em uma distância média de 72 quilômetros para atendimento médico e 150 quilômetros para cirurgias ou outros procedimentos³¹⁴.

Há uma grande variação indesejada e injustificável no cuidado em todo o Brasil, caracterizada tanto pelo uso excessivo quanto pelo uso insuficiente, que pelo menos em parte não pode ser atribuída às preferências do paciente ou a fatores externos ao sistema de saúde³¹⁵. Relatórios da sociedade civil indicam que as diretrizes nacionais para o tratamento do câncer, por exemplo, muitas vezes não são seguidas, resultando em níveis desiguais de cuidado em diferentes jurisdições³¹⁶. Existem disparidades semelhantes no Reino Unido e em outros países com sistemas universais de saúde, nos quais há desigualdades amplamente documentadas no acesso e na qualidade³¹⁷. O nível de cuidado de baixo valor representa um desafio para a sustentabilidade dos sistemas universais de saúde³¹⁸, no sentido de que os recursos limitados, sob pressão de vários lados, continuam comprometidos com intervenções que não estão produzindo os resultados desejados. O uso excessivo de serviços médicos, amplamente documentado e muitas vezes nocivo, contribui para o problema da sustentabilidade³¹⁹ e, ao mesmo tempo, tem um papel no aumento das desigualdades na área da saúde³²⁰.

Progresso rumo à UHC

Alcançar a cobertura universal de saúde até 2030 é uma das metas descritas no objetivo 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs)³²¹ e tem sido um tema de destaque no G20 desde a criação do HWG³²². No entanto, o progresso tem sido lento e não está no caminho certo para atingir a meta. A medida de cobertura de serviço oficial (combinando 14 métricas de cobertura em um único sumário)³²³ aumentou de 45 para 68 entre 2000 e 2018, com seu estabelecimento como um ODS fornecendo uma estrutura comum³²⁴, combinada com fatores como o aumento do financiamento interno³²⁵ e demandas social ligada à democratização³²⁶. No entanto, a maior parte desse progresso ocorreu antes de 2015, e não houve ganhos significativos desde 2019³²⁷, coincidindo com o período em que a COVID-19 estressou os sistemas de saúde em todo o mundo e tornou a expansão da cobertura ainda mais desafiadora³²⁸. Em 2021, aproximadamente 57% da população mundial não estava totalmente coberta por serviços de saúde³²⁹.

O compromisso político é fundamental para o avanço da UHC, mas mesmo em países dedicados a essa meta, o processo pode ser demorado³³⁰. Há uma falta de consenso sobre como organizar e sequenciar as reformas nessa direção, com alguns países

perseguindo várias estratégias concomitantes³³¹. Da mesma forma, muitos países não estão apenas buscando imitar modelos preexistentes do tipo Beveridge ou baseados em seguro, mas sim criando modelos novos e híbridos.

A ampliação da cobertura de saúde para grupos mais pobres e marginalizados geralmente requer uma combinação de liderança política e mobilização social. Embora a pandemia da COVID-19 tenha desestruturado os sistemas de saúde em todo o mundo e, em muitos casos, tenha interrompido reformas enquanto os sistemas lutavam para lidar com a situação, ela também apresentou uma oportunidade ao ampliar a saliência da saúde na agenda política. De fato, compromissos significativos com a UHC e reformas nesse sentido são frequentemente adotados em momentos de crise³³². Esse foi o caso dos sistemas pós-guerra no Japão, na França, e no Reino Unido, e das reformas voltadas para a UHC em Ruanda após o genocídio de 1994³³³. No Brasil, as origens do SUS podem ser remontadas ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que surgiu em meio à luta contra a ditadura na década de 1970 e defendeu com sucesso a inclusão do direito à saúde na Constituição de 1988. Países como a Tailândia e a Indonésia também avançaram na direção da UHC após a crise econômica asiática do final da década de 1990.

Aqui, vale a pena destacar que os avanços no acesso equitativo podem ocultar dinâmicas subjacentes que vão contra os objetivos de equidade. Se os recursos limitados do governo forem inicialmente alocados para fornecer cobertura de saúde para indivíduos em faixas de renda mais altas, que já estavam pagando por esses serviços, essa abordagem poderá reduzir a equidade dos gastos do governo, antes que os grupos mais pobres sejam adicionados³³⁴. Essas tensões enfatizam a importância de promover a equidade como uma escolha consciente e deliberada dos políticos e formuladores de políticas públicas.

Isso poderia envolver a reavaliação da forma como o progresso é medido, introduzindo metas de “trampolim” juntamente com as metas de UHC; essas metas adicionais podem se concentrar na redução da desigualdade nas taxas de mortalidade entre grupos de renda específicos na parte inferior ou superior da distribuição, incentivando os esforços para garantir que as iniciativas de UHC promovam a equidade ao longo do tempo³³⁵. Priorizar a atenção primária é sensato, pois essa área oferece retornos significativos na melhoria dos resultados de saúde equitativos³³⁶, algo que a experiência do Brasil com o

SUS ilustra. Em todos os casos, o compromisso político com o avanço da UHC e da equidade de forma harmonizada e integrada é fundamental.

Quando o foco da política está em aumentar a cobertura, o valor pode cair na lista de prioridades, mas é exatamente nesse ponto que ele pode oferecer uma orientação importante. É aconselhável concentrar-se nos "desfechos que mais importam", um componente essencial da assistência à saúde baseada em valor, especialmente quando há escolhas difíceis de priorização. Isso significa segmentar populações, compreendendo suas preferências em termos de tratamentos e resultados^{337,338}.

Os países que não estão buscando uma transição para a UHC como meta ainda podem se esforçar para obter maior equidade na saúde de várias outras maneiras. Entre elas estão a abordagem dos determinantes sociais da saúde, o investimento em serviços gratuitos de atenção primária, como a imunização, e a melhoria da infraestrutura de saúde e dos mecanismos de compartilhamento de informações. A próxima seção deste relatório contextualiza ainda mais a equidade na saúde, examinando sua relação com a inovação e a mudança climática, dois fenômenos proeminentes na agenda do G20:

❖ **Desafios emergentes para a equidade na saúde**

Inovação

A presidência brasileira do G20 definiu a “equidade no acesso às inovações em saúde” como uma de suas principais prioridades em saúde. Isso é oportuno, em parte devido às grandes inequidades nessa área observadas durante a pandemia da COVID-19, que diferentes regiões do mundo e diferentes grupos sociais dentro de cada região vivenciaram de maneiras dramaticamente diferentes.

Erros iniciais de contenção em um pequeno número de países, em sua maioria ricos, fizeram com que o vírus se espalhasse mais rapidamente por todas as regiões do planeta³³⁹, exigindo políticas mais rigorosas do que seriam necessárias de outra forma. Quando as vacinas foram inicialmente aprovadas e o fornecimento era escasso, a distribuição favoreceu fortemente os países mais ricos. Embora 73% da população mundial em geral tenha recebido pelo menos uma dose da vacina, apenas 33% das pessoas em países de baixa renda receberam, até dezembro de 2023³⁴⁰. Inovações como as vacinas contra a COVID-19 podem afetar profundamente propostas de valor e

equidade de formas profundas. Os formuladores de políticas públicas talvez queiram considerar três aspectos principais da interação entre inovação e equidade.

O primeiro aspecto a ser considerado é que o acesso dos cidadãos à tecnologia e à inovação em saúde moldará cada vez mais os desfechos de saúde, um componente central das propostas de valor. O acesso à internet foi identificado como um “superdeterminante da saúde”³⁴¹, com um papel muito maior nos desfechos de saúde do que muitos outros fatores. Alguns dos efeitos são diretos, com a exclusão digital impedindo que as pessoas tenham acesso a informações sobre saúde, por exemplo, e outros são indiretos, dificultando que pessoas sem internet busquem e encontrem emprego, por exemplo, o que geralmente é benéfico para a saúde. Mais de um terço da população mundial ainda estava *offline* em 2021³⁴², e essa exclusão digital continuará tendo um grande impacto na saúde.

O segundo aspecto a ser considerado é que, mesmo quando o acesso à inovação é equitativo, seu impacto pode variar significativamente entre diferentes grupos. Por exemplo, durante a pandemia da COVID-19, os dispositivos para medir o oxigênio no sangue mostraram-se menos precisos para determinados grupos minoritários, afetando o diagnóstico e os encaminhamentos de tratamento subsequentes³⁴³. Os ensaios clínicos geralmente não têm diversidade na representação racial, o que leva a resultados que nem sempre são diretamente generalizáveis para populações minoritárias³⁴⁴.

Além disso, preconceitos raciais foram detectados em algoritmos usados por sistemas de assistência à saúde, resultando em discriminação sistemática contra pessoas de cor³⁴⁵, um problema que provavelmente será exacerbado com a crescente centralidade dos sistemas de inteligência artificial³⁴⁶. A criação de equipes diversificadas, o aprimoramento das estruturas legais, a defesa de padrões éticos, e a promoção de maior transparência de dados são estratégias para mitigar esse problema³⁴⁷.

A terceira consideração gira em torno das implicações financeiras da adoção de novas tecnologias. As novas inovações médicas geralmente são caras e podem desafiar a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde. A tecnologia tem sido um forte impulsionador dos gastos com saúde, que ultrapassaram a inflação geral desde, pelo menos, a crise financeira de 2008³⁴⁸. As estruturas de Avaliação de Tecnologias em Saúde (HTA) podem ajudar a garantir que novas tecnologias sejam introduzidas somente quando agregarem valor³⁴⁹. No entanto, a tecnologia também pode gerar benefícios de economia de custos. O uso da telemedicina se expandiu durante a pandemia da COVID-

19³⁵⁰, rompendo a resistência anterior. Esses países incluem o Brasil, onde o processo de regulamentação foi acelerado³⁵¹. Contudo, a tendência é evidente globalmente, e as soluções digitais de saúde em geral ganharam força durante a pandemia³⁵².

Os sistemas de dados digitais são um dos dez componentes dos sistemas de saúde de alto valor e uma condição necessária para medir e consolidar os desfechos³⁵³, que, por sua vez, são uma condição necessária para outros componentes da estrutura. A saúde digital é uma prioridade da presidência brasileira e um foco importante no G20, com objetivos estratégicos delineados em torno da transferência de conhecimento, implementação de estratégias nacionais, governança em diferentes níveis administrativos, e a defesa de abordagens centradas nas pessoas³⁵⁴.

Mudança climática

À medida que os impactos da mudança climática se tornam cada vez mais claros e a questão ganha destaque no discurso internacional, há um aumento nas pesquisas acadêmicas e iniciativas políticas que examinam a relação entre a mudança climática e a saúde. Alguns afirmam que as mudanças climáticas representam a principal ameaça à saúde global em todo o mundo³⁵⁵. As negociações da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC) durante a COP26 em 2021 promoveram um programa de saúde pela primeira vez. Foram feitos acordos entre as partes com relação a tornar os sistemas de saúde resilientes ao clima, mais sustentáveis, e menos intensivos em carbono³⁵⁶.

Aqui, vale a pena lembrar nosso ponto inicial sobre a coordenação aprimorada ser um elemento-chave para tornar os sistemas de saúde robustos (capazes de suportar e se recuperar de choques) e resilientes (não apenas fortes, mas adaptáveis)³⁵⁷. A estrutura de resiliência climática da Organização Mundial da Saúde enfatiza que, em vez de qualquer componente do sistema de saúde isoladamente, a resiliência às mudanças climáticas será definida precisamente pela “função coordenada de todos os componentes”³⁵⁸.

As implicações das mudanças climáticas para a saúde são multifacetadas. O aumento das temperaturas contribui diretamente para as mortes relacionadas ao calor, enquanto a pior qualidade do ar afeta a saúde respiratória. Eventos climáticos extremos resultam em mortes e aumentam a prevalência de doenças transmitidas pela água, assim como a contaminação da água. Além disso, a mudança climática leva à perda de infraestrutura de saúde e interrompe o acesso à assistência médica, entre uma série de consequências diretas e indiretas³⁵⁹.

Esses impactos não são distribuídos de forma equitativa entre as populações. Da mesma forma que as pequenas nações insulares são algumas das mais vulneráveis ao aumento do nível do mar, as comunidades marginalizadas dentro dos países são normalmente mais expostas aos riscos à saúde relacionados ao clima, incluindo minorias raciais, imigrantes, e comunidades indígenas³⁶⁰. Isso se deve a fatores como segregação geográfica e desigualdades estruturais que tornam esses grupos menos capazes de acessar recursos³⁶¹ e mais expostos a fatores de vulnerabilidade, como moradia precária³⁶² e maior probabilidade de trabalhar em empregos vulneráveis. Os idosos e as

crianças também correm um risco maior devido a razões relacionadas à idade que os tornam mais sensíveis às mudanças ambientais relacionadas ao calor ou ao clima extremo.

Em suma, os impactos da mudança climática devem tornar mais complexas e proeminentes as implicações relacionadas à equidade e valor descritas anteriormente neste relatório, levando a repensar as formas de medir e abordar seus impactos. Estão surgindo exemplos de países que incorporam essas preocupações de forma integrada em suas estruturas administrativas. Em 2021, por exemplo, os Estados Unidos estabeleceram um Escritório de Mudanças Climáticas e Equidade na Saúde³⁶³ com este objetivo.

As mudanças nos padrões de temperatura e precipitação também afetam os habitats, a prevalência, e a distribuição de animais vetores, que são um fator de risco para várias doenças. Isso é destacado pela perspectiva “Uma Só Saúde”, que reconhece a interdependência da saúde dos seres humanos, das plantas, dos animais e do ambiente mais amplo e a necessidade de equilibrá-los e abordá-los de forma integrada³⁶⁴. Embora inicialmente proposta no contexto das doenças SARS e H5N1 em 2003-2004³⁶⁵, a abordagem Uma Só Saúde ganhou destaque mais recentemente devido à pandemia da COVID-19. Existe um Plano de Ação Conjunta do Uma Só Saúde das Organizações Quadripartites (FAO, PNUMA, WOA e OMS) em vigor para o período de 2022 a 2026³⁶⁶, que descreve seis linhas de ação em áreas como epidemias zoonóticas, resistência antimicrobiana, e segurança alimentar.

Recentemente, o Brasil oficializou o dia “Uma Só Saúde”³⁶⁷, celebrado em 3 de novembro, e tem características que o tornam um nexó óbvio para o tópico: sua extensa biodiversidade, particularmente na região amazônica, e a necessidade associada de gerenciar e monitorar doenças com potencial zoonótico³⁶⁸. Positivamente, há um legado de treinamento e infraestrutura física associado ao monitoramento genômico da COVID-19 no Brasil que pode ser aproveitado para essa finalidade³⁶⁹. No entanto, a abordagem Uma Só Saúde é explicitamente holística e, portanto, exige um alto nível de coordenação entre os órgãos governamentais que não está bem estabelecido no Brasil, especialmente na relação entre os Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente³⁷⁰ (bem como entre os departamentos de saúde ao longo do sistema descentralizado, paralelamente aos desafios descritos na primeira seção).



Um dos focos de atenção é a coordenação entre o sistema de saúde voltado para a vigilância de ameaças à saúde e o sistema responsável pelo cuidado direto, que, historicamente, têm sido frequentemente isolados. Sua coordenação aprimorada será necessária para responder de forma mais rápida e eficaz às novas ameaças, no caso do Brasil e de outros países.

Deve-se observar que o setor de saúde contribui com cerca de 4% das emissões de carbono em todo o mundo, e mais do que o dobro desse número nos países industrializados³⁷¹. As iniciativas para lidar com esse impacto e tornar os sistemas de saúde mais sustentáveis são importantes na transição mais ampla para sociedades com menor intensidade de carbono. Elas têm grande potencial para serem harmonizadas com os esforços para reduzir o desperdício e aumentar o valor.

A próxima seção explora dois exemplos de países que ilustram muitas das preocupações com a equidade descritas até agora: a Indonésia, um grande país em desenvolvimento que está se movendo rapidamente em direção à UHC; e a Itália, um país em que a regionalização da saúde tem desempenhado um papel importante, mas que continua sendo desafiado pelas desigualdades persistentes.

Equidade em saúde na Indonésia: alinhamento das metas de equidade com a expansão da cobertura de saúde



Indicador de saúde da população	Dados do país (2009 vs. 2019)	
	2009	2019
População total (milhões)	240,9	269,6
População com 65 anos ou mais (% da população total)	6%	7%
Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres)	Homens: 38 Mulheres: 32	Homens: 26 Mulheres: 21
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	2,62	2,88
Expectativa de vida saudável (HALE) (homens/mulheres)	Homens: 60,4 Mulheres: 62	Homens: 61,9 Mulheres: 63,8
Coeficiente de Gini de desigualdade de tempo de vida (homens/mulheres)	Homens: 0,15 Mulheres: 0,14	Homens: 0,14 Mulheres: 0,13
Índice de cobertura de serviços UHC	42	56
As 3 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Homens/Mulheres)	Homens 1. Condições neonatais 2. Tuberculose 3. Derrame	Homens 1. Derrame 2. Doença cardíaca isquêmica 3. Tuberculose
	Mulheres 1. Derrame 2. Condições neonatais 3. Tuberculose	Mulheres 1. Derrame 2. Doença cardíaca isquêmica 3. Tuberculose

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- **A Indonésia atingiu um progresso notável em direção à cobertura universal de saúde, mas enfrenta dilemas e desafios comuns aos países que estão passando por esse processo**
- **A experimentação local e um maior envolvimento da sociedade podem fornecer *insights* úteis para o aprimoramento do sistema de saúde**
- **A expansão da infraestrutura, a disponibilidade de pessoal de saúde, a conscientização dos cidadãos sobre os serviços disponíveis e outros fatores serão fundamentais para a expansão da cobertura e para melhores resultados de saúde para além do mero cadastro**
- **As metas de equidade podem ser incorporadas à UHC da Indonésia em conjunto com a medição da expansão da cobertura de saúde, e serão importantes para a obtenção de melhores resultados para as populações mais vulneráveis**

A Indonésia, o quarto país mais populoso do mundo, tem sido citada como um "exemplo clássico" de expansão da cobertura de saúde, ostentando o programa de seguro de saúde que cresce mais rápido, e hoje o maior, do mundo³⁷². Embora haja menções ao direito à saúde na Indonésia desde a Constituição de 1945, os esforços em direção à UHC podem ser rastreados até os anos próximos à virada do milênio, quando uma maior proteção social para os mais pobres foi fornecida em resposta às consequências da crise econômica asiática de 1997, e um processo de descentralização de muitas responsabilidades do Estado foi iniciado em 2001³⁷³, incluindo a prestação de serviços de saúde, do governo central para o nível distrital.

A descentralização ocorreu gradualmente e no contexto da democratização, permitindo uma demanda social mais aberta por saúde. Ao mesmo tempo, a experimentação local com a elaboração de políticas levou a uma multiplicidade de abordagens, convergindo para um novo consenso, de programas ampliados de saúde como viáveis e politicamente populares³⁷⁴. A partir de 2005, o governo nacional criou um esquema

nacional de saúde que estabeleceu um pacote básico de serviços, embora os distritos fossem responsáveis pela prestação de serviços³⁷⁵.

A Indonésia optou por uma abordagem de cobertura única em vez de programas separados para populações diferentes, com compras e serviços provenientes de fornecedores públicos e privados³⁷⁶. Em 2011, foi promulgada uma legislação para fundir e consolidar cinco *pools* de risco pré-existent³⁷⁷, culminando com o lançamento do programa do Seguro Nacional de Saúde em 2014. O esquema tornou obrigatório o cadastro de todos os cidadãos e visava alcançar a cobertura universal de saúde até 2019³⁷⁸, embora a meta tenha sido posteriormente adiada para 2024³⁷⁹.

O caminho para a UHC engloba vários desafios na Indonésia e em outros países, incluindo a coordenação entre diferentes níveis de governo³⁸⁰, conforme descrito na seção anterior, sendo o financiamento uma questão importante. A Indonésia não solicita co-pagamentos de seus cidadãos para serviços no ponto de atendimento³⁸¹ e financiou a expansão da cobertura principalmente com contribuições de funcionários, empregadores, familiares, e aposentados, enquanto os 40% mais pobres não contribuem e têm seu seguro subsidiado por meio de impostos³⁸². Em 2009, uma nova lei determinou um gasto mínimo com saúde de 5% no orçamento nacional e 10% nos orçamentos locais, mas apenas cerca de metade dos distritos cumpriu essa exigência em 2020³⁸³.

A equidade é uma meta declarada do novo sistema de saúde³⁸⁴, e a análise inicial mostra melhorias na equidade do atendimento médico entre grupos, regiões, e entre trabalhadores formais e informais³⁸⁵. Os maiores ganhos foram sentidos entre os grupos mais pobres e vulneráveis³⁸⁶. A parcela de gastos diretos com saúde caiu de 45% em 2000 para 31,8% em 2020³⁸⁷, com os problemas de saúde se tornando menos propensos a levar à pobreza. Atualmente, apenas 3,62% da população da Indonésia gasta mais de 10% de sua renda em serviços de saúde³⁸⁸, o limite considerado "catastrófico" pela OMS, muito abaixo da média global e asiática.

No entanto, as disparidades persistem, sendo que os jovens, aqueles em áreas rurais, e os cidadãos com menos instrução têm menos probabilidade de ter seguro³⁸⁹. Uma análise de equidade constatou que os benefícios ainda favorecem desproporcionalmente as pessoas de alta renda porque a infraestrutura de saúde está concentrada em áreas de alta renda, onde as necessidades de saúde são menores³⁹⁰. Da mesma forma, o financiamento geral do sistema é levemente regressivo devido, em

parte, ao financiamento por meio de impostos indiretos, como o imposto sobre vendas, que afeta desproporcionalmente os pobres³⁹¹.

Apesar do grande progresso, a Indonésia demonstra que o acesso equitativo à saúde também depende da abordagem de várias questões relacionadas, inclusive a disponibilidade de profissionais médicos. A Indonésia tem 0,6 médico por 1.000 habitantes, menos da metade da média global de 1,5³⁹², mas leis recentes que facilitam a atração de médicos estrangeiros foram recebidas com protestos do setor médico³⁹³. Há também uma falta de conscientização da população sobre os serviços disponíveis, o que dificulta a triagem e a detecção precoce de doenças como câncer e tuberculose³⁹⁴, contribuindo para problemas de “letramento em seguros”, em que os mais pobres podem não acessar os serviços de saúde disponíveis devido à falta de conscientização³⁹⁵.

Os desafios na expansão da UHC também envolvem o equilíbrio entre abordagens preventivas e curativas para o sistema de saúde emergente. Apesar de uma população relativamente jovem, com uma idade média de 28,8 anos³⁹⁶, a Indonésia enfrenta altos índices de tabagismo e consumo de álcool, dietas pouco saudáveis³⁹⁷, e níveis insuficientes de atividade física³⁹⁸. O saneamento precário exacerba a carga de saúde que combina doenças infecciosas, não transmissíveis, e tropicais³⁹⁹. Faltam intervenções nas áreas de promoção da saúde, estilo de vida, e comportamentos específicos, como exercícios⁴⁰⁰, o que ressalta que sua estratégia de UHC poderia se beneficiar de uma abordagem mais holística da saúde.

O caso da Indonésia destaca como os três aspectos da estrutura de UHC – quem é coberto, quanto dos custos é coberto, e o que é coberto – interagem com a equidade e como os países podem concomitantemente incorporar métricas de equidade juntamente com as medidas mais tradicionais de UHC em áreas como o financiamento. A focalização eficaz dos grupos mais vulneráveis para garantir a equidade é um desafio contínuo em todos os sistemas de saúde, que se torna ainda mais relevante quando os recursos são escassos.

A louvável decisão da Indonésia de buscar a UHC também ilustra o papel da democratização e da pressão social na criação de apoio público para a expansão da cobertura, com o apoio de burocracias ativas. Ela também aponta para os benefícios da experimentação e da inovação locais na promoção de modelos de atendimento que podem ser adotados e aprimorados posteriormente pelos governos nacionais⁴⁰¹.

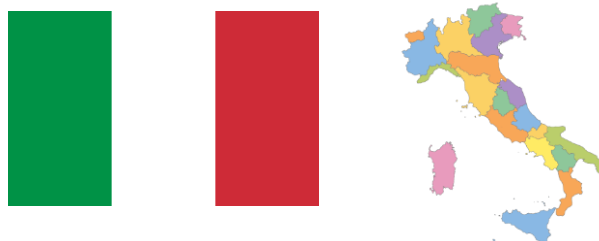
Na Indonésia, alguns distritos inicialmente se concentraram apenas nos pobres, enquanto outros visavam à UHC imediatamente, e os modelos de financiamento eram diferentes⁴⁰². A decisão do governo de Jembrana, uma das regiões mais pobres da Indonésia, de pagar por serviços ambulatoriais para os pobres em qualquer prestador de serviços registrado, por exemplo, melhorou rapidamente os resultados de saúde, como a mortalidade infantil, e influenciou o impulso para que o governo nacional usasse o mesmo modelo apenas dois anos depois⁴⁰³.

- **Atendimento baseado em valor na Indonésia**

A Indonésia fez avanços significativos em vários aspectos da estrutura do sistema de saúde de alto valor, especialmente em saúde digital, medição de custos e desfechos, sistemas de *benchmarking* e na promoção da integração entre os provedores para agilizar a prestação de serviços no continuum de cuidado⁴⁰⁴. No entanto, não há linhas de cuidado coordenadas em nível nacional em cinco áreas de terapia analisadas pela EIU⁴⁰⁵.

Os modelos de pagamento por desempenho foram estabelecidos nas áreas de assistência materna e neonatal desde 2016⁴⁰⁶, e a recente lei sobre o sistema orçamentário baseado em desempenho (PBBS) representa um novo avanço em direção a uma abordagem baseada em valor, afastando-se do modelo anterior de gasto único e obrigatório. No entanto, uma implementação mais completa exigirá sistemas de informação e métricas de desempenho que não existem atualmente, e o desenvolvimento incompleto desses sistemas poderia, por sua vez, acabar prejudicando locais e instalações menos desenvolvidos⁴⁰⁷. A adoção generalizada de registros eletrônicos de saúde também continua sendo um desafio em todo o país⁴⁰⁸.

Equidade em saúde na Itália: abordagem das desigualdades por meio de medição e aprendizado em um sistema de saúde descentralizado



Indicador de saúde da população	Dados do país (2009 vs. 2019)	
	2009	2019
População total (milhões)	59,1	59,7
População com 65 anos ou mais (% da população total)	20%	23%
Taxa de mortalidade, menores de 5 anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres)	Homens: 4 Mulheres: 4	Homens: 3 Mulheres: 3
Despesas atuais com saúde (% do PIB)	8,95	8,66
Expectativa de vida saudável (HALE) (homens/mulheres)	Homens: 70 Mulheres: 72,2	Homens: 71,2 Mulheres: 72,6
Coeficiente de Gini de desigualdade de tempo de vida (homens/mulheres)	Homens: 0,09 Mulheres: 0,07	Homens: 0,09 Mulheres: 0,07
Índice de cobertura de serviços UHC	80	85
As 3 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Homens/Mulheres)	Homens 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Cânceres de traqueia, brônquios e pulmão 3. Diabetes mellitus	Homens 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Cânceres de traqueia, brônquios e pulmão 3. Diabetes mellitus
	Mulheres 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Derrame 3. Diabetes mellitus	Mulheres 1. Doença cardíaca isquêmica 2. Mal de Alzheimer e outras demências 3. Derrame



PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- **O caso da Itália ressalta que a descentralização de um sistema de saúde pode exacerbar as desigualdades de saúde ao longo do tempo, especialmente no contexto de fortes desigualdades socioeconômicas regionais**
- **Alguns dos benefícios da descentralização da assistência à saúde se materializam na forma de maior inovação e experimentação em nível local, e esses benefícios podem ser aproveitados para disseminar as melhores práticas**
- **Os esforços para melhorias contínuas no aprendizado e na equidade, dentro e entre as regiões, dependem da medição cuidadosa e do processamento de dados para avaliar o valor a partir de diferentes perspectivas, e para criar resiliência**

Desde 1978, a Itália adotou um sistema de saúde universal, em grande parte financiado por impostos, denominado Servizio Sanitario Nazionale, ou SSN. A partir de 1992, o SSN foi cada vez mais descentralizado para os governos regionais do país, abrangendo 20 regiões, das quais cinco têm um status especial com condições específicas de autonomia. Essas entidades regionais receberam a responsabilidade pelo desenvolvimento de suas próprias estratégias de saúde⁴⁰⁹ e pela oferta de serviços, enquanto o governo central permaneceu responsável pela legislação básica. Uma das conclusões mais amplas do caso da Itália é que a concretização dos ganhos potenciais da regionalização depende tanto de um projeto informado pelo contexto quanto de uma reflexão contínua sobre o desempenho do processo de implementação, para que possam ser feitas adaptações.

Uma área de preocupação desde o início do processo de regionalização na Itália era que a descentralização poderia afetar a equidade na saúde, exacerbando as desigualdades históricas entre as regiões ricas do norte do país e as regiões mais pobres do sul. De fato, as evidências indicam que a desigualdade entre o Norte e o Sul aumentou na década entre 1999 e 2009⁴¹⁰, com o aumento de diferenças nos níveis de satisfação dos pacientes com seus próprios sistemas regionais, a ampliação dos déficits orçamentários da saúde, e o aumento do número de pacientes que viajam para receber tratamento. Houve um crescimento no fluxo de residentes do Sul que buscam tratamento médico no

Norte, em comparação com o fluxo na direção oposta. Isso continua até hoje⁴¹¹, embora o atendimento médico no Sul tenha melhorado gradativamente em vários indicadores de saúde ao longo do tempo⁴¹². A maioria das regiões do Sul continua a ter um desempenho consideravelmente pior do que as regiões do Norte em dimensões de prestação de serviços de saúde, situação de saúde, e estilos de vida⁴¹³.

O sistema italiano ofereceu uma perspectiva relevante sobre como os sistemas descentralizados respondem a uma emergência como a pandemia da COVID-19, já que o norte da Itália foi uma das primeiras regiões da Europa a ser severamente atingida. A resposta comparativamente menos bem-sucedida da Lombardia em comparação com o vizinho Vêneto foi atribuída às diferentes estratégias das duas regiões sob descentralização⁴¹⁴. Os analistas destacam a ênfase histórica e o maior investimento de Vêneto em medicina comunitária, preparando o terreno para uma resposta pública mais forte, bem como para uma implementação mais rápida na integração de serviços. Enquanto isso, a abordagem da Lombardia se concentrou no atendimento hospitalar e na criação de condições para a concorrência público-privada⁴¹⁵.

- **Medição e melhoria da equidade regional de saúde**

A Itália vinha fazendo vários esforços com o objetivo explícito de melhorar a equidade em saúde antes da pandemia de COVID-19. Em 2018, o país liderou a Joint Action Health Equity Europe (JAHEE) com outros 24 países para promover a cooperação e ações tangíveis para reduzir as desigualdades em saúde⁴¹⁶. O trabalho realizado no âmbito do JAHEE levou à criação de um Comitê Nacional Italiano para Desigualdades na Saúde e à realização de Auditorias de Equidade na Saúde (HEAs) para as regiões⁴¹⁷. As HEAs são avaliações conduzidas por profissionais de saúde pública para identificar e abordar as inequidades no acesso à saúde, nos desfechos, e nos determinantes sociais⁴¹⁸.

É política pública nacional que os planos regionais incluam a medicina preventiva e a promoção da saúde, e que usem métodos qualitativos e quantitativos para avaliar as iniquidades em saúde em todos os programas⁴¹⁹. Esforços de capacitação estão em andamento para ajudar as regiões a atenderem aos novos requisitos⁴²⁰. Cada região também conta com um conselho de equidade e um plano de ação, além de um representante que serve de conexão entre as políticas públicas regionais e nacionais⁴²¹.

Várias estratégias específicas estão em andamento. Há esforços em andamento para melhorar a coleta e o processamento de dados, especificamente com o registro de

eHealth (Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0), que tem como objetivo fornecer um repositório nacional de dados, e com a Plataforma Nacional de Telemedicina, que fornecerá os mesmos padrões para todos os serviços de telemedicina em nível local. Há também desenvolvimentos promissores em métricas de avaliação, desenvolvidas para avaliar o desempenho do sistema de saúde em termos de equidade e outras dimensões. Um deles é o IRPES, um índice de governança oportuno, disponível publicamente, e de base voluntária com 400 indicadores. O sistema foi implementado em 2008 pelo MeS Lab da Sant'Anna School of Advanced Studies e foi adotado por 12 das 20 regiões. Os representantes regionais se reúnem regularmente para analisar os dados e, assim, conseguem identificar e disseminar as melhores práticas⁴²². A plataforma adota a linguagem da assistência médica baseada em valor e inclui indicadores baseados nas perspectivas do paciente⁴²³.

Desde a segunda metade de 2020, com o advento da pandemia da COVID-19, 63 indicadores também foram introduzidos no IRPES para medir a resiliência de forma pragmática e regional, integrando-a aos elementos mais tradicionais de equidade, sustentabilidade, e outros⁴²⁴. O fato de o sistema conectar equidade, resiliência, valor, e *benchmarking* de forma acessível faz dele um estudo de caso que pode inspirar outros países que buscam implementar sistemas de saúde de alto valor.

Além disso, em 2015, a Agência Nacional de Sistemas Regionais de Saúde (AGENAS) deu início a um Programa Nacional de Avaliação de Resultados (Programma Nazionale Esiti - PNE), comparando 184 indicadores de cuidado por provedores em nove áreas clínicas⁴²⁵, em escala nacional. O PNE mede a eficiência, a adequação, e a segurança dos serviços, bem como a equidade no acesso de acordo com as dimensões de gênero, região, e nível de escolaridade⁴²⁶. Ele também fornece informações sobre o deslocamento de pacientes para tratamento dentro e entre regiões. O PNE demonstrou ter melhorado posteriormente o desempenho em várias áreas clínicas críticas⁴²⁷, em linha com as evidências internacionais que demonstram o efeito positivo da coleta de dados e da transparência no cuidado por meio da melhoria da responsabilização⁴²⁸.

Um estudo recente identifica que, três anos após serem informados de suas baixas pontuações no PNE, cerca de metade dos hospitais com pior desempenho conseguiu melhorar significativamente o desempenho⁴²⁹, destacando o potencial dessa ferramenta como um motivador, bem como a necessidade de melhorar ainda mais o suporte para as regiões que desejam transformar dados em ação. O PNE é continuamente atualizado

e aprimorado, juntamente com a qualidade e a disponibilidade dos dados subjacentes. Ele também é uma fonte de indicadores para o Sistema Nacional de Garantia (NSG), a estrutura usada pelo governo central para monitorar o desempenho da saúde regional, que incorpora um elemento de *feedback* financeiro⁴³⁰.

O caso da Itália destaca como, em sistemas de saúde descentralizados, podem ser estabelecidos mecanismos para conectar os níveis central e local de administração que criam estruturas de coleta de dados e compartilhamento de experiências, e que podem ir além da igualdade para reconhecer a equidade como uma preocupação central. Demonstra também o potencial de criar espaços de compartilhamento de experiências para ajudar todas as partes interessadas a compreender o que está acontecendo e, em seguida, trabalhar para garantir que aqueles com desempenho mais fraco compreendam sua posição e recebam as ferramentas para melhorar.

O caso da Itália também demonstra claramente a importância de trabalhar com departamentos governamentais em outras áreas de política além da saúde para melhorar os resultados de saúde. De acordo com o relatório nacional italiano sobre a situação da equidade na saúde, a variação na extensão e na qualidade dos serviços de saúde é responsável por apenas 9% das iniquidades em saúde na Itália, sendo a renda e a proteção social inseguras responsáveis por 43%, e as condições de vida, por 22%. A confiança interpessoal e a confiança nas instituições também são identificadas como as principais deficiências que contribuem para ampliar as iniquidades em saúde. Esses números deixam claro que outras áreas de políticas públicas na Itália poderiam contribuir para abordar as iniquidades em saúde, estabelecendo metas e planos claros que vão além da igualdade para impactar a equidade, de acordo com o que foi desenvolvido no setor de saúde⁴³¹.

- **Cuidado baseado em valor na Itália**

A importância de mecanismos para incentivar o aprendizado cruzado por meio da comparação de resultados entre as regiões italianas foi recentemente enfatizada no relatório Harvard/Hub sobre sistemas de saúde de alto valor⁴³². A Itália fez progressos em vários componentes dos sistemas de saúde de alto valor. Ela aprimorou os sistemas de medição de custos ao exigir que os prestadores de serviços de saúde em suas linhas de cuidado coletem dados de custos⁴³³. Além disso, as práticas de medição de desfechos foram aprimoradas com a exigência de que os principais pagadores informem os

desfechos ajustados por risco do paciente. As práticas de aquisição baseadas em valor também foram implementadas pelos principais pagadores⁴³⁴.

Em apoio ao cuidado baseado em valor, a partir de setembro de 2023, foi lançada uma Estratégia Nacional para Avaliação de Tecnologias em Saúde (Programme Nazionale HTA - PNHTA)⁴³⁵, promovendo a colaboração entre o Ministério da Saúde, a AGENAS, e as regiões e províncias autônomas italianas. Seu objetivo é desenvolver e implementar ferramentas baseadas em HTA para dispositivos médicos, apoiando processos de tomada de decisão e sistemas de governança. Ao identificar os dispositivos que melhor atendem às necessidades de saúde e avaliar seus possíveis benefícios, a estratégia permite um melhor planejamento e alocação de recursos na SSN. No entanto, há mais oportunidades para aprimorar o componente de sistemas de dados digitais na estrutura do HVHS, especialmente como parte de uma reforma contínua da atenção primária⁴³⁶.

CONCLUSÃO

Este relatório enfatizou como a robustez e a resiliência podem ser promovidas por meio de uma melhor coordenação e de sistemas de saúde mais equitativos, e explicou como vários países estão avançando nessas áreas. Um enquadramento útil para todas essas experiências é a melhoria do valor em saúde, que, embora seja uma questão crescente na agenda do G20, não se refere a um único conceito ou modelo.

Algumas perspectivas de valor enfatizam o componente de redução de custos. Mas o valor em saúde também pode se concentrar na melhoria dos resultados de saúde para a população. Do ponto de vista dos sistemas de saúde, o valor pode ser um paradigma particularmente útil para lidar tanto com o desperdício (auxiliando na sustentabilidade dos sistemas de saúde sob pressões crescentes) quanto com a variação injustificada (contribuindo para uma maior equidade), embora reconhecendo que o valor sempre parecerá diferente dependendo da sua perspectiva do sistema.

Um formulador de políticas públicas nacionais pode considerar o valor como uma estrutura para obter melhorias para determinados segmentos da população, considerando as restrições orçamentárias e de outras naturezas. Um médico, por outro lado, pode ver o valor sob a perspectiva de uma intervenção clínica para um paciente, considerando os diferentes impactos sobre o bem-estar e a probabilidade de progressão da doença, e sobre o prognóstico. Para um cidadão, por outro lado, a falta de valor pode ser mais evidente quando se luta para navegar em diferentes partes de um sistema de saúde que não é coerente, causando confusão, estresse, e perda de tempo.

Essa multiplicidade de perspectivas tornou-se mais evidente à medida que a importância da saúde aumentou nas discussões internacionais. Este relatório chega pouco mais de um ano após a OMS anunciar o fim da pandemia da COVID-19, que foi um momento crucial na história global recente. Governos de todo o mundo enfrentaram o fato de que as questões de saúde podem ter impactos de longo alcance e incalculáveis para além das fronteiras, tornando-se, de uma hora para a outra, o principal foco de políticas públicas. Internamente, os formuladores de políticas foram lembrados de que os sistemas de saúde se beneficiam da agilidade, da capacidade de resposta e da adaptabilidade - como uma ponte, eles devem ser resistentes, mas com um grau de flexibilidade para suportar o estresse sem desmoronar. Em resumo, os sistemas de saúde devem se esforçar para serem robustos e resilientes.

Os formuladores de políticas também reconheceram durante a pandemia, mais do que nunca, que muitos fatores que influenciam a equidade e o resultados na saúde se estendem para além de seu controle direto, desde normas sociais até emprego, seguridade social, e escolhas de estilo de vida. A COVID-19 tornou isso particularmente evidente em várias dimensões: do papel da desinformação na formação das atitudes sobre o distanciamento social e vacinação; aos impactos muito diferentes da pandemia nos grupos sociais; à relação crucial entre a confiança interpessoal, ou social, e os resultados de mortalidade da pandemia.

Daqui em diante, outras emergências de saúde não são apenas possíveis, mas prováveis e não se limitarão a pandemias. As implicações da mudança climática para a saúde são grandes, apresentando desafios monumentais e multifacetados. O conjunto de estressores do sistema de saúde também não se limita a emergências externas; os ônus associados ao envelhecimento da população e às doenças não transmissíveis continuam a aumentar. Combinado com o aumento dos custos da saúde e as mudanças nas demandas da sociedade, a ameaça de futuras emergências representa um desafio significativo para os formuladores de políticas públicas do G20 e de outros países para garantir a sustentabilidade e a eficácia dos sistemas de atendimento à saúde.

Os formuladores de políticas têm, portanto, uma tarefa intimidante, que é garantir que os sistemas de saúde sejam maiores do que a soma de suas partes. Isso só pode ser alcançado por meio de uma melhor coordenação, tanto dentro do sistema de saúde quanto com outros setores de cuidado. Destacar a importância social do sistema de saúde, especialmente por meio da promoção da equidade na saúde, tem o potencial de promover a confiança social e um senso de unidade entre os cidadãos que, por sua vez, poderia aumentar a resiliência às pandemias.

Este relatório destaca o potencial e as tensões das propostas de valor em saúde, proporcionando aos formuladores de políticas uma base melhor para sua utilização, e uma noção mais clara de quando as propostas de valor podem ser mais relevantes para eles. A multiplicidade de possíveis proposições de valor que este relatório descreve não tem a intenção de causar perplexidade, mas sim de articular uma flexibilidade positiva: os países podem se beneficiar ao pensar claramente e investir nos tipos de valor que funcionam melhor em seus contextos, ao explicitar os *trade-offs* entre os diferentes tipos de valor, e ao desenvolver seus próprios referenciais de valor que podem ser usados

como referência para alcançar os resultados que mais importam, para as partes interessadas em saúde e para a sociedade em geral.

Resumo: Recomendações de políticas públicas

1. Criar, apoiar e fortalecer fóruns nacionais de coordenação de saúde em alto nível

Os países devem facilitar e promover o diálogo entre os níveis de governo, provedores, e outras partes interessadas da área da saúde com a criação e/ou aprimoramento de fóruns de coordenação com: (i) funções e mandatos claros; (ii) reuniões frequentes, inclusivas e organizadas; (iii) capacidade técnica adequada; (iv) níveis suficientes de financiamento e pessoal; e (v) apoio político. É aconselhável que esses fóruns se esforcem para incorporar as perspectivas dos cidadãos e se envolvam com outros serviços de cuidado e partes interessadas com influência sobre os determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.

2. Garantir uma infraestrutura digital de saúde unificada em nível nacional, alinhada aos padrões da OMS

A saúde digital é uma prioridade para a presidência brasileira do G20, após o anúncio de uma Iniciativa Global sobre Saúde Digital durante a presidência da Índia em 2023. O G20 pode contribuir para padrões e diretrizes globais, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Isso deve facilitar a medição dos desfechos de saúde, o que é fundamental para o cuidado baseado em valor, e garantir a base material para uma coordenação aprimorada. É preciso estabelecer um sistema de governança que funcione bem, com atenção a: (i) interoperabilidade; (ii) proteção de dados (devido à alta sensibilidade dos dados de saúde); e (iii) inclusão digital (para garantir que as pessoas *offline* não sejam deixadas para trás).

3. Desenvolver estruturas e metas de equidade em saúde juntamente com medidas padrão de acesso. Em sistemas de saúde descentralizados, integrar métricas de equidade em saúde em plataformas nacionais para compartilhamento de experiências e aprendizado

A medição da equidade na saúde e na atenção à saúde não é simples e, muitas vezes, não há dados suficientes que iluminem claramente as diferentes dimensões da equidade. Em um contexto mais amplo, toda organização de saúde deve ter como objetivo incentivar o desenvolvimento e a institucionalização de práticas que abordem

de forma sustentável as preocupações com a equidade na saúde. Nos governos, o estabelecimento de metas explícitas de equidade na saúde ajuda a diferenciar entre igualdade e equidade e a destacar os esforços em direção a esta última.

Os sistemas de saúde descentralizados enfrentam um desafio adicional para medir e abordar a equidade na saúde devido à falta de padronização e, muitas vezes, dependem de plataformas que permitem a comparação e o *benchmarking* entre províncias ou estados, o que deve ser melhorado com a equidade como um objetivo explícito.

4. Promover a inclusão das perspectivas das pessoas entre as partes interessadas da área da saúde

Os países devem buscar maneiras apropriadas de rastrear, compreender, e analisar as preferências e perspectivas das pessoas em escala, ao mesmo tempo em que incluem “grupos de pacientes” na tomada de decisões compartilhadas sempre que possível, um aspecto fundamental para abordar o “valor pessoal” e garantir que os sistemas de saúde estejam respondendo às mudanças nas demandas da sociedade. Deve-se dar atenção especial ao tratamento da exclusão ou marginalização de grupos menos favorecidos.

5. Investir e contabilizar a coordenação e a equidade em organizações nacionais e internacionais, inclusive na estrutura organizacional dos departamentos de saúde

Este relatório aponta alguns exemplos em que governos e departamentos de saúde deram destaque explícito a um tema em seus organogramas. Essas ações dos líderes locais e nacionais sinalizam a priorização desses temas para todas as partes interessadas relevantes e garantem um lugar à mesa para perspectivas e questões que muitas vezes podem ser descartadas.

Agradecimentos: os autores deste relatório gostariam de agradecer a gentil colaboração de Sir Muir Gray, Marcia Makdisse, Adolfo Rubinstein, Jaqueline Góes, Aditiya Bagus Wicaksono, the team of the Ministry of Health in Argentina, John McGee, Issra Bargo, Alice Borghini, Sir Jonathan Wolff, Alan Stein, Filipe Recch, e Lia Pessoa.

APÊNDICE - DETALHES DOS DADOS DOS PAÍSES

Nota: Dados de 2019 foram utilizados para garantir a consistência entre todos os países e pontos de dados, minimizando distorções durante os anos de auge da pandemia. Encorajamos os(as) leitores(as) a consultar fontes de dados nacionais para a informação mais atualizada assim que ela se torne disponível.

População total por país: *A população total baseia-se na definição de facto de população, que conta todos os residentes independentemente de status legal ou cidadania. Os valores mostrados são estimativas de meio de ano.*

Fonte: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL>

População com 65 anos ou mais (% da população total) por país: *População total com 65 anos de idade ou mais. A população é baseada na definição de população de facto, que conta todos os residentes independentemente do status legal ou da cidadania.*

Fonte: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.Z>

Taxa de mortalidade, menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) (homens/mulheres) por país: *A taxa de mortalidade de menores de cinco anos é a probabilidade, por 1.000, de que um bebê recém-nascido morra antes de completar cinco anos de idade, se sujeito às taxas de mortalidade específicas por idade do ano especificado.*

Fontes:

Homens: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT.MA>

Mulheres: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT.FE>

Despesas atuais com saúde (% do PIB): *Nível de gastos atuais com saúde expresso como uma porcentagem do Produto Interno Bruto.*

Fonte: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-))

As 3 principais causas de DALYs (anos de vida ajustados por incapacidade) por país (homens/mulheres): *O ônus da doença é calculado usando o ano de vida ajustado por incapacidade (DALY). Um DALY representa a perda do equivalente a um ano de saúde plena. Os DALYs de uma doença ou condição de saúde são a soma dos anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura (YLLs) e dos anos de vida saudável perdidos devido à incapacidade (YLDs) devido aos casos prevalentes da doença ou condição de saúde em uma população.*

Fonte: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>

Expectativa de vida saudável (HALE) por país (homens/mulheres): *Número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver com “saúde plena”, levando em conta os anos vividos com saúde inferior à plena devido a doenças e/ou lesões.*

Fonte: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv>

Coeficiente de Gini da desigualdade de vida útil por país (homens/mulheres): *O nível de desigualdade na expectativa de vida em um país, medido entre 0 e 1. Um coeficiente de Gini mais alto indica maior desigualdade nas idades de morte.*

Fontes:

Homens: <https://ourworldindata.org/grapher/gini-coefficient-of-lifespan-inequality-in-males>

Mulheres: <https://ourworldindata.org/grapher/gini-coefficient-of-lifespan-inequality-in-females>

Índice de cobertura de serviços UHC por país: *Dois indicadores escolhidos para monitorar a meta 3.8 dentro da estrutura do ODS: 3.8.1 é para cobertura de serviços de saúde e 3.8.2 para despesas de saúde em relação ao orçamento de uma família para identificar dificuldades financeiras causadas por pagamentos diretos de assistência médica. Juntos, eles têm o objetivo de capturar as dimensões de cobertura de serviços e proteção financeira, respectivamente, da meta 3.8.*

Fonte: <https://data.who.int/indicators/i/9A706FD>

REFERÊNCIAS

- ¹ Larsson, Stefan. Jennifer Clawson and Robert Howard. 2023. "Value-Based Health Care at an Inflection Point: A Global Agenda for the Next Decade." NEJM Catalyst <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.22.0332#con1>
- ² UNECE. 2024. "Guide on PPPs in digital infrastructure: diagnostics in healthcare (telemedicine) and other digital public services." <https://unece.org/sites/default/files/2024-04/ECE%20PPP%20Forum%20-%20Draft%20Guide%20on%20PPPs%20in%20Digital%20Infrastructure.pdf>
- ³ Nações Unidas. 2024. "The 17 Sustainable Development Goals." <https://sdgs.un.org/goals>
- ⁴ G20. 2024. "Sherpa track: health" <https://www.g20.org/en/tracks/sherpa-track/health>
- ⁵ Anandaciva, Siva. 2023. "How Does the NHS Compare to the Health Care Systems of Other Countries?". Kings Fund https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/7cdf5ad1de/how_nhs_compares_other_countries_abpi_2023.pdf
- ⁶ Organização Mundial da Saúde. 2022. "Ageing and Health." World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- ⁷ Organização Mundial da Saúde. 2020. "Noncommunicable Diseases." https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1.
- ⁸ Organização Mundial da Saúde. 2023. "Noncommunicable Diseases." <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- ⁹ Atun, Rifat, Shabbar Jaffar, Sania Nishtar, Felicia M Knaul, Mauricio L Barreto, Moffat Nyirenda, Nicholas Banatvala, and Peter Piot. 2013. "Improving Responsiveness of Health Systems to Non-Communicable Diseases." *The Lancet* 381 (9867): 690–97. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60063-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60063-x).
- ¹⁰ OCDE. 2023. "Health care financing in times of high inflation". <https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf>
- ¹¹ Brownlee, Shannon, Kalipso Chalkidou, Jenny Doust, Adam G Elshaug, Paul Glasziou, Iona Heath, Somil Nagpal, et al. 2017. "Evidence for Overuse of Medical Services around the World." *The Lancet* 390 (10090): 156–68. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32585-5)
- ¹² Banco Mundial. 2023. "Current Health Expenditure (% of GDP) | Data." <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- ¹³ Bell, Beth P., Inger K. Damon, Daniel B. Jernigan, Thomas A. Kenyon, Stuart T. Nichol, John P. O'Connor, and Jordan W. Tappero. 2016. "Overview, Control Strategies, and Lessons Learned in the CDC Response to the 2014–2016 Ebola Epidemic." *MMWR Supplements* 65 (3): 4–11. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6503a2>
- ¹⁴ Abimbola, Seye, and Stephanie M Topp. 2018. "Adaptation with Robustness: The Case for Clarity on the Use of 'Resilience' in Health Systems and Global Health." *BMJ Global Health* 3 (1): e000758. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000758>
- ¹⁵ Harvard T. H. Chan School of Public Health. "Sparkling Innovation in Global Health Systems." 2024. News. 24 de janeiro, 2024. <https://www.hsph.harvard.edu/news/features/sparking-innovation-global-health-systems/>
- ¹⁶ "2021 Declaration of the G20 Health Ministers." n.d. *University of Toronto* <http://www.g20.utoronto.ca/2021/210906-health.html>

-
- ¹⁷ Porter, Michael E. 2006. "Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School". https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf
- ¹⁸ Peter C. Smith, Anna Sagan, Luigi Siciliani and Josep Figueras. "Building on value-based health care: Towards a health system perspective." *Health Policy Volume 138*, December 2023 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104918>
- ¹⁹ Organização Mundial da Saúde. 2021. "From value for money to value-based health services: a twenty-first century shift." WHO Policy Brief <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340724/9789240020344-eng.pdf?sequence=1>
- ²⁰ European Union. 2019. "Defining value in 'value-based healthcare'". *Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)* https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en
- ²¹ Ibid
- ²² Reino da Arábia Saudita. 2021. "Health Sector Transformation Program Delivery Plan" https://www.vision2030.gov.sa/media/0wop2tds/hstp_eng.pdf
- ²³ Primary Care Collaborative. 2019. "Value-Based Care in America: State-by-State. A 50-State Review of Value-Based Care and Payment Innovation". <https://thepec.org/resource/value-based-care-america-state-state>
- ²⁴ EIT Health. 2020. "Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers." https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf
- ²⁵ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf
- ²⁶ Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 2019. "Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor." ANS, Rio de Janeiro https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf
- ²⁷ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2014. "Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS" https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
- ²⁸ Piola, Sérgio Francisco. 2022. "A coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde". 2022. Texto para discussão 2745. Ipea https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11110/1/td_2745_web.pdf
- ²⁹ Abicalaffe, César, and Jeremy Schafer. 2020. "Opportunities and Challenges of Value-Based Health Care: How Brazil Can Learn from U.S. Experience." *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy* 26 (9): 1172–75. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2020.26.9.1172>
- ³⁰ Meyer, Diane, David Bishai, Sanjana J Ravi, Harunor Rashid, Shehrin Shaila Mahmood, Eric Toner, and Jennifer B Nuzzo. 2020. "A Checklist to Improve Health System Resilience to Infectious Disease Outbreaks and Natural Hazards." *BMJ Global Health* 5 (8): e002429. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002429>

-
- ³¹ Thomas, Steve, Anna Sagan, James Larkin, Jonathan Cylus, Josep Figueras, and Marina Karanikolos. 2020. Strengthening Health Systems Resilience: Key Concepts and Strategies. PubMed. *Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716618/>
- ³² Anna Sagan, Erin Webb, Dheepa Rajan, Marina Karanikolos and Scott L Greer. 2021. "Health system resilience during the pandemic: it's mostly about governance". *Eurohealth* — Vol.27 No.1 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344959/Eurohealth-27-1-10-15-eng.pdf?sequence=1>
- ³³ OECD. 2017. "Tackling Wasteful Spending on Health." OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- ³⁴ European Union. 2019. "Defining value in 'value-based healthcare'". *Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)* https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en
- ³⁵ Omnia Health Insights. 2023. "Transforming Outcomes in Saudi Arabia: A Holistic Approach to Integrated Care." News: November 8, 2023. <https://insights.omnia-health.com/management/transforming-outcomes-saudi-arabia-holistic-approach-integrated-care>
- ³⁶ Sandhu, Sahil, Anu Sharma, Rushina Cholera, and Janet Prvu Bettger. 2021. "Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress." *International Journal of Integrated Care* 21 (4). <https://doi.org/10.5334/ijic.5687>.
- ³⁷ G7 and G20 Information Centre. 2021. University of Toronto <http://www.g20.utoronto.ca/2021/210906-health.html>
- ³⁸ Bloom, Gerald et al. 2019. "Analysis: Next steps towards universal health coverage call for global leadership." *BMJ* 2019;365: l2107 <https://www.bmj.com/content/bmj/365/bmj.l2107.full.pdf>
- ³⁹ European Union. 2019. "Defining value in 'value-based healthcare'". *Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)* https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en
- ⁴⁰ Ministério da Saúde. N.d. "Sobre o SUS." <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus>
- ⁴¹ Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. TÍTULO VIII: Da Ordem Social. CAPÍTULO II: Da Seguridade Social. Seção II: Da Saúde. *Supremo Tribunal Federal* <https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?abrirBase=CF&abrirArtigo=196>
- ⁴² Universal health care model, free at the point of use, with public provision and funding and financed through taxation. From Columbia University. N.d. "Types of Health Systems": <https://www.publichealth.columbia.edu/research/comparative-health-policy-library/types-health-systems>
- ⁴³ Carmelo Mesa-Lago. 2007. "O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade." *Nueva Sociedad* <https://nuso.org/articulo/o-sistema-de-saude-brasileiro-seu-impacto-na-pobreza-e-na-desigualdade/>
- ⁴⁴ Embaixada do Brasil em Londres. "Brazil's G20 Presidency: Building a Just World and a Sustainable Planet". 2023. Ministério Das Relações Exteriores. <https://www.gov.br/mre/pt-br/embaixada-londres/press-releases/g20-brasil-2024>
- ⁴⁵ Ministério da Saúde. 2023. "Resiliência dos sistemas de saúde é prioridade do Brasil na presidência do G20." News: 01 December 2023. Ministério da Saúde <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/resiliencia-dos-sistemas-de-saude-e-prioridade-do-brasil-na-presidencia-do-g20>
- ⁴⁶ João Miguel Estephano, Pedro Burger, Paulo M. Buss and Mário Moreira. "Health at the G20: Countdown and growing expectations". Notícias: 5 de dezembro de 2023. Portal Fiocruz <https://portal.fiocruz.br/en/news/health-g20-countdown-and-growing-expectations>

-
- ⁴⁷ Wolff, Jonathan. 2012. "Global Justice and Health." *Global Justice and Bioethics*, Fevereiro, 78–101. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780195379907.003.0004>
- ⁴⁸ Bouckaert, Geert, B. Guy Peters, and Koen Verhoest. 2010. "The Coordination of Public Sector Organizations." *Londres: Palgrave Macmillan UK*. <https://doi.org/10.1057/9780230275256>
- ⁴⁹ Sonu Bhaskar. 2023. "G20 Policy for Health Systems: Promoting Holistic Outcomes and Addressing Vulnerabilities in Healthcare." T20 India <https://t20ind.org/research/g20-policy-for-health-systems/>
- ⁵⁰ Kate Gooding, Maria Paola Bertone, Giulia Loffreda, Sophie Witter. 2022. "How can we strengthen partnership and coordination for health system emergency preparedness and response? Findings from a synthesis of experience across countries facing shocks." Research Gate pre-print https://www.researchgate.net/publication/362450888_How_can_we_strengthen_partnership_and_coordination_for_health_system_emergency_preparedness_and_response_Findings_from_a_synthesis_of_experience_across_countries_facing_shocks
- ⁵¹ Haldane, Victoria, Chuan De Foo, Salma M. Abdalla, Anne-Sophie Jung, Melisa Tan, Shishi Wu, Alvin Chua, et al. 2021. "Health Systems Resilience in Managing the COVID-19 Pandemic: Lessons from 28 Countries." *Nature Medicine* 27 (6): 964–80. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>.
- ⁵² European Union. 2019. "Defining value in 'value-based healthcare'". *Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)* https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en
- ⁵³ Ibid
- ⁵⁴ Ibid
- ⁵⁵ World Bank. 2023. "Building Resilient Health Systems in Latin America and the Caribbean: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic" <http://documents.worldbank.org/curated/en/099211501232328344/P17829906c6e390c30ab6e0e7e3bfac32ba>
- ⁵⁶ Bossert, Thomas, Nathan Blanchet, Suzanne Sheetz, Diana M. Pinto, Jonathan Cali, and Ricardo Perez-Cuevas. 2014. "Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America." *IDB Publications*, January. <https://publications.iadb.org/en/publication/11898/comparative-review-health-system-integration-selected-countries-latin-america>
- ⁵⁷ Siqueira, M., Coube, M., Millett, C. et al. 2021. "The impacts of health systems financing fragmentation in low- and middle-income countries: a systematic review protocol." *Syst Rev* 10, 164 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01714-5>
- ⁵⁸ Ibid
- ⁵⁹ Bouckaert, Geert, B. Guy Peters, and Koen Verhoest. 2010. "The Coordination of Public Sector Organizations." *London: Palgrave Macmillan UK*. <https://doi.org/10.1057/9780230275256>
- ⁶⁰ Menezes-Filho, Naercio, and Ricardo Politi. 2020. "Estimating the Causal Effects of Private Health Insurance in Brazil: Evidence from a Regression Kink Design." *Social Science & Medicine* 264 (November): 113258. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113258>
- ⁶¹ Metcalfe, Les. 1994. "International Policy Co-Ordination and Public Management Reform." *International Review of Administrative Sciences* 60 (2): 271–90. <https://doi.org/10.1177/002085239406000208>
- ⁶² Head, Brian. 2008. "Wicked Problems in Public Policy." PUBLIC POLICY VOLUME 3 NUMBER 2 2008 101 – 118 https://www.sivioinstitute.org/schools/wp-content/uploads/2022/06/B-Head_Wicked-Problems-in-Public-Policy_2.pdf
- ⁶³ Kazancigil, Mustafa Asim. 2022. "Chapter 12 - Big medical data, cloud computing, and artificial intelligence for improving diagnosis in healthcare." *Big Data Analytics for Healthcare Datasets, Techniques, Life Cycles, Management, and Applications Pages 139-150* <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91907-4.00021-2>

-
- ⁶⁴ Schrijvers, Guus, Arjan van Hoorn, and Nicolette Huisjes. 2012. "The Care Pathway Concept: Concepts and Theories: An Introduction." *International Journal of Integrated Care* 12 (6). <https://doi.org/10.5334/ijic.812>.
- ⁶⁵ Faber, Marjan J, Stuart Grande, Hub Wollersheim, Rosella Hermens, and Glyn Elwyn. 2014. "Narrowing the Gap between Organisational Demands and the Quest for Patient Involvement: The Case for Coordinated Care Pathways." *International Journal of Care Coordination* 17 (1-2): 72–78. <https://doi.org/10.1177/2053435414540616>
- ⁶⁶ M. Panella, S. Marchisio, F. Di Stanislao. "Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?" *International Journal for Quality in Health Care* Volume 15, Issue 6, December 2003, Pages 509–521, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg057>
- ⁶⁷ Rotter, Thomas et al. 2010. "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs" *Cochrane Database of Systematic Reviews* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2>
- ⁶⁸ World Health Organisation. September 2023. "Patient Safety" <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- ⁶⁹ World Health Organisation. 2023. "Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care" <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
- ⁷⁰ Faber, Marjan J, Stuart Grande, Hub Wollersheim, Rosella Hermens, and Glyn Elwyn. 2014. "Narrowing the Gap between Organisational Demands and the Quest for Patient Involvement: The Case for Coordinated Care Pathways." *International Journal of Care Coordination* 17 (1-2): 72–78. <https://doi.org/10.1177/2053435414540616>
- ⁷¹ Prof Michael Eduardo Reichenheim, Edinilsa Ramos de Souza, Prof Claudia Leite Moraes, Prof Maria Helena Prado de Mello Jorge, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, Maria Cecília de Souza Minayo. 2011. "Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead." *The Lancet Health in Brazil* Volume 377, Issue 9781, Pages 1962–1975 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
- ⁷² Dantas-Silva, Amanda, Sílvia Maria Santiago, and Fernanda Garanhani Surita. 2023. "Racism as a Social Determinant of Health in Brazil in the COVID-19 Pandemic and Beyond." *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia* 45 (05): 221–24. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1770135>
- ⁷³ Raquel Alves Pérez, Cesar Augusto Oviedo Tejada, Livia Madeira Triaca, Andréa Dâmaso Bertoldi, Anderson Moreira Aristides dos Santos. 2022. "Socioeconomic inequality in health in older adults in Brazil". *Dialogues in Health* Volume 1, December 2022, 100009 <https://doi.org/10.1016/j.dialog.2022.100009>
- ⁷⁴ Naercio Menezes-Filho, Ricardo Politi. 2020. "Estimating the causal effects of private health insurance in Brazil: Evidence from a regression kink design." *Social Science & Medicine* Volume 264, November 2020, 113258. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113258>
- ⁷⁵ Instituto de Estudos para Políticas em Saúde (IEPS). 2022. "Agenda Mais SUS em Evidências: Gestão e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro" <https://agendamaissus.org.br/evidencias/>
- ⁷⁶ Ministério da Saúde. (s.d.). Responsabilidades dos Entes que compõem o SUS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus/responsabilidades-dos-entes-que-compoem-o-sus>
- ⁷⁷ Supremo Tribunal Federal. (s.d.). Artigo 23. <https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?abrirBase=CF&abrirArtigo=23>
- ⁷⁸ Ibid

- ⁷⁹ Piola, Sérgio Francisco. 2022. "A coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde". 2022. Texto para discussão 2745. Ipea
https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11110/1/td_2745_web.pdf
- ⁸⁰ José Mendes Ribeiro, Marcelo Rasga Moreira. 2016. "A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil". Saúde Debate, 2016. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bJSyLw4V3LpYJG5fR36Bnfh/?format=pdf&lang=en>
- ⁸¹ Ministério da Saúde. (n.d.). "SUS - Sistema Único de Saúde". <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>
- ⁸² Ramos, M. C., Barreto, J. O. M., Shimizu, H. E., Moraes, A. P. G., & Silva, E. N. 2020. "Regionalization for health improvement: a systemic review." National Institutes of Health Dec 22;15(12):e0244078 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351841/>
- ⁸³ Viana, Lima, Ferreira. 2010. "Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional". *Ciência e Saúde Coletiva*. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=V7KCitUAAAJ&citation_for_view=V7KCitUAAAJ:Tyk-4Ss8FVUC
- ⁸⁴ Piola, S. F., Servo, L. M., Sá, E. B. de, & Paiva, A. B. de. 2012. Financiamento do Sistema Único de Saúde – Trajetória recente e cenários para o futuro". *Análise Econômica*, 30. <https://doi.org/10.22456/2176-5456.25261>
- ⁸⁵ Ministério da Saúde. 2021. "Regionalização se faz regionalizando." https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_regionalizando_fortalecimento_processos_governanca.pdf
- ⁸⁶ Ministério da Saúde. (s.d.). "A Política de Saúde." https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf
- ⁸⁷ Luciana Mendes Santo Servo, Maria Angelica Borges dos Santos, Fabiola Sulpino Vieira, Rodrigo Pucci de Sá e Benevides. 2020. "Financiamento do SUS e COVID-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia." *Saúde Debate* <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt&format=html>
- ⁸⁸ Ramos, M. C., Barreto, J. O. M., Shimizu, H. E., Moraes, A. P. G., & Silva, E. N. 2020. "Regionalization for health improvement: a systemic review." National Institutes of Health Dec 22;15(12):e0244078 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351841/>
- ⁸⁹ IBGE. Census 2022 <https://censo2022.ibge.gov.br/etapas/divulgacao-dos-resultados.html>
- ⁹⁰ Ministério da Saúde. 2021. "Regionalização se faz regionalizando." https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao_regionalizando_fortalecimento_processos_governanca.pdf
- ⁹¹ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). 2018. "Propostas para Reforma do SUS - Nota de Política Econômica". <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Banco-Mundial-Propostas-para-Reforma-do-SUS-Nota-de-Politica-Economica-1.pdf>
- ⁹² Sapkota S, Dhakal A, Rushton S, van Teijlingen E, Marahatta SB, Balen J, Lee AC; Nepal Federal Health System Team. "The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews." *BMJ Glob Health*. 2023 Dec 21;8(12):e013317. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013317
- ⁹³ Paulo de Tarso Frazão Soares Linhares, Roberto Pires Messenberg, Ana Paula Lima Ferreira. 2017. "Transformações na federação Brasileira: o consórcio intermunicipal no Brasil do início do século XXI." *Boletim de Análise Político-institucional* n. 12 Jul.-dez. 2017 https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8102/1/BAPI_n12_Transformacoes_federacao.pdf

⁹⁴ Impacto Blog. 2023. "Mais da metade dos municípios brasileiros participam de cooperações intermunicipais na área de saúde." <https://www.impacto.blog.br/administracao-publica/gestao-publica/mais-da-metade-dos-municipios-brasileiros-participam-de-cooperacoes-intermunicipais-na-area-de-saude/>

⁹⁵ Nascimento, A. B. F. M. do, Fernandes, A. S. A., Sano, H., Grin, E. J., & Silvestre, H. C.. 2021. "Inter-municipal cooperation based on Institutional Collective Action: the effects of public health consortia in Brazil." *Revista De Administração Pública* 55 (6) Nov-Dec 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-761220210061>

⁹⁶ Grin and Fernandes. 2022. "Federal policy design matters for inter municipal cooperation? An analysis of health and education policies". *Public Organisation Review* Volume 23, pages 883–904. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11115-022-00664-3>

⁹⁷ Ibid

⁹⁸ Flexa, Raquel Gonçalves Coimbra, and Rafael Garcia Barbastefano. 2020. "Consórcios Públicos de Saúde: Uma Revisão Da Literatura." *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (1): 325–38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>

⁹⁹ Lizandro Lui, Letícia Maria Schabbach, Carlise Rigon Dalla Nora. 2020. "Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais." *Ciência e Saúde Coletiva* 25 (12) Dec 2020 <https://www.scielo.br/j/csc/a/SwygWF8DTW4DsfzK4mdtzkw/?lang=en>

¹⁰⁰ Machado, José Angelo. 2009. "Pacto de Gestão na Saúde. Até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa?". *RBCS* 24 (71). <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/CxMyWXBHwqnJbgzrnGBc8Pg/?lang=pt&format=pdf>

¹⁰¹ Tribunal de Justiça de Goiás. 2016. "Secretaria da Saúde não pode negar atendimento a pacientes de outros municípios". *News: Jus Brasil* <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/secretaria-da-saude-nao-pode-negar-atendimento-a-pacientes-de-outros-municipios/327418218>

¹⁰² Jorge Macedo. 2014. "Pacientes do SUS são obrigados a recorrer a cidades vizinhas para obter atendimento". *News: 27 January 2014. Estado de Minas Política* https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2014/01/27/interna_politica,491971/pacientes-do-sus-sao-obrigados-a-recorrer-a-cidades-vizinhas-para-obter-atendimento.shtml

¹⁰³ Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes. 2022. "A Regionalização da Saúde no Brasil." Estudo Institucional n.7. *São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde* https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf

¹⁰⁴ Ibid

¹⁰⁵ Sapkota S, Dhakal A, Rushton S, van Teijlingen E, Marahatta SB, Balen J, Lee AC; Nepal Federal Health System Team. "The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews". *BMJ Glob Health*. 2023 Dec 21;8(12):e013317. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013317

¹⁰⁶ Panorama Político 2023: Opiniões sobre democracia, sociedade e prioridades do cidadão em um contexto pós-eleitoral. *News: Fevereiro/2023. Instituto de Pesquisa DataSenado*. <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/panorama-politico-2023>

- ¹⁰⁷ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). 2018. "Propostas para Reforma do SUS - Nota de Política Econômica". <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Banco-Mundial-Propostas-para-Reforma-do-SUS-Nota-de-Politica-Economica-1.pdf>
- ¹⁰⁸ IEPS, OPAS, Umane. "Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos." Estudo Institucional n.11. *São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde* https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Estudo_Institucional_IEPS_11.pdf
- ¹⁰⁹ Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes. 2022. "A Regionalização da Saúde no Brasil." Estudo Institucional n.7. *São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde* https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf
- ¹¹⁰ Adapted from Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes. 2022. "A Regionalização da Saúde no Brasil." Estudo Institucional n.7. *São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde* https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf
- ¹¹¹ Ministério da Saúde. N.d. "Regionalização" <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>
- ¹¹² Goya, Andrade, Pontes, Tajra. 2016. "Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de Institucionalidades." *Saúde Sociedade São Paulo*. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TzjZLwKYjsVdffNJCnHJg9F/?lang=pt&format=pdf>
- ¹¹³ Shimizu HE, Carvalho ALB, Brêtas Júnior N, Capucci RR. 2021. "Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios." *Cien Saude Colet*. 2021 Aug 30;26(suppl 2):3385-3396 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34468636/>
- ¹¹⁴ João Pedro Caleiro. 2022. "States as the new protagonists of health and a coordinated approach to building back from COVID-19." *Blavatnik School of Government, University of Oxford*. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/states-new-protagonists-health-and-coordinated-approach-building-back-covid>
- ¹¹⁵ Internal survey on the organisational charts of state health secretariats
- ¹¹⁶ Anderson Lima. 2016. "Governança na comissão intergestores regional da XI região de saúde de Pernambuco: atores sociais e recursos de poder." *Serra Talhada; s.n; 2016. 37 p.* <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1140535>
- ¹¹⁷ Aleluia, Ítalo R. S.; Medina, M. G.; Vilasbôas, A. L. Q. 2022. "Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde." *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa, Rio de Janeiro*. <https://periodicos.fgv.br/rgplp/article/view/83387>
- ¹¹⁸ Shimizu, H. E. Pereira. V. O. de M. Carvalho. A. L. B. de Brêtas Júnior. N. & Ramos, M. C. 2022. "Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais." *Physis: Revista de Saúde Coletiva* <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320105>
- ¹¹⁹ Entrevista Luciana Dias de Lima. "Os desafios da governança na região de saúde." N.d. *Plataforma Região e Redes*. <https://www.resbr.net.br/desafios-da-governanca/>
- ¹²⁰ Guilherme Arantes Mello, Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, Liza Yurie Teruya Uchimura, Fabíola Lana Iozzi, Marcelo Marcos Piva Demarzo, Ana Luiza d'Ávila Viana. 2017. "O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática." *Ciência e Saúde Coletiva* <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtjRH/?lang=en&format=pdf>

¹²¹ Ivan Ferreira, Mauricio Bugarin. "Transferências voluntárias e ciclo político-orçamentário no federalismo fiscal brasileiro." *Revista Brasil Econ.* 2007. <https://www.scielo.br/j/rbe/a/PqKJhdmBNGD6GGtnD9jVwj/>

¹²² Arthur Fehr. 2023. "Political alignment and local health-related outcomes: evidence from Brazil." *FGV* <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/33767>

¹²³ João Pedro Caleiro. 2023. "Summary of main takeaways from Health Meeting: Regionalise and Strengthen the SUS (Sistema Único de Saúde)." Internal document.

¹²⁴ *ibid*

¹²⁵ *Ibid*

¹²⁶ Piola, Sérgio Francisco. 2022. "A coordenação entre as instâncias de governo e o papel do Ministério da Saúde no Sistema Único de Saúde". 2022. Texto para discussão 2745. *Ipea* https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11110/1/td_2745_web.pdf

¹²⁷ *Ibid*

¹²⁸ *Ibid*

¹²⁹ IEPS, OPAS, Umane. "Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos." Estudo Institucional n.11. *São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde* https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Estudo_Institucional_IEPS_11.pdf

¹³⁰ *Ibid*

¹³¹ *Ibid*

¹³² IEPS. 2022. "Agenda Mais SUS: Documento de Propostas." IEPS <https://institutocactus.org.br/wp-content/uploads/2022/07/AgendaMaisSUS-DocumentoDePropostas.pdf>

¹³³ Guilherme Arantes Mello, Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, Liza Yurie Teruya Uchimura, Fabíola Lana Iozzi, Marcelo Marcos Piva Demarzo, Ana Luiza d'Ávila Viana. 2017. "O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática." *Ciência e Saúde Coletiva*. <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/?lang=en&format=pdf>

¹³⁴ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

¹³⁵ Adriano Massuda, Ana Maria Malik, Marco Antonio Catussi Paschoalotto, Alessandro Bigoni, Leandro Safatle, Wanderson Kleber de Oliveira. 2023. "Sustainability and Resilience in the Brazilian Health System." *London School of Economics and Political Science: Partnership for Health System Sustainability and Resilience* https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Brazil_2023.pdf

¹³⁶ João Pedro Caleiro. 2023. "Summary of main takeaways from Health Meeting: Regionalise and Strengthen the SUS (Sistema Único de Saúde)." Internal document.

¹³⁷ IEPS, OPAS, Umane. “Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos.” Estudo Institucional n.11. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Estudo_Institucional_IEPS_11.pdf

¹³⁸ João Pedro Caleiro. 2023. “Summary of main takeaways from Health Meeting: Regionalise and Strengthen the SUS (Sistema Único de Saúde).” Internal document.

¹³⁹ OECD. 2021. Reviews of Health Systems: Brazil. <https://www.oecd.org/health/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021-146d0dea-en.htm>

¹⁴⁰ João Pedro Caleiro. 2023. “Summary of main takeaways from Health Meeting: Regionalise and Strengthen the SUS (Sistema Único de Saúde).” Internal document.

¹⁴¹ Adriano Massuda, Ana Maria Malik, Marco Antonio Catussi Paschoalotto, Alessandro Bigoni, Leandro Safatle, Wanderson Kleber de Oliveira. 2023. “Sustainability and Resilience in the Brazilian Health System.” *London School of Economics and Political Science: Partnership for Health System* “Iience https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Brazil_2023.pdf

¹⁴² Nilson do Rosário Costa. 2021. “Nota técnica: A Resiliência das Grandes Cidades Brasileiras no Financiamento da Saúde na Pandemia de Covid-19”. *Fiocruz* https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/css_nota_tecnica_resiliencia_do_financiamento_da_saude_e_pandemia_da_covid-19.pdf

¹⁴³ Rocha, R., Rache, R. e L. Nunes. 2022. “A Regionalização da Saúde no Brasil.” Estudo Institucional n.7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf

¹⁴⁴ Valor. 2022. “Emenda parlamentar abocanha 11% da saúde e banca custeio.” *News: Valor Econômico*, <https://valor.globo.com/politica/noticia/2022/09/28/emenda-parlamentar-abocanha-11-da-saude-e-banca-custeio.ghtml>

¹⁴⁵ Nexo Jornal. 2023, 11 de agosto. “Três tendências do orçamento federal da saúde desde 2013.” *Nexo* https://pp.nexojornal.com.br/Dados/2023/08/11/Três-tendências-do-orçamento-federal-da-saúde-desde-2013?utm_source%3Dpocket_saves%26

¹⁴⁶ Carnut, L., Andre, E. C. G., Mendes, Á., & Meira, A. L. P.. 2021. “Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o ‘é’ e o ‘dever ser’ da alocação dos recursos.” *Saúde em Debate*. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917>

¹⁴⁷ Pereira, V. O. de M., Shimizu, H. E., Ramos, M. C., & Fagg, C. W.. 2020. “Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais.” *Physis: Revista De Saúde Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300117>

¹⁴⁸ Ibid

¹⁴⁹ Ibid

¹⁵⁰ Ibid

¹⁵¹ Gabriela Prada. 2022. “Policy Brief: Value-based healthcare models to improve patient outcomes, create resilience and advance universal health coverage in developing countries”. T20 Indonesia https://www.t20indonesia.org/wp-content/uploads/2022/10/TF6_VALUE-BASED-HEALTHCARE-MODELS-TO-IMPROVE-PATIENT-OUTCOMES-CREATE-RESILIENCE-AND-ADVANCE-UNIVERSAL-HEALTH-COVERAGE-IN-DEVELOPING-COUNTRIES.pdf

¹⁵² Barberia, L.G., Costa, S.F. & Sabino, E.C. "Brazil needs a coordinated and cooperative approach to tackle COVID-19". *Nat Med* 27, 1133–1134 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01423-5>

¹⁵³ Luke Taylor. 'We are being ignored': Brazil's researchers blame anti-science government for devastating COVID surge. News: 27 April 2021. Nature <https://static.poder360.com.br/2021/04/nature-bolsonaro-27abr2021.pdf>

¹⁵⁴ Sabrina Ferigato, Michelle Fernandez, Melania Amorim, Ilana Ambrogi, Luísa M M Fernandes, Rafaela Pacheco. "The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic." *The Lancet Correspondence Vol 396 issue 10263* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32164-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32164-4).

¹⁵⁵ Luke Taylor. 27 April 2021. 'We are being ignored': Brazil's researchers blame anti-science government for devastating COVID surge. Nature <https://static.poder360.com.br/2021/04/nature-bolsonaro-27abr2021.pdf>

¹⁵⁶ Sott MK, Bender MS, da Silva Baum K. "Covid-19 Outbreak in Brazil: Health, Social, Political, and Economic Implications." *Int J Health Serv.* 2022 Oct;52(4):442-454. doi: 10.1177/00207314221122658

¹⁵⁷ Alfredo Saad Filho. 2020. "Coronavirus: how Brazil became the second worst affected country in the world." King's College London <https://www.kcl.ac.uk/coronavirus-how-brazil-became-the-second-worst-affected-country-in-the-world>

¹⁵⁸ Ibid

¹⁵⁹ André Luís Bonifácio de carvalho, Edjavane Rocha, Roberta Fonseca sampaio, Assis luiz Mafort Ouverney. 2022. "State governments in confronting Covid-19: a new protagonism in Brazilian federalism?" *Saúde Debate Rio de Janeiro V. 46 N. Especial 1*, p. 62-77. DOI: 10.1590/0103-11042022E104

¹⁶⁰ Rodrigo Fracalossi de Moraes. "Ciência e Pseudociência durante a pandemia de COVID-19: o papel dos intermediários do conhecimento nas políticas dos governos estaduais no Brasil". Texto para discussão 2743. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea* https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11095/1/td_2743.pdf

¹⁶¹ João Pedro Caleiro. 2022. "States as the new protagonists of health and a coordinated approach to building back from COVID-19." *Blavatnik School of Government, University of Oxford*. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/states-new-protagonists-health-and-coordinated-approach-building-back-covid>

¹⁶² Ibid

¹⁶³ Petherick, Anna et al. 2023. "Variation in government responses to COVID-19". *BSG-WP-2020/032* Version 15. <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2023-06/BSG-WP-2020-032-v15.pdf>

¹⁶⁴ Petherick, Anna et al. 2020. "Brazil's fight against COVID-19: risk, policies, and behaviours". *BSG-WP-2020/036*. <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-12/BSG-WP-2020-036-EN-with-correction.pdf>

¹⁶⁵ João Pedro Caleiro. 2022. "States as the new protagonists of health and a coordinated approach to building back from COVID-19." *Blavatnik School of Government, University of Oxford*. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/states-new-protagonists-health-and-coordinated-approach-building-back-covid>

¹⁶⁶ Coronavirus Resource Center. Johns Hopkins University and Medicine. Accessed November 2022: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>

¹⁶⁷ Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020 - December 2021. WHO data stories (May 2022) <https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021>

¹⁶⁸ Some relatively common causes of death in Brazil, particularly violent deaths, reduced during periods when closure policies where in place, affecting the level of excess deaths for the pandemic period in the opposite direction

¹⁶⁹ Adriano Massuda, Ana Maria Malik, Marco Antonio Catussi Paschoalotto, Alessandro Bigoni, Leandro Safatle, Wanderson Kleber de Oliveira. 2023. "Sustainability and Resilience in the Brazilian Health System." *London School of Economics and Political Science: Partnership for Health System Sustainability and Resilience* https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Brazil_2023.pdf

¹⁷⁰ IEPS, OPAS, Umane. "Os desafios da regionalização do SUS de acordo com a visão de atores estratégicos." Estudo Institucional n.11. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Estudo_Institucional_IEPS_11.pdf

¹⁷¹ Sapkota S, Dhakal A, Rushton S, van Teijlingen E, Marahatta SB, Balen J, Lee AC; Nepal Federal Health System Team. "The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews." *BMJ Glob Health*. 2023 Dec 21;8(12):e013317. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013317

¹⁷² Ibid

¹⁷³ Adolfo Rubinstein, María Clara Zerbino, Cintia Cejas & Analía López. 2018. Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform. *Health Systems & Reform*, 4(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>

¹⁷⁴ Ministry of Health of Argentina. Institutional communication. March 2024.

¹⁷⁵ Novick, Gabriel E. 2017. "Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality." *Global Policy* 8 (March): 93–96. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12267>

¹⁷⁶ Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS). N.d. <https://iecs.org.ar>

¹⁷⁷ Alfredo Palacios, Natalia Espinola and Carlos Rojas-Roque. 2020. "Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina." *International Journal for Equity in Health* volume 19, Article number: 67 (2020) <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>

¹⁷⁸ BMJ. 2018. "Adolfo Rubinstein: Building More Effective Health Care Coverage in Argentina." *The BMJ* May 22, 2018. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/05/22/adolfo-rubinstein-building-more-effective-health-care-coverage-in-argentina/>.

¹⁷⁹ Alfredo Palacios, Natalia Espinola and Carlos Rojas-Roque. 2020. "Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina." *International Journal for Equity in Health* volume 19, Article number: 67 (2020) <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>

¹⁸⁰ Roberto Ariel Abeldano. 2022. "The Health Care System in Argentina." *CRC 1342 Social Policy Country Briefs* (pp.1-8) https://www.researchgate.net/publication/363338266_The_Health_Care_System_in_Argentina

¹⁸¹ Novick, G.E. 2017. "Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality." *Global Policy*, 8, pp. 93–96. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12267>

¹⁸² Adolfo Rubinstein, María Clara Zerbino, Cintia Cejas & Analía López. 2018. "Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform." *Health Systems & Reform*, 4(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>

¹⁸³ The total sum exceeds 100% because there is some overlap between OSs schemes and private insurance

¹⁸⁴ BMJ. 2018. "Adolfo Rubinstein: Building More Effective Health Care Coverage in Argentina." *The BMJ* May 22, 2018. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/05/22/adolfo-rubinstein-building-more-effective-health-care-coverage-in-argentina/>.

¹⁸⁵ Roberto Ariel Abeldano. 2022. "The Health Care System in Argentina." *CRC 1342 Social Policy Country Briefs* (pp.1-8) https://www.researchgate.net/publication/363338266_The_Health_Care_System_in_Argentina.

¹⁸⁶ Alfredo Palacios, Natalia Espinola and Carlos Rojas-Roque. 2020. "Need and inequality in the use of health care services in a fragmented and decentralized health system: evidence for Argentina." *International Journal for Equity in Health* volume 19, Article number: 67 (2020) <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01168-6>

¹⁸⁷ Ciudad de Buenos Aires. 2018. Ambadata. <https://www.ambadata.gob.ar>

¹⁸⁸ Prof. Dr. Antonio Maria Hernández. *The allocation of powers in politically decentralized countries: A comparative study*. UPF https://www.upf.edu/documents/3737713/3741738/doc_sostres_ar_en.pdf/e3a1e075-0546-4559-a0a5-7f700a7ce4bf

¹⁸⁹ Barnes, Tiffany D., and Mark P. Jones. 2018. "Women's Representation in Argentine National and Subnational Governments." *Oxford Scholarship Online*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190851224.003.0007>.

¹⁹⁰ Ardanaz, Martin and Leiras, Marcelo and Tommasi, Mariano, The Politics of Federalism in Argentina: Implications for Governance and Accountability (June 2012). IDB Working Paper No. IDB-WP-327, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2102147> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2102147>

¹⁹¹ Ibid

¹⁹² Márcia Miranda Soares and José Angelo Machado. 2020. Effects of Federalism on Social Policies in a Comparative Perspective: Argentina and Brazil Bras. Political Sci. Rev. 14 (3). <https://doi.org/10.1590/1981-3821202000030003>

¹⁹³ Ibid

¹⁹⁴ Ardanaz, Martin and Leiras, Marcelo and Tommasi, Mariano. "The Politics of Federalism in Argentina: Implications for Governance and Accountability (June 2012)". IDB Working Paper No. IDB-WP-327 <https://ssrn.com/abstract=2102147> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2102147>

¹⁹⁵ Ibid

¹⁹⁶ Pioletti, Emilia. 2021. "Characteristics of the Argentine Health Care System" *Oficina de Presupuesto Del Congreso*. December 6, 2021. <https://www.opc.gob.ar/en/health/characteristics-of-the-argentine-health-care-system/>.

¹⁹⁷ Ministry of Health of Argentina. Institutional communication. March 2024.

¹⁹⁸ Ibid

¹⁹⁹ Ibid

²⁰⁰ Romo, Anaya, and Citlaly Ojeda-Galaviz. 2020. "It Takes More than Two to Tango with COVID-19: Analyzing Argentina's Early Pandemic Response (Jan 2020–April 2020)." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (1): 73. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010073>

²⁰¹ Adolfo Rubinstein, María Clara Zerbino, Cintia Cejas & Analía López. 2018. "Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform." *Health Systems & Reform*, 4(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>

²⁰² Matias Bianchi. 2021. "Federalism and the COVID-19 crisis in Argentina." *Routledge India* <https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/9781003251217-2/federalism-covid-19-crisis-argentina-matias-bianchi>

²⁰³ Ministry of Health of Argentina. Institutional communication. March 2024.

²⁰⁴ Adolfo Rubinstein, María Clara Zerbino, Cintia Cejas & Analía López. 2018. "Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform." *Health Systems & Reform*, 4(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>

²⁰⁵ UNASUR. 2019. "Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity" https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_sistema_saude_2012_eng-2.pdf

²⁰⁶ Matias Bianchi. 2021. "Federalism and the COVID-19 crisis in Argentina." *Routledge India* <https://www.taylorfrancis.com/chapters/oa-edit/10.4324/9781003251217-2/federalism-covid-19-crisis-argentina-matias-bianchi>

²⁰⁷ Ibid

²⁰⁸ Peter Lloyd-Sherlock. 2005. "Health sector reform in Argentina: a cautionary tale." *Social Science & Medicine* Volume 60, Issue 8, April 2005, Pages 1893-1903 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.032>

²⁰⁹ Ibid

²¹⁰ Martin Sabignoso, Leonardo Zanazzi, Susan Sparkes, Inke Mathauer. April 2020. "Strengthening the Purchasing Function Through Results-Based Financing in a Federal Setting: Lessons from Argentina's Programa Sumar." *Health Financing Working Paper 15 – World Health Organization* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332489/9789240003651-eng.pdf?sequence=1>

²¹¹ Interview Ministry of Health of Argentina. 20 March 2024.

²¹² Adolfo Rubinstein, María Clara Zerbino, Cintia Cejas & Analía López. 2018. "Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform." *Health Systems & Reform*, 4(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1477537>

²¹³ Martin Sabignoso, Leonardo Zanazzi, Susan Sparkes, Inke Mathauer. April 2020. "Strengthening the Purchasing Function Through Results-Based Financing in a Federal Setting: Lessons from Argentina's Programa Sumar." *Health Financing Working Paper 15 – World Health Organization* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332489/9789240003651-eng.pdf?sequence=1>

²¹⁴ BMJ. 2018. "Adolfo Rubinstein: Building More Effective Health Care Coverage in Argentina." *The BMJ*. May 22, 2018. <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/05/22/adolfo-rubinstein-building-more-effective-health-care-coverage-in-argentina/>.

²¹⁵ Ministry of Health of Argentina. Institutional communication. March 2024.

²¹⁶ Ibid

²¹⁷ Ibid

²¹⁸ Ministry of Health of Argentina. Reporting document. March 2024.

²¹⁹ Ministry of Health of Argentina. Institutional communication. March 2024.

²²⁰ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

²²¹ Interview Ministry of Health of Argentina. 20 March 2024.

²²² Ibid

²²³ Gilardino, Ramiro et al. 2020. "Implementing Health Technology Assessments in Latin America: Looking at the Past, Mirroring the Future. A Perspective from the ISPOR Health Technology Assessment Roundtable in Latin America." *Value in Health Regional Issues* 23(C):6–12 [https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099\(19\)30618-1/pdf](https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212-1099(19)30618-1/pdf)

²²⁴ Novick, G.E. 2017. "Health Care Organization and Delivery in Argentina: A Case of Fragmentation, Inefficiency and Inequality." *Global Policy*, 8, pp. 93–96. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12267>

²²⁵ Resolución 623/2018 Ministerio de Salud. (M.S.) Argentina. March 2018.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resolucion_623-18.pdf

²²⁶ Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica (CONETEC). N.d. Argentina.gob.ar
<https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec>

²²⁷ Charles, Anna. 2022. "Integrated Care Systems Explained." *The King's Fund*. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained>.

²²⁸ NHS England. 2022. "What Are Integrated Care Systems?" *NHS England*. <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.

²²⁹ Ibid

²³⁰ Chris Naylor. "Integrated care systems need to be different - but how exactly?". *The King's Fund*.
<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/blogs/integrated-care-systems-need-different-but-how>

²³¹ Dr Marie Sanderson et al. 2022. "The Developing Architecture of System Management: Integrated Care Systems and Sustainability and Transformation Partnerships." *Policy Research Unit in Health and Social Care Systems and Commissioning*
<https://prucomm.ac.uk/assets/uploads/The%20Developing%20Architecture%20of%20System%20Management%20Integrated%20Care.pdf>

²³² NHS England. 2022. "What Are Integrated Care Systems?" *NHS England*. <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.

²³³ Dunn, Phoebe, Caroline Fraser, Skeena Williamson, and Hugh Alderwick. 2022. "Integrated Care Systems: What Do They Look Like? - the Health Foundation." *Www.health.org.uk*. June 15, 2022. <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/integrated-care-systems-what-do-they-look-like>.

²³⁴ Chris Naylor. "Integrated care systems need to be different - but how exactly?". *The King's Fund*.
<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/blogs/integrated-care-systems-need-different-but-how>

²³⁵ NHS England and NHS Improvement. 2021. "Thriving places: Guidance on the development of place- based partnerships as part of statutory integrated care systems"
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0660-ics-implementation-guidance-on-thriving-places.pdf>

²³⁶ Dunn, Phoebe, Caroline Fraser, Skeena Williamson, and Hugh Alderwick. 2022. "Integrated Care Systems: What Do They Look Like? - the Health Foundation." *Www.health.org.uk*. June 15, 2022. <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/integrated-care-systems-what-do-they-look-like>.

²³⁷ IBID

²³⁸ Anna Charles, Leo Ewbank, Chris Naylor, Nicola Walsh, Richard Murray. April 2021. "Developing place-based partnerships." *King's Fund* <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/place-based-partnerships-integrated-care-systems>

²³⁹ Chris Naylor. "Integrated care systems need to be different - but how exactly?". *The King's Fund*.
<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/blogs/integrated-care-systems-need-different-but-how>

²⁴⁰ Ibid

²⁴¹ Sam Freedman. June 2023. "How bad does the NHS crisis need to get?". *Institute for Government*
<https://www.instituteforgovernment.org.uk/comment/how-bad-nhs-crisis>

²⁴² British Medical Association. 2024. "NHS Backlog Data Analysis." *BMA*. May 10, 2024. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/nhs-backlog-data-analysis>

²⁴³ Dunn, Phoebe, Caroline Fraser, Skeena Williamson, and Hugh Alderwick. 2022. "Integrated Care Systems: What Do They Look Like? - the Health Foundation." *www.health.org.uk*. June 15, 2022. <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/integrated-care-systems-what-do-they-look-like>.

²⁴⁴ Dr Marie Sanderson et al. 2022. "The Developing Architecture of System Management: Integrated Care Systems and Sustainability and Transformation Partnerships." *Policy Research Unit in Health and Social Care Systems and Commissioning* <https://prucomm.ac.uk/assets/uploads/The%20Developing%20Architecture%20of%20System%20Management%20Integrated%20Care.pdf>

²⁴⁵ Gray, Muir. 2023. *How to get better value healthcare*. Offox Press.

²⁴⁶ Welsh Value in Health Centre. N.d. "Value-Based Healthcare for Wales." <https://vbhc.nhs.wales/value-based-healthcare-for-wales/>

²⁴⁷ Hurst L, Mahtani K, Pluddemann A, Lewis S, Harvey K, Briggs A, Boylan A-M, Bajwa R, Haire K, Entwistle A, Handa A and Heneghan C. "Defining Value-based Healthcare in the NHS". *CEBM report* May 2019. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/reports/defining-value-based-healthcare-in-the-nhs>

²⁴⁸ "NHS RightCare." n.d. <https://www.england.nhs.uk/rightcare/>

²⁴⁹ Mckinnell, Ian. 2015. "NHS Right Care – Expanding the Approach in the Context of Delivering the Five Year Forward View." <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/nqb-oct15-5.pdf>

²⁵⁰ HFMA. N.d. "An Introduction to NHS RightCare." https://www.hfma.org.uk/system/files?file=final_matthew_cripps_nhs-rightcare.pdf&sfvrsn=2

²⁵¹ "Evidence-Based Interventions NHSBSA." N.d. <https://www.nhsbsa.nhs.uk/access-our-data-products/epact2/dashboards-and-specifications/evidence-based-interventions>

²⁵² The Economist Intelligence Unit. 2016 "Value-based healthcare: A global assessment". *The Economist Intelligence Unit Limited* https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf

²⁵³ Department of Health and Social Care. 2021. "Integration and innovation: working together to improve health and social care for all." <https://www.gov.uk/government/publications/working-together-to-improve-health-and-social-care-for-all/integration-and-innovation-working-together-to-improve-health-and-social-care-for-all-html-version>

²⁵⁴ Department of Health and Social Care. 2022. "Health and social care integration: joining up care for people, places and populations". <https://www.gov.uk/government/publications/health-and-social-care-integration-joining-up-care-for-people-places-and-populations/health-and-social-care-integration-joining-up-care-for-people-places-and-populations>

²⁵⁵ Charles, Anna. 2022. "Integrated Care Systems Explained." *The King's Fund* August 19, 2022. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained>.

²⁵⁶ Shared outcomes toolkit for integrated care systems. 2023. "Department of Health and Social Care of the United Kingdom". <https://www.gov.uk/government/publications/shared-outcomes-toolkit-for-integrated-care-systems/shared-outcomes-toolkit-for-integrated-care-systems>

²⁵⁷ Ibid

²⁵⁸ Ibid

- ²⁵⁹ Riley AJ, AlShammary SA, Abuzied Y, Al-Amer R, Bin-Hussain I, Alwaalah M, Alshammari K, AlQumaizi KI. "Accelerated transformation programme for healthcare services: structure, function and the lessons learnt". *BMJ Lead*. 2024 Jul 1;8(2):102-110. doi: 10.1136/leader-2023-000851
- ²⁶⁰ Bunyan, Dr Reem, Gray, Sir Muir, Bargo, Issra, Jani, Dr Anant. 2024. "How to Get Better Value Healthcare - Saudi Arabia's Edition."
- ²⁶¹ Kingdom of Saudi Arabia. N.d. "Vision 2030: Overview." <https://www.vision2030.gov.sa/media/cofh1nmf/vision-2030-overview.pdf>
- ²⁶² Neelima A. 2024. "Vision 2030: India's Potential in Saudi Arabia's Healthcare and Pharmaceutical Landscape." *Center for Public Policy Research*
<https://www.cpvr.in/articles/vision-2030-indias-potential-in-saudi-arabias-healthcare-and-pharmaceutical-landscape>
- ²⁶³ International Trade Administration – United States of America. 2024. "Saudi Arabia - Country Commercial Guide."
<https://www.trade.gov/country-commercial-guides/saudi-arabia-healthcare>
- ²⁶⁴ Ministry of Health of the Kingdom of Saudi Arabia. N.d. "Healthcare Transformation Strategy."
<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/vro/Pages/Health-Transformation-Strategy.aspx>
- ²⁶⁵ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries"
https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf
- ²⁶⁶ Ministry of Health of the Kingdom of Saudi Arabia. N.d. "Health sector Transformation Strategy"
<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/vro/Documents/Healthcare-Transformation-Strategy.pdf>
- ²⁶⁷ Dr Reem F. Bunyan and Issra Bargo. 2020. "Definition of value in health in Saudi Arabia" https://cvalue.sa/wp-content/uploads/2022/08/value-in-health-definition.pdf?TSPD_101_R0=08e90522d6ab2000962f3f59a02d6813f75f396aa9ef25b8f378e5590117f4682d3a314fad54054008919d7faa1430009f6ee137a366599a31b7ae0f15385d15963b7cbc5953243bfb95fc7205b8510c5fc23e05cc7a6a2703f84ebc344ac2a8
- ²⁶⁸ Ministry of Health of the Kingdom of Saudi Arabia. N.d. "Health Sector Transformation Program Delivery Plan."
<https://www.vision2030.gov.sa/media/x3jbf45y/2021-2025-health-sector-transformation-program-delivery-plan-en.pdf>
- ²⁶⁹ IBID
- ²⁷⁰ Ministry of Health of the Kingdom of Saudi Arabia. N.d. "Health sector Transformation Strategy"
<https://www.moh.gov.sa/en/Ministry/vro/Documents/Healthcare-Transformation-Strategy.pdf>
- ²⁷¹ National Center for Privatisation and PPP of the Kingdom of Saudi Arabia. N.d. Projects in Pipeline
<https://www.ncp.gov.sa/en/Pages/ProjectsInPipeline.aspx>
- ²⁷² Bunyan, Dr Reem, Gray, Sir Muir, Bargo, Issra, Jani, Dr Anant. 2024. "How to Get Better Value Healthcare - Saudi Arabia's Edition."
- ²⁷³ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries"
https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf
- ²⁷⁴ Riley AJ, AlShammary SA, Abuzied Y, Al-Amer R, Bin-Hussain I, Alwaalah M, Alshammari K, AlQumaizi KI. "Accelerated transformation programme for healthcare services: structure, function and the lessons learnt." *BMJ Lead*. 2024 Jul 1;8(2):102-110. doi: 10.1136/leader-2023-000851. PMID: 37798102
- ²⁷⁵ Ibid

- ²⁷⁶ Currie & Brown. 2024. "Delivering value in the evolving Saudi Arabia healthcare system." <https://www.curriebrown.com/en/news-insights/insights/2024/delivering-value-in-the-evolving-saudi-arabia-healthcare-system/>
- ²⁷⁷ Alharbi, Mohammad F. 2018. "An Analysis of the Saudi Health-Care System's Readiness to Change in the Context of the Saudi National Health-Care Plan in Vision 2030." *International Journal of Health Sciences* 12 (3): 83–87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5969787/>
- ²⁷⁸ Riley AJ, AlShammary SA, Abuzied Y, Al-Amer R, Bin-Hussain I, Alwaalah M, Alshammari K, AlQumaizi KI. "Accelerated transformation programme for healthcare services: structure, function and the lessons learnt." *BMJ Lead*. 2024 Jul 1;8(2):102-110. doi: 10.1136/leader-2023-000851. PMID: 37798102.
- ²⁷⁹ Al-Hanawi, Mohammed Khaled, Sarh Almubark, Ameerah M. N. Qattan, Agnieszka Cenker, and Ewa Agnieszka Kosycarz. 2020. "Barriers to the Implementation of Public-Private Partnerships in the Healthcare Sector in the Kingdom of Saudi Arabia." Edited by Simon Clegg. *PLOS ONE* 15 (6): e0233802. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233802>.
- ²⁸⁰ Alasiri, Ahmed Ali, and Viqaruddin Mohammed. 2022. "Healthcare Transformation in Saudi Arabia: An Overview since the Launch of Vision 2030." *Health Services Insights* 15 (1): 117863292211212. <https://doi.org/10.1177/11786329221121214>
- ²⁸¹ World Health Organization. 2024. "Health Equity." World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1. Ibid
- ²⁸² Ibid
- ²⁸³ Michael Marmot. 2007. "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes." *Lancet* 2007; 370: 1153–63. DOI:10.1016/S0140- 6736(07)61385-3
- ²⁸⁴ Michael Marmot. 2015. "The health gap: the challenge of an unequal world." *Lancet* 2015; 386: 2442–44 [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- ²⁸⁵ World Health Organisation. 2022. "National report of the Italian Health Equity Status Report." <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057868>
- ²⁸⁶ Adriano Massuda, Ana Maria Malik, Marco Antonio Catussi Paschoalotto, Alessandro Bigoni, Leandro Safatle, Wanderson Kleber de Oliveira. 2023. "Sustainability and Resilience in the Brazilian Health System." *London School of Economics and Political Science: Partnership for Health System Sustainability and Resilience* https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Brazil_2023.pdf
- ²⁸⁷ Johns Hopkins Medicine. December 2022. "The Difference Between Health Equity and Equality." <https://www.hopkinsag.org/health-equity-equality-and-disparities/>
- ²⁸⁸ World Health Organization. N.d. "Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities." <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
- ²⁸⁹ Ibid
- ²⁹⁰ Pan-American Health Organization. N.d. "Health in All Policies." <https://www.paho.org/en/topics/health-all-policies>
- ²⁹¹ Emanuel, Ezekiel J., Govind Persad, Adam Kern, Allen Buchanan, Cécile Fabre, Daniel Halliday, Joseph Heath, et al. 2020. "An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation." *Science* 369 (6509): 1309–12. <https://doi.org/10.1126/science.abe2803>
- ²⁹² Emanuel, Ezekiel J., Florencia Luna, G. Owen Schaefer, Kok-Chor Tan, and Jonathan Wolff. 2021. "Enhancing the WHO's Proposed Framework for Distributing COVID-19 Vaccines among Countries." *American Journal of Public Health* 111 (3): 371–73. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.306098>.

- ²⁹³ Oh, Yumi. 2021. "The National Health Plan 2030: Its Purpose and Directions of Development." *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 54 (3): 173–81. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.198>
- ²⁹⁴ National Health Plan 2030. <https://www.khepi.or.kr/healthplaneng>
- ²⁹⁵ Pan-American Health Organization" Mexico Profile. N.d. <https://hia.paho.org/en/countries-22/mexico-country-profile>
- ²⁹⁶ Peter C. Smith, Anna Sagan, Luigi Siciliani and Josep Figueras. "Building on value-based health care: Towards a health system perspective." *Health Policy* Volume 138, December 2023 <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104918>
- ²⁹⁷ European Union. 2019. "Defining value in 'value-based healthcare'". *Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)* https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en
- ²⁹⁸ Alesina, Alberto, and Edward Glaeser, *Fighting Poverty in the US and Europe: A World of Difference*. Oxford Academic, 20 Apr. 2005. <https://doi.org/10.1093/0199267669.001.0001>
- ²⁹⁹ Luttmer, Erzo F. P, and Monica Singhal. 2011. "Culture, Context, and the Taste for Redistribution." *American Economic Journal: Economic Policy* 3 (1): 157–79. <https://doi.org/10.1257/pol.3.1.157>
- ³⁰⁰ Ana Paula Blower. 2023. "Ministra da Saúde aponta prioridades do governo durante presidência do G20". *News: Agência Focruz de Notícias* <https://agencia.fiocruz.br/ministra-da-saude-aponta-prioridades-do-governo-durante-presidencia-do-g20>
- ³⁰¹ Dr. Shepley Orr, Professor Jonathan Wolff, Professor Stephen Morris. 2010. "What Values Should Count in HTA for New Medicines under Value Based Pricing in the UK?". Unpublished.
- ³⁰² European Union. 2019. "Defining value in 'value-based healthcare'". *Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)* https://health.ec.europa.eu/document/download/634e0a0c-4bff-4050-ad5f-b80381f36f33_en
- ³⁰³ Ibid
- ³⁰⁴ Ibid
- ³⁰⁵ Kidd, Ian James, and Havi Carel. 2016. "Epistemic Injustice and Illness." *Journal of Applied Philosophy* 34 (2): 172–90. <https://doi.org/10.1111/japp.12172>
- ³⁰⁶ Petherick, Anna, Rafael Goldszmidt, Eduardo B. Andrade, Rodrigo Furst, Thomas Hale, Annalena Pott, and Andrew Wood. 2021. "A Worldwide Assessment of Changes in Adherence to COVID-19 Protective Behaviours and Hypothesized Pandemic Fatigue." *Nature Human Behaviour* 5 (August): 1–16. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01181-x>.
- ³⁰⁷ Hale, Thomas . 2022. "We've Found One Factor That Predicts Which Countries Best Survive Covid". *News: The Guardian*. March 24, 2022. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2022/mar/24/countries-covid-trust-damage-pandemic>.
- ³⁰⁸ World Health Organization. 2023. "Universal Health Coverage (UHC)." World Health Organization [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- ³⁰⁹ Commonwealth Fund. 2023. "How Medical Debt Makes People Sicker — and What We Can Do about It." 2023 <https://www.commonwealthfund.org/publications/podcast/2023/oct/how-medical-debt-makes-people-sicker-what-we-can-do-about-it>
- ³¹⁰ OECD. 2016. "Universal Health Coverage and Health Outcomes Final Report." <https://www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf>

- ³¹¹ Asaria, Miqdad, Shehzad Ali, Tim Doran, Brian Ferguson, Robert Fleetcroft, Maria Goddard, Peter Goldblatt, Mauro Laudicella, Rosalind Raine, and Richard Cookson. 2016. "How a Universal Health System Reduces Inequalities: Lessons from England." *Journal of Epidemiology and Community Health* 70 (7): 637–43. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206742>
- ³¹² Paul, Elisabeth, Céline Deville, Oriane Bodson, N'koué Emmanuel Sambiéni, Ibrahima Thiam, Marc Bourgeois, Valéry Ridde, and Fabienne Fecher. 2019. "How Is Equity Approached in Universal Health Coverage? An Analysis of Global and Country Policy Documents in Benin and Senegal." *International Journal for Equity in Health* 18 (1). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1089-9>
- ³¹³ G1. "Ambulancioterapia revela buracos na assistência médica do SUS; vai e vem de pacientes provoca 4 milhões de deslocamentos no país." *News: G1, 21 May 2023*. <https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/05/21/ambulancioterapia-revela-buracos-na-assistencia-medica-do-sus-vai-e-vem-de-pacientes-provoca-4-milhoes-de-deslocamentos-no-pais.ghtml>
- ³¹⁴ IBGE. 2020. Regiões de influência das cidades. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101728>
- ³¹⁵ Muir Gray and Marcia Madkisse (Editors) - Academia VHBC. 2022. "Atlas of Variation in Healthcare Brazil" https://www.academiavhbc.org/_files/ugd/633fee_1ad866e9b5f041e8875985e1b382c947.pdf
- ³¹⁶ Rafael Aliosha Kaliks, Tiago Farina Matos, Vanessa de Araujo Silva, Luciana Holtz de Camargo Barros. 2017. "Differences in systemic cancer treatment in Brazil: my Public Health System is different from your Public Health System." *Brazilian Journal of Oncology Summary Vol.13 - Issue 44*. <https://www.brazilianjournalofoncology.com.br/details/14/en-US/differences-in-systemic-cancer-treatment-in-brazil--my-public-health-system-is-different-from-your-public-health-system>
- ³¹⁷ Miqdad Asaria, Richard Cookson, Shehzad Ali, Tim Doran, Brian Ferguson, Robert Fleetcroft, Maria Goddard, Peter Goldblatt, Mauro Laudicella, Rosalind Raine. "How a universal health system reduces inequalities: lessons from England." *J Epidemiol Community Health* 2016;70:637–643. doi:10.1136/jech-2015-206742
- ³¹⁸ Brownlee, Shannon et al. "Evidence for overuse of medical services around the world". *The Lancet Right Care* Vol. 390 Issue 10090 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- ³²⁰ Helfrich, Christian D., Christine W. Hartmann, Toral J. Parikh, and David H. Au. 2019. "Promoting Health Equity through De-Implementation Research." *Ethnicity & Disease* 29 (Suppl 1): 93–96. <https://doi.org/10.18865/ed.29.s1.93>
- ³²¹ World Health Organisation. 2023. Universal health coverage (UHC) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- ³²² Matsumura, Hiroshi, Yoshito Nishimura, Hisayo Horiuchi, Toshitaka Higashira, Yosuke Kita, and Hideaki Nishizawa. 2019. "G20 Okayama Health Ministers' Meeting: Lessons Learned and Way Forward." *Global Health & Medicine* 1 (2): 65–70. <https://doi.org/10.35772/ghm.2019.01033>
- ³²³ World Health Organisation. 2024. UHC service coverage index <https://data.who.int/indicators/i/3805B1E/9A706FD>
- ³²⁴ Ranabhat, Chhabi Lal, Shambhu Prasad Acharya, Chiranjivi Adhikari, and Chun-Bae Kim. 2023. "Universal Health Coverage Evolution, Ongoing Trend, and Future Challenge: A Conceptual and Historical Policy Review." *Frontiers in Public Health* 11 (February). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1041459>
- ³²⁵ Collins, Téa, Svetlana Akselrod, Rifat Atun, Sara Bennett, Osondu Ogbuoji, Mark A Hanson, Gérard Dubois, et al. 2023. "Converging Global Health Agendas and Universal Health Coverage: Financing Whole-of-Government Action through UHC+." *The Lancet Global Health* 11 (12): e1978–85. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00489-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00489-8)
- ³²⁶ Ranabhat, Chhabi Lal, Shambhu Prasad Acharya, Chiranjivi Adhikari, and Chun-Bae Kim. 2023. "Universal Health Coverage Evolution, Ongoing Trend, and Future Challenge: A Conceptual and Historical Policy Review." *Frontiers in Public Health* 11 (February). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1041459>

³²⁷ World Health Organisation. 2023. Universal health coverage (UHC) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

³²⁸ World Health Organisation and World Bank Group. 2023. "Tracking universal health coverage 2023 global monitoring report". <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374059/9789240080379-eng.pdf?sequence=1>

³²⁹ World Health Organisation. 2023. Universal health coverage (UHC) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

³³⁰ OECD. 2016. "The future of health systems." <https://www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf>

³³¹ Lagomarsino, Gina, Alice Garabrant, Atikah Adyas, Richard Muga, and Nathaniel Otoo. 2012. "Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia." *The Lancet* 380 (9845): 933–43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61147-7)

³³² Zilper Audi-Poquillon. March 2023. "Breaking Barriers to Universal Health Reforms: The Call for Bold Political Leadership." *London School of Economics blog* <https://blogs.lse.ac.uk/globalhealth/2023/03/31/breaking-barriers-to-universal-health-reforms-the-call-for-bold-political-leadership/>

³³³ Ibid

³³⁴ Lagomarsino, Gina, Alice Garabrant, Atikah Adyas, Richard Muga, and Nathaniel Otoo. 2012. "Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia." *The Lancet* 380 (9845): 933–43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61147-7)

³³⁵ World Health Organisation and World Bank Group. 2023. Tracking universal health coverage 2023 global monitoring report. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374059/9789240080379-eng.pdf?sequence=1>

³³⁶ Lagomarsino, Gina, Alice Garabrant, Atikah Adyas, Richard Muga, and Nathaniel Otoo. 2012. "Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia." *The Lancet* 380 (9845): 933–43. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61147-7)

³³⁷ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

³³⁸ Gray, Muir. 2023. "How to get better value healthcare." Offox Press.

³³⁹ Ngaire Woods & Anna Petherick. "The Rich World's Super-Spreader Shame." *Project Syndicate* <https://www.project-syndicate.org/commentary/g20-countries-are-covid19-super-spreaders-by-ngaire-woods-and-anna-petherick-2021-08?barrier=accesspaylog> .

³⁴⁰ Our World in Data. Accessed: April 2024. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

³⁴¹ Yosselin Turcios, M.P.H. "Digital Access: A Super Determinant of Health". Blog: SAMHSA <https://www.samhsa.gov/blog/digital-access-super-determinant-health#2>

³⁴² World Economic Forum. 2022. "Digital Healthcare Can Be a Catalyst for Greater Equity." <https://www.weforum.org/agenda/2022/01/digital-healthcare-technology-for-health-equity/>.

³⁴³ World Economic Forum. 2024. "Healthcare suffers from a racial bias. What can we do to change that?"

<https://www.weforum.org/agenda/2024/02/racial-bias-equity-future-of-healthcare-clinical-trial/>

³⁴⁴ Ibid

³⁴⁵ Heidi Ledford. 2019. "Millions of black people affected by racial bias in health-care algorithms". *Nature*
<https://www.nature.com/articles/d41586-019-03228-6>

³⁴⁶ Leslie, David, Anjali Mazumder, Aidan Peppin, Maria K. Wolters, and Alexa Hagerty. 2021. "Does 'AI' Stand for Augmenting Inequality in the Era of Covid-19 Healthcare?". *BMJ* 372 (372): n304. <https://doi.org/10.1136/bmj.n304>

³⁴⁷ Harvard T. H. Chan School of Public Health. "Algorithmic Bias in Health Care Exacerbates Social Inequities — How to Prevent It." *Harvard* <https://www.hsph.harvard.edu/ecpe/how-to-prevent-algorithmic-bias-in-health-care/>

³⁴⁸ OECD. N.d. "Health care financing in times of high inflation." <https://www.oecd.org/health/Health-care-financing-in-times-of-high-inflation.pdf>

³⁴⁹ Ibid

³⁵⁰ Ibid

³⁵¹ João Pedro Caleiro. 2022. States as the new protagonists of health and a coordinated approach to building back from COVID-19. *Blavatnik School of Government, University of Oxford*. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/states-new-protagonists-health-and-coordinated-approach-building-back-covid>

³⁵² World Economic Forum. 2022. "Digital healthcare can be a catalyst for greater health equity." <https://www.weforum.org/agenda/2022/01/digital-healthcare-technology-for-health-equity/>

³⁵³ The Economist Intelligence Unit. 2016. "Value-based healthcare: A global assessment." *The Economist Intelligence Unit Limited* https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf

³⁵⁴ World Health Organization. 2021. "Global Strategy on Digital Health 2020-2025." <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gsdhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>.

³⁵⁵ Atwoli, Lukoye, Abdullah H. Baqui, Thomas Benfield, Raffaella Bosurgi, Fiona Godlee, Stephen Hancocks, Richard Horton, et al. 2021. "Call for Emergency Action to Limit Global Temperature Increases, Restore Biodiversity, and Protect Health." *New England Journal of Medicine* 385 (12). <https://doi.org/10.1056/nejme2113200>.

³⁵⁶ World Health Organisation. N.d. "COP26 Health Programme." <https://www.who.int/initiatives/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health/cop26-health-programme>

³⁵⁷ Abimbola, Seye, and Stephanie M Topp. 2018. "Adaptation with Robustness: The Case for Clarity on the Use of 'Resilience' in Health Systems and Global Health." *BMJ Global Health* 3 (1): e000758. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000758>

³⁵⁸ World Health Organization. 2022. "Measuring the climate resilience of health systems" <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354542/9789240048102-eng.pdf?sequence=1>

³⁵⁹ Ndugga, Nambi, and Samantha Artiga. 2022. "Climate Change and Health Equity: Key Questions and Answers." *KFF May 24, 2022*. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/climate-change-and-health-equity-key-questions-and-answers>

³⁶⁰ Thilagawathi Abi Deivanayagam et al. 2023. "Envisioning environmental equity: climate change, health, and racial justice." *Health policy* Vol 402 Issue 10395 July 01, 2023 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00919-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00919-4)

³⁶¹ Ndugga, Nambi, and Samantha Artiga. 2022. "Climate Change and Health Equity: Key Questions and Answers." *KFF* May 24, 2022. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/climate-change-and-health-equity-key-questions-and-answers>

³⁶² Ibid

³⁶³ Health (ASH), Assistant Secretary for. 2021. "About the Office of Climate Change and Health Equity (OCCHE)." *HHS.gov*. August 29, 2021. <https://www.hhs.gov/ash/ocche/about/index.html>

³⁶⁴ World Health Organization. 2023. "One Health Global." https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1.

³⁶⁵ Mackenzie, John S, and Martyn Jeggo. 2019. "The One Health Approach—Why Is It so Important?" *Tropical Medicine and Infectious Disease* 4 (2): 88. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4020088>

³⁶⁶ The Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), the United Nations Environment Programme (UNEP), the World Organisation for Animal Health (WOAH, founded as OIE), and the World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059139>

³⁶⁷ Imprensa Nacional. 2024. "Lei Nº 14.792, de 5 de Janeiro de 2024 - DOU - Imprensa Nacional." *In.gov.br* 2024. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.792-de-5-de-janeiro-de-2024-536210882>.

³⁶⁸ The Academy of Medical Sciences. 2022. "One Health Workshop: Brazil." <https://acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/one-health-workshop-brazil->

³⁶⁹ Interview Jaqueline Góes. February 2024.

³⁷⁰ Wakimoto, Mayumi Duarte, Rodrigo Caldas Menezes, Sandro Antonio Pereira, Tiago Nery, Julio Castro-Alves, Stephanie Lema S. Penetra, Arne Ruckert, Ronald Labonte, and Valdiléa Gonçalves Veloso. 2022. "COVID-19 and Zoonoses in Brazil: Environmental Scan of One Health Preparedness and Response." *One Health*, May, 100400. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2022.100400>

³⁷¹ Robert Metzke. 2022. "Here's how healthcare can reduce its carbon footprint." *World Economic Forum* <https://www.weforum.org/agenda/2022/10/cop27-how-healthcare-can-reduce-carbon-footprint/>

³⁷² Nytia Mohan Khemka and Srinath Reddy: editors. 2023. "Accelerating Global Health: Pathways to Health Equity for the G20." *United Nations Development Programme India*. <https://www.undp.org/india/publications/accelerating-global-health-pathways-health-equity-g20>

³⁷³ Pisani, Elizabeth, Maarten Olivier Kok, and Kharisma Nugroho. 2016. "Indonesia's Road to Universal Health Coverage: A Political Journey." *Health Policy and Planning* 32 (2): czw120. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>.

³⁷⁴ Ibid

³⁷⁵ Ibid

³⁷⁶ Ibid

³⁷⁷ Nytia Mohan Khemka and Srinath Reddy: editors. 2023. "Accelerating Global Health: Pathways to Health Equity for the G20." *United Nations Development Programme India*. <https://www.undp.org/india/publications/accelerating-global-health-pathways-health-equity-g20>

³⁷⁸ Anindya, Kanya, John Tayu Lee, Barbara McPake, Siswanto Agus Wilopo, Christopher Millett, and Natalie Carvalho. 2020. "Impact of Indonesia's National Health Insurance Scheme on Inequality in Access to Maternal Health Services: A Propensity Score Matched Analysis." *Journal of Global Health* 10 (1). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010429>.

-
- ³⁷⁹ Augustine Asante et al. "The benefits and burden of health financing in Indonesia: analyses of nationally representative cross-sectional data." *The Lancet* Vol 11 Issue 5 E770-E780, MAY 2023 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)
- ³⁸⁰ Krishna Hort and Walaiporn Patcharanarumol (editors). 2017. "The Republic of Indonesia Health System Review." *Health Systems in Transition* Vol. 7 No. 1 2017
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254716/9789290225164-eng.pdf?sequence=1%26isAllowed=y>
- ³⁸¹ Lagomarsino, Gina, Alice Garabrant, Atikah Adyas, Richard Muga, and Nathaniel Otoo. 2012. "Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance Reforms in Nine Developing Countries in Africa and Asia." *The Lancet* 380 (9845): 933–43.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7)
- ³⁸² Agustina, Rina, Teguh Dartanto, Ratna Sitompul, Kun A Susiloretni, Suparmi, Endang L Achadi, Akmal Taher, et al. 2019. "Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges." *The Lancet* 393 (10166): 75–102.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
- ³⁸³ I Nyoman Sutarsa. "Indonesian health system reform: no simple fix for inequity." *East Asia Forum*
<https://eastasiaforum.org/2023/09/28/indonesian-health-system-reform-no-simple-fix-for-inequity/>
- ³⁸⁴ Prakarsa. 2020. "Universal Health Coverage: Measuring Indonesia's Achievements." <https://theprakarsa.org/en/universal-health-coverage-tracking-indonesias-progress-2/#>
- ³⁸⁵ Ibid
- ³⁸⁶ Agustina, Rina, Teguh Dartanto, Ratna Sitompul, Kun A Susiloretni, Suparmi, Endang L Achadi, Akmal Taher, et al. 2019. "Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges." *The Lancet* 393 (10166): 75–102.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- ³⁸⁷ I Nyoman Sutarsa. "Indonesian health system reform: no simple fix for inequity." *East Asia Forum*
<https://eastasiaforum.org/2023/09/28/indonesian-health-system-reform-no-simple-fix-for-inequity/>
- ³⁸⁸ Prakarsa. 2020. "Universal Health Coverage: Measuring Indonesia's Achievements." <https://theprakarsa.org/en/universal-health-coverage-tracking-indonesias-progress-2/#>
- ³⁸⁹ Sukartini, Tintin, Hidayat Arifin, Yulia Kurniawati, Rifky Octavia Pradipta, Nursalam Nursalam, and Joel Rey Ugsang Acob. 2022. "Factors Associated with National Health Insurance Coverage in Indonesia." *F1000Research* 10 (September): 563.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.53672.2>.
- ³⁹⁰ Asante, Augustine et al. 2023. The benefits and burden of health financing in Indonesia: analyses of nationally representative cross-sectional data. *The Lancet Global Health*: Vol 11 Issue 5 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00064-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00064-5)
- ³⁹¹ Ibid
- ³⁹² Nytia Mohan Khemka and Srinath Reddy: editors. United Nations Development Programme India. 2023. "Accelerating Global Health: Pathways to Health Equity for the G20." <https://www.undp.org/india/publications/accelerating-global-health-pathways-health-equity-g20>
- ³⁹³ Reuters. 2023. "Indonesia's Parliament Approves Changes to Healthcare Laws amid Protests". News: July 11, 2023, sec. Asia Pacific. <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/indonesias-parliament-approves-changes-healthcare-laws-amid-protests-2023-07-11/>.
- ³⁹⁴ Prakarsa. 2020. "Universal Health Coverage: Measuring Indonesia's Achievements." <https://theprakarsa.org/en/universal-health-coverage-tracking-indonesias-progress-2/#>

³⁹⁵ Putri, Nuzulul Kusuma, Agung Dwi Laksono, and Nikmatur Rohmah. 2023. "Predictors of National Health Insurance Membership among the Poor with Different Education Levels in Indonesia." *BMC Public Health* 23 (1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15292-9>

³⁹⁶ Prakarsa. 2020. "Universal Health Coverage: Measuring Indonesia's Achievements." <https://theprakarsa.org/en/universal-health-coverage-tracking-indonesias-progress-2/#>

³⁹⁷ Ibid

³⁹⁸ UNICEF. 2019. "Landscape analysis of overweight and obesity in Indonesia." <https://www.unicef.org/indonesia/media/15481/file/Landscape%20analysis%20of%20overweight%20and%20obesity%20in%20Indonesia.pdf>

³⁹⁹ Ibid

⁴⁰⁰ UNICEF. 2019. "Landscape analysis of overweight and obesity in Indonesia." <https://www.unicef.org/indonesia/media/15481/file/Landscape%20analysis%20of%20overweight%20and%20obesity%20in%20Indonesia.pdf>

⁴⁰¹ Pisani, Elizabeth, Maarten Olivier Kok, and Kharisma Nugroho. 2016. "Indonesia's Road to Universal Health Coverage: A Political Journey." *Health Policy and Planning* 32 (2): czw120. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw120>

⁴⁰² Ibid

⁴⁰³ Ibid

⁴⁰⁴ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g2ohub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

⁴⁰⁵ The Economist Intelligence Unit. 2016. "Value-based healthcare: A global assessment." *The Economist Intelligence Unit Limited* https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf

⁴⁰⁶ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g2ohub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

⁴⁰⁷ I Nyoman Sutarsa. "Indonesian health system reform: no simple fix for inequity." *East Asia Forum* <https://eastasiaforum.org/2023/09/28/indonesian-health-system-reform-no-simple-fix-for-inequity/>

⁴⁰⁸ Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries" https://www.g2ohub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

⁴⁰⁹ Livio Garattini, Marco Badinella Martini, Michele Zanetti. 2021. "The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice." *Eur J Health Econ.* 2022; 23(1): 1–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8131486/>

⁴¹⁰ Toth, Federico. 2014. "How Health Care Regionalisation in Italy Is Widening the North–South Gap." *Health Economics, Policy and Law* 9 (3): 231–49. <https://doi.org/10.1017/s1744133114000012>.

⁴¹¹ Ricciardi W, Tarricone R. The evolution of the Italian National Health Service. *Lancet.* 2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695372/>

-
- ⁴¹² Supplement to: Ricciardi W, Tarricone R. "The evolution of the Italian National Health Service." 2021. *Lancet*. <https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0140673621017335-mmc1.pdf>
- ⁴¹³ Bruzzi, S., Ivaldi, E. & Santagata, M. 2022. "Measuring Regional Performance in the Italian NHS: Are Disparities Decreasing?" *Soc Indic Res.* 159, 1057–1084 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02775-8>
- ⁴¹⁴ Giliberto Capano & Andrea Lippi. 2021. "Decentralization, policy capacities, and varieties of first health response to the COVID-19 outbreak: evidence from three regions in Italy". *Journal of European Public Policy* <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13501763.2021.1942156?src=recsys>
- ⁴¹⁵ Toth, Federico. 2021. "How the health services of Emilia-Romagna, Lombardy and Veneto handled the Covid-19 emergency." *Contemporary Italian Politics*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23248823.2021.1903174>
- ⁴¹⁶ Raffaella Bucciardini, Pi Zetterquist, Tuulia Rotko, Vania Putatti, Benedetta Mattioli, Paola De Castro, Federica Napolitani, et al. 2023. "Addressing Health Inequalities in Europe: Key Messages from the Joint Action Health Equity Europe (JAHEE)". *Archives of Public Health* 81 (1). <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01086-3>
- ⁴¹⁷ World Health Organisation. 2022. "National report of the Italian Health Equity Status Report." <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057868>
- ⁴¹⁸ Daalen, Kim Robin van, Fiona Davey, Claire Norman, and John Alexander Ford. 2021. "Health Equity Audits: A Systematic Review of the Effectiveness." *BMJ Open* 11 (11): e053392.
- ⁴¹⁹ Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025." https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- ⁴²⁰ Raffaella Bucciardini, Pi Zetterquist, Tuulia Rotko, Vania Putatti, Benedetta Mattioli, Paola De Castro, Federica Napolitani, et al. 2023. "Addressing Health Inequalities in Europe: Key Messages from the Joint Action Health Equity Europe (JAHEE)." *Archives of Public Health* 81 (1). <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01086-3>
- ⁴²¹ World Health Organisation. 2022. "National report of the Italian Health Equity Status Report." <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057868>
- ⁴²² Federico Vola, Vera Benedetto, Milena Vainieri and Sabina Nuti. 2022. The Italian interregional performance evaluation system. *Research in Health Services & Regions* https://www.scienceopen.com/document_file/0eadbc9c-5f28-42eb-88e9-7e85836434a6/PubMedCentral/0eadbc9c-5f28-42eb-88e9-7e85836434a6.pdf
- ⁴²³ Ibid
- ⁴²⁴ Ibid
- ⁴²⁵ Istituto Superiore de Sanità. 2020. "National Outcomes Programme" <https://www.epicentro.iss.it/en/health-system-governance/national-outcomes-programme-2020>
- ⁴²⁶ Agenas. Programma Nazionale Esiti – PNE 2030. <https://pne.agenas.it/equita/indicatori?eq=CIT>
- ⁴²⁷ Colais P, Pinnarelli L, Mataloni F, Giordani B, Duranti G, D'Errigo P, Rosato S, Seccareccia F, Baglio G, Davoli M; P.N.E. Group. The National Outcomes Evaluation Programme in Italy: The Impact of Publication of Health Indicators. *Int J Environ Res Public Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9517347/>
- ⁴²⁸ Campanella, P., Vukovic, V., Parente, P. et al. 2016. "The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis." *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1543-y>

⁴²⁹ iore M, Bianconi A, Acuti Martellucci C, Rosso A, Zauli E, Flacco ME, Manzoli L. 2024. "Impact of the Italian Healthcare Outcomes Program (PNE) on the Care Quality of the Poorest Performing Hospitals." *Healthcare (Basel)*. 2024 Feb 7;12(4):431. doi: 10.3390/healthcare12040431..

⁴³⁰ Servizio Sanitario Nazionale. 2024. "Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)".
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

⁴³¹ World Health Organisation. 2022. "National report of the Italian Health Equity Status Report."
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057868>

⁴³² Health Systems Innovation Lab at Harvard University, in collaboration with the Global Innovation Hub for Improving Value in Health. 2023. "Transitioning to High Value Health Systems in G20+ Countries"
https://www.g20hub.org/files/HVHS%20G20%20Study_%20Global%20Innovation%20Hub.pdf

⁴³³ Ibid

⁴³⁴ Ibid

⁴³⁵ AGENAS. 2023. "New governance model for medical devices in the NHS: National Health Technology Assessment Program (PNHTA 2023-2025)". <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2322-new-governance-model-for-medical-devices-in-the-nhs-national-health-technology-assessment-program-pnhta-2023-2025>

⁴³⁶ Marianna Mauro and Monica Giancotti. 2023. "The 2022 primary care reform in Italy: Improving continuity and reducing regional disparities?". *Health Policy Volume 135, September 2023*
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104862>