



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE – FEAAC
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE CIÊNCIAS ATUARIAIS**

ISLAN TAYMON FONTELES

**SAÚDE PÚBLICA NO CANADÁ, ESTADOS UNIDOS, FRANÇA, INGLATERRA E
BRASIL: UM ESTUDO COMPARATIVO**

**FORTALEZA
2012**

ISLAN TAYMON FONTELES

SAÚDE PÚBLICA NO CANADÁ, ESTADOS UNIDOS, FRANÇA, INGLATERRA E
BRASIL: UM ESTUDO COMPARATIVO

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Atuariais do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Ms. Alana Katielli Azevedo de Macedo.

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca da Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade

Fonteles, Islan Taymon.

Saúde Pública no Canadá, Estados Unidos, França, Inglaterra e Brasil: um estudo comparativo / Islan Taymon Fonteles. - 2012.

51 f.: il color., enc.; 30 cm

Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Departamento de Administração, Curso de Ciências Atuariais, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientação: Prof^o MS. Alana Katielli Azevedo de Macedo

1. SUS. 2. Reforma do SUS. 3. Saúde Pública. 4. Sistemas de Saúde. I. Título

ISLAN TAYMON FONTELES

SAÚDE PÚBLICA NO CANADÁ, ESTADOS UNIDOS, FRANÇA, INGLATERRA E
BRASIL: UM ESTUDO COMPARATIVO

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Atuariais do Departamento de Administração da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Atuariais. Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Alana Katielli Azevedo de Macedo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Ms. Eduardo Santos Ellery (Membro da Banca Examinadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o. Ms. Sérgio César de Paula Cardoso (Membro da Banca Examinadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico esta monografia a Deus que me dá muito apoio em todos os momentos da minha vida, à minha família, que me deu todas as condições que puderam para minha formação pessoal e acadêmica; e à minha namorada, que me faz sentir cada vez melhor, me dando felicidade e aumentando minha autoestima, fazendo-me acreditar que posso chegar onde eu quiser.

Obrigado por tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que está sempre presente, me guiando e me fazendo chegar onde estou.

À minha namorada supimpa por seu amor incondicional que me faz ser uma pessoa melhor e me dá forças para continuar, sendo uma exímia companheira que me apoia e me ajuda em todas as decisões da minha vida.

À minha mãe, Isabelina Fonteles de Farias, e ao meu pai, Antonio Fonteles, por todo amor dispensado a mim e pelos esforços aplicados na minha educação, vencendo as dificuldades para me oferecer um estudo de qualidade que me proporcionou uma excelente base para a aprovação no vestibular da Universidade Federal do Ceará, o início de uma caminhada em busca da formação acadêmica.

Aos meus irmãos, Islano Haymson Fonteles e Isan Saymon Fonteles, que tanto me perturbam em casa, mas que são peças indispensáveis na família.

Aos meus queridos colegas de turma que vivenciaram comigo situações diversas que variaram de alegrias, com “molecagens” em sala e fora dela, a sofrimentos com disciplinas e professores que deram o que falar.

Aos meus inestimáveis amigos, Mário Gurjão e Paulo Anderson, que tanto fizeram por mim nessa vida que com palavras ficaria difícil agradecer. Os dois são a prestatividade em pessoa, sempre querendo o bem do próximo. Foram inúmeras as vezes que eles tiveram a “oportunidade” de me ajudar em algo e não pensaram duas vezes. Em várias situações me ajudaram, seja na vida pessoal como acadêmica. O Mário chegou ao ponto de discutir com uma professora em meu favor, quando eu já tinha dado a causa como perdida. O Paulo com seus conselhos me ajudou na vida pessoal. Além disso, foram várias as cadeiras que posso afirmar com toda certeza: só passei por causa deles. São só alguns exemplos do que esses dois já fizeram e fazem por mim, e que acabaram me ajudando no alcance dessa conclusão de curso.

Aos também inesquecíveis amigos Eliel, Máximo e Thiago Faustino, que fizeram parte da minha caminhada, facilitando minha subida diante de tantos tropeços.

Aos professores do curso de Ciências Atuariais, pela dedicação e empenho no exercício da atividade.

Aos professores membros da banca examinadora Sérgio César de Paula Cardoso e Eduardo Santos Ellery.

Finalmente, à minha tão querida orientadora que me aceitou como orientando sem impor rejeições. Pelo contrário, aceitou com aquele sorriso que costuma estar presente em uma pessoa simpática como ela é. Foi a mais doce e carismática professora que já tive. Não bastasse isso, é indiscutível sua competência. Competência esta que me ajudou na elaboração desta monografia, acrescentando seus conhecimentos de forma única.

'Parabéns, você ainda está vivo. A maioria das pessoas é tão ingrata por estarem vivas. Mas não você. Não mais.'

(Jig Saw)

RESUMO

Esta monografia visa fazer uma comparação entre alguns dos melhores sistemas de saúde do mundo, em especial os de Canadá, França e Inglaterra com o SUS. Além desses, considerados de altíssima qualidade, a pesquisa também levou em consideração o sistema de saúde dos Estados Unidos, pois assim como o Brasil, precisa de uma reforma, o que já vem sendo levado em consideração pelo governo americano. Dessa forma, a pesquisa buscou os pontos positivos de cada sistema estudado que possam ser implantados em uma possível reforma do sistema de saúde brasileiro. De forma secundária, foi realizada uma coleta de informações acerca da evolução histórica dos sistemas de saúde dos países em estudo. Ao final, podemos perceber que é grande a diferença na estruturação e na forma de atendimento de serviços de saúde do SUS, quando comparado com os países de reconhecida qualidade na Saúde e que são muitos os pontos positivos dos sistemas de públicas desses países que podem ser copiados pelo SUS.

Palavras-chave: SUS, Reforma do SUS, Saúde Pública, Sistemas de Saúde, Comparação.

ABSTRACT

This monograph aims to make a comparison between some of the best healthcare systems in the world, especially those of Canada, France and England with the SUS. Besides these, considered the highest quality, the survey also took into consideration the health system of the United States as well as Brazil needs a reform, which has already been taken into consideration by the U.S. government. Thus, the survey sought the positives of each studied system that can be deployed on a possible reform of the Brazilian health system. Secondly, we performed a collection of information about the historical development of health systems in the countries under study. At the end, we realize that there is a great difference in the structure and form of care health services SUS compared with countries with recognized quality in health and that there are many positive aspects of public systems of these countries can be "copied" by SUS.

Keywords: SUS, SUS reform, health system, comparison.

LISTA DE ABREVIATURAS

CF/88	Constituição Federal da República Federativa Brasileira de 1988
CCF	<i>Co-Operative Commonwealth Federation</i>
CSMF	<i>Confédération des Syndecats Medicaux Français</i>
FNS	Fundo Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 CONTEXTO HISTÓRICO DOS SISTEMAS DE PÚBLICAS NO BRASIL E NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS SELECIONADOS.....	17
2.1 Brasil.....	17
2.2 Canadá.....	20
2.3 França.....	22
2.4 Inglaterra.....	24
2.5 Estados Unidos.....	27
3 ESTRUTURA ATUAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DE PAÍSES DESENVOLVIDOS SELECIONADOS.....	29
3.1 SUS.....	29
3.1.1 <i>Pontos positivos</i>	29
3.1.2 <i>Pontos negativos</i>	31
3.2 <i>Medicare</i> (Canadá).....	33
3.3 <i>Sécurité Sociale</i>	35
3.4 NHS.....	37
3.5 <i>Medicare e Medicaid</i> (EUA).....	39
3.5.1 <i>Medicare</i>	40
3.5.2 <i>Medicaid</i>	40
3.5.3 <i>População não coberta pelo Medicare e Medicaid</i>	41
3.5.4 <i>Barack Obama</i>	42
4 PONTOS POSITIVOS MARCANTES PRESENTES NOS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICA DOS PAÍSES DESENVOLVIDOS SELECIONADOS QUE PODEM SER APLICADOS NO BRASIL, EM UMA POSSÍVEL REFORMA DO SUS.....	43

4.1 Melhora dos serviços de atendimento à saúde.....	43
4.1.1	43
<i>Canadá</i>	44
4.1.2 <i>França</i>	45
4.1.3 <i>Inglaterra</i>	45
4.1.4 <i>Estados Unidos</i>	46
4.1.5 <i>O que poderia ser aplicado no Brasil</i>	47
4.2 Gastos com a Saúde.....	
	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
	53
REFERÊNCIAS.....	

1 INTRODUÇÃO

A saúde é considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “uma condição de bem-estar físico, psíquico e social”.

No Brasil a Saúde é garantida pelo art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88) no capítulo “dos direitos sociais” e pelo art. 196, do mesmo texto constitucional, no capítulo “da saúde”, em que garante a Saúde como “um direito do povo e dever do Estado”.

Foi por meio da CF/88 que surgiu o atual sistema de pública do Brasil, o SUS (Sistema Único de Saúde). Esse sistema foi regulamentado em 1990, pela Lei 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde), e foi criado com o objetivo de universalizar o acesso ao atendimento de saúde.

Na legislação brasileira, os princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8080/1990) possuem caráter de norma jurídica e podem ser entendidos como normas de conduta que orientam o SUS, assim, estão presentes nas suas ações como normas basilares. Dessa forma, os princípios que são seguidos pelo SUS são de alta relevância para o estudo desse sistema.

O tema saúde pública é recorrente em publicações nacionais e internacionais de periódicos e conta com um vasto referencial teórico em diversas obras como a elaborada por Carlos Octávio Ocké-Reis, intitulada Sistemas de Saúde Comparados: gastos, acesso e desempenho, publicada em 2006; e a elaborada pela Bacharela em Direito Talita F. do Nascimento Weber, denominada Direitos Sociais – Um Comparativo Entre Brasil x Estados Unidos da América, publicada em 2010. Além da abordagem comparativa resumida fornecida pelas obras de Ocké-Reis e de Weber, outros autores promoveram uma abordagem mais detalhada sobre o tema saúde pública como é o caso de Samantta Wdson que, em sua obra Organizações do Sistema de Saúde: a Saúde na França, publicada em 2009, aborda o tema saúde pública, procurando fazer uma análise mais detalhada do sistema de saúde na França. Além dessas, outras obras e periódicos tratam do assunto saúde pública, no Brasil, Canadá, Estados Unidos, França e Inglaterra.

Somada a importância teórica e a prática das ações na área da saúde, o foco dos sistemas de saúde do Brasil e dos países estudados justifica-se, dentre

outros motivos, pela base utilizada pelos seus respectivos países na sua implantação.

Nesse contexto, esta monografia tem como objetivo geral investigar as características principais dos países que possuem notório destaque no âmbito da Saúde, para, assim, verificar quais dessas características podem ser admitidas pelo SUS em uma possível reforma.

Esta pesquisa utilizou dados coletados em diversas obras de autores brasileiros e estrangeiros, além de documentos dos governos dos países em estudo.

Visando alcançar o objetivo geral convencionado, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Apresentar a evolução histórica dos sistemas de saúde dos países em estudo;
- b) Descrever a estrutura atual da saúde pública nesses países;
- c) Apresentar as características que podem ser adotadas pelo SUS.

Deste modo, esta monografia é descritiva quanto aos objetivos e quanto à maneira de abordagem do problema. Com relação aos procedimentos de pesquisa adotados, o referido trabalho enquadra-se como bibliográfico, pois foi desenvolvido com base em materiais já elaborados, como, por exemplo, artigos científicos.

A pesquisa foi desenvolvida em cinco seções primárias, incluindo esta introdução e as considerações finais.

A segunda seção trata da evolução histórica dos sistemas de saúde no Brasil, Canadá, Estados Unidos, França e Inglaterra, mostrando alguns pontos relevantes para a formação do que hoje são esses sistemas.

A terceira seção busca evidenciar as principais características dos sistemas de saúde desses países, tentando verificar como eles se estruturam e como fornecem o atendimento de saúde aos seus usuários atualmente.

Por fim, a quarta seção tenta mostrar quais os pontos que são positivos e de fundamental importância na classificação dos países em questão como os que possuem os melhores sistemas de saúde do mundo, com exceção do Estados

Unidos, que durante todo o trabalho é estudado como um caso à parte. Com base nesses pontos teremos as possíveis características que devem ser adotadas em uma possível reforma do SUS. Além disso, essa seção busca verificar ainda quanto os governos desses países gastam com saúde, para, assim, verificar se o Brasil está investindo muito ou pouco nessa área.

2 CONTEXTO HISTÓRICO DOS SISTEMAS DE PÚBLICAS NO BRASIL E NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS SELECIONADOS

Esta seção tem por objetivo evidenciar alguns aspectos históricos do Sistema Único de Saúde – SUS e dos sistemas de saúde pública do Canadá, França e Inglaterra; observando também o caso particular dos Estados Unidos que, apesar de ser a maior potência mundial, não possui um sistema de pública universal.

2.1 Brasil

O Sistema Único de Saúde, atual sistema de saúde pública do Brasil, só foi criado com o advento da Constituição Federal de 1988. Porém, antes do referido documento constitucional, quem desenvolvia de forma quase que exclusiva as ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemia, era o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios. Essas ações eram realizadas seguindo o princípio da universalidade, disponibilizando seus serviços a toda a população.

Já no âmbito da assistência à saúde, de acordo com Souza (2002), a atuação do Ministério da Saúde era bastante limitada, ocorria por meio de apenas algumas unidades médicas especializadas nas áreas de psiquiatria e tuberculose; e por meio de ações realizadas em algumas regiões do país, que eram realizadas através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Eram ações médico-hospitalares que visavam prestar atendimento à parcela da população classificada como indigente, que não tinham direito ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o INAMPS.

Como mencionado anteriormente, o SUS só foi criado em 1988, mas, para entender o seu nascimento tem-se que retroceder ao período do Regime Militar e, a partir daí, ter a evolução cronográfica até a criação do atual sistema de saúde brasileiro.

Em 1974, durante o Regime Militar, foi criado o INAMPS, autarquia do Ministério da Previdência Social. O referido instituto era o responsável por prestar a

assistência à saúde de seus associados, o que se traduzia em um benefício previdenciário que alcançava apenas aos trabalhadores com carteira assinada, ou seja, os trabalhadores da economia formal, e seus dependentes.

Assim, fica evidente que, àquela época, não existia o caráter da universalidade, tendo em vista que não atendia a população em geral, mas apenas aqueles que contribuíam para o sistema previdenciário.

Como comentado em Brasil (2003), na década de 80, com o processo de redemocratização do país houve uma ampliação da organização popular e novos atores sociais emergiam, promovendo o aumento da demanda sobre o Estado e gerando fortes movimentos sociais que buscavam pela universalização do acesso à saúde e pelo reconhecimento de que a Saúde é um direito universal e um dever do Estado.

Diante disso, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, que reivindicava exatamente a universalização do acesso aos serviços de saúde; o reconhecimento da saúde como um direito social; e a integralidade da atenção à Saúde. Foi um movimento que esteve presente na luta pela construção da cidadania, marcando o final do Regime Militar.

Em 1986, já depois do Regime Militar, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco na história do SUS. Foi aberta pelo primeiro presidente civil após a ditadura, José Sarney, e foi a primeira a ser aberta a sociedade, reunindo representantes sociais de todo o país.

Essa conferência resultou na ampla propagação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. O movimento acabou conseguindo a incorporação desses princípios à base da seção da Saúde que seria parte da Constituição Brasileira de 1988.

Em seu art. 196, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com o advento da CF/88, ficou definido o caráter universal da Saúde no Brasil.

O sistema público existente na época, que oferecia assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, passou a atender a demanda de todos os cidadãos brasileiros, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Para garantir esse direito foi criado o SUS, um sistema descentralizado e integrado pelas três esferas de governo. Sua implementação ocorreu de forma gradual. Primeiro foi criado o Sistema Unificado de Saúde (SUDS), depois o INAMPS foi incorporado ao Ministério de Saúde e só em 1990, já no governo de Fernando Collor, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº. 8080/90) o Sistema Único de Saúde foi enfim regulamentado e fundado.

Poucos meses depois foi editada a Lei Nº. 8142/90 que determinou que o SUS teria o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão dos serviços:

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde, e II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

O Sistema Público que outrora atendia apenas aos trabalhadores da economia formal, passou a atender a demanda de toda a população brasileira, num contexto econômico federal desfavorável, que incluía a restrição do gasto público.

Com a falta de investimentos que permitissem a ampliação das condições de oferta dos serviços de saúde e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados acabou resultando em uma progressiva queda na qualidade dos serviços prestados.

Ainda segundo Brasil (2003), nesse período começa a aumentar a busca por planos e seguros privados de saúde por parte dos trabalhadores do mercado formal que, em geral, eram subvencionados pelos empregadores. Mesmo diante dessas dificuldades, ainda na década de 90, o SUS ganhou forte apoio político, permitindo mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde.

Com esse apoio político, em 1999, 97% dos municípios já assumiam responsabilidades na gestão do sistema de saúde e eram responsáveis por 62% dos estabelecimentos de saúde do país direcionados a serviços básicos de saúde.

Isso acaba resultando em melhorias nos quadros epidemiológicos regionais, ampliação da cobertura, disponibilização de serviços a áreas antes desprovidas e a adequação das ações de saúde às necessidades da população.

Já para Mendes (2001), essa municipalização favorece a descentralização do sistema de serviços de saúde, porém isso traz vantagens, como inovação e adaptação às condições locais; mas também traz desvantagens, como incremento dos custos de transação.

Segundo Weber (2010), “promover a dignidade humana é oferecer-lhe de forma isonômica não só acesso à saúde, mas a tudo que lhe permita a garantia de perfeitas condições de vida.” Com base nesse pensamento, podemos evidenciar que, atualmente, apesar do acesso universal, os maiores desafios do SUS estão ligados à estruturação do novo modelo de atenção à saúde que entrelacem os conceitos e programas de assistência individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, mas para isso deve-se sempre observar a promoção e proteção à saúde, seguindo além do já citado princípio da universalidade, também os da equidade e integralidade.

Como comenta Castellano (2009), basta falar em saúde pública que o brasileiro já fica receoso. Reflexo de hospitais lotados, macas pelos corredores e meses de espera por consultas e cirurgias, marcas da saúde brasileira presente na cabeça da população. São só alguns problemas enfrentados pelo SUS, atualmente, dentre outros que serão estudados mais adiante.

2.2 Canadá

Segundo afirma Pinheiro (1998), o Canadá possui um sistema de saúde muito popular, mas que foi conquistado a duras penas pelo povo canadense, além disso, é um dos melhores sistemas de saúde pública do mundo, o chamado *Medicare*, mas nem sempre foi assim. Foi preciso uma evolução histórica desde a década de 30 para que esse sistema viesse a ser tão bem conceituado.

Em Health Canada (1999), podemos ter uma noção breve sobre a evolução desse sistema. Nesse período da década de 30, existiu no Canadá o partido populista *Co-Operative Commonwealth Federation* (CCF), uma federação que tinha como um de seus primordiais objetivos tornar o acesso à saúde acessível

a todos que dela precisarem. Os ideais do CCF rapidamente se espalharam pela província de Saskatchewan.

A supracitada província já tinha um mal histórico com a Saúde. A população que ali vivia sofria com falta de médicos, o que acabou levando a criação de um sistema chamado *Local Health*. Esse sistema era traduzido por incentivos de pequenas cidades para que os médicos praticassem a medicina nessas regiões.

Depois de algum tempo, foi criado um modelo similar por grupos de comunidades que formaram um sindicato, o que já caracterizava, de certa forma, um envolvimento governamental na área da saúde, visto que uma parte significativa dos custos da assistência médica era fornecida pela própria província.

Em 1946, o CCF aprovou o *Saskatchewan Hospitalization Act*, que garantia cuidados médicos gratuitos para a população da província. Apesar da resistência de médicos e empresários, vários hospitais com verbas governamentais foram criados nessa região. Também foram criadas várias escolas de medicina e seus estudantes eram patrocinados por comunidades distantes que já visavam o seu retorno.

Ainda segundo Health Canada (1999), o partido, sempre com uma liderança consistente, foi ganhando força e resistiu às pressões dos empresários e greves dos médicos até conseguir implementar um sistema de saúde que atendia a massa da população e ainda conseguia satisfazer minimamente os interesses dos médicos bem sucedidos. Com o passar do tempo, o sistema foi se aprimorando e os poderes da elite monopolista dos médicos foi perdendo força.

O caso de Saskatchewan serviu de inspiração para outras províncias que passaram a adotar sistemas semelhantes. Em 1956, o Governo Federal, objetivando a implantação de programas de seguro hospitalar em todas as províncias, ofereceu-se para coparticipar dos serviços hospitalares e de diagnóstico em termos aproximados de 50% de participação. As províncias foram aderindo à iniciativa do Governo Federal e, em 1961, todas as dez províncias e os dois territórios do Canadá já haviam celebrado acordos para o estabelecimento de planos de seguros públicos.

Por meio desses seguros, era prestada cobertura universal, pelo menos pelos serviços hospitalares, aos internados que se qualificassem para a coparticipação federal nos custos. Nascia aí o *Medicare*.

O seguro hospitalar já havia sido implantado no Canadá, porém faltava ainda o seguro médico. Este também teve início na província de Saskatchewan, que acabou se tornando a primeira província canadense a proporcionar, em seu sistema de saúde, cobertura a consultas e serviços médicos fora dos hospitais.

Mais uma vez servindo de exemplo para outras províncias, Saskatchewan serviu como uma força propulsora para que o Governo Federal, em 1968, ampliasse sua área de atuação para os serviços médicos, nos mesmos termos do seguro hospitalar, qual seja aproximadamente 50% de participação nos custos.

Em 1972, mais uma vez o sistema se mostra eficiente e todas as províncias e territórios canadenses aderiram ao sistema e tiveram seus seguros hospitalares ampliados com consultas médicas privadas. Assim, foi alcançado o objetivo do governo de promover um plano nacional de seguro de assistência médico-hospitalar.

Em Health Canada (1999), podemos observar que esse sistema de coparticipação durou por cerca de vinte anos, desde a sua implantação pioneira em 1956, até que, em 1977, esses acordos de coparticipação foram sendo substituídos pelo chamado financiamento em bloco, que consistiam em transferências fiscais para províncias e territórios investirem exclusivamente na Saúde.

A província podia escolher se queria ou não aderir a nova forma de sistema, já que a área de saúde sempre foi de competência provincial. Porém, se não aceitasse o novo modelo de transferência em blocos, perderia o dinheiro federal para esse fim. Portanto não houve recusa ao novo sistema.

Junto com as verbas repassadas, foram estabelecidos regulamentos rígidos, incluindo o que podia ser ou não cobrado aos pacientes, a forma como os procedimentos seriam fornecidos, padrões mínimos a nível profissional e de atendimento e mais algumas outras diretrizes.

Diante disso, houve uma certa resistência por parte dos médicos, que faziam greve e abandonavam o trabalho, mas o Governo continuou firme e o

sistema de saúde pública canadense *Medicare*, gratuito e universal, se mantém até os dias atuais, sendo considerado um dos melhores do mundo.

2.3 França

A Organização Mundial de Saúde divulgou em 2000 que o sistema de saúde vigente na França era considerado o melhor do mundo. Até a presente divulgação houve uma evolução histórica na Saúde francesa que teve início na década de 30.

Segundo Health Care Reform – The French System I (2008), foi nesse período que a França instituiu um sistema que cobria os trabalhadores assalariados, mas não cobria os idosos. Para esses trabalhadores o sistema era obrigatório. Eles compravam o seguro de saúde por meio de associações fraternais que surgiram pouco antes da Segunda Guerra Mundial.

Ainda na década de 30, sindicatos foram surgindo e passaram a se constituir em uma forma de pressão para o seguro obrigatório. Os médicos estavam se dividindo em grupos contra e a favor do seguro obrigatório de saúde até que um centrista chamado Paul Cibre fundou um grupo chamado *Confédération des Syndecats Medicaux Français* (CSMF) que estabeleceu a denominada *Medical Letter*. Essa carta garantia aos médicos uma taxa de serviço de medicina e aos pacientes o direito de escolher livremente o médico que pretendia receber atendimento de saúde.

Após o período inicial de implantação da *Medical Letter*, foram incluídos alguns termos que ainda beneficiariam os médicos. São eles: pagamento direto de honorários, liberdade para os médicos no sentido de definir as taxas dos serviços por eles prestados e garantia de confidencialidade. Esse sistema que vigorou nesse período foi financiado por descontos na folha de pagamento dos trabalhadores.

Em 1940, período eminente da Segunda Guerra Mundial, quando a Alemanha derrotou o maior exército francês, o estado de Vichy aboliu todas as associações médicas profissionais e sindicatos independentes e criou uma nova sociedade médica denominada *Ordre des Médecins*. Com ela, novas maternidades e hospitais foram abertos para o público em geral.

Ainda segundo Health Care Reform – The French System I (2008), nesse ano, autoridades alemãs que haviam invadido referido estado francês deram ordens para que membros da resistência francesa não fossem atendidos, porém a *Ordre des Médecins* não acatou às ordens dos dominadores alemães e incentivou os médicos a tratar a todos que precisassem de serviços médicos-hospitalares, sem distinção.

Com o fim da guerra a França passa por uma evolução fundamental no seu sistema de saúde quando é fundado o *sécurité sociale*. Era o início de um programa de cuidados de saúde e de pensão que continua a ser a base para o atual sistema francês de saúde.

Nesse novo programa, as taxas de serviços privados foram preservadas, porém houve, em 1960, uma busca por uma tabela de preços uniformes. Nessa época o *sécurité sociale* passou a ser dominado pelos dirigentes sindicais, porém os médicos mantiveram sua influência, o que acabou resultando na restituição do CSMF. Com isso os sindicatos foram quem assumiu papel de fundamental importância na implantação da tabela de preços uniforme.

Gradualmente o sistema foi se aprimorando e atualmente 99% da população francesa é coberta pelo *sécurité sociale*, por meio do Cartão de Seguridade Social. Além disso. Outra vantagem para o usuário, como comenta Akinci (2012), “há liberdade total de escolha para o paciente. Quem fica doente, pode decidir se procura um clínico geral ou se vai direto a um especialista.”

Akinci (2012) afirma ainda que “o Estado exerce um papel central, ao controlar as relações entre as diversas instituições financeiras, os médicos e os pacientes.” Com esse auxílio intermediador do Estado, a saúde na França passou a ser um sistema de quase gratuidade, pois o governo paga cerca de 70% a 80% em diversos tratamentos médicos, tais como intervenções cirúrgicas, internações, consultas e até mesmo gastos com medicamentos. Em alguns casos o governo pode até cobrir 100% dos gastos para aqueles que não ganham o suficiente para se manterem, ou seja, as pessoas classificadas como de baixa renda.

Diante da evolução do sistema francês de saúde, Wdson (2009) expõe que “outrora precário e frágil, o nível de saúde dos franceses se tornou um dos mais elevados do mundo”.

Mantendo essa evolução e a qualidade nos serviços médico-hospitalares o sistema foi ganhando *status* potência na área de saúde, o que culminou na classificação, pela Organização Mundial de Saúde, de melhor sistema de saúde do mundo, em 2001.

2.4 Inglaterra

O National Health Service (NHS), atual sistema de saúde pública da Inglaterra, surgiu em 1948, pouco após a Segunda Guerra Mundial. Antes disso há um período entre a década de 1930 e a década de 1940 que é importante ressaltar no “nascimento” do NHS.

Como comenta Rivett (2012), o partido trabalhista inglês, antes mesmo da década de 30, já havia apresentado propostas de um serviço hospitalar nacional. Nesse período os serviços de saúde que existiam eram desorganizados e escassos.

Em 1939, devido aos estragos causados pela guerra, foram criados imediatamente serviços emergenciais de atendimento médico e a partir daí, com a evolução dos danos, alguns fatores, como a falta de prestação sistemática de cuidados de saúde, a necessidade de um sistema de saúde organizado e a experiência de ações comunitárias no período de guerra, fortaleceram ideias para a criação do NHS.

A Segunda Guerra Mundial havia criado uma crise de habitação o que ocasionou a criação de novos centros de população que necessitavam de cuidados e acompanhamento na área de saúde. Finalmente em 1946 foi criado o *NHS Act* por meio de uma lei instituída com o objetivo de fornecer uma atmosfera de maior segurança e serenidade para as famílias que enfrentam a ansiedade e a angústia da doença.

O *NHS Act* estabeleceu um serviço de saúde abrangente para proteger a saúde física e mental das pessoas e a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, porém ele não estabeleceu o direito individual para o tratamento de doenças específicas, como teria sido estabelecido caso fosse instituído um seguro de saúde.

A partir de 1948 foi instituído que o NHS passaria por reformas a cada década, como se pode observar na própria constituição do NHS:

A Constituição será renovada de dez em dez anos, com o envolvimento dos doentes, do público e do pessoal. Será acompanhada por um Manual da Constituição do NHS, que será revisto no mínimo de três em três anos e definirá as atuais diretrizes sobre os direitos, compromissos, deveres e responsabilidades estabelecidos pela Constituição (INGLATERRA, 2009).

Na primeira década, o ambiente ainda era de devastação devido à guerra que há pouco havia se feito presente no país. Portanto, era um período de reconstrução de cidades. Foi um início tímido do sistema de saúde, com a distribuição de serviços médicos ainda de forma escassa. O destaque ficou para construções de novos hospitais.

De 1958 a 1967, os tratamentos foram melhorando com a introdução de novas drogas e com a proliferação de vacinas. Foi criado, nessa década, o Plano Powell que propôs o desenvolvimento de hospitais distritais gerais.

Rivett (2012) comenta ainda que no terceiro decênio, que correspondeu ao período entre 1968 a 1977, houve um incentivo à formação de equipes de cuidados primários de saúde e aumento do número de centros de saúde.

O período seguinte, de 1978 a 1987, foi marcado pelo avanço da tecnologia medicinal, cada vez mais procedimentos específicos e de maior complexidade estavam sendo fornecidos à população. Esses avanços acabaram gerando preocupações internacionais com o aumento dos custos.

Em 1987, as autoridades de saúde em todo o país estavam em dívida. As listas de espera por atendimento foram crescendo nos hospitais, devido ao aumento constante na quantidade da demanda por tratamentos medicinais.

Nem o público, nem os profissionais de saúde estavam satisfeitos. Isso mostrava que o próximo período de dez anos precisaria de uma reforma forte para reduzir essa insatisfação.

Entre 1988 e 1997, houve um período de crescimento e um mercado interno foi introduzido em todo o Reino Unido, mudando as responsabilidades das autoridades de saúde, separando os papéis de comprador e fornecedor.

Ainda segundo Rivett (2012), nessa época, o NHS passou pela mudança cultural mais significativa, desde a sua criação. As propostas dessa alteração ocorreram no sentido de promover o aumento da capacidade de resposta do serviço ao consumidor, criar inovações e desafiar a influência monopolista dos

hospitais, focando sempre na importância de um serviço de saúde voltado para as necessidades da comunidade.

A última reforma, até então, compreendeu os anos de 1998 a 2007. Novos sistemas do fluxo financeiro, o pagamento por resultados e um novo sistema tarifário trouxe instabilidade para as finanças do NHS. Para combater essa instabilidade, o até então primeiro ministro Tony Blair, assumiu o compromisso de aumentar a taxa de crescimento do NHS por cinco anos seguidos.

Ainda nesse decênio, começaram a surgir novas organizações do setor privado que, por meio de parcerias público/privadas, vieram para construir e operar hospitais e fornecer serviços clínicos.

Como corrobora Tanaka e Oliveira (2007, p. 15), apesar da predominância do setor público, o setor privado vem em constante crescimento, além de ter sido parte importante de um mercado novo e mais sofisticado, em que a qualidade dos serviços prestados na área de saúde se mostrou fundamental no desenvolvimento do NHS.

2.5 Estados Unidos

O Sistema de saúde dos Estados Unidos é na verdade um sistema de seguros geridos pelo Governo Federal Americano. Ele é composto por dois programas: os chamados *Medicare* e *Medicaid*. Dois programas que ficam à margem do conturbado mercado de saúde americano.

Segundo Andrade e Lisboa (2000), “a criação destes programas refletiu a percepção, à época, de falhas neste mercado, que terminaram resultando em exclusão de alguns grupos sociais do mercado de serviços de saúde.”

O modelo americano, desde a sua origem, na década de 60 possui, sob a ótica do financiamento, uma forma mista, pois envolve recursos federais, dos estados e dos beneficiários. Porém, a forma de prestação desses serviços é seletiva, ou seja, não adota o princípio da universalidade.

Os primeiros beneficiários foram os índios e os ex-combatentes. Só em 1965, com a criação do *Medicare* que foram incorporados os idosos ao sistema e mais tarde esse programa alcançaria ainda pessoas com determinadas deficiências.

Ainda no mesmo ano, foi instituído o *Medicaid*, um programa voltado para o atendimento de pessoas e famílias de baixa renda que não possuíam condições de contribuir com planos privados de seguro de saúde. Já os trabalhadores formais e seus familiares, somente são atendidos por meio de seguros privados de saúde, que são, em grande parte, financiados pelas empresas. Dessa forma fica evidente o caráter seletivo presente no sistema americano de saúde.

Segundo Krugman (2009):

A coisa mais importante que é preciso saber sobre o sistema de saúde é que ele depende crucialmente de um seguro. Ninguém sabe se ou quando irá precisar de tratamento, mas caso precise, o tratamento pode ser extremamente caro, com preços bem além dos quais os reles mortais conseguem pagar do próprio bolso.

Esse sistema se manteve, havendo poucas alterações e vigora até os dias atuais. O grande problema enfrentado por ele é exatamente a questão de “escolher” quem serão os beneficiados, pois muitos americanos estão na faixa que fica entre os idosos, índios, ex-combatentes e pessoas com deficiência, beneficiados com o *Medicare*, e as pessoas de baixa renda, beneficiados com o *Medicaid*.

Como afirma Mello (2009), estima-se que essa parte da população gire em torno de 46 milhões de americanos que não são tão pobres para receber o *Medicaid* e nem são tão idosos para receber o *Medicare* ou não possuem plano de saúde no emprego e nem conseguem pagar um seguro de saúde privado.

O até então presidente dos Estados Unidos, Barack Obama, propôs uma reforma no sistema de saúde americano, aprovada em 2010, que criaria um mercado de trocas de planos de saúde, onde seguradoras privadas competiriam com seguradoras estatais ou cooperativas.

Por esse novo modelo, todos os americanos seriam obrigados a ter um plano de saúde e o governo subsidiaria aqueles que não têm condições de pagar.

Ainda de acordo com Mello (2009), com o advento da competitividade, os usuários teriam mais opções de escolha que ocasionaria, conseqüentemente, uma redução dos preços por parte das seguradoras, que iriam tentar atrair esses beneficiários da forma mais atrativa possível.

As seguradoras ficariam ainda proibidas de fixar valores de gastos ou franquias, além de não poderem discriminar os pacientes. Outra proposição seria a implantação de painéis que serviriam para julgar a eficiência dos tratamentos de saúde, o que acabaria sendo utilizado como indicador para possíveis cortes de custos.

3 ESTRUTURA ATUAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DE PAÍSES DESENVOLVIDOS SELECIONADOS

Para entender melhor como funciona cada sistema de saúde estudado no presente trabalho, um estudo sobre as estruturas dos referidos sistemas se faz necessário, com o intuito de buscar as principais características sobre sua constituição e funcionamento.

3.1 SUS

O Sistema Único de Saúde, apesar de tão criticado pela população brasileira, não apresenta apenas pontos negativos, como as tão criticadas e extensas filas de espera por atendimento e falta de médicos. É um sistema que apresenta também características positivas, sendo a principal delas o acesso universal e sua total gratuidade.

3.1.1 Pontos positivos

Para começar a apontar as qualidades do sistema de saúde pública do Brasil, é importante evidenciar alguns princípios regidos pela Lei Orgânica de Saúde, de 19 de setembro de 1990, que, com base no art. 198 da constituição brasileira, estabelece:

- I - universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Podem-se destacar como os mais importantes dentre esses princípios, o princípio da universalidade, em que a própria CF/88 define que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, e o princípio da equidade que garante a todos o tratamento igualitário e sem discriminação. Assim, todo brasileiro tem acesso ao sistema de pública do Brasil com igualdade de oportunidade de atendimento.

Esses princípios fortalecem o SUS em sua base constitucional, porém não é apenas em sua aplicação legal que o SUS se mostra eficiente, são várias as características que são favoráveis aos beneficiários desse sistema.

Dentre essas diversas características estão: as constantes ações de vigilância em saúde, como as realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); diversas campanhas de vacinação e imunização; fornecimento de procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos, procedimento que tratou de elevar o SUS ao 2º maior executor de transplantes a nível mundial; realização de programas de prevenção e tratamento reconhecidos internacionalmente, como o de combate à AIDS; e financiamentos de pesquisas em universidades sobre medicamentos, novos produtos médico-hospitalares e tratamentos de doenças como a AIDS.

Pode-se constatar esse destaque do Brasil no combate à AIDS em OMS (2003, tradução nossa):

Apenas alguns países introduziram legislação para proteger os direitos das pessoas afetadas pelo HIV, incluindo o direito a uma terapia eficaz. O Brasil é um dos países que levou a conclusão bem-sucedida da campanha. Embora com desigualdades sociais, o Brasil tornou-se um dos primeiros países a impor o acesso universal e gratuito aos cuidados que precisam as pessoas afetadas pelo HIV.

3.1.2 Pontos negativos

Quando se fala em SUS, grande parte dos brasileiros criticam piamente esse sistema e, de certa forma, têm alguma razão. Logo de imediato vem a imagem de hospitais superlotados, macas e pessoas sangrando pelos corredores dos hospitais públicos, falta de leitos hospitalares, serviços de emergência e urgência de baixa qualidade, pessoas esperando meses por uma consulta com um especialista ou por um procedimento cirúrgico; ou seja, vem à cabeça a imagem da precariedade do sistema de pública do Brasil.

Alguns problemas são evidenciados por Mendes (2001, p.33):

[...] muitos hospitais apresentam taxas de ocupação baixa, taxas de permanência elevadas e baixas atividade ambulatorial; baixa coordenação entre atividades ambulatoriais e hospitalares; inúmeras internações são realizadas sem encaminhamento ambulatorial [...]

Essa precariedade do SUS se fez presente no inédito ranking divulgado em junho de 2000 pela OMS. Esse ranking tem como base a qualidade da saúde pública oferecida aos cidadãos dos seus respectivos países, avaliando ainda a eficácia do sistema, o custo por habitantes, igualdade no financiamento da saúde e a capacidade de promover a justiça social.

Para Castellano (2009), a saúde pública no Brasil deixa a desejar, quando comparada aos modelos europeus. De fato, esse pensamento fica evidente com o resultado da divulgação do supracitado ranking: o Brasil ficou na modesta 125ª colocação, atrás até mesmo de países como Paraguai, El Salvador, Butão, Bósnia e Líbano e se igualou ao Egito. Ficou, assim, evidente que o Brasil ainda precisa percorrer um grande caminho em busca de qualidade na Saúde para brigar pelas primeiras colocações desse ranking.

Em uma pesquisa, realizada em fevereiro de 2011, pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) que ouviu 2773 pessoas de todas as regiões do país, identificou-se que o principal problema do sistema de pública brasileiro é a falta de médicos. Essa pesquisa identificou ainda que o segundo maior problema, assim considerado pelos entrevistados, é a demora por atendimento nas redes públicas de saúde, o que se agrava ainda mais quando se trata de conseguir uma consulta com um especialista.

É importante destacar que essa pesquisa mostrou apenas a ordem, segundo os entrevistados, do que mais incomoda aos brasileiros quando o assunto é saúde pública, todavia sabe-se que, como ressaltado anteriormente, são inúmeros os problemas pelos quais o SUS vem passando.

A falta de médicos, principal problema apontado pela pesquisa, se agrava ainda mais por reivindicações, por parte dos médicos, por altos salários, incompatíveis com as receitas dos hospitais públicos. Por causa disso, os médicos acabam optando pela iniciativa privada, pois sabem que serão nela mais bem remunerados.

A Tabela de Procedimentos do Ministério da Saúde, onde custam os valores a serem pagos pelos serviços médico-hospitalares prestados aos beneficiários do SUS, é considerada muito defasada e a contribuição necessária das Secretarias Estaduais de Saúde é pequena, agravando ainda mais os conhecidos problemas do SUS.

Uma das principais causas para a ineficiência do serviço de pública brasileiro é a insuficiência de recursos financeiros que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais repassam para os hospitais públicos. Fato ocasionado pelo baixo orçamento destinado à Saúde.

Tendo como base a Tabela 1, pode-se observar que os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde ainda são bastante reduzidos, não representando nem 2% do PIB brasileiro, porém, quando são somados todos os gastos com saúde essa porcentagem se eleva para 8,4%.

Tabela 1 – Gastos Federais com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil

Vigências	Em R\$ bilhão					
	Exerc. Financ.	CPMF	Outras Fontes (1)	Total (2)	% PIB	
EC nº 29/2000	CPMF	1995	0,0	12,3	12,3	1,74%
		1996	0,0	12,4	12,4	1,47%
		1997	5,2	10,3	15,5	1,65%
		1998	6,5	8,7	15,2	1,56%
		1999	4,5	13,9	18,4	1,72%
		2000	7,0	13,3	20,4	1,73%
		2001	7,3	15,2	22,5	1,73%
		2002	10,9	13,9	24,7	1,67%
		2003	9,8	17,4	27,2	1,60%
		2004	10,7	22,0	32,7	1,68%
		2005	11,7	24,8	36,5	1,70%
		2006	14,3	26,4	40,7	1,72%
		2007	15,2	29,1	44,3	1,66%
		2008	0,5	48,1	48,7	1,61%
		2009	0,9	57,3	58,3	1,83%
2010	0,3	61,7	62,0	1,69%		
2011	0,0	71,5	71,5	1,76%		

(1) Confins, CSLL, Recursos Ordinários, outras fontes.
(2) Exercícios de 1995 a 2010: Valores Empenhados; 2011: Valor Autorizado.

Fonte: CONOF/CD (2011)

São tantos os problemas por quais vem passando o SUS, que algumas pessoas buscam uma conformação no fato de pelo menos ele existir, como afirma Weber (2010):

É verdade que o nosso sistema de pública é falho e muito precário. São filas e meses para atendimento, falta de médicos e de equipamentos, e a maioria dos atendimentos sem qualidade. Mas pelo menos existe.

Por fim, chega-se à conclusão de que são inúmeros os pontos negativos do SUS que acabam refletindo em cerca de 120 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente desse sistema, ou seja, não possuem acesso a sistemas privados de saúde, ficando a mercê apenas das redes públicas de atendimento médico-hospitalar.

3.2 Medicare (Canadá)

O sistema de saúde pública do Canadá, o *Medicare*, é predominantemente financiado pelo setor público, mas o atendimento ocorre pelo setor privado.

Cada província é responsável pela sua gestão da saúde pública. É o que podemos observar em Health Canada (1999):

A gestão e prestação dos serviços de saúde cabem individualmente a cada província ou território. As províncias e territórios planejam, financiam e avaliam a prestação da assistência médica, de outros serviços correlatos e certos aspectos da ministração de medicamentos e da sanidade pública.

Esse sistema oferece uma cobertura universal e abrangente de serviços de saúde para sua população. É o que fica claro nas palavras de Urguhart (1998):

A beleza do sistema canadense, o Medicare como é chamado, está na sua simplicidade. [...] No Medicare canadense todos contribuem e por isso mesmo todos têm acesso à saúde. Os riscos são divididos por toda a cidadania.

O Canadá é dividido em dez províncias e três territórios. Pela Constituição canadense, a gestão da Saúde fica sob competência de cada província que recebe uma verba fiscal destinada exclusivamente para a Saúde.

Portanto, pode-se dizer que o *Medicare* se estrutura em um conjunto de dez planos de seguro de saúde provinciais e três territoriais.

O Governo Federal do Canadá fica responsável apenas por determinar os princípios que serão comuns a todas as províncias e territórios, por meio do *Canada Health Act*; dar assistência no financiamento e por transferências fiscais que serão destinadas a aplicação na área de saúde.

Vale ressaltar que alguns princípios são adotados pelo *Medicare*, impostos pelo governo e que são comuns a todas as províncias e territórios.

De acordo com Health Canada (1999), para que essas províncias e territórios possam ter direito a verba integral repassada pelo governo para gastos médico-hospitalares, o *Canadá Health Act* determina que devem ser seguidos os princípios de:

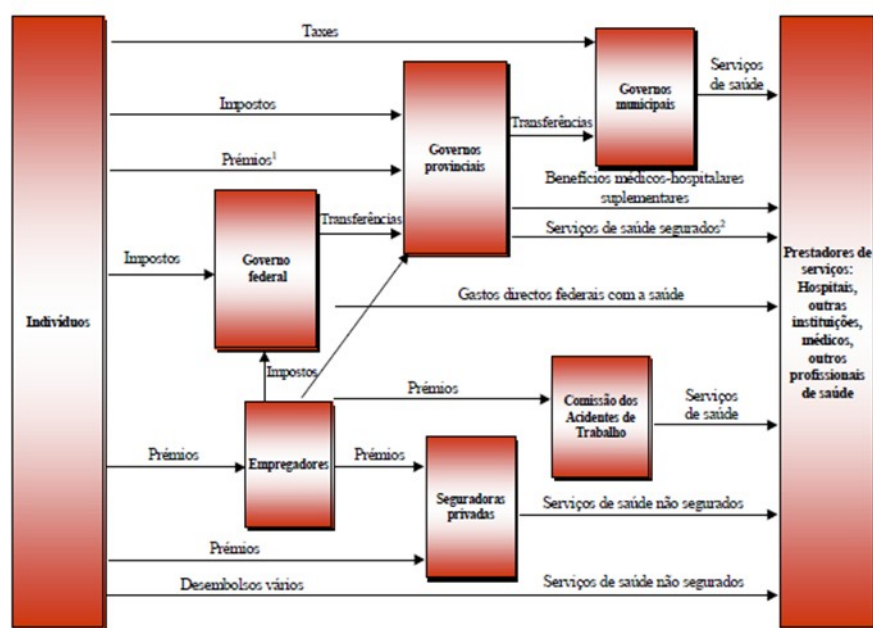
- a) administração pública, que determina que os planos de seguros de saúde das províncias devem ser fornecidos e administrados por órgãos da Administração Pública;
- b) abrangência, princípio pelo qual o paciente terá direito a todos os procedimentos médico-hospitalares, tais como consultas, internações e procedimentos cirúrgicos, e ainda terá direito a medicamentos;
- c) universalidade, por esse princípio fica assegurado que os benefícios dos seguros de saúde provinciais e territoriais serão alcançados por toda a população;
- d) acessibilidade, que determina que todos terão acesso de maneira uniforme e sem discriminação; e
- e) transferibilidade, que determina que todos terão direito a continuidade da cobertura de serviços de saúde, caso estejam em outra província ou até mesmo no exterior.

Em relação aos médicos, o sistema de pública canadense apresenta um quadro de médicos predominantemente de assistência primária, o que representa cerca de 51% dos médicos do Canadá. Os pacientes têm um contato inicial com esses médicos e estes os encaminham para médicos especialistas, controlam as admissões hospitalares, a análise de diagnósticos e a ministração de medicamentos.

Esses médicos não fazem parte de um sistema de medicina socializada em que os médicos são pagos pelo governo. A grande maioria desses médicos são profissionais privados que possuem um elevado grau de autonomia, trabalhando em seus próprios consultórios. Alguns ainda trabalham em centros comunitários de saúde ou em ambulatórios. De forma geral, esses médicos apresentam as notas de honorários, por cada serviço prestado, ao Plano de Seguro Provincial. Assim, os médicos recebem sua remuneração pelos serviços prestados.

Dessa forma, os usuários do *Medicare* quando necessitam de cuidados de saúde, escolhem o médico ou clínica de sua preferência e apresentam um cartão de seguro de saúde que é emitido a todos os indivíduos residentes de cada província. Assim, terá acesso ao atendimento médico-hospitalar sem ter que desembolsar dinheiro algum.

Figura 1 – A estrutura de financiamento do sistema de saúde do Canadá



1. Há duas províncias, Colúmbia Britânica e Alberta, que cobram prêmios de seguro de saúde.
2. Assistência médico-hospitalar clinicamente necessária.

Fonte: Health Canada (1999)

3.3 Sécurité Sociale

O sistema de pública francês é um dos melhores do mundo, já tendo sido considerado o melhor, no ano 2000, pela OMS.

Como evidencia Wdson (2009, p. 4), algumas características são marcantes nesse sistema. Nele há a coexistência do setor público e do privado na prestação de serviços de saúde; os pacientes tem total liberdade de escolha de quais profissionais irão realizar seu atendimento e do estabelecimento médico-hospitalar em que desejam ser atendidos; já os médicos têm autonomia para estabelecer seus consultórios; o pagamento dos procedimentos médicos é pago pelo usuário do sistema de forma direta aos médicos, porém, posteriormente, são ressarcidos, parcialmente (cerca de 70% a 80%), pelas despesas; os médicos têm liberdade de prescrição e segredo profissional.

Na França, o Estado controla as relações entre as diversas instituições financeiras, os médicos e os pacientes. Desde 1996, o parlamento francês é responsável pela decisão acerca do montante de verbas que será destinada às seguradoras públicas de saúde.

O *Sécurité Sociale* é um sistema que apresenta alto nível de disponibilização de recursos e prestação de serviços na área de saúde. Esse sistema cobre a assistência médico-odontológica, farmacêutica, enfermagem domiciliar, transportes sanitários, curas termas e ainda o fornecimento de órteses e próteses, incluindo óculos.

Apesar de o paciente ter que pagar parcialmente por serviços de saúde, não é toda assistência médica que segue esse modelo. Há procedimentos que são arcados integralmente pelo governo francês, tais como consultas com clínico geral e a maioria dos medicamentos.

Mendes (2007, p. 30) define alguns fatores presentes na estrutura do sistema francês:

O modelo de atenção à saúde utilizado na França está estruturado em bases regionais, na promoção e prevenção baseada na população, na continuidade do cuidado, no envolvimento do médico com o processo decisório e na combinação de atenção médica especializada, tecnologia de suporte e suporte domiciliar.

Pode-se verificar que, possivelmente, são esses os fatores que levaram a OMS a classificar a França como o melhor sistema de saúde pública do mundo, em 2000, e um dos melhores atualmente.

3.4 NHS

Na Inglaterra, há uma Constituição que rege o sistema de pública. Essa Constituição é renovada a cada dez anos, como se pode constatar a seguir:

A Constituição será renovada de dez em dez anos, com o envolvimento dos doentes, do público e do pessoal. Será acompanhada por um Manual da Constituição do NHS, que será revisto no mínimo de três em três anos e definirá as atuais diretrizes sobre os direitos, compromissos, deveres e responsabilidades estabelecidos pela Constituição. Estes requisitos de revisão tornar-se-ão legalmente vinculativos e assegurarão que os princípios e valores que sustentam o NHS sejam regularmente sujeitos a análise e reafirmação do compromisso. Além disso, obrigarão qualquer governo que procure alterar os princípios ou valores do NHS ou os direitos, compromissos, deveres e responsabilidades definidos nesta Constituição a engajar-se num debate pleno e transparente com o público, os doentes e o pessoal (INGLATERRA, 2009).

Pode-se verificar, ainda no âmbito do documento constituinte do NHS, alguns princípios que se fazem presentes:

- a) o NHS é um serviço abrangente e a disposição de todos;
- b) o acesso aos serviços do NHS é baseado na necessidade clínica e não na capacidade para pagar de cada pessoa;
- c) o NHS aspira aos mais elevados níveis de excelência e profissionalismo; os serviços do NHS devem refletir as necessidades e preferências dos doentes; das suas famílias e dos seus cuidadores;
- d) o NHS trabalha sem fronteiras organizacionais e em parceria com outras organizações no interesse dos doentes das comunidades locais e da população em geral;
- e) o NHS está empenhado em conseguir a melhor relação qualidade-custo do dinheiro dos contribuintes e a utilização mais eficaz, justa e sustentável de recursos finitos; e
- f) o NHS tem responsabilidades perante o público, as comunidades e os doentes que serve.

Traduzindo esses princípios em formas de ação do sistema, pode-se observar que a constituição do NHS define que o sistema de pública da Inglaterra deverá ser universal, atendendo a todos, sem distinção de raça, sexo, deficiência, orientação sexual, religião ou crença, promovendo, no que cabe aos seus serviços de saúde, a promoção da igualdade. O NHS não deverá se voltar para o atendimento das pessoas que podem pagar pelos seus serviços, mas sim aqueles

que deles necessitem, ou seja, os serviços médico-hospitalares serão fornecidos de forma gratuita, salvo algumas circunstâncias limitadas que forem aprovadas pelo parlamento inglês.

O documento define ainda que o sistema buscará a eficiência máxima na qualidade do fornecimento de cuidados na área de saúde e do planejamento e oferta dos serviços clínicos e outros que proporciona, buscará os melhores profissionais e dará a eles a melhor educação, formação e desenvolvimento e investirá na busca por inovações na Saúde. Os pacientes, suas famílias e seus cuidadores sempre serão consultados sobre todas as decisões que dizem respeito aos seus cuidados e tratamentos.

Também fica definido pela Constituição do NHS que ele é um sistema integrado de organizações, buscando sempre melhora na saúde e bem estar da população, por meio de autarquias locais e uma ampla gama de organizações, públicas ou privadas. Esse sistema, exclusivamente em benefício dos usuários do NHS, aplicará as verbas dos fundos públicos para cuidados com a saúde.

Por fim, a Constituição do NHS define que ele terá responsabilidades perante seus usuários, isso se deve ao fato de que as decisões, especialmente sobre o tratamento de indivíduos e sobre a organização dos serviços, ficam a cargo do NHS, juntamente com os doentes e seus médicos.

Na prática, o sistema de saúde inglês segue à risca esses princípios.

Quanto à forma de atendimento inicial, os pacientes devem se dirigir a figura do clínico geral, o chamado *General Practitioner* (GP). Esses GP's são encontrados nas clínicas gerais, as denominadas *GP Surgery*, espalhadas em todos os bairros. Inicialmente, as pessoas devem se registrar no *GP Surgery* mais próximo e, em uma eventual necessidade de atendimento médico, deve-se procurar primeiramente seu GP local e, caso necessário, ele encaminhará o paciente para um médico especialista.

Vale ressaltar o que diz Tanaka e Oliveira (2007, p. 15):

Cumpre-nos aqui enfatizar que a atenção primária responde, no Reino Unido, por 90% da atenção em saúde, e 99% da população está cadastrada na lista dos GPs.

Quanto aos medicamentos, o paciente deve se dirigir às farmácias, onde os medicamentos serão fornecidos gratuitamente, porém é exigido que o paciente leve consigo a receita médica.

Quanto aos serviços odontológicos, apesar de não serem gratuitos, os pacientes registrados no NHS terão acesso a tratamentos dentários a preços reduzidos. Além disso, há exceções que beneficiam mulheres grávidas, crianças, idosos e pessoas de baixa renda. Essas exceções têm direito aos serviços odontológicos de forma gratuita.

É pela organização do sistema e aplicabilidade de seus princípios, por meio de uma Constituição destinada exclusivamente para a implementação do NHS, que se torna notória a qualidade do sistema de saúde inglês.

3.5 Medicare e Medicaid (EUA)

Os Estados Unidos, como citado no Capítulo 2, não possui um sistema de pública universal, abrangendo apenas uma parte da população americana e deixando de fora desse sistema uma enorme parcela da população, que, para conseguir assistência à saúde precisam recorrer a planos privados de seguro de saúde.

O que vigora no país, predominantemente, é a necessidade de filiação a planos privados de saúde para poder ter atendimento médico-hospitalar, ainda assim o tratamento dado pelas seguradoras não é satisfatório, como se pode observar nas palavras de Krugman (2009) ao se referir ao sistema de saúde americano:

Os mercados privados de seguros de saúde funcionam muito mal nos EUA: as seguradoras negam o maior número de sinistros possível, além de fugir de pessoas que são mais suscetíveis a tratamentos médicos. Verdadeiras histórias de horror aparecem aos borbotões: seguradoras se recusando a pagar uma cirurgia de emergência em um paciente com câncer alegando que o mesmo não havia respondido todas as questões sobre seu tratamento de acne; uma mulher jovem e sadia que teve seu seguro cancelado por ter ido ao psicólogo uma vez após ter rompido o relacionamento com seu namorado; e por aí vai.

Além disso, aproximadamente 46 milhões de americanos que não se enquadram nas categorias cobertas pelo *Medicare* e *Medicaid*, e também não

possuem condições de contratar um plano privado, ficam sem nenhuma cobertura de assistência à saúde.

Segundo Weber (2010), os Estados Unidos “não oferecem aos seus cidadãos um mínimo sequer de acesso aos meios de saúde”. Apesar de ser um pouco extremista essa afirmação, fica evidente que realmente o princípio da universalidade não vigora nos Estados Unidos, quando se fala em Saúde.

Para entender melhor como funciona o atual sistema público de saúde dos Estados Unidos, é importante conhecer como funciona os dois programas que compõem esse sistema, o *Medicare* e o *Medicaid*.

3.5.1 Medicare

Conforme Andrade e Lisboa (2000), o *Medicare* é um programa criado pelo governo americano em 1965. Em um primeiro momento, esse programa alcançava apenas aos indígenas e aos veteranos das Forças Armadas dos Estados Unidos. Posteriormente esse programa passou a cobrir também os idosos e pessoas com deficiência, além de uma minoria representada por pacientes com determinadas doenças estabelecidas pelo *Medicare*, como, por exemplo, insuficiência renal. Essa cobertura permanece até os dias atuais.

Para a pequena parcela da população coberta pelo *Medicare*, o governo americano arca com as despesas que o beneficiário tiver com hospitais e serviços médicos, porém o programa apenas ajuda nas despesas da cobertura de saúde, ou seja, não cobre todas as despesas médicas, como, por exemplo, despesas com tratamentos de longo prazo.

Portanto, fica claro que o *Medicare* oferece uma proteção básica contra os custos com saúde, porém, para uma cobertura mais abrangente, a população americana depende de planos privados de seguro de saúde.

3.5.2 Medicaid

Ainda segundo Andrade e Lisboa (2000), o *Medicaid* foi criado no mesmo ano que o *Medicare*, ou seja, em 1965. O *Medicaid* é um programa que visa abranger a parcela da população americana que possui baixos níveis de

rendimentos e pouco ou nenhum recurso disponível para a utilização em serviços de saúde.

Para determinar quem se enquadra como pessoa de baixa renda, cada estado americano tem suas próprias regras que determinarão quem será elegível e também determinarão quais serviços são cobertos pelo *Medicaid*.

Esse programa é gerido pelo governo americano e fornece uma cobertura médico-hospitalar para essa parcela da população.

Nos últimos anos o governo vem cortando gastos com o *Medicaid* e o reembolso para médicos e hospitais vem diminuindo cada vez mais, o que faz com os usuários enfrentem problemas para conseguir realizar seus tratamentos, pois alguns médicos e hospitais estão deixando de atender a pessoas que fazem parte da cobertura do *Medicaid*.

3.5.3 População não coberta pelo Medicare e Medicaid

Como ressaltado anteriormente, cerca de 46 milhões de americanos não são cobertos pelo sistema de saúde pública dos Estados Unidos e nem possuem planos privados de seguro de saúde.

Esses planos privados de saúde são geralmente financiados pelas empresas, nos casos dos trabalhadores formais, porém essa parte da população não coberta são pessoas que ficam em uma faixa intermediária entre os idosos e as pessoas de baixa renda e que não possuem planos de saúde no emprego e nem podem pagar pelos planos privados.

Mesmo para quem possui condições para obter planos privados de saúde, as dificuldades são grandes. Esses planos estão longe de atender com eficiência a população por eles coberta.

Os segurados ou têm dinheiro para pagar um plano privado ou têm um emprego que oferece um plano de saúde. Nos EUA, as empresas podem despedir grávidas e até pessoas com câncer. Ter um plano de saúde tampouco garante que a pessoa não terá de pagar por seus tratamentos médicos. A maioria dos planos estabelece um limite de gastos anual e, em seguida, uma franquia que o seguro só começa a reembolsar depois que o paciente paga sua contrapartida. Os planos também podem se recusar a fazer seguro para pacientes com histórico de doença crônica ou pré-existente (MELLO, 2009).

3.5.4 Barack Obama

Como se pode perceber, o sistema de saúde americano está longe de atingir a perfeição, muito pelo contrário, sofre, frequentemente, com ferrenhas críticas da população. São várias as pesquisas realizadas, até mesmo a nível internacional, em que os Estados Unidos se destacam pelas experiências negativas vinculadas ao seguro de saúde.

Conforme evidencia Mello (2009), o até então presidente dos Estados Unidos, Barack Obama, propôs uma reforma no sistema de saúde americano, aprovada em 2010. Esta proposta tem como objetivo criar um mercado de trocas de planos de saúde, onde seguradoras privadas competiriam com seguradoras estatais ou cooperativas.

Essa reforma também obrigaria todos os americanos a ter um plano de saúde e os que não têm condições de pagar receberiam um subsídio do governo.

Esse modelo proposto acabaria gerando maior competitividade entre as seguradoras. Com isso os usuários teriam mais opções de escolha e, conseqüentemente, haveria uma redução dos preços por parte das seguradoras, que iriam tentar atrair esses beneficiários da forma mais atrativa possível.

As seguradoras ficariam ainda proibidas de fixar valores de gastos ou franquia, além de não poderem discriminar os pacientes. Outra proposição seria a implantação de painéis que serviriam para julgar a eficiência dos tratamentos de saúde, o que acabaria sendo utilizado como indicadores para possíveis cortes de custos.

4 PONTOS POSITIVOS MARCANTES PRESENTES NOS SISTEMAS DE PÚBLICAS DOS PAÍSES DESENVOLVIDOS SELECIONADOS QUE PODEM SER APLICADOS NO BRASIL, EM UMA POSSÍVEL REFORMA DO SUS

O SUS ainda se mostra um sistema de saúde de grande precariedade, o que acabou classificando-o como apenas o 125º “melhor” sistema de saúde do mundo entre os 191 analisados, segundo o último ranking divulgado pela OMS, em 2000. Tal classificação aponta necessidade de mudanças.

A melhor solução seria buscar em países com experiência de sucesso, principalmente entre os melhores sistemas de saúde do mundo, características positivas em seus sistemas que os fizeram chegar ao topo de qualidade nos serviços prestados na área da saúde.

4.1 Melhora dos serviços de atendimento à saúde

Diante do que já foi apresentado neste trabalho, teve-se a oportunidade de conhecer, de forma resumida, como funciona cada um dos sistemas de saúde de alguns países desenvolvidos.

Pode-se observar que esses sistemas apresentam formas variadas de fornecimento do atendimento à saúde. Portanto, deve-se buscar as melhores características de cada um para verificar quais fatores podem ser aplicados ao SUS, em uma possível reforma, para que se possa obter uma melhora significativa nos serviços prestados por ele.

Para isso, irar-se-á ressaltar os pontos positivos dos sistemas de públicas do Canadá, da França e da Inglaterra. Apesar de tão criticado, tentara-se buscar alguns pontos positivos do sistema de saúde dos Estados Unidos também.

4.1.1 Canadá

Conforme afirma Urguhart (1998), “a beleza do sistema canadense, o *Medicare* como é chamado, está na sua simplicidade”.

No Canadá, apesar de financiado pelo setor público, por meio de verbas fiscais destinadas à aplicação na área da saúde repassadas para as províncias, o

atendimento é fornecido pelo setor privado. Isso acaba dando mais opções para o usuário, que poderá escolher o médico e o local de atendimento, clínicas e hospitais, de sua preferência. Basta o paciente apresentar um cartão de seguro de saúde fornecido pelo *Medicare* e ele terá direito aos serviços de forma gratuita.

Outra característica importante do *Medicare* é que, apesar de cada província ser responsável pela saúde em sua localidade, ele cobre os tratamentos realizados nas demais províncias. Além disso, o *Medicare*, também cobre os tratamentos realizados fora do Canadá, quando eles não são oferecidos dentro do país. Vale ressaltar que, diante da qualidade e da abrangência dos procedimentos de saúde oferecidos pelo *Medicare* no país, são poucos os canadenses que precisam buscar por tratamentos no exterior.

4.1.2 França

Na França, diferentemente do Canadá, há a coexistência do setor público e do setor privado na prestação dos serviços de saúde, porém, aos pacientes, o “leque” de opções segue o mesmo modelo do canadense. Eles têm total liberdade na escolha dos médicos e das clínicas ou hospitais em que querem ser atendidos. Para tanto, basta que o paciente apresente o Cartão de Seguridade Social.

De acordo Health Care Reform – The French System I (2008), no *Sécurité Sociale*, apenas alguns procedimentos são totalmente gratuitos, salvo no caso de pessoas de baixa renda cuja assistência médica é 100% coberta. Nos demais serviços de saúde os pacientes pagam integralmente, mas, posteriormente são ressarcidos na base de 70% a 80%. Isso pode ser considerado um ponto positivo, pois os serviços ficam acessíveis ao “bolso” da população, que arca com uma parcela ínfima das despesas com saúde, e o governo deixa de gastar fortunas que gastaria se cobrisse 100% dos procedimentos realizados.

O sistema de saúde francês cobre ainda os gastos com assistência odontológica, enfermagem domiciliar, transportes sanitários, curas termais. Além disso, cobre também os gastos com remédios e próteses e órteses, incluindo óculos.

4.1.3 Inglaterra

Na Inglaterra, há uma Constituição que rege o sistema de pública. Essa constituição é renovada a cada dez anos, ou seja, ela passa por algumas reformulações periodicamente. Isso beneficia o processo de aperfeiçoamento do NHS, visto que esse sistema de saúde passa por constantes reformas que visam sua melhoria. Além disso, o governo inglês busca seguir à risca os princípios estabelecidos nessa Constituição.

O NHS tem arraigado em um de seus princípios a busca por melhores profissionais, dando a eles a melhor educação, formação e desenvolvimento. Esse sistema tenta também investir sempre na busca por inovações na Saúde.

Outro ponto positivo no sistema de pública da Inglaterra é o fato de que os pacientes, suas famílias e seus cuidadores sempre serão consultados sobre todas as decisões que dizem respeito aos seus cuidados e tratamentos.

Os serviços prestados pelo NHS são totalmente gratuitos, salvo algumas circunstâncias limitadas aprovadas pelo parlamento inglês. Para ter acesso a eles, o paciente deverá fazer o registro em um *GP Surgery* e quando necessitar de atendimento médico deve procurar seu GP local que, dependendo da necessidade, encaminhará-lo para um especialista. Quanto aos medicamentos, o NHS cobre integralmente os gastos, desde que o paciente apresente a prescrição médica.

4.1.4 Estados Unidos

Os Estados Unidos é um caso à parte. Nele praticamente não existe sistema de pública, salvo dois programas, o *Medicare* e o *Medicaid*. Portanto, não é um modelo universal de atendimento.

É difícil achar pontos positivos em um sistema tão criticado. Por isso, ressalta-se somente dois aspectos. Primeiro a tentativa de imposição de uma reforma proposta por Barack Obama, em 2010, o que mostra que há uma preocupação com o atual sistema de saúde americano e que há tentativas que buscam melhorias. Segundo, uma sugestão presente nessa reforma, que é a implantação de painéis que serviriam para julgar a eficiência dos tratamentos de

saúde. Esses painéis acabariam se tornando um indicador para possíveis cortes de custos.

4.1.5 O que poderia ser aplicado no Brasil

Conforme Castellano (2009) afirma, “nem tudo é ruim no nosso SUS”, porém deve-se sempre buscar melhorias. Como visto anteriormente, são muitos os pontos positivos presentes nos sistemas de saúde dos países estudados e que não estão presentes no SUS. Logo, numa possível reforma do sistema brasileiro, todos esses pontos já ressaltados são relevantes e podem ser implantados.

De forma genérica, pode-se observar esse pensamento, em relação ao NHS, nas palavras de Tanaka e Oliveira (2007, p. 16):

[...] os aspectos funcionais e operacionais do NHS merecem a nossa atenção, dado que trazem instrumentos relevantes para que possamos avançar no processo de compreensão dos limites e dos alcances das reformas organizacionais implementadas por sistemas universalistas, como o britânico e o brasileiro, bem como na formulação e implementação de futuras propostas de reformas do SUS.

Apesar de fazer referência ao NHS esse pensamento pode ser aplicado aos outros sistemas, quando comparados ao do Brasil.

É importante ainda dar destaque a um ponto no que se refere à gratuidade, o SUS é totalmente gratuito. Por isso, caso haja uma reforma, pode-se optar pela permanência da gratuidade, ou adotar o modelo francês. Porém, para este último haveria uma grande rejeição por parte da população, visto que é preciso aprimorar primeiro a qualidade dos serviços prestados para que a população ache justo o pagamento por alguns procedimentos de saúde.

Ademais, todas as demais características positivas dos sistemas de saúde em estudo podem ser aplicadas numa possível reforma do SUS, acrescentando ainda um detalhe imprescindível para seu melhor desempenho: um maior investimento na Saúde.

4.2 Gastos com a Saúde

São diversas as características dos sistemas dos países estudados que podem fazer parte da reforma do SUS, caso ela venha a acontecer. Porém, para conseguir implantar essas características, deve-se investir mais na Saúde. Portanto se faz necessário um breve estudo sobre os gastos com a Saúde.

Vale observar o que diz Ocké-Reis (2006, p. 3):

A disciplina econômica da saúde oferece meios e instrumentos que ajudam as políticas de saúde a cumprir sua finalidade ética: a promoção do bem-estar físico e mental, além da recuperação de doenças e agravos que afetam a coletividade. O cálculo econômico pode, assim, subsidiar a formulação e desenho dessas políticas, a partir de critérios de eficiência e equidade, no tocante ao financiamento, provisão e gestão dos sistemas de saúde, visando equacionar problemas relativos às políticas, instituições e serviços, sem perder de vista as necessidades de saúde da população.

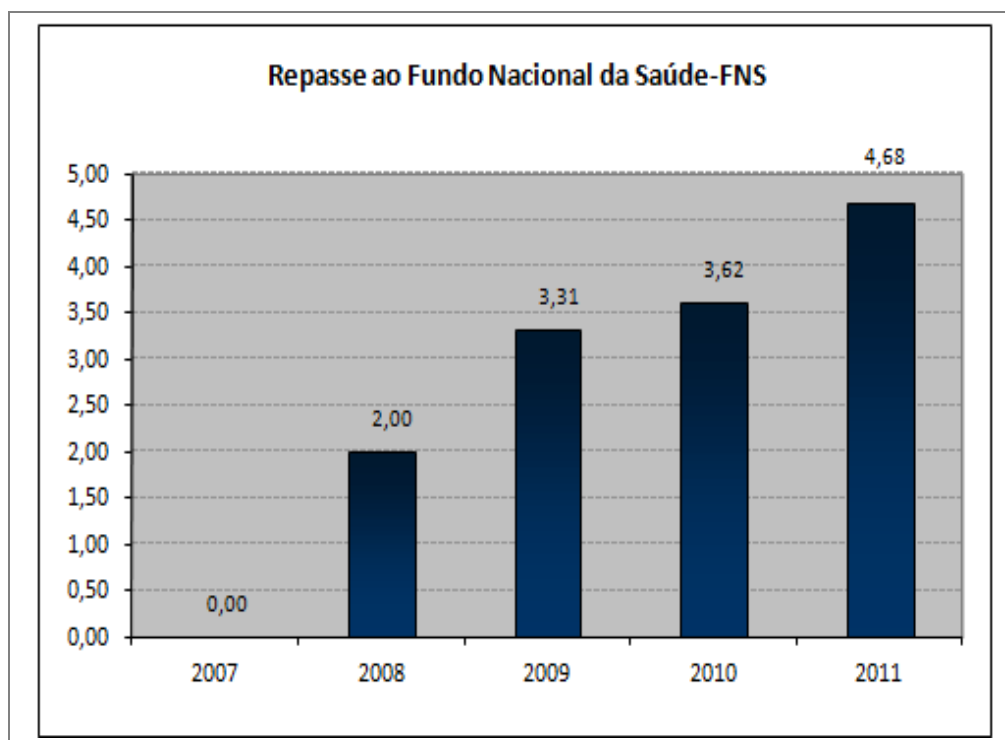
A Tabela 1, os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde ainda são bastante reduzidos, não representando nem 2% do PIB brasileiro, e que somados os demais gastos com a saúde essa porcentagem sobe para 8,4%.

Em 1994, o repasse do orçamento do governo brasileiro para a cobertura dos serviços e ações de saúde foi regulamentado pelo Decreto nº 1232/94 que estabelece:

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto (BRASIL, 1994).

O repasse do Fundo Nacional de Saúde (FNS) destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange os serviços de atenção básica, procedimentos de média e alta complexidade e é utilizado também para ações estratégicas na área da saúde. Em termos quantitativos, por meio do Gráfico 1, pode-se verificar quanto é repassado para esse fundo.

Gráfico 1 – Repasse ao Fundo Nacional de Saúde (R\$ Milhões)



Fonte: CEF (2012).

Esses são os valores repassados para o FNS. Já em relação ao que efetivamente foi gasto com saúde, apesar de o Brasil ter sido classificado, em 2011, como o 6º maior PIB do mundo, com cerca de U\$ 2,492 trilhões, o valor alcança apenas um percentual aproximado de 8,4% do PIB brasileiro.

Para poder analisar se esse percentual é realmente baixo, vale a pena fazer um comparativo com os demais países estudados no presente trabalho.

Primeiramente, para uma melhor comparação, tem-se na Tabela 2 a classificação dos países em relação ao PIB:

Tabela 2 - Ranking de países por PIB nominal (em US\$ Trilhões)

Posição	2011	2012 (Projeção)
1°	EUA (15,094)	EUA (15,609)
2°	China (9,729)	China (7,991)
3°	Japão (5,869)	Japão (5,980)
4°	Alemanha (3,577)	Alemanha (3,478)
5°	França (2,776)	França (2,712)
6°	Brasil (2,492)	Reino Unido (2,452)
7°	Reino Unido (2,417)	Brasil (2,449)
8°	Itália (2,198)	Itália (2,066)
9°	Rússia (1,850)	Rússia (2,021)
10°	Canadá (1,736)	Canadá (1,804)

Fonte: FMI (2012).

No Canadá, onde os médicos não são funcionários públicos, ou seja, possuem autonomia de estabelecer seus consultórios privados que atenderão aos pacientes do sistema de saúde do Canadá, o gasto com saúde pública chega a 9,4% do PIB canadense. Já em seu país vizinho, os Estados Unidos, em que o sistema de saúde é dominado por planos e seguros privados de saúde, o governo americano gasta cerca de 14,4% do seu PIB com a saúde.

Na França, onde o governo arca, na maioria dos casos, com 70% a 80% dos gastos que os usuários do *sécurité sociale* têm com os atendimentos médico-hospitalares, a porcentagem do PIB nacional destinada para gastos com saúde é de aproximadamente 11%.

Na Inglaterra, onde os pacientes são atendidos pelos GP's locais, presentes em todos os bairros do país, e que o sistema de saúde arca com todos os gastos que o paciente tem com assistências médico-hospitalares, o governo gasta com despesas com saúde um percentual que gira em torno de 7% do PIB britânico.

Para melhor visualização a Tabela 3 traz esses percentuais investidos na saúde.

Tabela 3 – Gasto Com Saúde (% PIB)

País	Gastos com Saúde (% PIB)
Brasil	8,4
Canadá	9,4
Estados Unidos	14,4
França	11
Inglaterra	7

Fonte: Concepção do autor

Portanto, pode-se observar que os gastos com saúde no Brasil, se comparado aos demais países estudados no presente trabalho, não pode ser considerado baixo, salvo comparado com o modelo dos Estados Unidos, porém o sistema americano é baseado em planos privados de seguro de saúde, o que eleva os gastos.

Considerando-se o exemplo da Inglaterra, o gasto com saúde no Brasil é até maior. Com isso, tirando por base apenas esses dados, chega-se à conclusão de que o problema maior não é o quanto se investe, se gasta com a saúde, mas sim a forma como se gasta. Não significa dizer que o Brasil não deve aumentar os investimentos na área da saúde, pois ele deve, mas, além disso, deve rever a forma como esses recursos estão sendo aplicados para chegar a um modelo próximo aos dos países estudados, que, com exceção dos Estados Unidos, são considerados modelos que primam pela qualidade e excelência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para estabelecer um comparativo entre os sistemas de públicas dos países desenvolvidos, em especial o Canadá, os Estados Unidos, a França e a Inglaterra, com o do Brasil, a presente pesquisa direcionou-se a descrever as características primordiais de cada sistema, o que possibilitou verificar o quão diferente desses sistemas o SUS demonstra ser.

Portanto, pôde-se verificar que essa distância faz com que o SUS possua uma má classificação no ranking de saúde entre os diversos países do mundo.

Para que o Brasil atinja o patamar dos países desenvolvidos, em especial os estudados neste trabalho, é importante que o SUS adeque em seu sistema os pontos mais positivos dos melhores sistemas de saúde estudados nesta monografia.

Além disso, o governo brasileiro precisa investir mais na Saúde, mas, melhor que isso, precisa saber investir, pois percebe-se que os gastos com saúde, em relação à porcentagem do PIB, são semelhantes aos dos países desenvolvidos em questão, porém esses países são considerados parâmetros de saúde mundial, já o Brasil ainda está longe disso.

Por meio da pesquisa bibliográfica construiu-se o referencial teórico da pesquisa e a coleta de dados para por em prática os objetivos propostos.

De acordo com as informações coletadas verificaram-se os resultados obtidos.

A *priori*, com as informações relativas à forma como SUS se estrutura de acordo com seus princípios, verificou-se que ele não possui apenas pontos negativos, como muitas vezes é exposto por pesquisas realizadas com base na opinião da população brasileira. Há também pontos positivos, como o acesso universal e igualitário.

A *posteriori*, tendo como base as informações coletadas de outros sistemas mais evoluídos de atendimento à saúde, constatou-se que o SUS ainda tem muito o que acrescentar em sua estrutura e atendimento para poder alcançar o nível de excelência desses sistemas.

Em suma, o SUS, apesar das constantes críticas feitas pela população, apresenta qualidades, mas apresenta também a necessidade de uma reforma, de preferência seguindo os modelos de sistemas de saúde mais qualificados, como é o caso do Canadá, França e Inglaterra. Os Estados Unidos pouco tem a ser copiado, pois trata-se de outro sistema que necessita de uma reforma com urgência, o que já está em pauta no atual governo americano.

REFERÊNCIAS

AKINCI, Ali. A Ciranda dos Sistemas de Saúde. **DW**, Berlin, 2012. Disponível em: <<http://www.dw.de/dw/article/0,,940770,00.html>>. Acesso em: 2 de julho de 2012.

ANDRADE, Monica Viegas e LISBOA, Marcos de Barros. Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71402000000100001&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 de julho de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação dos Seus Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília, DF, 30 de agosto de 1994.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo. Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CASTELLANO, Daniel. Nem Tudo é Ruim no Nosso SUS. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 22 de novembro de 2009. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=946949>>. Acesso em: 28 de junho de 2012.

CEF – Caixa Econômica Federal. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br>>. Acesso em: 18 de julho de 2012.

CONOF/CD. A Saúde no Brasil: História do Sistema Único de Saúde, arcabouço legal, organização, funcionamento, financiamento do SUS e as principais propostas de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Nota Técnica nº 10, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2002.

FMI – Fundo Monetário Internacional. Disponível em: < <http://www.imf.orh>>. Acesso em: 18 de julho de 2012.

HEALTH CANADA. O sistema de cuidados de saúde no Canadá. Ottawa: Health Canada, 1999.

HEALTH CARE REFORM – The French System I, 14 de maio de 2008, disponível em: < <http://abriefhistory.org/?p=400>>. Acesso em 18 de julho de 2012.

INGLATERRA, Ministério da Saúde. **The NHS Constitution** – The NHS Belong to Us All. DH, 2009.

KRUGMAN, Paul. Realidades do Sistema de Saúde dos EUA. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 3 de agosto de 2009. Disponível em: < <http://www.gazetadopovo.com.br/colunistas/conteudo.phtml?id=911144>>. Acesso em: 1 de julho de 2012.

MELLO, Patrícia Campos. Entenda: Sistema de Saúde dos EUA Exclui 46 Milhões. **Estadão**, São Paulo, 9 de setembro de 2009. Disponível em: < <http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,entenda-sistema-de-saude-dos-eua-exclui-46-milhoes,431943,0.htm>>. Acesso em: 30 de junho de 2012.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Sistemas de Saúde Comparados: Gasto, Acesso e Desempenho**. Rio de Janeiro: 2006.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Informe sobre la salud en el mundo**. Genebra: OMS, 2003.

PINHEIRO, Márcio V. **O Sistema de Saúde do Canadá. 1998**. Disponível em: <<http://pw2.netcom.com/~mvp1/canada.htm>> Acesso em: 30 de junho de 2012.

RIVETT, Geoffrey. **National Health Service History. 2012**. Disponível em: < <http://www.nhshistory.net/shorthistory.htm>>. Acesso em: 10 de julho de 2012.

SOUZA, Renilson Rehem de. O sistema Público de Saúde Brasileiro. *In*: Seminário Internacional. Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas, 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde britânico: lições para o SUS. SAÚDE E SOCIEDADE. São Paulo, v. 16, n. 1, p.7-17, jan./abr. 2007.

URGUHART, Craig. **Como o Acesso à Saúde foi Conquistado no Canadá. 1998.** Disponível em: < <http://pw2.netcom.com/~mvp1/singlepayer.htm>>. Acesso em: 30 de junho de 2012.

WDSOON, Samantta. **Organizações do Sistema de Saúde – A Saúde na França.** Bagé: Universidade da Região da Campanha, 2009.

WEBER, Talita F. do Nascimento. **Direitos Sociais – Saúde: Um Comparativo Entre Brasil X Estados Unidos da América.** 2010. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/legislacao-artigos/direitos-sociais-saude-um-comparativo-entre-brasil-x-estados-unidos-da-america-1967727.html>>. Acesso em: 28 de junho de 2012.