



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE GRADUAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO**

PETSON PHILLIPPE ALMEIDA ARAÚJO

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO DOS
SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E
REINO UNIDO**

CAMPINA GRANDE – PB
2014

PETSON PHILLIPPE ALMEIDA ARAÚJO

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO DOS
SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E
REINO UNIDO.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Administração da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Geraldo Medeiros Júnior

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A663a Araújo, Petson Phillippe Almeida
Análise comparativa dos modelos de gestão dos sistemas de saúde do Brasil, Estados Unidos e Reino Unido [manuscrito] / Petson Phillippe Almeida Araújo. - 2014.
30 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Prof. Me. Geraldo Medeiros Júnior, Departamento de Administração e Economia".

1. Sistemas de saúde. 2. SUS. 3. Financiamento. 4. Cobertura. I. Título.

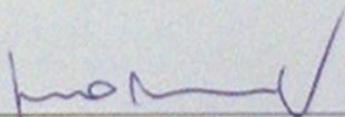
21. ed. CDD 362.1

PETSON PHILLIPPE ALMEIDA ARAÚJO

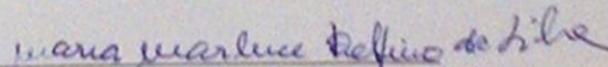
**ANÁLISE COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO DOS
SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E
REINO UNIDO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Administração da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência para
obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em
Administração.

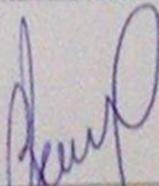
Aprovado em 77/07/2014.



Prof.º Msc.º. Geraldo Medeiros Júnior/ UEPB
Orientador



Prof.ª Esp.ª. Maria Marluce Delfino da Silva/ UEPB
Examinadora



Prof.ª Msc.ª Vilza Maria Batista/ UEPB
Examinadora

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de prestar meus agradecimentos, a todos que de alguma maneira, me ajudaram nesta trajetória até chegar aqui. Em primeiro lugar, agradeço a Deus, e faço minhas as palavras do salmista. “Bendize ó minha alma, ao Senhor e tudo que há em mim bendiga o seu santo nome. Bendize ó minha alma ao Senhor e não se esqueça de nenhum de seus benefícios”.

A minha família, meus pais, Edvan e Socorro, que sempre me proporcionaram um lar, que foi e sempre será o meu alicerce. A meus irmãos Alexandre, Rute e Rebeca, o meu muito obrigado. A minha esposa Laís, que tem sido uma verdadeira ajudadora, muito obrigado.

A minha turma 2009.2 que juntos vivemos muitos momentos inesquecíveis, a todos os amigos desejo muito sucesso e felicidades.

A cada professor, que durante todo este curso acompanharam-me, obrigado por todos os ensinamentos. Em especial, ao professor Geraldo Medeiros, do qual me considero um verdadeiro fã. Por sua paciência, determinação e dedicação no papel de orientador, muito obrigado. Assim como, às professoras Marluce Delfino da Silva e Vilza Maria Batista, que prontamente aceitaram o convite para compor a banca examinadora.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS MODELOS DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, ESTADOS UNIDOS E REINO UNIDO

Petson Phillippe Almeida Araújo¹
Geraldo Medeiros Júnior²

RESUMO

O presente artigo se propõe a fazer uma análise comparativa da trajetória dos sistemas de saúde do Brasil, Estados Unidos e Reino Unido, desde o final do século XIX e começo do século XX até os dias atuais. Através da abordagem dos seus respectivos modelos de gestão, financiamento e cobertura. Com objetivo de compara-los, a pesquisa utilizada foi de caráter bibliográfico exploratório, desenvolvida a partir de documentos de organizações como Banco Mundial, OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), IBGE, Ministério da Saúde, entre outros. Os dados analisados revelaram que o SUS criado em 1988, garantindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, desde a década de noventa, enfrenta entraves, principalmente quanto ao seu financiamento. Comparado ao Reino Unido, que dispõe de um sistema de saúde público também universal, o Brasil investe bem menos em saúde. Os Estados Unidos que não possuem sistema público universal, apresentam as maiores despesas com saúde dos três países analisados. Em contrapartida, parte da população americana está totalmente desprovida de acesso à saúde. Mesmo com um financiamento menor o Sistema Único de Saúde cobre toda população, porém, fica evidente a necessidade de mais recursos para a saúde pública no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de saúde. SUS. Financiamento. Cobertura

ABSTRACT

This article aims to make a comparative analysis of the trajectory of health systems in Brazil, the U.S. and UK since the late nineteenth century and early twentieth century to the present day. Through the approach of their management models, funding and coverage. Aiming to compare them, the survey used was exploratory bibliographical character, developed from organizations like the World Bank, OECD, IBGE, Ministry of Health, among other documents. The analyzed data showed that SUS created in 1988, ensuring health as a right and duty of the State, since the nineties, facing obstacles, especially regarding their funding. Compared to the UK, which has a public health system also universal, Brazil invests far less in health. United States that do not have universal public system, present the greatest health expenses of the three countries. However, part of the American population is entirely without access to healthcare. Even with lower funding the National Health System covers the entire population, but there is an evident need for more resources for public health in Brazil.

KEYWORDS: Health systems. SUS. Financing. Coverage

¹ Graduando em Administração pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: petson_baterapb@yahoo.com.br

² Professor Orientador. Mestre em Economia pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professor do Departamento de Administração e Economia – DAEC da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. E-mail: geraldomedeirosjr@uol.com.br

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal de 1988, representou para o Brasil uma grande conquista do ponto de vista legal e do direito. Pela primeira vez na história do Brasil a questão da saúde foi tratada como direito de todos e dever do Estado. Para muitos autores, como Tanaka & Oliveira (2007) o SUS foi inspirado no sistema de saúde britânico, o Nation Health Service (NHS) de 1948, principalmente pela adoção dos mesmos princípios básicos: universalidade, integralidade e gratuidade.

Na década de noventa, o SUS começa a enfrentar obstáculos na sua implementação. Estes obstáculos ganharam o nome de contrarreforma. Como diz Correia (2001, p. 18) “um movimento na contramão do assegurado legalmente”. Que foi evidenciado principalmente através de: pressões neoliberais e financiamento insuficiente do sistema. Isso favoreceu o crescimento da iniciativa privada no setor saúde. Contrariando a determinação legal da participação apenas complementar do setor privado dentro da saúde.

Com isso, observa-se que desde então, a comercialização de planos privados de saúde e até a venda direta de serviços de saúde foram aumentando, oferecendo uma alternativa ao SUS para aqueles que podiam pagar. Quando se fala em comercialização de planos particulares de saúde, logo se vem à mente o modelo norte-americano. Pois, neste país não existe sistema público de saúde universal. O que há, são apenas programas específicos para quem atesta que não tem como pagar às seguradoras de saúde ou é maior de sessenta e cinco anos.

O objetivo deste trabalho é comparar os sistemas de saúde dos três países apresentados, com foco no modelo de gestão, financiamento e cobertura. Por isso, é apresentando uma contextualização histórica do desenvolvimento dos modelos estudados, para uma melhor compreensão de qual caminho percorrido por cada sistema até chegar ao presente.

Logo após, foi feita uma análise socioeconômica de indicadores de financiamento, levantamento da participação pública e privado nos três países, além da cobertura dos respectivos sistemas. Para isso, lançou-se mão de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, utilizando dados de órgãos como: Banco Mundial, Ministério da Saúde, OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), entre outros. A análise revelou que o Brasil gasta em saúde menos do que poderia.

1. O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.

1.1 - O PROCESSO HISTÓRICO DE FORMAÇÃO DO SUS.

As primeiras ações do governo brasileiro para a promoção da saúde pública remontam para do final do séc. XIX e início do séc. XX. Nesta época o país tinha a necessidade de se adequar às exigências dos países importadores dos produtos agrícolas.

Sendo assim, o Brasil concentrou os trabalhos na área de saneamento básico para o controle econômico e da circulação de produtos e pessoas nas imediações dos principais portos. Esta política ficou conhecida como sanitaria-campanhista e foi montada através de campanhas e programas sazonais de vigilância epidemiológica e sanitária, com o objetivo de erradicar e/ou controlar as doenças que poderiam prejudicar a economia. Silva & Nascimento (2011) destacam a ausência de organização e de planejamento voltados para a área de saúde da população, apesar da criação do código sanitário de 1918, que dizia que “Sanear é a grande questão nacional”.

Já no ano de 1923, a lei Eloy Chaves instituiu o Sistema de Caixas de Aposentadorias (CAPs). Que eram organizações privadas formadas por empresas e posteriormente por setores estratégicos para a economia do país na época como; ferroviário e marítimo. Além da prestação de serviços previdenciários, ofereciam também, assistência médica e medicamentos. Na década de 1930, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que foram responsáveis pela institucionalização e formação do sistema público de previdência social brasileiro. Estes institutos eram administrados pelo governo, tendo caráter jurídico de autarquias, e mantiveram a forma de financiamento contributivo das CAPs.

Criado em 1930, o Ministério da Saúde, baseava a política nacional de saúde em dois eixos: saúde pública e medicina curativa. Esta última era ligada aos IAPs. Consequentemente o acesso aos serviços médico hospitalares ficou restrito a uma pequena parcela da população brasileira que possuía vínculos com o mercado de trabalho. Por outro lado, a grande maioria da população tinha que recorrer aos hospitais de caridade, filantrópicos e santas casas de misericórdia. As únicas políticas públicas de saúde direcionadas a este seguimento eram as de campanhas sanitárias visando à prevenção e a erradicação de epidemias.

Para (Sarreta 2009) a assistência médica segue a lógica da privatização dos serviços, fato que se acentua com a compra pelo Estado de serviços da rede privada de saúde, com recursos da previdência social. Fato que para (Catão 2011) se deve ao contexto de desenvolvimento econômico, advinda a necessidade de investimentos do Estado em setores

básicos da economia, sobre a compra de serviços da rede privada, Catão (2011, p. 178) afirma que:

A formação de um setor privado de saúde que passa a ter o seu mercado garantido no plano estatal por meio da política de seguro social, haja vista que o Estado acaba por se transformar no maior comprador dos serviços de saúde privados, sendo estes prestados às classes assalariados; logo, os produtores privados de serviços de assistência médica passam a ter a garantia de um negócio seguro, sem exigir obediência às regras da eficiência e competitividade tradicionais do mercado. Em meio a esse processo, o setor público vai ocupando uma posição suplementar, tendo que suprir a ausência da esfera privada, onde esta não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico.

Na visão de Sarreta (2009) os recursos arrecadados pela previdência social desde o início eram aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país, observa-se com isso, a forte influência do setor econômico que se sobrepõe aos interesses das políticas sociais na área de saúde e previdência social.

No ano de 1960, foi promulgada a lei orgânica da previdência social (Lops), que teve como marco a unificação dos benefícios dos vários IAPs. Mais tarde, em 1966, os IAPs foram absorvidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias do país.

É fato que desde o ano de 1964, o Brasil estava sendo governado pelos militares, que para (Sarreta 2009) estavam em busca da legitimidade, por isso, tomaram medidas como, financiamento para a construção de hospitais particulares. Tornando assim, o atendimento médico-hospitalar o foco da política de saúde. Privilegiando o setor privado.

A partir de 1965 observa-se a expansão da cobertura de serviços de saúde e previdência social. Este aumento da demanda está relacionado com o crescente êxodo rural que promoveu um inchaço populacional na zona urbana, pois, o homem do campo passou a buscar trabalho nas indústrias.

Esta cobertura caracterizava-se por fazer uso de atos excessivamente complexos com utilização de alta tecnologia. Sarreta (2011) afirma que tais procedimentos eram mais atrativos financeiramente, pois representavam retorno financeiro. Por outro, lado os procedimentos que não ofereciam esse retorno financeiro, ficavam sobre a responsabilidade do poder público.

Na final da década de 1970, durante a luta pela redemocratização política, surge no Brasil uma iniciativa popular com representantes de vários seguimentos da sociedade, que reivindicava um sistema de saúde único, universal e gratuito, no qual, o Estado deveria assumir a produção dos serviços de saúde. Este movimento ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária.

Em 1985, o fim do regime militar para Catão (2011) proporcionou uma discussão que colocou as políticas sociais como responsabilidade do Estado. Assim, em 1987 foi instituído através do decreto nº 94657 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), Silva & Nascimento, (2011) afirmam que o SUDS incorporou alguns princípios formulados pelo movimento de Reforma Sanitária, como: universalidade, integridade, entre outros.

No dia 05 de outubro de 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal que apresentou muitas inovações a respeito das políticas de proteção social. Esta Constituição foi considerada um marco na conquista de direitos. Destaca-se o artigo 196, que coloca a saúde como direito de todos e dever do estado, além, da instituir o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde introduziu uma nova lógica de planejamento em saúde diferente da anterior que era baseada no mercado e de caráter contributivo. Em seu artigo 194, a CF de 1988 introduz o conceito e de Seguridade Social. Uma política social que tem a finalidade de assistir e amparar o cidadão e sua família em situações como doença, velhice e desemprego. A Seguridade Social é composta por: Previdência Social, mecanismo público de proteção social proporcionado mediante contribuições; Assistência Social, política social de proteção gratuita aos necessitados e Saúde Pública, a promoção e redução de risco de doenças e acesso a serviços básicos de saúde e saneamento, também gratuito. Portanto a saúde passa a integrar a Seguridade Social.

Como visto anteriormente, a proteção social era restrita aos contribuintes do Sistema Previdenciário. Agora com a CF/88 ela foi estendida a toda população, com a exceção da Previdência Social devido seu caráter contributivo. Percebe-se com isso, o aumento de usuários da Seguridade Social independente de contribuições.

Catão (2011, p.190) destaca que: “É perceptível que a problemática da seguridade social concentra-se no seu financiamento e na extensão dos benefícios e serviços a serem por ela assegurados”. O autor tenta demonstrar o tamanho desafio que é cumprir as normas constitucionais que estabelecem acesso universal e gratuito, a benefícios e serviços sociais como saúde e assistência social.

Os serviços públicos de saúde são prestados pelo Estado nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). A CF/88 também preconiza em seu artigo 198 a participação complementar do setor privado no Sistema Único de Saúde. O setor privado está dividido em dois segmentos: lucrativo representado pelas cooperativas médicas, seguro de saúde, planos de saúde, entre outras e não lucrativo composto por instituições filantrópicas.

1.2 MODELO DE GESTÃO DO SUS.

A Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de saúde (SUS) e para uma melhor regulamentação foram criadas as leis orgânicas do SUS que são respectivamente a nº 8.080/90 e a nº 8.142/90.

Os princípios que norteiam o SUS são: universalidade, integralidade nos serviços e ações de saúde, equidade, descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social.

A lei 8.080/90 trata da organização e da gestão do SUS. Além de definir as competências e atribuições das três esferas de governo (união, estados e municípios). Regula também, sobre a participação complementar dos serviços de saúde privados, além de tratar dos recursos humanos, financeiros planejamento e orçamento do SUS.

Em cada esfera de governo o SUS dispõe de diferentes tipos de gestores, com diferentes atribuições. São eles: em âmbito nacional, o Ministério da Saúde; no estadual, as Secretarias de Estado da Saúde e municipal com as Secretarias Municipais de Saúde.

O artigo 198 da CF/88 estabelece que o financiamento do SUS é composto por recursos da seguridade social, união, estados, municípios e outros. Por outro lado, em seu artigo 195, a CF determina que a Seguridade Social seja financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta. Dentre as fontes de financiamento da Seguridade Social. Destaca-se as contribuições sociais: Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição sobre Lucro Líquido das Empresas (CSLL).

Ainda sobre os recursos do sistema de saúde, destaca-se a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 que trata entre outras determinações, a obrigação do governo, em todas às suas esferas, de realizar aplicações, de percentuais mínimos dos recursos orçamentários em serviços de saúde.

Assim a EC 29/2000 estabeleceu um prazo para a adequação das metas dos gastos em saúde, de 2001 a 2004. Ficou determinada a aplicação de 12% e 15% dos recursos orçamentários, respectivamente dos Estados e Municípios.

Como forma de fiscalização e controle da aplicação dos recursos na saúde. Foi criado o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIPOS), que nada mais é do que um sistema de armazenamento de dados on-line, que permite a disseminação de informações relacionadas a receitas e despesas em saúde realizadas pelo governo.

A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação comunitária na gestão e controle social do sistema de saúde. Sobre as atribuições dos conselhos de saúde, que devem estar presentes em

todas as esferas de governo, assim como, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

Apesar dos avanços jurídicos que garantiram o acesso universal à saúde através do SUS. No começo dos anos 90 foi observado um crescimento da iniciativa privada no setor da saúde, que segundo a lei deveria ser apenas complementar. Nesse contexto, formou-se um mercado de empresas particulares de saúde. Além da difusão da ideologia que estas empresas ofereciam serviço de melhor qualidade, mais eficientes, como que a solução para os problemas de saúde do Brasil estivesse no mercado.

Em contrapartida, como estratégia de reorganização do modelo assistencial. O SUS passa a intensificar suas atividades na atenção básica ou APS atenção primária em saúde. Assim no ano de 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que atualmente se tornou Estratégia Saúde da Família. De acordo com o Ministério da Saúde, o Saúde da Família foi criado para concretizar os princípios e diretrizes do SUS, visando à reestruturação da saúde. Funcionando como porta de entrada ao sistema e até contribuindo para a diminuição do número de usuários em níveis de mais alta complexidade. Uma vez que, algumas de suas metas são a prevenção e a promoção da saúde.

2. O SISTEMA DE SAÚDE BRITÂNICO.

2.1 – PROCESSO HISTÓRICO DE FORMAÇÃO DO NHS.

A Inglaterra é considerada o berço da Revolução Industrial, iniciada no século XVIII. Este fenômeno que foi responsável por mudar o modo de produção. Que até então era manufatureiro, passando para produção em massa. Tendo como marco tecnológico, o desenvolvimento da máquina a vapor. Em pouco tempo, a revolução se espalhou pela Europa e Estados Unidos.

Além das mudanças no modo de produção, a Revolução Industrial promoveu mudanças de ordem econômicas e sociais, produzindo como resultado dessas mudanças um novo sistema econômico denominado de capitalismo.

O capitalismo é caracterizado pela valorização da propriedade privada e principalmente pela acumulação de capital. Nesse contexto, o mercado passou a ocupar a posição de protagonista dentro da sociedade inglesa. Com isso, ele demandava mão de obra (trabalhadores assalariados) para as indústrias, colaborando para o surgimento de classes

sociais, o que para alguns representou a possibilidade de aquisição de um elevado padrão de consumo, enquanto que para outros a exclusão social, pois, não tinham acesso às maravilhas do capitalismo.

Para os economistas clássicos as disparidades existentes entre as classes sociais, seriam solucionadas. Pois, segundo eles a economia tenderia ao natural equilíbrio, que aconteceria ao atingir-se o pleno emprego. Na prática, foi observado que “o novo sistema trouxe consigo riscos sociais que demandariam seu enfrentamento, sob pena de tornar a nova estrutura social instável ao ponto de fazer ruir todo o sistema. Isso graças à sua capacidade de geração de pobreza, ao mesmo tempo em que produz riqueza” (Silva, 2010, p.4). Ou seja, o desenvolvimento social não aconteceu simultaneamente ao tecnológico e ao econômico, pelo contrário, a proporção que o capitalismo avançava era a mesma que as diferenças entre as classes sociais aumentava.

Como forma de minimizar as desigualdades sociais da Inglaterra, foi criada no ano de 1834, a Lei dos pobres que tinha caráter assistencial e filantrópico. Já no ano de 1942, o economista britânico Willian Henry Beveridge junto com uma comissão composta por vários ministérios do governo, elaborou um plano de proteção social com base em experiências de vários países. “As propostas do plano de Beveridge buscavam combater aos cinco gigantes que causavam mazelas sociais na Grã-Bretanha: a miséria, a enfermidade, o analfabetismo e a questão sanitária e o desemprego”. (Silva, 2010, p.55). As propostas do plano, começaram a ser implementadas no pós segunda guerra mundial, com a vitória do partido trabalhista inglês, nas eleições de 1945.

O processo que culminou na criação de um serviço público de saúde inglês não foi fácil. Principalmente por conta da Associação Médica, pois, eles se recusavam a submeterem-se ao novo organograma corporativo do serviço de saúde. A pressão popular que reivindicava um serviço público de saúde, junto com o trabalho de articulador político, do então, ministro da saúde Aneurin Bevan, conseguiu êxito contra os interesses corporativos dos médicos.

No dia 5 de julho de 1948, foi promulgada a Lei do *Nathional Health System* (NHS), Serviço Nacional de Saúde. Indiretamente o Plano Beveridge influenciou o SUS, uma vez que, a fonte inspiradora para o sistema de saúde brasileiro foi o NHS inglês, fato evidenciado pelos mesmos princípios básicos.

O NHS junto com a política de bem-estar social o *Welfare State* de 1945 foram “responsáveis por uma significativa melhora na qualidade de vida da população britânica. O acesso aos serviços não dependia de nenhum registro de contribuição anterior, pelo contrário, todos os cidadãos que necessitassem tinham acesso assegurado ao NHS” (Silva, 2010, p.79).

Desde o início o e NHS foi um sistema universal, com princípios de equidade e integralidade. Sua organização, foi centrada na função dos *General practitioners* (GP), médicos generalistas, eles “recebiam por capitação, isto é, conforme o número de pacientes”. (Tanaka & Oliveira, 2007, p.9) e trabalhavam com o apoio dos centros de saúde primários, que ofereciam serviços ambulatoriais, como, radiologia, exames laboratoriais e acomodações para internações.

Desta forma houve a constituição de uma porta de entrada para o sistema *gate keepers*, ou seja, para os demais níveis de atenção que ofereciam serviços mais especializados. Inicialmente o NHS era composto por 14 autoridades sanitárias regionais e três escritórios provinciais, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte.

2.2 – MODELO DE GESTÃO DO NHS.

O serviço nacional de saúde inglês o *Nathional Health System* é considerado um modelo para outros países que adotaram um sistema de saúde universal. Júnior & Messias (2005, p.75) definem sistemas de saúde universais:

Nos sistemas de saúde de dominância estatal, o Estado se responsabiliza pela saúde de seus cidadãos, sendo a saúde entendida como direito de cidadania e não como relação de consumo. Trata-se de um sistema universal, onde os cidadãos têm direito a uma assistência, sem uma tributação recorrente, além daquela já provida através dos impostos.

Do ponto de vista da gestão o NHS é marcado pelo forte presença do Estado que atua como financiador, organizador, regulador e prestador dos serviços, apesar de haver descentralizações em determinadas funções dentro do sistema.

Júnior & Messias (2005) afirmam que, por ser centrado na atenção primária, o NHS tem um melhor aproveitamento dos recursos financeiros, pois, a maioria dos problemas é resolvida, no nível primário com cuidados de baixo custo. Somente os casos mais complexos são encaminhados para serem tratados em hospitais especializados, que por sua vez, tem custos mais elevados devido aos cuidados exigirem mais recursos. Socialmente o NHS destaca-se por atender a demanda de toda população promovendo inclusão.

A normatização do NHS fica por conta da *The NHS Constitution*, a Constituição do NHS, um documento que é renovado de 10 em 10 anos, onde estão estabelecidos os princípios, os valores, os direitos dos usuários e os compromissos que o NHS se empenha em

cumprir. Além de conter as responsabilidades de todos os usuários, funcionários e do setor suplementar, em levar em conta a Constituição em suas ações.

Sete princípios norteiam o NHS em tudo o que faz. Estes princípios são sustentados pelos valores fundamentais do NHS (NHS, 2009). Dos sete princípios pode-se destacar o primeiro que reitera o caráter universal, ao afirmar que o NHS oferece um serviço abrangente e a disposição de todos.

A Constituição prevê o envolvimento dos usuários, no processo de promoção da saúde. Esse envolvimento vai desde a possibilidade de escolha do centro de saúde que deseja ser atendido, até, a participação nas discussões e do planejamento dos serviços prestados.

Carmo, Bombach & Pinotti (2005, p.45) dizem que o NHS é uma espécie de “joia da coroa britânica”. De maneira geral, a população do Reino Unido se diz satisfeita com o seu sistema público de saúde. Curiosamente esse fato foi evidenciado ao mundo na abertura dos Jogos olímpicos de 2012 que foram realizados em Londres. Pois, parte da cerimônia de abertura dos jogos, mostrou o NHS.

3. O SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.

3.1 – PROCESSO HISTÓRICO DO SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA.

Historicamente a saúde nos Estados Unidos foi delegada à iniciativa privada, sendo regida pelas leis de mercado. Observa-se também, uma resistência à criação de um sistema governamental e universal. Silva (2003) esclarece que devido à predominância do setor privado, a atenção à saúde foi encarada como um problema de natureza individual, de maneira que apenas os incapazes de competir no mercado deveriam receber algum tipo de assistência.

As primeiras organizações médicas surgiram nos Estados Unidos entre o fim do século XIX e o começo do século XX. Basicamente eram associações de médicos que ofereciam seus serviços principalmente a grandes empresas e sindicatos para a manutenção da saúde dos seus trabalhadores e associados. Porém, a maneira como estes planos foram organizados, provocou certa insatisfação por parte dos profissionais fornecedores que recebiam baixos salários e por parte dos consumidores, pois, não dispunham de liberdade de escolha dos planos.

Durante a crise econômica da década de 1930, o sistema de medicina de grupo se consolida com o surgimento dos planos de assistência hospitalar para prestação direta de

serviços aos consumidores possibilitando assim maiores alternativas de escolha, devido à grande oferta de planos no mercado.

No pós-segunda guerra mundial, surgem às primeiras empresas especializadas na comercialização de seguros saúde. Mercado muito lucrativo, devido à expansão da demanda pelos planos de medicina de grupo. Pegoraro (2013) observa que estas empresas traziam uma inovação que estava na substituição da oferta direta de serviços pela oferta de planos de reembolso de gastos com assistência médica hospitalar, oferecendo também, uma grande variedade de planos com respectivos valores, ampliando a participação de outros segmentos da população.

Apesar da massificação dos planos de seguro de grupo, uma parcela considerável da população americana permanecia sem ter acesso algum aos serviços de saúde. No início da década de sessenta, aconteceram muitos debates e discussões a respeito da necessidade da reforma do sistema para garantir o acesso à parcela da população até então descoberta.

Como consequência desse processo de diálogos, no ano de 1963, foram criados dois programas governamentais públicos de saúde, com demandas e coberturas e financiamento diferentes, denominados respectivamente de Medicaid e Medicare. Ambos iniciaram suas atividades no ano de 1965.

O Medicare é um programa do governo federal com caráter de seguro social, com finalidade de atender a população maior de sessenta e cinco anos de idade. O Medicaid é administrado pelos governos estaduais e tem caráter assistencial, seu acesso é restrito aos portadores de atestado de pobreza.

Pegoraro (2013) enumera pelo menos dois obstáculos que contribuíram para a não existência de um sistema de saúde público e universal. Segundo o autor, o primeiro obstáculo seria a cultura norte-americana, pois, o senso comum predominante diz que o Estado não tem obrigação de prover os serviços de saúde. Por isso, não houve um movimento forte nesse sentido. O autor ainda destaca que na constituição americana a assistência à saúde não é uma função expressa do governo federal, ficando assim, a cargo de cada estado de maneira individual. Ou seja, a política de saúde não foi tratada como algo de interesse nacional.

Vale destacar que as funções dos setores públicos e privados são distintas. Em relação à provisão da saúde Pegoraro (2013, p11) destaca:

O setor público é responsável pelo controle e vigilância epidemiológica e sanitária e gestão da provisão de serviços de saúde aos aposentados e à população de baixa renda. Enquanto que o setor privado é responsável por grande parte da prestação de serviço, direta ou indireta.

Como consequência a ausência de um sistema de saúde universal, muita gente permanece sem assistência, Bispo & Messias (2005, p. 84) dizem que essas pessoas não são suficientemente abastadas para possuírem um seguro de saúde ao mesmo tempo em que não são suficientemente desprovidos para possuírem atestado de pobreza e conseqüentemente se encaixar no perfil dos que podem ser atendidos pelo Medicaid. Percebe-se com isso, o lado negativo de um sistema de saúde baseado no mercado.

3.2 – MODELO DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS.

O sistema de saúde americano é formado quase que na sua totalidade por empresas privadas. A maioria delas pertence ao modelo de atenção gerenciada (*Managed Care*) que tem como objetivos reduzir custos e aumentar a eficiência do sistema através do incentivo à concorrência entre seguradoras. O *Managed Care* tem sua estrutura formada basicamente por três tipos de organizações: (1) seguradoras ou organizações gerenciadoras; (2) as organizações de provedores e (3) os provedores. Cada um desempenha um papel específico dentro do sistema.

As seguradoras comercializam os seguros de saúde de acordo com o credenciamento do provedor. Existem três tipos de seguradoras as HMO (Organizações de Manutenção da Saúde), as PPO (Organizações de fornecedores preferidos) e as POS (Pontos de Atendimento). As HMO oferecem os serviços através de uma rede de provedores conveniados e não permite o uso de serviços fora da rede conveniada; as PPO fazem a intermediação entre usuários (geralmente grandes empresas) e os provedores do serviço de saúde e permite o uso de serviços fora da rede conveniada, e as POS oferecem serviços especializados.

As organizações de provedores, denominadas de *Integrated Delivery Systems* (IDS) são associações de provedores que realizam a tarefa de intermediação entre as seguradoras e os provedores que são os médicos, hospitais e laboratórios.

Historicamente a regulação das atividades das seguradoras de planos de saúde, esteve sob a jurisdição dos governos estaduais. Com isto, existiam várias diferenças de estado para estado. Silva (2003) destaca que até 1996 os estados possuíam inteira responsabilidade pela regulação das empresas seguradoras, incluindo as organizações de atenção gerenciada e com exceção das empresas de autogestão, reguladas em âmbito federal.

Em 1996 foi aprovado o projeto de lei Health Insure Portability and Accountability (HIPAA) que em português significa Seguro de Saúde Portabilidade e Responsabilidade. O

HIPAA foi à primeira lei federal a regular o setor de seguros de saúde. Silva (2003) enumera alguns avanços promovidos pelo HIPAA. Entre eles, a portabilidade de seguro para aqueles que estão mudando para um novo plano e restrição do uso de exclusões de enfermidades pré-existentes, o HIPAA regula também os preços, a oferta e a qualidade dos serviços.

Em 2010, foi aprovada nos Estados Unidos a Lei de Proteção ao Paciente e aos Serviços de Saúde Acessíveis (*The Patient Protection and Affordable Care*) popularmente conhecida como Obamacare, alusão ao presidente Barack Obama.

Esta lei entrou em vigor no dia primeiro de janeiro de 2014 e pretende reformar o sistema dos Estados Unidos, ao estabelecer que todos habitantes dos EUA, americanos ou não, devem aderir a um seguro-saúde, caso contrário estará sujeito ao pagamento de uma multa. Nesse caso, famílias que não tem condições de arcar com a despesa do pagamento de um seguro serão ajudadas pelo governo no custeio.

A nova lei também extingue, praticas até então consideradas legais, tais como, variação dos valores dos planos com base no histórico clínico ou do sexo dos pacientes; negar seguro a um paciente que esteja enfermo, entre outras. Ela estabelece o que todo seguro deve cobrir no mínimo: internações, exames preventivos e vacinações, além dos serviços opcionais. Estima-se que o Obamacare irá inserir cerca de trinta milhões de americanos que não possuíam nenhum tipo de cobertura.

4. ANALISE COMPARATIVA DOS TRÊS SISTEMAS

Mesmo existindo várias diferenças socioeconômicas, históricas e culturais entre Reino Unido, Estados Unidos e Brasil. A comparação dos seus sistemas de saúde é de grande importância para a compreensão da situação atual e das tendências do SUS.

O SUS foi criado com a proposta de ser um sistema universal, por isso, a comparação com o NHS que é considerado uma das melhores referências quando se fala em sistema público de saúde no mundo. Além disso, como já dito anteriormente, o sistema de saúde do Reino Unido serviu de inspiração ao nosso, fato evidenciado, pela adoção dos mesmos princípios básicos: universalidade, integralidade e gratuidade.

Devido a crescente presença do setor privado no sistema de saúde brasileiro, fenômeno observado desde o início da década de 90. Vale a pena comparar o SUS com o sistema norte-americano. Às instituições privadas participam atuam no Brasil nas modalidades de compra direta de serviços, seguros de saúde e planos de saúde.

Para a análise comparativa dos três sistemas estudados, a pesquisa utilizada foi bibliográfica de caráter exploratório. Para Lima & Miotto (2007, p.40), este tipo de pesquisa é utilizada em casos:

Que o objetivo de estudo proposto é pouco estudado, tornando difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis. A sua indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de a aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas. Portanto, a pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.

O levantamento de dados se deu através de documentos de organizações como: Banco Mundial, IBGE, Ministério da Saúde, além da leitura de vários artigos científicos sobre o tema. Os dados analisados foram referentes a financiamento e cobertura dos referidos sistemas de saúde. Chegando a tais resultados.

4.1 – RESULTADOS DO LEVANTAMENTO SÓCIO ECONÔMICO

O levantamento sócio econômico do Brasil, EUA e Reino Unido sob a ótica dos sistemas de saúde, mostrará um panorama da situação do SUS, frente aos referidos sistemas de saúde.

Tabela 1. Levantamento sócio econômico dos países analisados.

Países	População 2011	PIB 2011		Carga tributária 2011
	Milhões	Trilhões USD ³	Per capita	Participação % PIB
Brasil	196,9	2,477	12.575,98	35,5
EUA	311,6	14,99	49.853,68	24,5
Reino Unido	62,75	2,445	39.186,44	35,12

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial e OCDE.

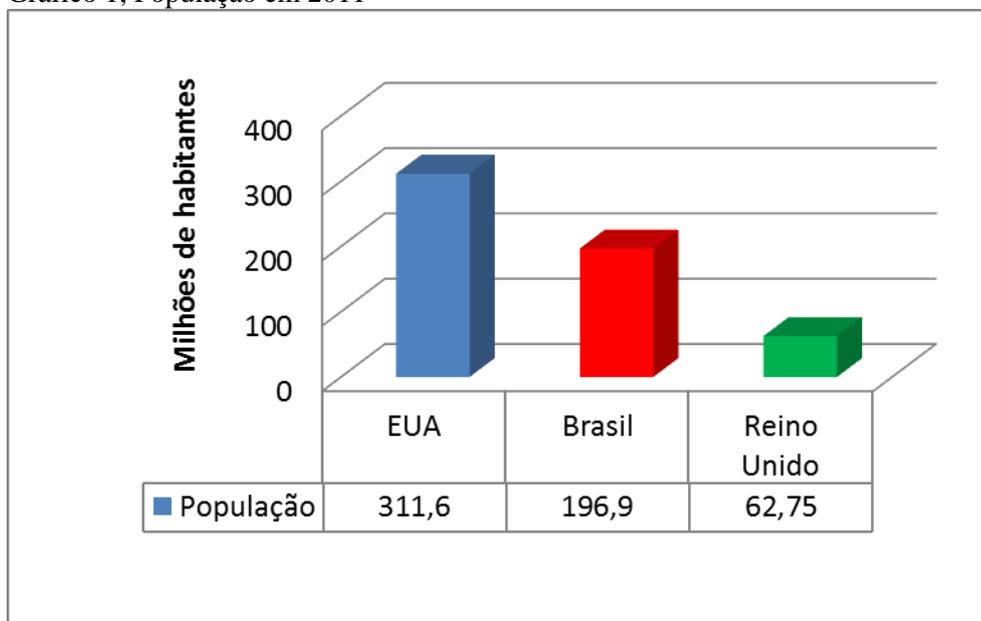
O levantamento populacional dos países estudados é uma forma de mensurar a demanda por serviços de saúde. Sejam eles públicos ou privados, o povo de uma nação precisa de um sistema de saúde. O levantamento populacional, também indica o tamanho do desafio enfrentado pelos países na administração e financiamento dos seus sistemas de saúde.

Segundo o gráfico 1, a população dos países estudados foi respectivamente, Estados Unidos 313,9 milhões, Brasil 198,7 milhões e Reino Unido 63,23 milhões. No caso de Brasil

³ USD é a sigla para United States Dollar, que significa dólar dos Estados Unidos, a moeda americana

e Reino Unido o número de habitantes já corresponde à demanda do sistema, uma vez que, estes países possuem um sistema universal de saúde.

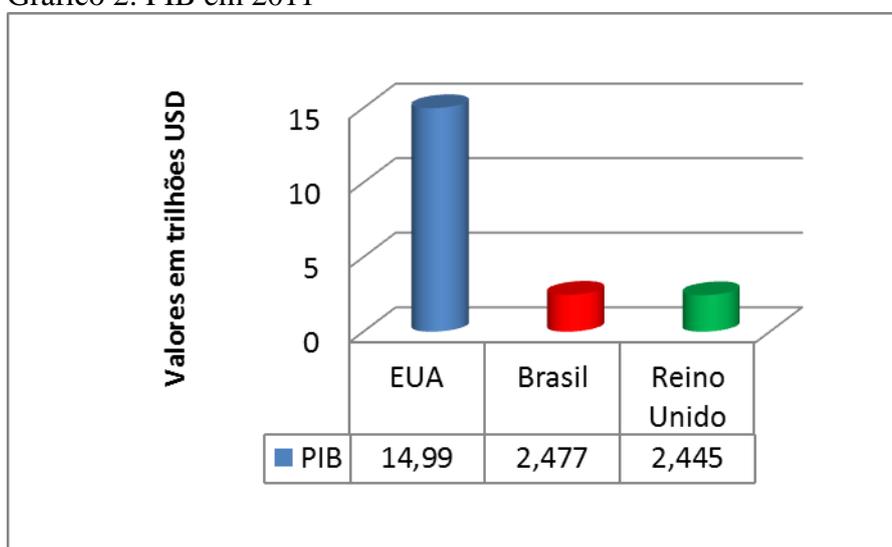
Gráfico 1, População em 2011



fonte: elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial.

Pegoraro (2013) afirma que a renda dos países é uma forma de dimensionar a capacidade de financiamento do sistema e de qualificar a demanda por meio da capacidade de pagamento da mesma. Em outras palavras, o PIB mostrará a capacidade de financiamento do sistema.

Gráfico 2: PIB em 2011

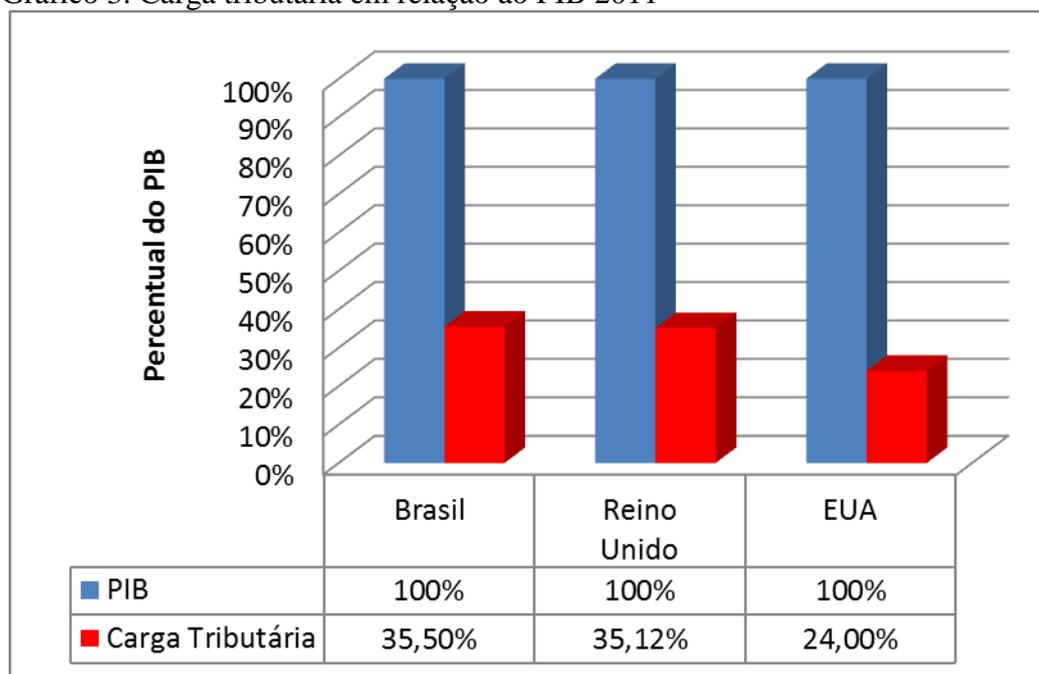


Fonte: elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial

Entre os três o Brasil possui a segunda maior economia ficando a frente do Reino Unido e atrás dos EUA que possui a maior capacidade de financiamento do sistema de saúde.

Por outro lado, analisando a participação da carga tributária no PIB de um país obtém-se o potencial de gasto público do Estado, Pegoraro (2013, p.13) afirma que “a discussão sobre a questão fiscal tem objetivo de mostrar o potencial de gasto do Estado através da carga tributária dos países em comparação com as despesas públicas em saúde”. O autor quer dizer que quanto maior carga tributária, maior o potencial de gasto público.

Gráfico 3. Carga tributária em relação ao PIB 2011



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OCDE.

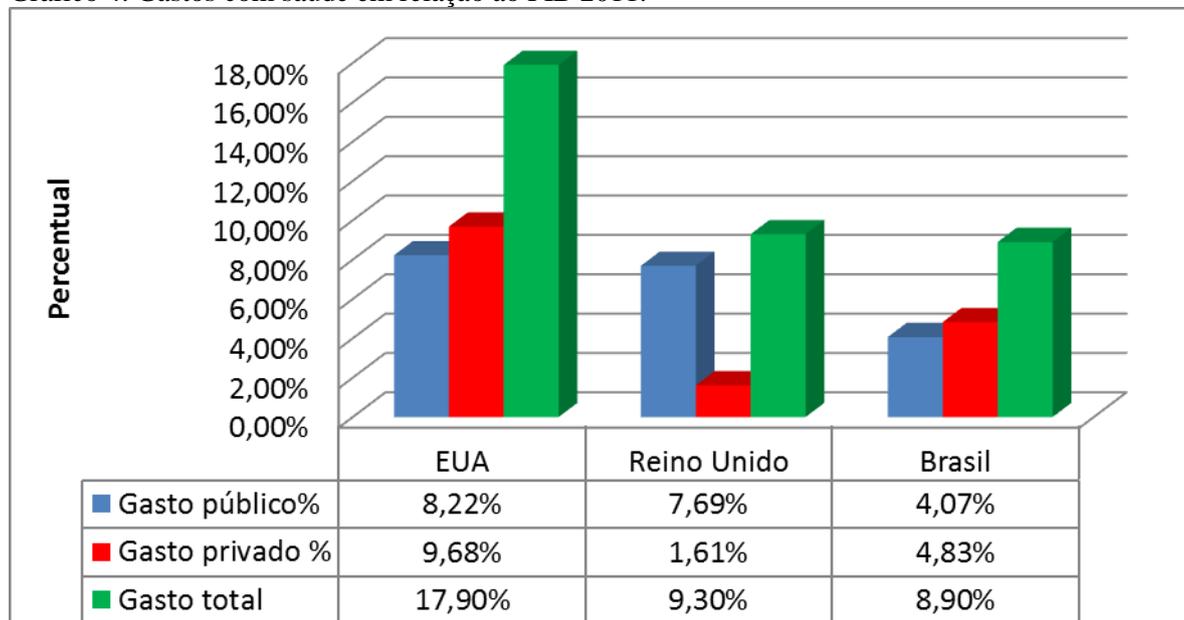
Segunda o gráfico 3, a carga tributária dos países estudados foi respectivamente, Brasil 35,12%, Reino Unido 35,5% e EUA 24,5%. Isso demonstra que o governo brasileiro possui o maior potencial de gasto em relação ao PIB, seguido por Reino Unido e EUA.

Porém, observa-se na tabela 2, que no ano de 2011 as despesas públicas com saúde per capita totalizaram em (PPP\$⁴) 3.951,07 nos Estados Unidos, 2.747,29 no Reino Unido e 476,65 do Brasil. Os dados per capita em PPP\$ mostram uma grande diferença em relação aos gastos, 8 vezes maior nos EUA 5 vezes maior no Reino Unido. Porém, mesmo os três países apresentando rendas discrepantes, a porcentagem de financiamento público da saúde em relação ao PIB, foi de 8,22% nos EUA, 7,69% Reino Unido e 4,07 % no Brasil. Isso indica

⁴ Purchasing Power Parity (PPP) ou Paridade de Poder de Compra é uma técnica usada em economia para determinar o valor relativo de diferentes moedas. Usando a PPP, é possível comparar os gastos com saúde entre diferentes países na mesma base.

que, mesmo desconsiderando a diferença da variável PIB as despesas públicas com saúde do Brasil ainda assim é menor que a dos outros países, observe o gráfico 4.

Gráfico 4. Gastos com saúde em relação ao PIB 2011.



fonte: Soares & Santos (2013)

A tabela 2, também mostra que dos gastos totais em saúde do Brasil em 2011 a participação pública foi de 45,7%, enquanto o setor privado representou 54,3%. Essa distribuição das despesas totais com maior percentual privado, aproxima-se do perfil de gasto dos EUA que não possui sistema de saúde universal apresentando 45,9% de participação pública e 54,1% privada. Por outro lado, o Reino Unido que assim como o Brasil tem um sistema universal, a participação do setor público é muito superior em relação ao privado, respectivamente de 82,7% contra 17,3%.

Tabela 2. Comparativo gasto em saúde, Brasil, EUA e Reino Unido – 2011.

Valores US\$ PPP

Países	Gasto público		Gasto Privado		Gasto total	Gasto% PIB		
	Per capita 2011	Participação %	Per capita 2011	Participação %	Per capita 2011	Público	Privado	Total
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90
Reino Unido	2.747,29	82,7	574,71	17,3	3.322,00	7,69	1,61	9,30

Fonte: Elaboração própria a partir de Soares & Santos (2013, p.24).

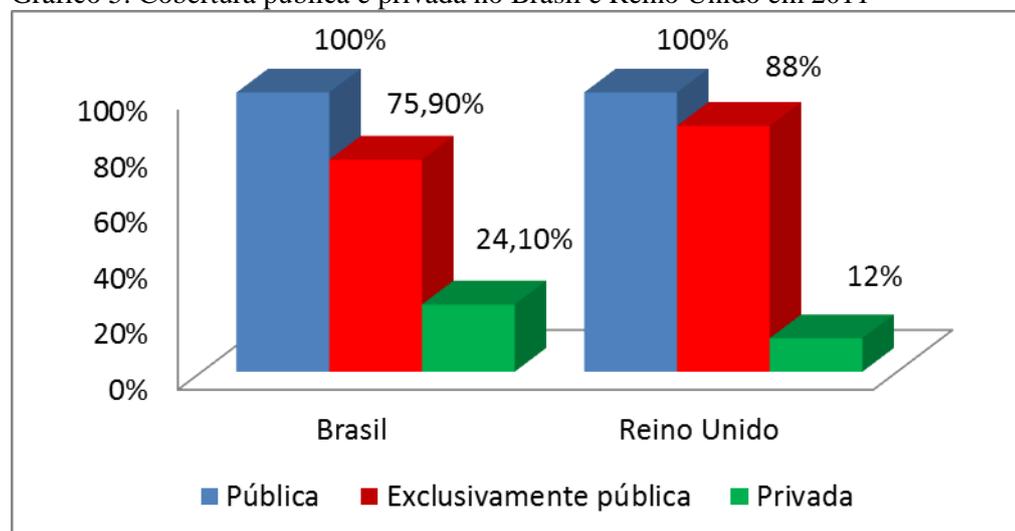
Apesar do grande potencial para financiamento da saúde. No Brasil poucos recursos públicos são destinados aos serviços de saúde. O inverso ocorre nos EUA, que apresenta um

gasto significativamente maior, por isso, vale destacar dois aspectos. O primeiro aspecto é o fato que o gasto público ser tão alto quanto o privado, mesmo o Estado tendo papel apenas complementar. O segundo aspecto, diz respeito ao grau de cobertura, pois, dos três os EUA, mesmo com o maior gasto, estima-se que, atualmente cerca de 15% da população americana não tem nenhum tipo de cobertura de saúde. Pegoraro (2013) afirma que a razão para isso é que este grupo não tem renda suficiente para pagar um plano oferecido pelas empresas privadas e ao mesmo tempo não se inclui no padrão de elegibilidade dos programas públicos (*Medicare e Medicaid*).

Este quadro deve mudar com a Obamacare de 2014. Ela está promovendo uma reforma no sistema de saúde americano. A lei prevê a inclusão de milhões de novos usuários aos serviços das seguradoras de saúde. Porém seus resultados só serão observados posteriormente.

No caso do Brasil e Reino Unido, a discussão sobre o grau de cobertura dos sistemas está relacionada com a quantidade de pessoas que estão cobertas por seguros privados nas mais variadas modalidades, uma vez, que seus sistemas de saúde são universais.

Gráfico 5. Cobertura pública e privada no Brasil e Reino Unido em 2011



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE e Observatório Europeu dos sistemas de políticas de saúde.

O Gráfico 5, demonstra que mesmo oferecendo acesso público e gratuito a 100% da população, no Reino Unido 12% da população possui cobertura privada de saúde. Para Tanaka & Oliveira (2007) este fato é um reflexo da oferta de um serviço diferenciado para a população mais privilegiada. O mesmo gráfico demonstra que O SUS atende exclusivamente

a 75,9% da população brasileira. Tendo em vista que os dois sistemas apresentados na tabela 3 tem natureza universal, não existe uma parcela da população sem cobertura.

Sob a ótica da proteção social, comparando os três sistemas estudados observa-se que existe uma diferença de comportamento, no que diz respeito à responsabilidade das ações do Estado. Pois, assim como no caso do Reino Unido no Brasil, a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Por outro lado, nos Estados Unidos a saúde é entendida como responsabilidade individual, ou seja, há um consenso cada um deve arcar com suas próprias despesas, cabendo ao Estado o papel de apenas regulador.

Voltando a questão do financiamento dos sistemas. Observa-se na tabela 2, que a participação privada nas despesas totais em saúde do Brasil foi de 54,3%, com esta representação certamente o setor privado não está ocupando um papel complementar, contrariando a determinação da CF/88.

Pegoraro (2013, p.15) afirma que “o Brasil por garantir um sistema de saúde universal deveria apresentar uma porcentagem maior de gasto público em comparação aos gastos privados”. Esta afirmação concorda com Soares & Santos (2013, p19) “a proposta avançada do SUS – que tem por princípios a atenção universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde – sem a garantia de recursos não se sustenta”. Os autores concordam que faltam mais recursos para a seguridade social brasileira.

5. PRINCIPAIS ENTRAVES AO SUS

Como visto anteriormente o SUS foi uma grande conquista legal para a população brasileira, com a proposta de ser um sistema de saúde universal e integral, entre outros princípios socialistas.

Porém sua implementação, no início da década de 1990, foi realizada por um governo de caráter neoliberal, na pessoa do então presidente Fernando Collor de Melo. Na visão de Bispo Júnior e Messias (2005, p.86) “Esse sistema é fruto de uma grande contradição, um projeto com requintes socialistas legalmente constituídos e um governo neoliberal responsável por sua implementação”. Esta conclusão do autor é devida ao posicionamento neoliberal, que defende que o Estado deve ser mínimo.

Nesse mesmo período o Brasil passou por pressões neoliberais impondo-lhe políticas públicas focalizadas, com o argumento que as tais seriam mais baratas e eficientes. Esta pressão ficou conhecida como Contra-reforma ou Reforma da reforma. Como resultado, o sistema não se estruturou adequadamente para atender a demanda de novo usuários, os quais,

anteriormente não tinham acesso. Isso motivou a classe média e alta a procurar as empresas do setor suplementar.

Júnior & Messias (2005, p. 88) observam que os “setores empresariais logo observaram esse nicho de mercado e criaram um grande sistema de saúde privado no país”. Esse sistema privado assemelha-se ao modelo norte-americano de mercado onde os usuários tem que pagar pelos serviços. Pegoraro (2013, p.18) afirma que “As semelhanças com o sistema americano adquiridas nos anos 1990 podem ser consideradas um retrocesso do ponto de vista da garantia de direitos a todos brasileiros”.

É fato também, que desde a década de noventa, o Brasil vem diminuindo significativamente a participação federal no financiamento da saúde, comparada com a elevação da participação dos estados e municípios.

A emenda constitucional 29/2000 trouxe uma grande vitória ao estabelecer percentuais de recursos mínimos aos estados 12% e municípios 15%. Porém, a definição das despesas típicas de serviços de saúde e o que não poderia ser enquadrado neste ramo, só foram definidas, com a lei complementar nº 141/2012 que, além disso, manteve o método de cálculo da participação da esfera federal, o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. Rejeitando o projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007), o qual definia uma aplicação da União de 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta. Para Santos (2013), isto representou a legalização da retração da participação federal.

Tabela 3. Gasto público com saúde, participação dos entes federados.

Anos	Participação %		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,80	25,31	28,89

Fonte: Soares & Santos (2013, p.24).

A partir da tabela 4, verifica-se que nos primeiros dez anos, de 1990 para 2000, a participação federal cai de 74,38% para 58,60%, queda de 21,2%, na década seguinte, 2000 a 2010, a participação cai para 44,97% do total gasto em saúde. Em 2012, observa-se um ligeiro aumento de 0,83%, para compensar a queda na participação percentual dos estados, de 1,46.

Em contrapartida, os estados tiveram um aumento, saindo de 13,52%, em 1990, para 25,31%, em 2012, enquanto os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012. Esses dados revelam a transição no gasto público do setor saúde no Brasil, ocorrida no período pós-Constituição Federal de 1988, em que estados e municípios assumem juntos o financiamento majoritário do setor com 54,2% do gasto público total, no período de 1990 a 2012, o que representou um aumento de 111,5%.

Esta diminuição dos gastos em saúde, segundo Soares & Santos (2013) pode ser explicadas, em parte, pelo compromisso do governo federal em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública, em detrimento do aumento substancial e necessário dos gastos com saúde, para fazer cumprir a lei. Mendes (2013, p.988) a destaca:

Sabe-se que o governo federal fez de tudo para que a base de cálculo de 10% da RCB (Receita Corrente Bruta) não fosse aprovada. Tudo em nome de que não possui uma fonte específica para sustentar tal montante, embora, há anos o Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) evidencie superávits. Contudo, grande parte é direcionada ao pagamento de juros da dívida, a fim de manter superávit primário – uma política econômica restritiva em termos de cortes dos gastos sociais.

Esse direcionamento é denominado de DRU Desvinculação das Receitas da União. Atualmente, dentre outras coisas, a DRU possibilita a desvinculação de 20% da arrecadação das contribuições sociais, ficando a disposição do governo federal para uso longe do seu objeto de vinculação. Desde 1995 vem desobrigando a União a repassar integralmente os recursos para as áreas atingidas para a estabilização econômica. Surgiu com o nome de FSE Fundo Social de Emergência que foi um dos pilares do Plano Real. A tabela 5, mostra as perdas de orçamento da Seguridade Social em decorrência da DRU.

Tabela 4. Receita de contribuições selecionadas e os efeitos da DRU de 2010 a 2012. Valores em milhões de R\$

	2010	2011	2012
Cofins	28.005	31.978	36.311
CSLL	9.151	11.569	11.498
PIS/PASEP	8.075	8.405	9.556
Outras contribuições	630	683	753
Receitas desvinculadas pela DRU	45.860	52.635	58.117

Fonte: ANFIP (2013).

Ao retirar em 2012 58,1 milhões de reais, a DRU deixa a seguridade social em déficit orçamentário. Contribuindo para um subfinanciamento da Seguridade Social.

O SUS conquistado pela sociedade na Constituição de 1988, universal e integral, segue na prática o rumo de um sistema público de saúde pobre destinado aos 75% pobres da população, e complementar para os 25% restantes, afiliados aos planos privados, em especial para os serviços de maiores custos. A partir deste diagnóstico, Santos (2013) faz alguns questionamentos, em relação a atual situação do SUS.

Dentre eles destaca-se: As intervenções de Estado que há 20 anos imprimem o rumo do SUS “real” estariam espelhadas no caso dos EUA? Tampouco as intervenções de Estado nestes 20 anos encontram-se espelhadas no “modelo europeu”? Por outro lado, Soares & Santos (2013) afirmam que o sub-financiamento do SUS é de fato uma política de Estado.

O que fazer perante este panorama? Santos (2013) também destaca que um desafio atual ao SUS seria a mobilização das entidades e da sociedade civil e do poder legislativo com o intuito da retomada constitucional do SUS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem histórica dos sistemas de saúde estudados, visou contextualizar o processo que culminou na formação de sistemas públicos universais de saúde no caso do Brasil com o SUS e no Reino Unido com o NHS. No caso dos Estados Unidos, a abordagem histórica, demonstrou como vem funcionando o mercado das seguradoras de saúde, até os dias atuais.

O foco do trabalho foi no modelo de gestão, financiamento e cobertura dos sistemas, levando em consideração o contexto sócio econômico dos países. A opção por este foco visou destacar semelhanças, diferenças e as contradições dos sistemas de saúde.

Os dados revelaram que nos Estados Unidos se gasta com saúde oito vezes mais que no Brasil, porém 15% da população americano não está coberta por planos privados. No Reino Unido, dos gastos totais em saúde, a participação pública é quase cinco vezes maior do que a privada, no Brasil a situação se inverte, em 2011 de todos os recursos direcionados para a saúde a maior parte deles é de origem particular num total de 54,3%, esta num patamar que não condiz com um sistema universal.

Nos anos subsequentes a 1988 o SUS passou a enfrentar entraves na implantação de seus serviços, um dos principais seria o seu financiamento. Observa-se a queda acentuada na participação do governo federal nos gastos com saúde, o que em parte se explica pela desvinculação das receitas da união DRU, que desobriga o governo federal a aplicar os recursos da seguridade social nela mesma, provocando um subfinanciamento da saúde.

Neste sentido, foram levantados questionamentos a respeito da situação atual do SUS, chegando-se a conclusão que talvez, a mobilização da sociedade brasileira seja capaz da retomada do rumo constitucional do SUS.

REFERÊNCIAS

1. CARNEIRO, Thaíse Simplício. O saúde da família sob a ótica dos profissionais de campina grande/pb acerca do programa: Uma avaliação qualitativa. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA. 2007.
2. AKERMAN, Marco. O sistema de saúde britânico após as reformas de 1991: uma avaliação inicial. *Saúde soc.* [online]. 1993, vol.2, n.2, pp. 85-99. ISSN 0104-1290.
3. AMORIM, Maria C. Sanches e PERILLO, Eduardo. O National Health Service – NHS o sistema de saúde da Inglaterra. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba PUC-SP*, v. 16, n. 1, p. 53 - 54, 2014.
4. ANDRADE, Mônica Viegas e LISBOA, Marcos de Barros. Sistema privado de seguro-saúde: lições do caso americano. *Rev. Bras.Econ.* [online].2000, vol.54, n.1, pp. 5-36. ISSN 0034-7140. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402000000100001>.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p. ISBN 85-89545-02-4.
6. CATÃO, Marconi do Ó. Genealogia do Direito á Saúde: uma reconstrução de saberes e Práticas na modernidade. *EDUEPB*, Campina Grande, PB. 2011, 244p.
7. Finkelman, Jacobo (Org.) Caminhos da saúde pública no Brasil./ Organiza- do por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p. ilus., tab., graf., mapas
8. GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Europeia e Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1441-1451. ISSN.
9. GOMES, Fábio de B. Correia. Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro, V. 38, N. 100, P. 6-17,
10. MENDES, Áquilas. A longa batalha pelo financiamento do SUS. *Saúde soc.* [online]. 2013, vol.22, n.4, pp. 987-993. ISSN 0104-1290.
11. PASSOS, Rômulo. Legislação do SUS: 451 questões comentadas. Impetus, Niterói, RJ. 2013, 408p.
12. PEGORARO, Ana P. Andreotti. O Sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos: uma análise comparativa. Anais III Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política – UFPR [online]. 2013, ISSN: 2317-6334. Rio de Janeiro: *Editora FIOCRUZ*, 2002.
13. SANTOS, Nelson Rodrigues. *Rev. Saúde em Debate* | Rio de Janeiro, nº 81, V.33. 2008
14. SARRETA, Fernanda O. As Políticas Públicas de Saúde [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Available from SciELO Books.
15. SILVA, Hudson Pacifico. Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil. Dissertação (Mestrado) *UNICAMP Inst. De economia*. S.n. Campinas 2003.
16. SILVA, Wagner Wiliam da. Uma discussão sobre a construção da proteção social na Inglaterra. Dissertação (Mestrado) *UNICAMP Inst.de economia* [s.n], 2010.

17. SOARES, Adilson e SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Ver. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro, V. 38, N. 100, P. 18-25, JAN-MAR 2014 DOI: 10.5935/0103-104.20140002

18. SOUZA, Georgia Costa de Araújo e COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde soc.* [online]. 2010, vol.19, n.3, pp. 509-517. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S01041290201000300004>.

19. TANAKA, Oswaldo Yoshimi e OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde sociedad* . [online]. 2007, vol.16, n.1, pp. 7-17. ISSN 0104-1290.

20. THE NHS CONSTITUION. A constituição do NHS. Disponível em: <https://www.stgeorges.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/08/nhs-constitution-portuguese.pdf>.