

UMA ANÁLISE COMPARADA DAS ESTRUTURAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL, DA HOLANDA E DA SUÉCIA E SEU IMPACTO NO ACESSO EQUITATIVO A MEDICAMENTOS

Flávia Alice Dias Lopes*
Murilo Fahel **

Resumo: Há evidências de que as estruturas dos sistemas de saúde e o percentual de investimento público repercutem no grau de equidade no acesso ao sistema. Sistemas de saúde com altos níveis de gasto privado, sobretudo *out-of-pocket*, estariam associados a maiores riscos de gastos catastróficos e de iniquidades no acesso. Assim, é atual a preocupação com o controle desses gastos, especialmente com medicamentos, que têm crescido expressivamente.

Este artigo compara os gastos privados com medicamentos no Brasil, na Holanda e na Suécia para investigar se a equidade no acesso a medicamentos depende de uma preponderância da provisão pública dos serviços de saúde ou se pode ser alcançada por meio de arranjos estruturais distintos. Verificou-se que no Brasil os gastos privados com medicamentos são regressivos, pois o décimo mais pobre da população gasta proporcionalmente 3,625 vezes mais do que o mais rico. Ademais, aferiu-se que o impacto dos gastos *out-of-pocket* com saúde no orçamento das famílias mais pobres no Brasil é quase 10 vezes superior ao observado na Suécia. Curiosamente, constatou-se que o sistema de saúde holandês tem o maior potencial de equidade no acesso a medicamentos, apesar de sua estrutura depender dos planos privados na provisão dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: acesso à saúde, sistemas de saúde, fornecimento de medicamentos, equidade, mix público-privado.

* Mestranda em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro; Especialista em Controle Externo da Gestão Pública Contemporânea pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Bacharel em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais; Analista de Controle Externo do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais.

** Pós-doutor pela Universidade de Oxford, Doutor em Sociologia pela UFMG, Professor e Pesquisador da Escola de Governo/Fundação João Pinheiro

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE STRUCTURES OF HEALTHCARE SYSTEMS IN BRAZIL, THE NETHERLANDS AND SWEDEN AND ITS IMPACT ON EQUITABLE ACCESS TO MEDICINES

Abstract: There is evidence that the structures of healthcare systems and the percentage of public investment in healthcare may impact the equity degree in access to healthcare. Healthcare systems with high levels of private expenditure, mainly out-of-pocket, are associated with higher risks of catastrophic spending and greater inequity in access. Thus there is a current concern with the control of these expenses, especially regarding drugs expenditure, which has shown significant growth.

This paper aims to compare the private expenditure on drugs in Brazil, the Netherlands and Sweden to investigate whether equitable access to medicines depends on a preponderance of public provision of health services or whether it can be achieved through different structural arrangements. It was found that the household spending with medicines is regressive in Brazil as the poorest decile of the population spends proportionally 3,625 times more than the richest. Besides, it was measured that the impact of out-of-pocket healthcare spending in the budget of the poorest families in Brazil is almost 10 times higher than that observed in Sweden. Interestingly it was found that the Dutch healthcare system has the greatest potential for equity in access to medicines, although its structure depend on private insurance to provide healthcare.

Keywords: access to healthcare, healthcare systems, provision of medicines, equity, public-private mix.

UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE BRASIL, LOS PAÍSES BAJOS Y SUECIA Y SU IMPACTO EN EL ACCESO EQUITATIVO A LOS MEDICAMENTOS

Resumen: Hay evidencias de que las estructuras de los sistemas de salud y el porcentaje de la inversión pública en salud repercuten en el grado de equidad. Los sistemas de salud con altos niveles de gasto privado, sobre todo fuera de su propio bolsillo, se asocian con un mayor riesgo de gasto catastrófico y desigualdades en el acceso. Así, la preocupación con estos gastos es actual, especialmente con medicamentos, que han crecido significativamente.

Este artículo compara el gasto privado en medicamentos en Brasil, los Países Bajos y Suecia para investigar si el acceso equitativo a los medicamentos depende de la preponderancia de lo suministro público.

Se encontró que en Brasil el gasto privado en medicamentos es regresivo como el décimo más pobre de la población gasta proporcionalmente 3.625 veces más que los más ricos. Además, se ha medido que el gasto fuera de bolsillo en los hogares más pobres de Brasil es casi 10 veces mayor que el observado en Suecia. Curiosamente, se encontró que el sistema de salud holandés tiene el mayor potencial para la equidad en el acceso a los medicamentos, aunque su estructura depende de los planes privados de salud en la prestación de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: acceso a la salud, sistemas de salud, suministro de medicamentos, la equidad, la combinación público-privada.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi constituída em 1948 com o objetivo de promover uma melhora nos padrões mundiais de saúde. Sob esse prisma, a Constituição da OMS adotou um amplo conceito de saúde e estabeleceu entre os princípios da organização que todas as pessoas têm o direito fundamental de *gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir*, o que não pode ser cerceado em razão de sua raça, religião, convicção política ou condição socioeconômica (OMS, 2014). Disso se extrai que a OMS, desde a sua origem, adotou como diretriz para sua atuação uma perspectiva do direito à saúde atrelada às noções de universalidade e de equidade.

Em que pese essa sinalização para a adoção do princípio da universalidade do direito à saúde, os sistemas de saúde dos Estados membros da OMS assumiram diferentes configurações. Essas distinções são relevantes, pois o desenho institucional dos sistemas de saúde repercute no grau de equidade do acesso aos serviços de saúde. De modo geral, os países com sistemas de saúde orientados pelo princípio da universalidade da cobertura tendem a apresentar maior equidade no acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2011).

Além das características estruturais dos sistemas de saúde, o percentual de investimento público na área da saúde também repercute no nível geral de equidade no acesso a bens e serviços de saúde. Note-se que, mesmo em países cujos sistemas de saúde são reconhecidamente mais inclusivos e universais, como os países que integram a União Europeia, a provisão pública dos cuidados de saúde tem limites definidos por critérios técnicos e econômicos, cabendo aos indivíduos arcar total ou parcialmente com os custos de algumas ações e serviços de saúde.

Destaca-se que o gasto privado em saúde engloba os gastos com planos e seguros privados, bem como os gastos por desembolso direto (*out-of-pocket*). Este último componente decorre do pagamento direto dos usuários aos respectivos provedores para acessar bens e serviços que demandam co-pagamento ou que não são cobertos pelos sistemas públicos ou pelos planos privados de saúde (OCDE, 2011). Consequentemente, altos níveis de gasto privado na área da saúde, sobretudo *out-of-pocket*, estariam associados a maiores riscos de gastos catastróficos, de empobrecimento das

famílias em decorrência do custo dos cuidados de saúde ou de a parcela mais vulnerável socioeconomicamente da população não acessar os bens e serviços necessários (KNAUL *et al.*, 2011).

Desse modo, a preocupação com o controle dos gastos privados com a saúde está presente em sistemas de saúde de diversos países e um dos componentes dos gastos com saúde que tem apresentado um crescimento expressivo é o gasto com medicamentos, pressionado tanto pelo envelhecimento da população, quanto pelo surgimento de novas tecnologias.

Em 2009, os países da OCDE gastaram o equivalente a 19% do total gasto em saúde com medicamentos. Com efeito, uma parcela significativa desses gastos decorreu de gastos *out-of-pocket*, pois 32,8% do total gasto com medicamentos foram custeados diretamente pelos orçamentos familiares na média desses países (OCDE, 2011). Assim, dentre as políticas públicas de saúde, o fornecimento gratuito ou subsidiado de medicamentos poderia ser destacado como uma ação relevante para garantir o acesso equitativo a esse cuidado com a saúde.

Apesar de o Brasil ser membro da OMS desde 1948 (OMS, 2014), somente com a Constituição de 1988 foram incorporados os princípios da universalidade, integralidade e igualdade em relação ao direito à saúde, que deveriam orientar a provisão de bens e serviços no âmbito do sistema público de saúde, denominado de Sistema Único de Saúde – SUS. Em relação aos medicamentos, somente em 1998 foi criada uma Política Nacional de Medicamentos com enfoque no acesso equitativo de medicamentos essenciais a toda a população (BERMUDEZ, *et al.*, 2011).

Assim, desde 1988 foram implementadas alterações no sistema nacional de saúde brasileiro, marcado por um mix público-privado não equitativo de provisão dos cuidados de saúde, buscando-se a ampliação da cobertura do SUS (MENICUCCI, 2007). O argumento central que justifica esse esforço político para ampliar e fortalecer o SUS se fundamenta na noção de que o acesso equitativo à saúde a todos os cidadãos dependeria da provisão pública, gratuita e integral, das ações e serviços de saúde.

Não obstante os avanços alcançados com a estruturação do SUS na garantia de acesso à saúde, sobretudo à parcela mais vulnerável socioeconomicamente da população, o nível de gasto privado na área da saúde ainda é elevado no Brasil. Em meados da década de 1990 o percentual

de gastos privados do total gasto em saúde se aproximava de 60% e em 2013 ficou um pouco acima de 50%, conforme dados do Banco Mundial¹.

Isso gera um significativo risco de iniquidade no sistema de saúde brasileiro e a análise da composição e da distribuição desses gastos privados com saúde no Brasil revela que a parcela mais rica da população gasta proporcionalmente mais com planos de saúde, ao passo que a parcela mais pobre gasta proporcionalmente mais com medicamentos (GARCIA, *et al.*, 2013). Dessa forma, os gastos *out-of-pocket* com a saúde impactam mais intensamente os orçamentos das famílias brasileiras situadas nos decis mais baixos de renda, indicando um contexto de iniquidade no acesso a ações e serviços de saúde, notadamente no acesso a medicamentos.

Diante desse cenário, o presente artigo se propõe a analisar comparativamente o sistema de saúde brasileiro com sistemas de saúde de Estados membros da União Europeia no que tange às políticas públicas voltadas ao fornecimento de medicamentos e ao impacto dos gastos com medicamentos nos orçamentos das famílias. A Suécia e a Holanda foram selecionados por possuírem dados relativos a gastos com medicamentos muito semelhantes entre si e muito próximos da média dos gastos dos países integrantes da União Europeia (OCDE, 2011), apesar de possuírem estruturas institucionais muito distintas de provisão de bens e serviços de saúde.

O exame comparado dos gastos privados *out-of-pocket* e mais especificamente dos gastos privados com medicamentos no Brasil, na Holanda e na Suécia visa investigar se a equidade no acesso a medicamentos depende de uma provisão pública das ações e serviços de saúde ou se pode ser alcançada por meio de arranjos distintos entre os setores público e privado.

2 METODOLOGIA

Com base na revisão da literatura, são apresentadas as estruturas gerais dos sistemas de saúde objeto do presente estudo, com destaque para as políticas de fornecimento de medicamentos.

Por meio de uma investigação exploratória das informações disponíveis sobre a estrutura e gastos dos sistemas de saúde brasileiro, holandês

¹ World DataBank – Health Nutrition and Population Statistics. Disponível em <<http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics>>.

e sueco, o presente artigo busca consolidar os dados que permitam um exame comparado desses sistemas. Para tanto, são utilizados dados do Banco Mundial, da OMS, da OCDE, do IBGE, do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), do *Statistics Netherlands* e do *Statistics Sweden* para comparar os gastos em saúde nos países estudados.

Destaca-se que os dados referentes aos gastos privados com medicamentos no sistema de saúde brasileiro obtidos no IBGE apresentaram o gasto médio das famílias entrevistadas no último mês que antecedeu a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Os gastos privados com medicamentos nos sistemas de saúde holandês e sueco obtidos no *Statistics Netherlands* e no *Statistics Sweden* apresentaram os gastos anuais médios das famílias nos décimos de renda. Essa diferença dos dados limita a comparação entre esses gastos privados nos sistemas de saúde estudados.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PAÍSES ESTUDADOS

Como a Holanda e a Suécia estão entre os países de alta renda na Europa e o Brasil é classificado pelo Banco Mundial como um país de renda média-alta, cabe ressaltar algumas diferenças entre os contextos socioeconômicos e demográficos dos países que são objeto de estudo do presente artigo, principalmente em relação aos parâmetros elencados na Tabela 1.

Tabela 1 – Comparação do perfil socioeconômico e demográfico

Parâmetros	Brasil	Holanda	Suécia
PIB <i>per capita</i> ² (US\$ PPP – 2013)	11.208	50.793	60,430
Gini (2010 ou ano mais próximo)	0,55	0,29	0,27
Taxa de pobreza ³	8,2%	0,4%	---
População residente na área urbana	83,8%	81,3%	84%
População acima de 65 anos (2011)	6,97%	15,9%	19,3%
População economicamente ativa (2013)	70%	64%	64%
Expectativa de vida ao nascer/anos (2013)	73,89	81,1	81,7

Fontes: dados do Banco Mundial, do IBGE, da OCDE

² Dados do Banco Mundial.

³ Percentual da população que vive com menos de US\$2.00 dólares por dia, dados de 2011 para o Brasil e de 2010 para a Holanda.

Da Tabela 1 se extrai que o Brasil apresenta PIB *per capita* muito inferior ao da Holanda e da Suécia, bem como convive com alta desigualdade entre a renda da parcela mais pobre e mais rica da população, o que é evidenciado pelo alto coeficiente de Gini. Isso, somado ao fato de o Brasil ter uma taxa de pobreza mais alta, indica que as políticas públicas de saúde são ainda mais essenciais para garantir os cuidados de saúde à parcela da população brasileira mais vulnerável socioeconomicamente. Assim, verifica-se que no Brasil é ainda maior o risco de haver iniquidades no acesso a cuidados de saúde.

Para além dessas questões socioeconômicas, a distância entre a expectativa de vida ao nascer no Brasil, de um lado, e na Holanda e na Suécia, de outro, cerca de sete anos, explicita a relevância das políticas públicas na área da saúde no Brasil.

Os pontos favoráveis ao Brasil no contexto demográfico apresentado na Tabela 1 seriam relativos ao menor percentual da população acima de 65 anos e ao maior percentual da população economicamente ativa. O envelhecimento da população é substancialmente menor no Brasil em comparação com a Holanda e a Suécia, o que apontaria para a possibilidade de os gastos com medicamentos serem menores no sistema de saúde brasileiro, pois a população idosa tende a apresentar maior demanda por medicamentos.

Já o maior percentual da população economicamente ativa no Brasil indicaria um menor peso financeiro decorrente da concessão de benefícios sociais como pensões e aposentadorias, bem como uma maior base de contribuintes para financiar o sistema de seguridade social.

Em termos gerais, a apresentação dos perfis socioeconômicos dos países objeto do presente estudo explicita a intensa disparidade entre as realidades encontradas na Holanda e Suécia em comparação com o Brasil. Essa contextualização é importante para enfatizar todas as cautelas que a análise comparativa entre os sistemas de saúde desses países deve ter.

Postas essas características gerais dos países, passa-se a examinar as peculiaridades de cada sistema de saúde estudado, especialmente no que tange ao fornecimento de medicamentos.

4 ANÁLISE DAS ESTRUTURAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

4.1 O Sistema de Saúde na Holanda

Até meados da década de 2000, o sistema de saúde holandês era segmentado, com o seguro público de saúde para pessoas de baixa renda e seguros privados obrigatórios para população com renda mais alta, sendo o valor de corte para a definição de baixa e alta rendas predefinidos nacionalmente.

Com a reforma implementada em 2006, o sistema de saúde holandês aprofundou a incorporação de elementos de mercado na provisão dos cuidados de saúde e o governo passou a ocupar essencialmente um papel de regulamentação, fiscalização e de coordenação dos provedores privados de saúde.

A partir dessa reforma, todos os indivíduos que são residentes legais ou contribuintes para o fisco holandês foram obrigados a contratar seguros de saúde privados. A base do novo modelo de provisão de saúde reside na ideia de que os indivíduos passam a ocupar a posição de consumidores no mercado de saúde e, com acesso a informações disponibilizadas sobre a qualidade, custo e performance dos diversos provedores privados, podem estimular a eficiência dos serviços de saúde ao escolher livremente provedores com melhor custo-benefício para contratarem (WESTERT, *et al.*, 2013).

Para evitar que as empresas privadas imponham seus interesses econômicos sobre o bem-estar da população, a legislação holandesa estabelece um pacote mínimo de cobertura dentro do seguro de saúde básico obrigatório e determina que todas as empresas aceitem qualquer indivíduo, independentemente de sua idade, gênero e condições preexistentes de saúde.

Além disso, os valores pagos aos seguros privados de saúde em cada comunidade são os mesmos para todos os indivíduos, independentemente da idade, gênero e condições de saúde, havendo um relação de solidariedade entre a população residente em cada região. A compensação financeira para as empresas é efetivada por meio de um complexo cálculo feito pelo governo no momento de repassar os impostos recolhidos sobre a renda. Nesse repasse de recursos públicos são levados em conta todos os aspectos que impactam os custos dos serviços de saúde como a idade, gênero e risco

das condições de saúde dos indivíduos assegurados por cada empresa em cada comunidade.

Excetuado o atendimento em consultas com os clínicos gerais, há cobrança por outros cuidados de saúde demandados dos planos de saúde, mas o co-pagamento é limitado anualmente e, em 2009, o teto anual era de US\$467 (WESTERT, *et al.*, 2013). Diante da possibilidade de ter que arcar com o co-pagamento pelos cuidados de saúde, cerca de 90% da população holandesa contrata planos de saúde complementares ou suplementares para ter acesso a serviços não abarcados pela cobertura básica obrigatória definida pelo governo (WESTERT, *et al.*, 2013).

Dentro desse arranjo, em 2013, 99,8% da população holandesa tinha o seguro de saúde obrigatório e apenas cerca de 2% tinha atrasado o pagamento (WESTERT, *et al.*, 2013, p. 84).

Cabe mencionar que a legislação holandesa proíbe a diferenciação no tratamento aos segurados que têm apenas o plano obrigatório e aqueles que também têm planos suplementares. Assim, em relação aos serviços cobertos pelo plano obrigatório não pode haver privilégios de mais opções de especialistas ou de menor tempo de espera para o atendimento dos indivíduos que pagam a mais para as seguradoras.

Em relação à parcela da população mais vulnerável, destaca-se que até os 18 anos o governo custeava os co-pagamentos necessários para os cuidados de saúde. Para a população de baixa renda há um subsídio variável de acordo com a faixa de renda para auxiliar no pagamentos dos planos de saúde privados. Para os imigrantes ilegais foi criado um fundo em 2008 para arcar com o custo do atendimento de eventuais cuidados de saúde (WESTERT, *et al.*, 2013, p. 84). Para pessoas portadoras de incapacidades ou doenças crônicas, o governo holandês provê um orçamento pessoal específico para os indivíduos contratarem os cuidados necessários. Em 2012, os critérios de elegibilidade para esse benefício foram limitados, passando a abarcar apenas 10% das pessoas anteriormente elegíveis (WESTERT, *et al.*, 2013, p. 85).

Desde a década de 1990, o sistema de saúde holandês tem empreendido esforços para controlar os gastos com a aquisição de medicamentos. Em 1993, foi implementado um sistema de referência de preços denominado de Sistema de Reembolso de Medicamentos, no qual os medicamentos foram

divididos em grupos com propriedades medicinais/terapêuticas equivalentes. Para cada grupo de medicamentos foi estabelecido um teto de reembolso do gasto privado, de modo que, caso o indivíduo optasse por utilizar um medicamento mais caro, arcaria com a diferença entre o custo efetivo do medicamento escolhido e o teto do reembolso predefinido. Apenas nos casos em que os médicos indiquem expressamente na receita que um medicamento mais caro da lista é clinicamente relevante para aquela pessoa é que o reembolso abarca todo o custo (SCHÄFER et al., 2010, p. 157-158).

Os planos de saúde obrigatórios reembolsam apenas os medicamentos previstos nesta lista de medicamentos definida pelo governo e revista semestralmente. O Ministério da Saúde, Bem-Estar e Esportes negocia anualmente os preços com os farmacêuticos e os produtores de remédios genéricos. Os planos de saúde suplementares podem reembolsar medicamentos não previstos nessa lista e devem divulgar com antecedência qual a lista de medicamentos terão essa cobertura complementar (SCHÄFER et al., 2010).

Todas as ações executadas para conter os preços dos medicamentos ensejaram uma queda expressiva nesses gastos, notadamente em relação aos medicamentos genéricos. Todavia, outros fatores como o envelhecimento da população e o desenvolvimento de tecnologias e medicamentos de alto custo pressionam o orçamento. Dessa forma, é atual a preocupação com a eficiência dos gastos com medicamentos no sistema de saúde holandês, sendo uma prioridade o estímulo à racionalidade no uso dos medicamentos.

Mesmo com todas as cautelas existentes no sistema de saúde holandês para garantir a universalidade e equidade no acesso, o relatório elaborado sobre o sistema de saúde Holandês sob a coordenação do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde em 2010 indicou uma preocupação com a distribuição não equitativa dos gastos *out-of-pocket* com saúde entre as famílias em todas as faixas de renda (SCHÄFER et al., 2010, p. 186-187).

4.2 O Sistema de Saúde na Suécia

O *Swedish Health and Medical Services Act* estabeleceu, em 1982, que o sistema de saúde sueco visava assegurar o acesso universal e equitativo ao direito à saúde a toda a população residente na Suécia (GLENNGÄRD, 2013). Esse sistema de saúde se baseia em uma lógica de prevalência do

papel do governo na provisão dos cuidados de saúde, o que é articulado entre as três esferas independentes de governos.

A cobertura do sistema público de saúde sueco é ampla, sem uma cesta de bens e serviços pré-definida, abarcando todos os cuidados com os residentes legais e cuidados emergenciais com residentes ilegais, e é financiada por impostos gerais e por co-pagamentos por serviços utilizados, em valores definidos no âmbito estadual. Uma pequena parcela da população sueca contrata planos de saúde privados (cerca de 4% em 2009), o que geralmente é feito pelos empregadores (GLENNGÄRD, 2013).

A atenção primária é provida por profissionais do setor público ou do setor privado, que são credenciados ou acreditados pelos conselhos dos condados.

Para cada tipo de co-pagamento há um teto anual definido. Em relação ao acesso a medicamentos, os indivíduos arcam com os custos integrais dos remédios eventualmente necessários até o teto anual de cerca de US\$169. Para gastos acima desse valor, o governo sueco passa a subsidiar gradualmente os medicamentos até chegar a 100% do valor dos remédios após o teto anual de US\$339, em 2013. Esse mesmo teto anual limita os gastos com medicamentos de todas as crianças pertencentes a uma mesma família (GLENNGÄRD, 2013, p. 112-113). Ressalta-se que alguns medicamentos são taxativamente excluídos da possibilidade de reembolso pelo seu custo, mesmo com receita médica, sendo que a lista de medicamentos reembolsáveis é definida no nível nacional pela Agência Nacional de Benefícios Farmacêuticos e Dentais, que é o órgão encarregado de avaliar o custo-benefício dos medicamentos receitados e definir o preço do reembolso segundo a necessidade, eficácia e custo dos medicamentos (GLENNGÄRD, 2013).

Em 2010, a legislação sueca definiu que os cidadãos devem se registrar junto a um médico de referência (clínico geral), mas não há a estrutura formal de *gatekeeper* no sistema de saúde sueco. Alguns governos estaduais têm transferido a esses médicos de referência a responsabilidade financeira de arcar com o custo dos medicamentos prescritos, buscando fomentar nesses profissionais uma preocupação maior com o controle do orçamento gasto na compra de medicamentos (GLENNGÄRD, 2013, p. 114).

O percentual de gastos privados em relação ao gasto total com a saúde é baixo na Suécia e a maior parte desse gasto consiste em desembolso

direto (*out-of-pocket*), pois poucos indivíduos contratam planos de saúde privados. Esses gastos privados com desembolso direto decorrem do copagamento dos diversos tipos de cuidados e dos custos com remédios (ANELL, *et al.*, 2012).

De acordo com o relatório elaborado sobre o sistema de saúde sueco sob a coordenação do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, em 2012, um dos desafios atuais a serem enfrentados para aperfeiçoar o sistema de saúde sueco reside no aprimoramento da distribuição do peso dos gastos privados com saúde, o que impacta proporcionalmente mais as famílias mais vulneráveis socioeconomicamente, como é o caso das mães solteiras e dos idosos (ANELL, *et al.*, 2012, p. 124).

4.3 O Sistema de Saúde no Brasil

A Constituição Federal de 1988 previu a criação de um sistema único de saúde ou SUS, no qual a provisão pública dos cuidados de saúde deveria ser universal, gratuita, igualitária e integral. Nessa estrutura normativa os provedores privados de bens e serviços de saúde deveriam atuar apenas complementarmente.

Apesar desse desenho constitucional, a estrutura atual do sistema de saúde no Brasil é mista, com grande participação do setor privado (MENICUCCI, 2007). Nesse sentido, destaca-se que o SUS utiliza complementarmente o setor privado, contratando principalmente centros de diagnóstico e hospitais. Na via contrária, os atendimentos de emergência e de alta complexidade do SUS são utilizados pelos indivíduos que têm planos de saúde privados, o que é exemplificado pelas cirurgias de transplantes de órgãos, nas quais o setor público tem expertise reconhecida. Ocorre que a compensação financeira que deveria ser paga pelos planos de saúde ao SUS em razão do atendimento de seus pacientes é incipiente, pois os mecanismos de controle desse fluxo de pacientes ainda é fraco.

Ressalta-se que o acesso aos planos de saúde se concentra na parcela mais rica da população brasileira e que é alta a disparidade entre a qualidade do atendimento prestado nos sistemas privados e públicos de saúde (GARCIA, *et al.*, 2013). Segundo dados do IBGE, 25,9% da população brasileira possuía planos de saúde privados no ano de 2008 (PAIM, *et al.*, 2011).

A despeito da gratuidade do acesso e da integralidade dos serviços do SUS, a existência de longas filas e a precariedade do atendimento, sobretudo na atenção primária e secundária, fazem com que o SUS tenha, na prática, maior capacidade estrutural para lidar com doenças agudas (PAIM, *et al.*, 2011). Assim, a imagem difundida de ineficiência e baixa qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS faz com que a população com maior renda opte por contratar seguros ou planos de saúde privados.

Em sua origem, o SUS não tinha sua cobertura limitada a uma cesta pré-definida de bens e serviços. A Lei n. 12.401/2011 alterou a Lei Orgânica do SUS (Lei n. 8.080/1990), inserindo a possibilidade de ser definida uma cesta de bens e serviços cobertos pela provisão pública de cuidados de saúde. O Decreto Federal n. 7.508/2011 regulamentou essa cesta, prevenido como atribuição do Ministério da Saúde (MS) a definição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, que foi editada por meio da Portaria MS n. 841/2012.

Especificamente em relação à política pública de fornecimento de medicamentos, somente dez anos após a promulgação da Constituição foi editada uma Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS n. 3.916/1998) alinhada aos princípios da universalidade e equidade no acesso a medicamentos. Os objetivos dessa política abarcavam a promoção do uso racional dos medicamentos e a garantia do acesso gratuito dos medicamentos considerados essenciais a toda a população, tomando como parâmetro central a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), lista oficial de medicamentos cobertos pelo SUS, divulgada e revista periodicamente pelo MS.

Até então, as políticas destinadas ao fornecimento de medicamentos tinham, de um lado, caráter contributivo, ligadas ao sistema de previdência, cobrindo essencialmente os trabalhadores formais, que representavam uma pequena parcela da população. De outro, tinham um caráter assistencial, pois a Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, buscava garantir o acesso à parcela da população desfavorecida socioeconomicamente, que não tinha condições de obter os medicamentos a preços de mercado (BERMUDEZ, *et al.*, 2011).

Dentro da política atual de fornecimento de medicamentos, podem ser destacados dois programas principais. O primeiro de disponibilização gratuita de medicamentos no âmbito do SUS e o segundo de disponibilização

de medicamentos com preços subsidiados por meio de uma rede de farmácias credenciadas, o denominado Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB). Esses programas têm uma cobertura em duplicidade no que diz respeito aos medicamentos essenciais, de modo que, em 2007, cerca de 70% dos medicamentos disponibilizados no PFPPB também eram fornecidos gratuitamente no âmbito do SUS (SANTOS-PINTO, *et al.*, 2008).

Ambos os programas que integram a política nacional de medicamentos foram ampliados e aprimorados nos últimos anos. O mapeamento do perfil da população que utilizou o Programa Farmácia Popular em todas as regiões do Brasil em 2007 (SANTOS-PINTO, *et al.*, 2008) identificou que muitos usuários do SUS optaram por obter medicamentos no PFPPB, pagando parcialmente pelos medicamentos que deveriam ser disponibilizados gratuitamente no SUS.

Destaca-se que a Lei n. 12.401/2011 vedou expressamente que o SUS forneça, pague ou reembolse medicamentos, produtos e procedimentos experimentais, bem como aqueles não autorizados ou não registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Ainda em 2011, o governo federal limitou a gratuidade dos medicamentos disponibilizados no SUS a usuários que efetivamente utilizam o sistema público de saúde. O Decreto n. 7.508/2011 estabeleceu os seguintes requisitos cumulativos para o acesso aos medicamentos fornecidos gratuitamente no âmbito do SUS: que os usuários sejam assistidos por ações e serviços de saúde do SUS; que o medicamento seja prescrito por um profissional de saúde que atenda no SUS; que o medicamento esteja previsto na lista de cobertura do SUS; e que a dispensação do medicamento ocorra em unidade indicada pela direção do SUS.

Note-se que essa mesma norma previu a possibilidade de o Ministério da Saúde estabelecer regras diferenciadas para o acesso a medicamentos especializados ou de alto custo. Nessa esteira, a Portaria n. 1.554/2013 não vinculou o acesso gratuito aos medicamentos de alto custo ao fato de o paciente ser atendido no SUS.

Dessa forma, em relação a medicamentos especializados de mais alto custo, quando não são fornecidos pelos planos de saúde privados, a parcela mais rica da população pode demandar sua provisão do SUS. O problema é que também para medicamentos excepcionais de alto custo não inclu-

idos na lista de cobertura do SUS, ou mesmo experimentais, os indivíduos têm demandado judicialmente os governos para impor a sua entrega gratuita no âmbito do SUS, independentemente do efeito disso no orçamento público. Essa atuação do judiciário brasileiro, ao desconsiderar critérios técnicos de custo-efetividade, pode ameaçar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro e gerar iniquidade pró-ricos.

A combinação da inviabilidade financeira do governo de atender a todas as demandas sociais por ações e serviços públicos de saúde com essa postura do Poder Judiciário resulta no crescimento do volume de recursos públicos alocados no cumprimento de decisões judiciais nos últimos anos em todo o Brasil (JUNQUEIRA, 2013). Isso gera o risco de uma parcela significativa dos recursos públicos destinados à área da saúde privilegiarem a parcela mais rica da população, justamente aquela que detém maiores condições de acionar o Judiciário.

Dessa forma, constata-se que o desenho constitucionalmente estabelecido em 1988 para o sistema de saúde brasileiro não foi plenamente implementado e muitos fatores em sua estrutura institucional são dissonantes do objetivo de tornar o acesso aos cuidados de saúde mais equitativo, sobretudo no que diz respeito à política de fornecimento de medicamentos.

4.4 Comparação dos sistemas de saúde

Com o intuito de sintetizar as diferenças estruturais entre os sistemas de saúde estudados, adotou-se como parâmetros de comparação a universalidade da cobertura, a integralidade dos bens e serviços ofertados, a gratuidade do atendimento e a existência de mecanismos de garantia de equidade do acesso. Esses parâmetros são apresentados na Tabela 2 de acordo com a estrutura prevista na legislação de cada país.

Tabela 2 – Comparação dos desenhos estruturais dos sistemas de saúde

Sistema de Saúde	Universalidade da cobertura	Integralidade bens e serviços	Gratuidade do atendimento	Equidade do acesso
Holanda	Sim. Todos os residentes legais, sendo obrigatório contratar seguro de saúde privado.	Não. Há uma cesta predefinida de bens e serviços cobertos.	Não. Há co-pagamento pelos serviços ou reembolso pelos medicamentos.	Sim. Há tetos anuais de gastos privados com saúde e uma rede de proteção/auxílio focada na população vulnerável.
Suécia	Sim. Todos os residentes legais.	Sim. Exceto para medicamentos.	Não. Há co-pagamento pelos bens e serviços. Alguns medicamentos fora da cobertura	Sim. Há tetos anuais de gastos privados com saúde e uma rede de proteção com isenções e auxílios focada na população
Brasil (SUS)	Sim. Todas as pessoas.	Não. Há uma cesta predefinida de bens e serviços cobertos.	Sim.	Igualdade formal, mas sem mecanismos específicos para garantir a equidade do acesso.

Fonte: tabela organizada pelos autores.

Nos três sistemas de saúde estudados, a cobertura pode ser considerada universal, pois o critério de elegibilidade para ter direito aos cuidados de saúde alcança todos os residentes legais.

O desenho institucional do SUS e do sistema de saúde sueco, com moldes semelhantes de cobertura a todos os residentes legais, revelam-se normativamente mais inclusivos do que o sistema de saúde holandês. Isso porque, na Holanda, há o requisito de contratação obrigatória de um dos planos de saúde privados para que os indivíduos recebam os cuidados de saúde, não bastando a condição de cidadão ou de residente legal para acessar o sistema de saúde como ocorre no Brasil e na Suécia.

Todavia, na prática, a universalidade alcançada pelo sistema de saúde holandês supera a do SUS, pois o governo holandês subsidia o pagamento dos planos de saúde privados obrigatórios para as famílias de baixa renda, o que garante a cobertura de 99,8% da população. O SUS, por sua vez, apresenta uma cobertura efetiva menor, pois cerca de 25% da população

opta por utilizar preponderantemente bens e serviços prestados por planos de saúde privados.

Em relação à integralidade e à gratuidade do atendimento, vale destacar que o SUS era o único desses sistemas que associava gratuidade e integralidade (ausência de cesta pré-definida de bens e serviços) o que gerava um risco para a sustentabilidade financeira do sistema (ANDRADE; NORONHA, 2011). A partir da Lei n. 12.401/2011, o sistema de saúde brasileiro incorporou a definição de uma cesta de bens e serviços ofertados no âmbito do SUS.

No acesso a medicamentos, o risco à sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde decorrente da integralidade é ainda maior, notadamente em razão da pressão orçamentária gerada pelo constante desenvolvimento de novas tecnologias, pelo envelhecimento da população e pela prevalência de doenças crônicas. É em razão disso que todos os sistemas de saúde estudados adotam listas de medicamentos essenciais e apontam para a racionalidade do uso de medicamentos como uma das diretrizes prioritárias no âmbito das políticas de fornecimento de medicamentos.

O sistema de saúde brasileiro é o único que não demanda co-pagamento para a provisão de medicamentos no SUS, o que gera perplexidade sobre a viabilidade financeira dessa política, uma vez que o percentual de gasto público em saúde no Brasil é cerca de 40% menor do que o percentual na Holanda e na Suécia (Tabela 3). Somente a partir de 2011 a lista de medicamentos essenciais definida nacionalmente pelo Ministério da Saúde passou a ter critérios que direcionaram o fornecimento gratuito aos indivíduos que efetivamente utilizam o SUS, com o que se buscou focalizar essa gratuidade na parcela da população mais vulnerável socioeconomicamente. Em relação aos medicamentos excepcionais ou de alto custo, o fornecimento permanece gratuito e integral no sistema de saúde brasileiro.

Nos sistemas de saúde holandês e sueco há o requisito de co-pagamento para a obtenção de medicamentos e, além da lista pré-definida de medicamentos cobertos pelos sistemas de reembolso ou de subsídio, há medicamentos que taxativamente têm seu acesso condicionado ao integral financiamento privado das famílias, o que se fundamenta em uma análise de custo-efetividade.

Como consequência do caráter não gratuito dos sistemas de saúde holandês e sueco, que demandam parcialmente gasto privado para utilizar bens e serviços de saúde, foram estruturadas nesses sistemas redes de proteção para evitar barreiras de acesso à parcela da população mais vulnerável socioeconomicamente decorrentes do custo dos cuidados. Famílias de baixa renda, crianças, idosos e portadores de doenças crônicas geralmente contam com diferenciados auxílios ou subsídios públicos para acessar os cuidados de saúde.

Já no sistema de saúde brasileiro, a combinação normativa entre universalidade, integralidade e gratuidade prevista na Constituição oculta os custos envolvidos na provisão pública do direito à saúde, bem como oculta a necessidade de focalizar gastos públicos para garantir o acesso da população mais vulnerável socioeconomicamente aos cuidados de saúde. Apenas nos últimos anos é que o sistema de saúde brasileiro passou a adotar alguns critérios para tentar tornar o acesso aos bens e serviços de saúde mais equitativo, com destaque para a definição da cesta de bens e serviços ofertados gratuitamente no SUS e para a tentativa de limitar o acesso gratuito a medicamentos básicos a usuários do SUS.

A síntese da comparação entre os gastos totais em saúde realizados em cada um dos sistemas de saúde examinados e sua composição de acordo com a participação dos gastos públicos e privados consta da Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação dos gastos privados com saúde em 2012 (ou ano mais próximo)

Parâmetros	Brasil	Holanda	Suécia
Gasto <i>per capita</i> com saúde (US\$)	1.056	5.737	5.319
Gasto total saúde % PIB	9,3%	12,4%	9,6%
Gasto público saúde % do total gasto em saúde	46,4%	79,8%	81,7%
Gasto <i>out-of-pocket</i> % do gasto total saúde	31%	5,6%	16,1%

Fonte: Banco Mundial

Em relação aos investimentos feitos na área da saúde nos países estudados, verifica-se que os níveis de despesas totais com saúde no Brasil em percentual do Produto Interno Bruto é semelhante ao investimento sueco. Nesse aspecto, a Holanda se destaca com o maior percentual de investimento na área da saúde, conforme Tabela 3.

Destacam-se duas diferenças essenciais entre os gastos com saúde no Brasil e na Suécia. A primeira é relativa ao nível de renda *per capita* de cada país, sendo que a Suécia, por ter renda *per capita* muito maior que a brasileira (Tabela 1), alcança um investimento *per capita* em saúde também muito superior. A segunda diferença diz respeito à participação dos investimentos públicos no volume total de recursos gastos em saúde, pois o percentual dos gastos públicos na Suécia ultrapassa os 80% e no Brasil não chega a 50% do total gasto anualmente com saúde. Isso resulta no já mencionado risco de deixar o peso dos gastos em saúde para os orçamentos familiares, o que pode limitar o acesso da população mais vulnerável socioeconomicamente às ações e serviços de saúde.

Outro dado que explicita o risco de iniquidade no sistema de saúde brasileiro é o relativo à alta representatividade do gasto *out-of-pocket* com saúde, já que esse tipo de despesa é atrelada a um maior risco de gastos catastróficos ou de empobrecimento da população pelo custo dos cuidados de saúde (KNAUL *et al.*, 2011).

Cabe notar que, apesar de os sistemas de saúde holandês e sueco apresentarem valores de gasto total *per capita* em saúde muito semelhantes e de a proporção dos gastos públicos ser de aproximadamente 80% em ambos os sistemas, a composição do gasto privado nesses sistemas é significativamente distinta. A Tabela 4 apresenta de forma sucinta essa distinção, sobretudo no que diz respeito aos gastos com medicamentos.

Tabela 4 – Comparação da composição do gasto privado em saúde na Holanda e na Suécia

Parâmetros	Holanda	Suécia
Gasto <i>per capita</i> com medicamentos (2012 - US\$ PPP)	450	478
Gasto com medicamentos % do PIB (2010 ou ano mais próximo)	1,1%	1,2%
Gasto com medicamentos % do total gasto em saúde (2012 ou ano mais próximo) ⁴	8,8%	12,3%
Gasto privado <i>out-of-pocket</i> % do gasto total com medicamentos (2009 ou ano mais próximo)	9,8%	40,6%

Fonte: Dados da OCDE 2011 e 2014

⁴ OECD (2014), “Pharmaceutical expenditure”, Health: Key Tables from OECD, No. 7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/pharmexp-table-2014-1-en>

O exame da Tabela 4 indica que, a despeito de o valor *per capita* total gasto com medicamentos ser muito próximo nos sistemas de saúde holandeses e sueco, o impacto desses gastos deixado a cargo dos orçamentos familiares é menor na Holanda, onde apenas 9,8% dos gastos com medicamentos se deu por meio de gastos *out-of-pocket*, ao passo que na Suécia a proporção foi de 40,6%.

Apesar de esses mesmos dados não estarem disponíveis para o Brasil, extrai-se dos dados da POF realizada em 2008/2009 pelo IBGE que, em 2009, 23% dos gastos privados com saúde pelas famílias entrevistadas foi destinado à aquisição de medicamentos (GARCIA, *et al.*, 2013). Da evolução da distribuição dos gastos privados com medicamentos segundo os decis de renda das famílias brasileiras de 2002/2003 para 2008/2009, apresentada na Tabela 5, afere-se que o impacto dessa despesa no orçamento da parcela mais pobre da população se reduziu no período. Todavia, os gastos privados com medicamentos ainda têm um forte caráter regressivo e podem limitar o acesso das famílias brasileiras de mais baixa renda a medicamentos.

Tabela 5 – Percentual da renda familiar *per capita* comprometida com o gasto monetário com medicamentos, por décimos de renda familiar *per capita*

Décimos de renda familiar <i>per capita</i>	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
% da renda destinada a medicamentos										
2002/2003	7,4	5,3	4,6	4,5	4,1	3,6	3,3	2,9	2,1	1,4
2008/2009	5,8	4,2	4,2	3,8	3,7	3,4	3,2	2,9	2,3	1,6

Fonte: Dados das POF/IBGE 2002/2003 e 2008/2009 (GARCIA, *et al.*, 2013)

Esses dados permitem inferir que o sistema de saúde holandês tem o maior potencial de equidade no acesso a medicamentos em relação aos sistemas de saúde estudados, pois é menor o risco da população mais vulnerável não ter acesso a esse cuidado de saúde em razão do seu custo. Esse resultado é significativo, pois a configuração de um sistema de saúde com elementos de mercado e com preponderância dos seguros privados de saúde gera a preocupação com o risco de exclusão e de iniquidade no acesso aos cuidados de saúde em decorrência de seus custos.

A Tabela 6 apresenta a comparação entre o impacto do gasto *out-of-pocket* com saúde em proporção do total dos gastos familiares em cada décimo de renda das famílias no Brasil, na Holanda e na Suécia.

Tabela 6 – Comparação da distribuição do impacto dos gastos *out-of-pocket* nos orçamentos familiares (por décimos de renda *per capita*)

Décimos de renda das famílias	Percentual dos gastos privados com desembolso direto no total dos gastos familiares (2010 ou ano mais próximo)		
	Brasil	Holanda	Suécia
1°	8,85	---	0,9
2°	6,67	---	2,7
3°	4,2	2,6	2,1
4°	6,1	2,5	2,5
5°	6,47	3,2	2,36
6°	5,71	2,5	2,3
7°	6,55	2,7	2,0
8°	6,63	2,8	2,2
9°	6,15	2,8	2,4
10°	5,48	2,4	1,7

Fonte: Dados das POF/IBGE 2002/2003 e 2008/2009 (GARCIA, *et al.*, 2013), da *Statistics Netherlands* e da *Statistics Sweden*

Os dados da Tabela 6 explicitam como o sistema de saúde brasileiro reflete as desigualdades socioeconômicas do país. Ademais, constata-se que os dados do Brasil se diferenciam sobremaneira dos dados relativos aos sistemas de saúde holandês e sueco.

De toda forma, nota-se que os dados da Tabela 6 confirmam as preocupações identificadas na literatura sobre a necessidade de aprimorar a equidade da distribuição dos gastos privados *out-of-pocket* nos sistemas de saúde holandês e sueco (ANELL, *et al.*, 2012) (SCHÄFER *et al.*, 2010). Isso porque, tanto na Holanda quanto na Suécia, as famílias situadas no décimo mais alto de renda gastam um percentual menor de seus orçamentos com pagamentos *out-of-pocket*, excetuada a comparação com o primeiro decil de renda na Suécia.

Vale pontuar que na Holanda o décimo mais alto de renda tem uma participação de 22,85% no total da renda nacional e o décimo mais baixo tem

uma participação de 3,08%; na Suécia, essa distância é semelhante, com o décimo mais alto de renda participando em 21,35% da renda nacional e o décimo mais baixo em 3,82%⁵. Dessa forma, há uma distância significativa entre as famílias nas distintas faixas de renda na Holanda e na Suécia e a aparente uniformidade na distribuição desses gastos *out-of-pocket* entre as famílias mais ricas e mais pobres pode ocultar eventuais limitações ao acesso a cuidados de saúde nas famílias de renda mais baixa. Contudo, os dados disponíveis não possibilitam o aprofundamento dessa análise.

Já em relação ao sistema de saúde brasileiro, o exame da distribuição do impacto dos gastos privados *out-of-pocket* nos orçamentos das famílias apresenta um cenário muito distinto. Além de haver um peso geral muito maior do que o verificado na Holanda e na Suécia nos orçamentos das famílias situadas em todos os décimos de renda, há um impacto financeiro proporcionalmente maior para as famílias de mais baixa renda.

Isso corrobora a preocupação de que no sistema de saúde brasileiro as famílias de mais baixa renda correm um risco maior de não acessarem os cuidados de saúde necessários. Comparando os décimos extremos de renda familiar no Brasil, tem-se que o decil mais pobre da população gasta cerca de 62% a mais de seu orçamento familiar com saúde em comparação com o decil mais rico, apesar de ter uma participação 97,5% menor no total da renda nacional – o decil mais pobre tem participação de 1,04% no total da renda nacional e o mais rico de 41,67%⁶.

Em relação ao impacto dos gastos privados *out-of-pocket* na parcela da população de mais baixa renda, a diferença chega a ser de praticamente 10 vezes maior nos orçamentos das famílias brasileiras em comparação com as famílias suecas. A ausência de dados dos primeiros décimos de renda das famílias holandesas em anos recentes limita a análise comparativa neste ponto⁷.

⁵ Dados do Banco Mundial, de 2010 para a Holanda e de 2005 para a Suécia – *Poverty and Inequality Database, updated in 12 jan. 2015.*

⁶ Dados do Banco Mundial, de 2012 para o Brasil – *Poverty and Inequality Database, updated in 12 jan. 2015.*

⁷ *Statistics Netherlands.* Dados disponíveis em: <<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLEN&PA=60046ENG&D1=21-30&D2=21&D3=15-17&LA=EN&VW=T>>. Acesso em 10 jan. 2015.

Dessa forma, ainda que os dados disponíveis não permitam a comparação direta da distribuição dos gastos privados com medicamentos no décimo de renda das famílias da Holanda e da Suécia, com base na distribuição dos gastos privados *out-of-pocket* nas faixas de renda das famílias nesses sistemas de saúde constante da Tabela 6, pode-se inferir que o peso dos gastos com medicamentos também tende a ser mais equânime em todas as faixas de renda desses países em comparação com o Brasil.

Ressalta-se que, apesar de todos os sistemas de saúde estudados adotarem distintas estruturas institucionais que visam à universalidade da cobertura dos cuidados de saúde, o alto percentual de gasto público em saúde na Holanda e na Suécia pode ser considerado um fator diferencial para explicar o baixo impacto dos gastos privados com saúde e mais especificamente com medicamentos.

5 CONCLUSÃO

A análise comparada dos sistemas de saúde brasileiro, holandês e sueco, apesar das limitações metodológicas apresentadas, permitiu identificar que os objetivos de universalidade e de equidade do direito à saúde – seguindo as diretrizes da OMS – podem ser perseguidos por meio de sistemas de saúde estruturados de diversas formas, com maior ou menor proeminência do setor privado na provisão dos cuidados de saúde.

Apesar de a noção de um modelo de provisão de saúde norteados pelos princípios da universalidade e da equidade nos remeter, num primeiro momento, a uma lógica de estruturação do sistema de saúde com prevalência do papel do Estado na prestação do direito à saúde, o sistema de saúde holandês apresenta uma estrutura alternativa.

É interessante notar que o modelo de saúde holandês, pautado em uma lógica liberal de mercado na base da provisão dos serviços de saúde, apresenta desempenho muito semelhante ao do sistema de saúde sueco, pautado em uma lógica de provisão dos cuidados de saúde por meio de um seguro público. A partir disso, tem-se a perspectiva de que o incremento da equidade dos sistemas de saúde – o que se observou ser necessário no Brasil – pode ocorrer por meio de distintas alterações dos arranjos estruturais e institucionais, levando-se em conta as peculiaridades e a dependência de trajetória do sistema de saúde de cada país.

Ressalta-se que, mesmo no sistema holandês, que ampliou a participação do setor privado na provisão do direito à saúde, o percentual de gasto público na saúde se manteve alto e o papel do Estado continua relevante, pois é quem monitora o custo e a qualidade dos serviços para garantir a equidade do acesso.

Diante desse cenário, revela-se importante avançar nos estudos sobre distintos arranjos estruturais dos sistemas de saúde como forma de identificar mecanismos e desenhos eficazes na garantia do acesso mais equitativo à saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas; NORONHA, Kenya. **Uma Nota sobre o Princípio da Integralidade do SUS**. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon (orgs). Brasil: a Nova Agenda Social. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 94-103.

ANELL, A; GLENNGÅRD, A. H; MERKUR, S. **Sweden: Health system review. Health Systems in Transition**, 2012, vol. 14, n. 5, p. 1-159. Disponível em <<http://www.healthobservatory.eu>>. Acesso em 15 jan. 2015.

BERMUDEZ, Jorge A. Z; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; LUIZA, Vera Lúcia. **Assistência Farmacêutica**. In: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 761-793.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, 10 nov. 1998.

CAMPINO, Antônio Carlos Coelho. **Gastos Catastróficos, Iniquidade e Proposta de Reformulação do Sistema de Saúde**. In: BACHA, Edmar Lisboa; SCHWARTZMAN, Simon (orgs). Brasil: a Nova Agenda Social. Rio de Janeiro: LTC, 2011. p. 104-108.

GLENNGARD, Anna H. **The Swedish Health Care System, 2013**. In: THOMSON, Sarah; OSBORN, Robin; SQUIRES, David; JUN, Miraya (orgs). International Profiles of Health Care Systems, 2013: Australia, Canada,

Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. The Commonwealth Fund, nov. 2013, p. 112-118. Disponível em <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf>. Acesso em 15 jan. 2015.

GARCIA, Leila Posenato; MAGALHÃES, Luís Carlos Garcia de; SANT'ANNA, Ana Cláudia; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; AUREA, Adriana Pacheco. **Dimensões do Acesso a Medicamentos no Brasil:** perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. IPEA. Texto para Discussão n. 1839. Rio de Janeiro, jun. 2013.

JUNQUEIRA, Silvana Regina Santos. **Judicialização da saúde:** como decide o Poder Judiciário Federal? Análise das demandas de saúde na seção judiciária de Minas Gerais. 2013. 169 p. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, 2013.

KNAUL, Felicia Marie et al. **Household catastrophic health expenditures:** a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud pública Méx*, Cuernavaca, v. 53, supl. 2, Jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil:** atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

NEGRI, Barjas. **Política Federal de Assistência Farmacêutica:** 1990 A 2002. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/polit_fed_assist_farm.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

OECD (2011), **Health at a Glance 2011:** OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en>. Acesso em 15 jan. 2015.

OECD (2014), **Society at a Glance 2014**: OECD Social Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <<http://www.oecd.org/social/societyataglance.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Basic Documents**. 48. ed, Dez. 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. TheLancet.com. mai. 2011. p.11-31. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage *et al.* Preços e disponibilidade de medicamentos no Programa Farmácia Popular do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage; COSTA, Nilson do Rosário; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2963-2973, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SCHÄFER, W; KRONEMAN, M; BOERMA, W; VAN DEN BERG, M; WESTERT, G; DEVILLÉ WAND VAN GINNEKEN, E. **The Netherlands: Health system review**. Health Systems in Transition, 2010; vol. 12, n. 1, p. 1-229. Disponível em: <<http://www.healthobservatory.eu>>. Acesso em 15 jan. 2015.

STATISTICS NETHERLANDS. **Expenditure brief (level 3); by household characteristics**. Disponível em: <<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLEN&PA=60046ENG&D1=21-30&D2=21&D3=15-17&LA=EN&VW=T>>. Acesso em 10 jan. 2015.

STATISTICS SWEEDEN. **Household budget survey (HBS)**: Expenditures per household (0-79 years) - disposable income and type of expenditure. (Survey)

2006 – 2009. Disponível em: <http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/START__HE__HE0201__HE0201A/HUTutgift5/table/tableViewLayout1/?rxid=2f08e2ea-58c5-4bd6-9138-0da808492e73>. Acesso em 10 jan. 2015.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. **Determinantes e Desigualdades no acesso e na Utilização de Serviços de Saúde**. In: GIOVANELLA, Lúcia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 215-243.

UGA, Maria Alicia Dominguez. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde – a experiência internacional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.12, pp. 3437-3445. ISSN 1413-8123.

WESTERT, Gert; WAMMES, Joost. **The Dutch Health Care System, 2013**. In: THOMSON, Sarah; OSBORN, Robin; SQUIRES, David; JUN, Miraya (orgs). International Profiles of Health Care Systems, 2013: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. The Commonwealth Fund, nov. 2013, p. 84-93. Disponível em <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf>. Acesso em 15 jan. 2015.

