



DESCRICAÇÕES COMPARATIVAS DO SISTEMA DE SAÚDE: BRASILEIRO, CANADENSE, ALEMÃO, ESPANHOL E DO REINO UNIDO

CHARLES DAVID CRUMPTON, PD. D.
JULIA ROCHE, M.P.H., M.S.W

JUNHO 2021

SUMÁRIO

1. Introdução e Resumo	8
1.1. Visão Geral	8
1.1.1. Objetivo geral:	8
1.1.2. Objetivos específicos:	8
1.1.3. Síntese das características das nações incluídas no estudo	9
1.1.4. Abordagem e limitações do estudo	9
1.2. Colocando as nações analisadas em uma tipologia de sistemas de saúde	12
1.2.1. <i>A Tipologia de Böhm et al.</i>	12
1.3. Visão geral dos sistemas de saúde das cinco nações	13
1.4. Brasil	15
1.4.1. Características gerais	15
1.4.2. Financiamento	15
1.4.3. Características da força de trabalho e formação médica	16
1.5. Canadá	17
1.5.1. Características gerais	17
1.5.2. Financiamento	18
1.5.3. Características da força de trabalho e formação médica	18
1.6. Alemanha	19
1.6.1. Características gerais	19
1.6.2. Financiamento	20
1.6.3. Características da força de trabalho e formação médica	20
1.7. Espanha	21
1.7.1. Características gerais	21
1.7.2. Financiamento	22
1.7.3. Características da força de trabalho e formação médica	22
1.8. O Reino Unido	23
1.8.1. Características gerais	23
1.8.2. Financiamento	23

1.8.3. Características da força de trabalho e formação médica	24
2. Referências da Introdução e Resumo	25
3. O sistema de saúde brasileiro	27
3.1. Visão geral do sistema de saúde brasileiro e o papel do governo	27
3.2. Características de funcionamento do sistema de saúde brasileiro	31
3.2.1. Características financeiras	31
3.2.2. Características da estrutura de serviço do SUS	32
3.2.3. Papel dos seguros de saúde privadas	34
3.3. Características da mão de obra brasileira	34
3.3.1. Escolas brasileiras de medicina	37
3.3.2. O 'modelo antigo'	37
3.3.3. O 'modelo novo'	37
4. Referências do Sistema de Saúde Brasileiro	39
5. O sistema canadense de saúde	40
5.1. Visão geral do sistema canadense e do papel do governo	40
5.2. Enfoque no papel federal	41
5.3. Foco no papel das províncias e territórios	42
5.4. Coordenação intergovernamental	43
5.5. Mão de obra no setor da saúde	44
5.5.1. Imigração e mobilidade dos trabalhadores da saúde	45
5.5.2. Educação da mão de obra no setor da saúde	46
6. Referências do Sistema de Saúde Canadense	49
7. O sistema de saúde alemão	50
7.1. Visão geral do sistema alemão e o papel do governo	50
7.2. Enfoque no papel federal	51
7.3. Foco no papel do Estado (Länder)	53
7.4. Foco no papel corporativo/quasi-governmental	54

7.4.1. Prestadores de serviços de saúde	54
7.4.2. Pagadores dos Serviços de Saúde	55
7.5. Autogoverno conjunto	56
7.6. Mão de obra no setor da saúde	57
7.6.1. Imigração de profissionais da saúde	59
7.6.2. Educação da mão de obra no setor da saúde	59
8. Referências do Sistema de Saúde Alemão	63
9. O sistema de saúde espanhol	64
9.1. Visão Geral do Sistema de Saúde Espanhol e o papel do Governo	64
9.1.1. Seguro saúde voluntário	66
9.1.2. Coexistência de três subsistemas	66
9.2. Características organizacionais e operacionais do sistema espanhol	67
9.2.1. Atores do governo central	67
9.2.2. Papel dos ACs	68
9.2.3. Experiência típica do paciente	69
9.2.4. Integração de cuidados	70
9.2.5. Papel do setor privado	70
9.3. Características da força de trabalho de saúde	70
9.3.1. Formação da força de trabalho de saúde	71
10. Referências do Sistema de Saúde Espanhol	74
11. O sistema de saúde do Reino Unido	75
11.1. Visão geral do sistema do Reino Unido e o papel do governo	75
11.1.1. Papel do governo do Reino Unido	75
11.1.2. NHS na Inglaterra	75
11.1.3. NHS na Escócia	77
11.1.4. NHS no País de Gales	77
11.1.5. Saúde e assistência social na Irlanda do Norte	78
11.1.6. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE)	78

11.1.7. Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde (MHRA)	79
11.1.8. Associações	79
11.1.9. Os setores privados e sem fins lucrativos	79
11.2. Descentralização e centralização no sistema de saúde do Reino Unido	80
11.3. Financiamento do NHS	80
11.4. Regulamentação e características da força de trabalho de saúde	81
11.4.1. Quadro regulatório	81
11.4.2. Características da força de trabalho de saúde	82
11.4.3. Imigração e mobilidade de profissionais de saúde	83
11.4.4. Educação da força de trabalho de saúde	84
11.4.5. Enfermeiras e parteiras	84
12. Referências do Sistema de Saúde do Reino Unido	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Riqueza nacional, investimento em saúde e indicadores de resultados de saúde: indicadores de saúde do Brasil, Canadá, Alemanha, Espanha e Inglaterra.	10
Tabela 2: Estudantes de saúde e profissões registradas no Brasil, 2009-2010	35
Tabela 3: Profissionais de saúde em exercício no Canadá por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1990-2017/18	44
Tabela 4: Densidade da força de trabalho da saúde canadense por província e território, taxa por 1.000 população, 2009.	45
Tabela 5: Migração internacional de médicos no Canadá, por década, 1980-2009.	46
Tabela 6: Requisitos canadenses de educação e formação para 22 ocupações de saúde, 2009	47
Tabela 7: Profissionais de saúde em exercício na Alemanha por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1991-2017	58
Tabela 8: Alunos e graduados em faculdades de saúde selecionadas, por anos selecionados, de 1990 a 2009/10	61
Tabela 9: Profissionais de saúde em exercício na Espanha por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1995-2017	71
Tabela 10: Profissionais de saúde em exercício no Reino Unido por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1990-2018.	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Nações analisadas segundo a Tipologia de Böhm et al. (2013).	13
Quadro 2: Diferenças entre o SUS e o sistema privado de saúde no Brasil, pós-1990	28

1. Introdução e Resumo

1.1. Visão Geral

O projeto do Sistema de Mapeamento, Monitoramento e Avaliação em Educação na Saúde (SIMAPES) foi estabelecido para contribuir na melhoria da capacidade e aptidão do SUS, o sistema único de saúde brasileiro. Sua função é mapear, monitorar e avaliar a capacidade existente do SUS em seus processos de formação de profissionais de saúde, e reforçar a gestão da educação na saúde de forma que o SUS possa responder satisfatoriamente às necessidades de saúde da população brasileira.

O projeto tem os seguintes objetivos:

1.1.1. Objetivo geral:

Investigar a relação entre o nível de cursos de graduação e técnicos na área de saúde ofertados pelas universidades brasileiras, bem como, a qualidade e a adequação dos serviços de saúde.

1.1.2. Objetivos específicos:

- Desenvolver uma proposta metodológica de mapeamento, monitoramento e avaliação da capacidade instalada do SUS no processo de formação de profissionais de saúde;
- Definir padrões de referência, critérios e indicadores de monitoramento e avaliação da integração ensino-serviço;
- Definir uma metodologia para a coleta de dados de indicadores relevantes;
- Desenvolver e implementar modelos que possam:
 - » Integrar dados e base de dados, e apoiar a realização de análise de dados de indicadores relevantes sobre educação na saúde;
 - » Disseminar evidências produzidas pelo projeto para a gestão, a política e os operadores do SUS em relação ao mapeamento, monitoramento e avaliação da capacidade instalada do SUS em relação aos seus processos de formação dos profissionais de saúde; e
 - » Desenvolver um processo de treinamento técnico no Ministério da Saúde para implementar a abordagem de monitoramento e avaliação identificados no projeto.

Buscando fornecer um enquadramento contextual para o projeto SIMAPES, o presente estudo oferece uma descrição comparativa resumida das características básicas do sistema de saúde brasileiro e de quatro outras nações: Canadá, Alemanha, Espanha e o Reino Unido. Essas nações foram selecionadas para comparação porque: (1) Representam estados federados (Canadá e Alemanha); (2) Têm garantias constitucionais ou legais de acesso universal aos cuidados de saúde (todos as têm); (3) Utilizam formas federadas de organização e prestação de cuidados de saúde; (4) Representam uma variedade de combinações de financiamento público, para-governamental e privado e prestação de serviços de saúde; e, (5) Representam uma variedade de abordagens para a regulamentação e fornecimento de formação para profissionais de saúde.

1.1.3. Síntese das características das nações incluídas no estudo

Para contribuir com o enquadramento deste estudo, a Tabela 1 resume as dimensões das nações incluídas relativas à riqueza nacional, investimento nacional em saúde, investimento privado em saúde e indicadores nacionais de resultados de saúde. Cabe ressaltar que, as formas como o Brasil se destaca das outras quatro nações incluídas neste estudo (conforme ilustrado na Tabela 1) refletem sua condição de nação em desenvolvimento. Em termos de renda nacional, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita médio do Canadá, Alemanha, Espanha e do Reino Unido é aproximadamente 3,2 vezes o do Brasil. A capacidade fiscal de apoiar o bem-estar social de suas populações se reflete em seus investimentos per capita em saúde - a média entre o Canadá, Alemanha, Espanha e o Reino Unido é aproximadamente 4,3 vezes maior do que a do Brasil. Tais condições influenciam ainda o número de médicos por 1.000 habitantes, em que, em média, os quatro países europeus analisados têm 1,24 ou 57 por cento mais médicos por 1.000 habitantes do que o Brasil. Além disso, quando comparados os gastos públicos e os privados em saúde em relação ao montante total de gastos em saúde, o Brasil gasta mais de 2,3 vezes mais do que a média das outras nações com saúde privada.

Tabela 1. Riqueza nacional, investimento em saúde e indicadores de resultados de saúde: indicadores de saúde do Brasil, Canadá, Alemanha, Espanha e Inglaterra.

	Brasil	Canadá	Espanha	Alemanha	Reino Uni-do
População (2018)	209.469.333	37.057.765	82.905.782	46.796.540	66.460.344
Renda per capita (2018)	14.952,00	49.994,00	54.456,00	40.484,00	46.868,00
Médicos/1.000 habitantes (2017/2018)	2,18	2,69	4,25	3,88	2,85
Leitos hospitalares/1.000 habitantes (2012)	2,3	2,7	8,2	3,0	2,8
Gasto com saúde per capita (2017)	929,00	4.755,00	5.033,00	2.506,00	3.859,00
Gasto com saúde (% PIB) (2017)	9,47	10,57	11,25	8,87	9,63
Gastos domésticos privados com saúde (porcentagem dos gastos atuais com saúde) (2017)	58,05	26,28	22,34	29,38	20,58
Expectativa de vida ao nascer (2018)	75,67	81,95	80,99	83,33	81,36
Mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) (2016/17)	60,0	6,6	2,9	3,3	6,5
Mortes por 1.000 nascidos vivos (2017)	13,2	4,5	3,3	2,7	3,9
Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (por 1.000 nascidos vivos) (2018)	14,8	5,0	3,7	3,0	4,3

Fonte: Banco Mundial (2020), OMS (2020), OCDE (2020). Moeda: USD

Os resultados associados a esses investimentos diferenciais em seus sistemas de saúde são refletidos nos indicadores nacionais brutos dos resultados nacionais de saúde: A expecta-

tiva de vida ao nascer no Brasil é de aproximadamente 6,3 anos ou quase 8% menor do que a média das outras nações; a taxa de mortalidade materna é 12,5 vezes maior no Brasil em relação à média das nações europeias; e, a taxa de mortalidade de crianças de 5 anos ou menos é 3,7 vezes maior do que a média das outras nações.

Deve ficar imediatamente claro que existem limitações distintas na capacidade e inclinação do Brasil para efetuar mudanças estruturais e/ou institucionais que podem ser necessárias para aproximar as características dos sistemas de saúde europeus. Em comparação com os outros países incluídos neste estudo, o Brasil é uma nação de baixa renda que parece estar mais comprometida em privatizar a saúde para beneficiar brasileiros de renda média e alta do que em fazer investimentos de renda / riqueza nacional em saúde pública comparáveis aos dos sistemas europeus.

1.1.4. Abordagem e limitações do estudo

Este estudo representa uma revisão comparativa superficial sobre os países objetos do estudo em quatro dimensões gerais da organização e operação de seus sistemas de saúde:

- Características gerais;
- Funções de todos os níveis de governo, atores sem fins lucrativos e para-governamentais e o setor privado com fins lucrativos;
- Características operacionais nos níveis organizacional e individual de análise;
- Características da força de trabalho, formação médica.

As descrições do estudo são baseadas na revisão secundária de pesquisas existentes. As fontes de pesquisa são de dois tipos. O primeiro são artigos de pesquisa que consideram amplamente os sistemas de saúde ou aspectos limitados deles. O segundo são os bancos de dados mantidos por organizações internacionais sobre sistemas de saúde, incluindo os da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Descrições separadas são apresentadas para cada uma das cinco nações objetos da pesquisa nas seções que se seguem. Na subseção final da seção atual, as evidências das descrições separadas são compiladas em uma descrição resumida das nações, objeto da pesquisa.

Além de sua natureza superficial, o estudo é principalmente limitado pela natureza do método de análise secundária. O tipo de evidência disponível sobre os países não é consistente entre as dimensões de interesse no estudo, resultando em lacunas nas comparações que podem ser observadas em algumas dimensões. Além disso, as evidências disponíveis em algumas dimensões são bastante antigas e potencialmente desatualizadas. Em alguns casos, a evidência confiável mais recente é de 2011. A evidência mais recente em qualquer dimensão é de 2019.

1.2. Colocando as nações analisadas em uma tipologia de sistemas de saúde

Para auxiliar na comparação das características dos sistemas de saúde brasileiro, canadense, alemão, espanhol e do Reino Unido, é útil localizá-los em uma tipologia de tais sistemas. As tipologias fornecem quadros conceituais que são úteis como esquemas descritivos e de referência que podem facilitar comparações entre nações. Eles oferecem utilidade para estimular novas perspectivas e abordagens teóricas e o desenvolvimento de hipóteses. Embora existam muitas tipologias disponíveis que foram usadas para classificar o sistema de saúde, a discussão a seguir usará um dos exemplos mais recentes, a tipologia desenvolvida por Böhm, et al. (2013). Essa abordagem foi escolhida porque é simples, direta, inclui dimensões de interesse no estudo atual e é relativamente fácil de utilizar.

1.2.1. A Tipologia de Böhm et al.

A tipologia de Böhm et al. (2013) é construída em uma abordagem que especifica dois conjuntos de hierarquias. Uma hierarquia enquadra as relações entre os atores, enquanto a segunda identifica as relações entre as formas de ação encontradas nos sistemas de saúde. Em sua ordem hierárquica, os três atores envolvidos nas abordagens nacionais de saúde são o Estado, a sociedade e os atores privados. Novamente, em ordem hierárquica, as dimensões de ação nos sistemas de saúde são regulações, financiamento e prestação de serviços. A tipologia de Böhm et al. (2013) é amplamente orientada pela extensão do envolvimento de cada ator em cada uma das três áreas de ação do sistema de saúde. Com base nessas considerações, esta tipologia identifica cinco tipos de abordagens nacionais de saúde descritos no Quadro 1:

Quadro 1: Nações analisadas segundo a Tipologia de Böhm et al. (2013)

Tipologia	Descrição	Nações adotantes
Serviço nacional de saúde	A regulação, o financiamento e a prestação de serviço são controlados pelo estado. Nas nações classificadas como tal, o estado é responsável por regular as relações entre os atores da saúde. Na maioria dos sistemas, há uma margem de manobra limitada para a escolha dos prestadores de serviços, e as decisões dos atores privados estão envolvidas apenas em termos de acesso do paciente aos serviços. Atores sociais, como associações de médicos, têm algum controle regulatório ao determinar o acesso dos fornecedores aos mercados e negociar a remuneração. Ainda assim, no tipo de serviço nacional de saúde as estruturas regulatórias formais confirmam o papel dominante do estado. Em termos de financiamento e prestação de serviços, embora possam ser encontradas variações entre os estados dos serviços nacionais de saúde em termos dos papéis relativos dos atores no financiamento e na prestação de serviços, o estado desempenha claramente o papel principal e define a natureza do financiamento.	Espanha Reino Unido

Seguro nacional de saúde	Esses sistemas combinam estruturas regulatórias e financiamento através de impostos dos sistemas nacionais de saúde com prestação de serviços predominantemente privada. Embora o estado seja responsável por regularizar a relação entre provedores, pagadores e pacientes, há margem de manobra para os pacientes escolherem médicos, ou hospitais da sociedade ou privados. A parcela do financiamento privado geralmente é inferior a 33% do custo total. Embora o gasto tributário domine nesse grupo de países, a maior parcela do gasto privado e o papel mais importante do seguro privado o distinguem dos modelos de sistema nacional de saúde. A diferença decisiva está na prestação de serviços, em grande parte em mãos privadas. Os hospitais privados ou sociais apresentam uma parcela maior do estoque total de leitos hospitalares desse tipo em comparação com os sistemas nacionais de saúde. No entanto, na maioria das nações deste grupo, os leitos de hospitais públicos ainda superam os leitos de propriedade privada e social.	Canadá
Seguro social de saúde	Nesse tipo, os atores sociais desempenham um papel dominante na regulamentação e no financiamento da saúde, com serviços prestados por provedores privados com fins lucrativos. No entanto, o estado detém um papel regulador importante e há escolha individual na seleção de fundos de pagamento para-governamentais. Ainda assim, os atores sociais corporativos desempenham um papel central neste tipo.	Alemanha
Sistema privado de saúde	As características centrais de um sistema de saúde privado são a coordenação pelos atores do mercado, fontes de financiamento privado e provedores de serviços com fins lucrativos. Até o início do século 20, esse era o tipo mais comum. No entanto, foi suplantado pela abordagem corporativista de seguro social de saúde. Desde 1996, o sistema privado prevaleceu apenas em um país da OCDE, os Estados Unidos. Todavia, mesmo nos EUA, o pagamento público de serviços por meio de uma variedade de mecanismos representa a maioria dos custos gerais do sistema de saúde e o estado regula a prestação de serviços para um quarto da população. Alguns atores sociais também desempenham papéis importantes no sistema de saúde.	Nenhuma nação no estudo atual é exemplo desse tipo.
Seguro social estatista de saúde	Böhm, et al. (2013) argumentam que este tipo é o único sistema completamente misto. É caracterizado por uma hierarquização clara das três dimensões dos atores, sendo o Estado responsável pela regulação do sistema, o financiamento organizado pelos atores sociais e a prestação delegada a entidades privadas. Os países da Europa Central e Oriental, bem como o Japão e a Coréia, estão incluídos neste grupo.	Nenhuma nação no estudo atual é exemplo desse tipo.

Fonte: Adaptado de Böhm *et al* (2013).

O sistema de saúde brasileiro desafia uma classificação clara de acordo com os termos da tipologia de Böhm, *et al.* (2013). A descrição mais adequada pode ser a de que o Brasil representa um híbrido dos tipos de seguro saúde nacional e sistema privado de saúde, com o componente privado do sistema geral em rápida ascendência.

1.3. Visão geral dos sistemas de saúde das cinco nações

Brasil, Canadá, Alemanha, Espanha e o Reino Unido têm sistemas de saúde baseados na cobertura universal para todos os cidadãos. No entanto, os cinco países variam na estrutura e organização de seus sistemas de saúde, no papel que seus governos desempenham na regulamentação e na prestação de serviços de saúde e nas características de suas forças de trabalho em saúde.

1.4. Brasil

1.4.1. Características gerais

O sistema universal de saúde do Brasil, o 'Sistema Único de Saúde' (SUS), foi estabelecido em 1990 com base em uma garantia incluída na Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito humano. Todos os brasileiros são elegíveis para receber atendimento pelo SUS, sistema público que dá ênfase à atenção básica. O SUS mantém cinco Redes de Serviços de Saúde, sendo uma Rede de Urgência e Emergência, uma Rede Materno Infantil, uma Rede de Doenças Crônicas, uma Rede Psicossocial e uma Rede de Portadores de Necessidades Especiais. Embora aproximadamente 75 por cento dos brasileiros recebem cobertura de saúde exclusivamente pelo SUS, o Brasil também mantém um sistema de saúde privado, ou "suplementar" garantidos por planos privados. Hoje, o sistema de saúde do Brasil está fragmentado nas linhas público/privado, com diferenças substanciais entre os dois sistemas.

O SUS é um sistema descentralizado, com os estados e municípios com grande responsabilidade pelo seu financiamento e gestão. A criação do SUS incluiu um mandato para que cada um dos municípios brasileiros formasse um departamento de saúde responsável pela administração de unidades de saúde e gestão de serviços de saúde. A criação desses departamentos trouxe a saúde ao alcance de mais brasileiros, principalmente aqueles em áreas remotas. O sistema também envolveu a criação de 'regiões de saúde', que integram a organização e o planejamento dos serviços e ações de saúde, o desenvolvimento de diretrizes para o planejamento integrado em saúde e a constituição de conselhos gestores regionais coordenados pelas secretarias estaduais de saúde em parceria com as prefeituras municipais. Várias agências foram estabelecidas para fornecer supervisão e controle dos dois sistemas de saúde do Brasil. Isso inclui a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que fiscaliza e controla os serviços e produtos em nível nacional, e a Agência Nacional de Saúde, que regula e supervisiona a saúde privada.

1.4.2. Financiamento

O SUS recebe apoio financeiro de uma combinação de recursos dos governos federal, estadual e municipal. As responsabilidades de financiamento federal, estadual e municipal especificadas constitucionalmente para o SUS incluem: 15% da receita anual para os municípios, 12% para os estados e uma parcela federal de acordo com o crescimento do PIB nacional. Uma emenda constitucional de 2016 limitou as despesas federais para os anos de 2018 a 2032 ao valor gasto em 2017 (corrigido pela inflação), os gastos federais com saúde em 2017 representaram 15% de sua receita líquida.

Como o Brasil também tem um sistema de saúde privado, o país tem efetivamente dois sistemas de financiamento para a saúde: um público e outro privado. Atualmente, os gastos do sistema privado são 25% superiores aos do SUS, apesar de cobrir apenas um quarto da população brasileira. O financiamento do setor privado de saúde vem de pagamentos feitos por indivíduos e famílias (48%) e por empregadores, que cobrem 52% do custo como um benefício de emprego para os empregados.

Embora o SUS tenha feito um progresso substancial na redução de barreiras ao atendimento, reduzindo disparidades e melhorando os resultados de saúde, as reduções de financiamento nos últimos cinco anos ameaçaram a sustentabilidade dos sistemas. Como os municípios são responsáveis por financiar e administrar seus departamentos de saúde, as disparidades entre seus recursos também representam um desafio. Tais disparidades de recursos levam a disparidades na qualidade e no acesso aos serviços de saúde - e resultados de saúde - pelos municípios. Em outras palavras, municípios com poucos recursos podem enfrentar dificuldades para alcançar resultados de saúde comparáveis aos de municípios com maiores recursos.

1.4.3. Características da força de trabalho e formação médica

Os recursos humanos limitados representam um grande desafio para a qualidade e a prestação dos serviços públicos de saúde no Brasil. Em 2018, o Brasil tinha uma densidade de médicos de 2,18 por 1.000 habitantes. Embora seja um aumento notável em relação ao nível populacional de 1,75 por 1.000 em 2010, ainda é muito menor do que as outras nações incluídas no estudo atual. Dentro desse número nacional geral, há uma disparidade substancial entre os sistemas público e privado. Em 2010, o SUS tinha 1,03 médicos por 1.000 atendidos em comparação com 3,89 médicos privados por 1.000 atendidos. Embora o SUS tenha sido criado com a missão de diminuir as disparidades de saúde e melhorar o acesso à saúde para todos os brasileiros, a densidade de médicos do SUS particularmente baixa torna o cumprimento dessa meta um desafio. Além disso, a densidade de médicos é maior nas áreas urbanas e desenvolvidas

do Brasil, fazendo com que os brasileiros das áreas rurais e menos desenvolvidas enfrentem maiores barreiras à saúde.

Em 2013, o Brasil introduziu o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de aumentar a densidade de médicos do Brasil e melhorar a formação de profissionais da atenção básica. O programa recrutou médicos estrangeiros, trazendo 18 mil médicos ao país. Esses médicos, principalmente de Cuba, foram alocados em áreas rurais e outras carentes.

As crescentes disparidades entre os sistemas público e privado também podem ser observadas no número de escolas médicas brasileiras sediadas em instituições públicas e privadas. Em 2010, havia 185 escolas médicas no Brasil. O número de faculdades de medicina cresceu desde então, impulsionado principalmente pela abertura de instituições privadas. Em 2017, eram 289 escolas médicas, com mais de 29 mil vagas. Dessas escolas, 35% estavam em universidades públicas e 65% em escolas médicas privadas. Em 2019, a proporção de programas médicos privados havia crescido para cerca de 80% do total.

O Ministério da Educação do Brasil é responsável por garantir os padrões de educação nas escolas de medicina do Brasil. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Brasil, promulgadas em 2001, enfatizam a formação humanística, generalista, ética, crítica e reflexiva, voltada principalmente para o nível de atenção primária. A implantação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde) deu ênfase à capacitação prática dos profissionais de saúde. O programa introduziu um modelo de formação que emparelha grupos de alunos com preceptores, que trabalham com os alunos em ambientes práticos. As faculdades de medicina não são obrigadas a participar do Pet Saúde, mas aquelas que o fazem recebem ajuda financeira do governo.

A educação médica no Brasil requer seis anos de atividades teóricas e práticas em tempo integral. Embora o sistema de educação médica não exija que os graduados concluam a residência, muitos médicos brasileiros optam por fazê-lo. Os programas de residência brasileira têm duração de três anos e são supervisionados e credenciados pelo Comitê Nacional de Residência Médica. O PMM iniciou esforços para expandir os programas de residência médica do Brasil, bem como esforços para aumentar as oportunidades de acesso ao ensino de graduação em medicina. No entanto, esses esforços foram paralisados em 2016 por políticas implementadas por uma nova administração presidencial.

1.5. Canadá

1.5.1. Características gerais

O Canadá utiliza um modelo de saúde de pagador único (comumente referido como 'Medicare') de hospitais gerais e serviços médicos baseados em instituições privadas. O país usa uma estratégia de regulação nacional subdividida em estratégias provinciais, com responsabilidade regulatória compartilhada entre os governos federal, provincial e territorial. Os planos de saúde provinciais estão sujeitos ao Canada Health Act (CHA), que especifica os padrões para hospitais, diagnósticos e serviços médicos. Embora as províncias do Canadá sejam as principais responsáveis pelo financiamento e administração da saúde, o governo federal administra os serviços de saúde para certas populações, incluindo Primeiras Nações e povos Inuit, veteranos e membros das forças armadas, refugiados e prisioneiros. O governo federal também tem jurisdição sobre a regulamentação de medicamentos prescritos e é amplamente responsável pela saúde pública, pesquisa em saúde e gerenciamento do sistema de informação.

A maioria das províncias do Canadá usa um sistema de "autoridades regionais de saúde" (RHAs), que gerenciam serviços com financiamento público e prestados localmente, incluindo hospitais, comunidade e cuidados de longo prazo, serviços de saúde mental e serviços de saúde pública. Alguns RHAs prestam serviços diretamente, enquanto outros contratam organizações prestadoras de serviços de saúde externa. RHAs visam melhorar a continuidade dos cuidados e redução dos custos de saúde, promovendo cuidados preventivos e serviços baseados na comunidade comparativamente mais baratos (em comparação com cuidados hospitalares).

1.5.2. Financiamento

Embora o governo federal desempenhe um amplo papel no Canadá, a responsabilidade primária pelo financiamento e administração da saúde é das províncias do país. Para receber assistência de financiamento federal total, os planos de seguro provinciais devem ser administrados publicamente e devem fornecer cobertura abrangente. As províncias do Canadá pagam por cuidados hospitalares e definem taxas para pagamentos de médicos. A maioria dos médicos canadenses têm consultórios particulares, mas seus serviços são geralmente pagos pelos ministérios da saúde provinciais usando uma taxa pelo modelo de serviço.

1.5.3. Características da força de trabalho e formação médica

Em 2018, o Canadá tinha uma densidade de médicos de 2,69 por 1.000 pessoas, sendo relativamente baixa para um país de alta renda. Como acontece em muitos países, a força de trabalho canadense em saúde está concentrada em áreas com densidades populacionais mais

altas. Isso representa um desafio particular para as províncias mais remotas do Canadá, cujas comunidades isoladas tendem a depender de enfermeiras para cuidados de saúde primários. Os governos provinciais e territoriais têm feito esforços para abordar a escassez de recursos humanos no setor de saúde, incluindo a implementação de políticas que resultaram em salários mais altos para os profissionais de saúde.

As províncias canadenses têm jurisdição sobre a educação, incluindo formação médica. A educação canadense é financiada principalmente com recursos públicos, e as províncias determinam quanto de seus orçamentos deve ser alocado para a educação profissional de saúde pós-secundária. Atualmente, existem 17 programas de doutoramento médico em universidades canadenses. Eles são supervisionados e credenciados pelo *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. A maioria dos programas de graduação médica exige quatro anos de estudo (embora alguns exijam três), seguidos por um programa de residência de dois a quatro anos, dependendo da especialidade. As enfermeiras canadenses devem obter o diploma de bacharel de quatro anos, com as enfermeiras obtendo um ano a mais de dois anos de formação adicional. Os profissionais de enfermagem desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde canadenses, particularmente nas áreas rurais. Em muitos casos, os profissionais de enfermagem desempenham o papel de médicos de família, tornando sua educação e formação uma questão importante para os formuladores de políticas.

1.6. Alemanha

1.6.1. Características gerais

A Alemanha oferece uma garantia universal de cuidados de saúde com base no conceito de “governo autônomo conjunto”. O sistema utiliza uma abordagem *quasi-governmental*, com os estados e entidades não governamentais - como sociedades de especialidades e outros grupos profissionais - estabelecendo padrões dentro de uma estrutura legal federal. Todos os cidadãos alemães e residentes permanentes são obrigados por lei a ter seguro saúde, seja por meio do sistema de seguro saúde legal (SHI) ou por meio de um provedor privado. O SHI é composto por contribuintes concorrentes, sem fins lucrativos e não governamentais de seguro saúde, chamados de “fundos de doença”, que funcionam efetivamente como entidades paragovernamentais. Em 2016, havia 118 fundos de doença e mais de 80% da população alemã é segurada pelo sistema SHI.

O sistema de saúde da Alemanha opera usando tomadas de decisão integradas vertical e horizontalmente, com comitês conjuntos selecionados democraticamente de associações

de pagadores e fornecedores que definem benefícios, preços e padrões em nível federal, e pagadores e fornecedores corporativos ou paragovernamentais, negociando contratos e regulamentando seus membros a nível regional. A prestação de serviços de saúde é regulada principalmente por associações autônomas e associações de provedores. As associações de caixas de doença e associações de médicos filiados ao SHI funcionam como corporações semigovernamentais com estruturas autorreguladas com base na filiação obrigatória e em processos democráticos. Essas associações gerenciam o financiamento e a entrega dos benefícios cobertos pela SHI.

A Assembleia Federal, o Conselho Federal e o Ministério Federal da Saúde da Alemanha desempenham papéis centrais no sistema de saúde do país. O Ministério da Saúde é composto por seis departamentos, incluindo: 1) Departamento Z: departamento central, política de saúde europeia e internacional; 2) Departamento G: questões políticas fundamentais e telemática; 3) Departamento 1: produtos farmacêuticos, dispositivos médicos e biotecnologia; 4) Departamento 2: prestação de cuidados de saúde e SHI; 5) Departamento 3: proteção à saúde, controle de doenças e biomedicina; e 6) Departamento 4: seguro de cuidados de longa duração e prevenção. No nível estadual, a política de saúde e a gestão de programas são geralmente combinadas com a gestão de outros assuntos, tais como assuntos trabalhistas, assuntos sociais, assuntos familiares e juvenis, assuntos ambientais ou proteção ao consumidor.

1.6.2. Financiamento

A prestação de serviços de saúde na Alemanha é apoiada por investimentos públicos em componentes essenciais da infraestrutura do sistema de saúde. A maioria dos hospitais universitários é propriedade dos estados e cerca de metade de todos os leitos hospitalares são propriedade dos municípios. No entanto, os vários níveis do governo alemão desempenham um pequeno papel no financiamento direto da saúde ou na prestação de serviços. Em vez disso, são administrados por associações de caixas de doença e associações de provedores. Os fundos de doença são obrigados a cobrar contribuições obrigatórias de seus membros, que são geralmente divididas entre empregadores e empregados. Essas contribuições são então transferidas para um *Pool Central de Realocação*, que as redistribui entre todos os fundos de doença após fazer ajustes para o risco.

1.6.3. Características da força de trabalho e formação médica

Os trabalhadores da saúde representam 11% da força de trabalho alemã. Em 2017, a Alemanha tinha uma densidade de médicos de 4,25 por 1.000 habitantes - a maior das nações incluídas neste estudo. No entanto, a densidade de médicos de atenção primária era de apenas 1,00 por 1.000 habitantes.

Os governos federal e estadual e as associações profissionais são responsáveis pela formação dos profissionais de saúde alemães. A Alemanha tem padrões nacionais para o ensino médico, farmacêutico e de enfermagem, e a lei federal alemã define currículos uniformes para a maioria das profissões da saúde. Os Estados são responsáveis pelo financiamento e regulamentação da educação, bem como pelo registro e supervisão das profissões da saúde.

A formação primária da maioria dos profissionais de saúde não acadêmicos geralmente requer um diploma avançado de 3 anos após o ensino médio. Os diplomas universitários de profissionais de saúde normalmente requerem entre quatro (farmácia) e seis (medicina) anos de estudo. Os requisitos federais de educação visam promover inovações na prática e no ensino baseado na comunidade, e os fundos de doença apoiam a formação baseada na prática em hospitais com os quais eles têm contratos. Para trabalhar como médicos credenciados pelo SHI em prática privada, os formados em medicina são obrigados a se especializar em uma das 37 especialidades médicas. No entanto, a especialização é opcional para outras profissões da saúde, como enfermagem ou odontologia. Os profissionais de saúde afiliados ao SHI que trabalham em atendimento ambulatorial também são obrigados a participar de educação continuada e devem apresentar evidências de desenvolvimento profissional aceitável a cada cinco anos.

1.7. *Espanha*

1.7.1. Características gerais

A Espanha tem um sistema de saúde nacional universal composto por três subsistemas: 1) um sistema de saúde nacional universal, 'Sistema Nacional de Salud', ou 'SNS'; 2) Fundos Mútuos (MFs) que atendem a funcionários públicos, membros das Forças Armadas e do Judiciário; e, 3) Mutualidades conhecidas como 'Colaboração Mutualidades com Segurança Social' (MCSS), que prestam assistência em acidentes e doenças ocupacionais. O SNS é baseado nos princípios de universalidade, acesso gratuito, equidade e justiça de financiamento, com a maioria dos seus serviços fornecidos gratuitamente. A cobertura do SNS é garantida aos trabalhadores que contribuem para o sistema de previdência social, seus dependentes, aposentados e desempregados. Os imigrantes sem documentos não são cobertos por este sistema.

Em 2001, a administração do SNS foi descentralizada e passou a ser responsabilidade das regiões da Espanha, ou 'Comunidades Autônomas' (ACs). A legislação subsequente aumentou a autonomia que os ACs têm sobre a gestão e prestação de cuidados de saúde. No entanto, os regulamentos federais ainda definem categorias de serviços e descrevem quais serviços devem ser totalmente cobertos sem custo para o paciente. As categorias de serviço

são o 'pacote comum' (posteriormente categorizado em um pacote principal, um pacote suplementar e serviços acessórios) e 'pacotes complementares'. O pacote comum é semelhante a todas as autoridades provedoras de serviços SNS, com um pacote básico que inclui cuidados preventivos, cuidados primários abrangentes, diagnóstico, tratamento e serviços de reabilitação e transporte médico de emergência.

Em 2014, 2,2 milhões de espanhóis eram assegurados pelos MFs, o sistema reservado para funcionários públicos, membros das forças armadas e do judiciário. As pessoas cobertas por MFs têm a opção de selecionar serviços do setor público ou privado. A grande maioria - 80% - escolhe os serviços do setor privado.

O subsistema MCSS, que presta assistência em acidentes e doenças profissionais, é gerido pela Segurança Social pública espanhola. O monitoramento e o controle dos provedores de MCSS são da competência do Instituto Nacional de Seguro Social e das associações de fiscalização de AC.

Embora quase todos os espanhóis sejam cobertos pelo SNS, 20% também possuem um plano de seguro saúde voluntário. A maioria dos que optam por adquirir cobertura privada o faz para obter acesso mais rápido para determinados serviços. Em 2015, os gastos com seguro saúde privado representavam apenas 4,3% dos gastos com saúde do país.

1.7.2. Financiamento

Os três subsistemas da Espanha variam em seus modelos de financiamento. O SNS é financiado principalmente por fontes fiscais nacionais. O governo espanhol transfere receitas fiscais e define subsídios de nivelamento para o sistema de saúde público de acordo com fórmulas baseadas na necessidade estabelecidas em 2001. A legislação aprovada entre 2004 e 2010 incluiu o estabelecimento do Quadro de Regulamentação de Financiamento do AC, que transferiu alguma capacidade de regulamentação de tributação para o nível regional. Isso aumentou a capacidade dos ACs para a gestão de saúde pública e permitiu a expansão de serviços, redes de atenção e a força de trabalho de saúde. Embora a maioria dos serviços de saúde fornecidos pelo SNS não estejam sujeitos à divisão de custos (incluindo serviços incluídos no pacote básico comum), os usuários podem estar sujeitos a co-pagamentos em prescrições farmacêuticas e dispositivos ortoprotéticos fornecidos no pacote comum suplementar. Em contraste com o SNS, o MF é financiado por contribuições do governo central da Espanha e de funcionários públicos, cujas contribuições representam pelo menos 15% do orçamento. A MCSS usa um modelo diferente, captando recursos por meio de contribuições de empresas. O sistema de Segurança Social da Espanha coleta esses fundos e os transfere para entidades associadas.

1.7.3. Características da força de trabalho e formação médica

Em 2017, a Espanha possuía uma densidade de médicos de 3,88 por 1.000 habitantes - um número acima da média da UE. Naquele mesmo ano, 92 por cento dos médicos e 90 por cento das enfermeiras em cuidados especializados trabalhavam para o SNS. A densidade de provedores varia por AC e por especialidade, com provedores de atenção primária variando em densidade de 0,63 a 1,10 por 1.000 segurados. Em 2017, a densidade nacional de médicos de atenção primária era de 0,76 por 1.000.

As universidades espanholas são responsáveis pela educação médica que antecede a residência. Como em todos os países da UE, os diplomas universitários espanhóis têm regulamentação pública. Dessa forma, o governo central da Espanha regula o sistema de residências do país (RS), por meio do qual a maioria dos médicos busca uma especialização. O Conselho Nacional de Especialidades Médicas (NCMS) e a Comissão Nacional de Especialidades (NSC) são responsáveis pelo quadro regulamentar das especialidades médicas espanholas. O Ministério da Saúde é o principal responsável pela formação de médicos especialistas. A formação para enfermeiros, que podem ser cursados em nível de graduação, mestrado ou doutorado, segue as diretrizes estabelecidas pela Agência Nacional de Qualidade da Espanha.

1.8. **O Reino Unido**

1.8.1. Características gerais

Desde 1948, o Reino Unido possui um sistema de saúde pública universal. O Sistema Nacional de Saúde, ou 'NHS', é um sistema nacional que oferece serviços de saúde localmente. Com o tempo, o sistema evoluiu para uma dependência crescente do setor privado. No entanto, ele ainda é controlado por meio de uma estrutura governamental que inclui características regulatórias centralizadas (no Reino Unido) e descentralizadas (na Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales). O Ministério da Saúde do Reino Unido é responsável pela gestão da saúde inglesa e por alguns regulamentos em todo o Reino Unido. Ele coordena regularmente com as administrações nacionais de saúde na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, cujos sistemas de saúde são supervisionados, principalmente pelo Secretário do Gabinete Escocês para Saúde e Bem-estar, o Departamento de Saúde e Serviços Sociais Galês e o Departamento de Saúde, Serviços Sociais e Públicos Segurança da Irlanda do Norte, respectivamente. O sistema de saúde no Reino Unido não opera sob um único sistema e a extensão da descentralização varia entre os países membros.

1.8.2. Financiamento

O sistema de saúde do Reino Unido inclui setores privados e sem fins lucrativos. Aproximadamente 80 por cento do custo do NHS é financiado por impostos gerais. Isso é complementado por Contribuições para o Seguro Nacional (NICs). O financiamento do NHS é definido pelo governo central do Reino Unido, que estima a receita que o NHS receberá de fontes como: taxas de uso, seguro nacional e tributação geral. Se o Seguro Nacional ou os encargos com os pacientes levantarem menos financiamento para o NHS do que originalmente estimado, os fundos da tributação geral são usados para garantir que o NHS receba o nível de financiamento que foi originalmente alocado.

Os pacientes podem optar por procurar atendimento em prestadores privados, que às vezes são contratados pelo NHS. Como é o caso na Espanha, as pessoas que residem no Reino Unido que optam por procurar atendimento privado geralmente o fazem para evitar longos períodos de espera. Aqueles que procuram atendimento privado no Reino Unido pagam taxas diretas ou usam seguro privado. Alguns hospitais públicos do NHS também oferecem serviços privados para pacientes pagantes, embora a receita que podem receber desses serviços seja limitada conforme as políticas nacionais.

1.8.3. Características da força de trabalho e formação médica

Em 2018, o Reino Unido tinha uma densidade de médicos de 2,85 por 1.000 pessoas, com uma densidade de médicos de atenção primária de apenas 0,75 por 1.000 pessoas. Embora o número de médicos no Reino Unido tenha crescido nas últimas duas décadas e meia, ele possui uma das menores densidades de médicos da Europa.

A educação e a formação médica no Reino Unido requerem cinco anos de estudos de graduação. Após se formar em uma das 34 escolas médicas credenciadas do Reino Unido, os formandos entram em um programa básico de dois anos e são colocados em estabelecimentos de saúde. A formação especializada, que envolve de cinco a sete anos de formação no hospital, começa após a conclusão do programa básico de dois anos. Após concluir a formação, os profissionais de saúde no Reino Unido são obrigados a participar do desenvolvimento profissional continuado para manter sua licença para exercer a profissão.

As entidades designadas legalmente definem padrões para educação e formação médica no Reino Unido, incluindo requisitos para o desenvolvimento profissional continuado e revalidação da competência profissional dos médicos. A maioria dos profissionais de saúde é regulamentada por esses órgãos, que protegem e promovem a segurança pública, estabelecendo padrões de comportamento profissional, educação e ética que os profissionais de saúde devem seguir. Os principais reguladores da força de trabalho em saúde incluem, mas não estão

limitados a: Conselho Geral de Medicina, que regula os médicos no Reino Unido; o Conselho de Enfermagem e Obstetrícia, que regulamenta enfermeiras, parteiras e agentes de saúde no Reino Unido; o Conselho Geral de Odontologia, que regulamenta os dentistas em todo o Reino Unido; e o Conselho Geral de Farmácia, que regula os farmacêuticos e técnicos de farmácia e registra as farmácias na Inglaterra, País de Gales e Escócia.

Os próximos capítulos dedicam-se ao detalhamento dos sistemas de saúde adotados nas nações estudadas.

2. Referências da Introdução e Resumo

- Allin, S and Rudoler, D. (2020). The Canadian Healthcare System. New York: The Commonwealth Fund.
- Almeida-Filho, N. (2011). Higher education and healthcare in Brazil. *The Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60326-7.
- Avanzas, P., Pascual, I and Moris, C. (2017). The great challenge of the public health system in Spain. *Journal of Thoracic Disease*, 9(Sup 6): S430-S433.
- Bernal-Delgado, E et al (2018). Spain: Health System Review 2018. *Health Systems in Transition*, 20(2):1-179.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R. and Landwehr, C. (2013). Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113, 258-269.
- Busse R, and Blümel, M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2):1-296.
- Busse R, and Blümel, M. (2020). The German Healthcare System. New York: The Commonwealth Fund.
- Castro, M.C et al. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7.
- CIHI (2010). National Health Expenditure Trends. Ottawa, CA: Canadian Institute for Health Information, retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/NHEX_percent20Trends_percent20Report_percent202010_final_ENG_web.pdf
- CIHI (2011). Canada's healthcare providers, 2000 to 2009: a reference guide. Ottawa, CA: Canadian Institute for Health Information.
- Costa, N.R. (2017). Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4): 1065-1074.
- Cylus, J et al (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(5): 1-125.
- DIS (2018). Análisis de Situación de la Sanidad Privada. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, retrieved from <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-desituacion-de-la-sanidad-privada/private-healthcare-adding-value-situation-analysis-2018>.
- Falavigna,A., Canabarro, C.T., and Medeiros, G.S. (2013). Health System and Medical Education in Brazil: History, Principles, and Organization. *World Neurosurg*, 80(6): 723-727.
- Freire,J.M., Infante A., de Aguiar, A.C., and Carbajo, P. (2015). An analysis of the medical specialty training system in Spain. *Human Resources for Health*. 2015, 13:42. DOI: 10.1186/s12960-015-0038-y.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., and Tobar, S. (2012). Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Ministerio

da Saúde Brazil.

Government of Canada (2019). Canada's Healthcare System. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reportspublications/health-care-system/canada.html>.

Grosios, K., Gahan, P.B., and Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the U.K.. EPMA Journal, 1(4): 529-534.

Marchildon, G.P. (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(1): 1 - 179.

Massuda A et al. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, doi:10.1136/bmjgh2018-000829.

NCBI Bookshelf (2018). Healthcare in Germany: The German healthcare system. Washington, DC: National Institutes of Health. Noronha, J.C., Noronha, G.S., Pereira, T.R. & Costa, A.M. (xxxx). The future of the Brazilian Health System: a short review of its pathways towards an uncertain and discouraging horizon. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 2051-2060.

Novaretti, M.C.Z., Cwiek, M.A., and Barbosa, A.P. (2018). Chapter 9: Brazil. In J.A. Johnson, C.H. Stoskopf & Leiyu Shi (Eds.), *Comparative Health Systems: A Global Perspective*, Second Edition, 149-167. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

OECD (2020). OECD.Stat. Organization for Economic Co-Operation and Development, retrieved from <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177>.

Ortega, M.C.B et al. (2015). Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3):404-10.

Palmer, B. (2019). Is the number of GPs falling across the U.K.? London: Nuffield Trust, retrieved from <https://www.nuffieldtrust.org.UK/news-item/is-the-number-of-gps-falling-acrossthe-U.K>.

Pérez-Cantó, V., Maciá-Soler, L. and González-Chordá, V.M. (2019). User satisfaction in the spanish health system: trend analysis. *Revista De Saúde Pública*, 53, 87, <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001506>.

Pinto, H.A et al. (2019). The More Doctors Program and the changing role of the State in the regulation and organization of medical education. *comunicação, saúde, educação*, 23(Supl. 1): 1-15.

Reibling, N., Ariaans, M., and Wendt, C. (2019). Worlds of Healthcare: A Healthcare System Typology of OECD Countries. *Health Policy*, 123, 611-620.

Thorlby, R. and Arora, S. (2020). The English Healthcare System. New York: The Commonwealth Fund.

Toth, F. (2016). Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy*, 120(5): 535-543.

World Bank (2020). Data. Washington, DC: The World Bank, retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=ES>

W.H.O. (2019). European Health for All database (HFA-DB). New York: World Health Organization, retrieved from <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-healthfor-all-database/>

3. O sistema de saúde brasileiro

3.1. Visão geral do sistema de saúde brasileiro e o papel do governo

O Brasil tem um sistema de saúde pública descentralizado e universal que é financiado por meio de contribuições do governo federal e dos governos estaduais e municipais. A administração e prestação de cuidados é responsabilidade dos mais de 5.500 municípios da nação e dos 26 estados. Todos os residentes e visitantes, incluindo indivíduos sem documentos, têm acesso a serviços gratuitos e abrangentes, incluindo especialidade primária, ambulatorial, saúde mental, e cuidados hospitalares, bem como cobertura de medicamentos receitados. Não há coparticipação de custos para os serviços de saúde. O Brasil também possui um grande sistema privado de saúde. Cerca de 23% dos brasileiros adquirem seguros de saúde privados. Aqueles que optam por fazer são principalmente os de rendimento médio e superior e adquirem seguros privados para evitar atrasos no acesso aos cuidados. Os custos dos seguros de saúde privados são partilhados entre empregadores e indivíduos. Estes custos, bem como outras despesas relacionadas com a saúde, geralmente qualificam-se como deduções fiscais.

A Constituição Federal de 1988 (CF) estabeleceu a saúde como um direito humano para os brasileiros e como uma componente importante do contrato social da nação. A CF empurrou o país para a direção de um sistema de saúde completamente novo, afirmando a responsabilidade do Estado em fornecer cuidados de saúde a todos os brasileiros e fornecer a plataforma política para um sistema de saúde universal e unificado que ficaria conhecido como *Sistema Único de Saúde* (SUS). Para além da universalidade, o novo sistema representava os traços centrais de equidade, abrangência e descentralização de cuidados de saúde. O SUS, criado em 1990, tem sido amplamente reconhecido como um exemplo de sucesso, reforma do sistema de saúde na América Latina, e tem desempenhado um papel na redemocratização do Brasil e no restabelecimento dos direitos dos cidadãos. Reformas na governança do sistema de saúde e expansão da atenção primária à saúde (APS) têm contribuído para grandes melhorias na cobertura dos serviços de saúde e acesso, e resultados em matéria de saúde.

O objetivo prático de estabelecer a responsabilidade do Estado pela saúde era melhorar os resultados de saúde de um sistema que antes era altamente fragmentado e caracterizado por amplas desigualdades no acesso à saúde e aos resultados da saúde. O SUS trouxe avanços importantes na organização da saúde, na cooperação entre os setores público e privado e na participação social no controle das políticas e serviços. Com o estabelecimento do SUS, os cuidados de saúde no Brasil foram segmentados em dois domínios de assistência distintos: o SUS, que está disponível para todos os brasileiros e enfatiza os cuidados primários, e um sistema privado de saúde para brasileiros segurados por planos de saúde. Desde o estabelecimento

desta divisão, o sistema de saúde brasileiro evoluiu essencialmente para dois sistemas substancialmente diferentes. Isto deve-se, em grande medida, a uma incapacidade do governo para garantir os compromissos com o direito de igualdade de acesso a cuidados de saúde incorporados na CF. A expansão do acesso universal aos cuidados de saúde no Brasil deve ser avaliada como coincidindo com a evolução de um sistema de saúde segmentado, constituído por um sistema público financiado, nacional e com um sistema de pagamento único e um sistema de saúde do setor privado a que se accede principalmente através de grupos de rendimento médio e alto e pagos com pagamentos diretos e seguros privados. O Quadro 2 resume as diferenças essenciais entre o SUS e o sistema de saúde privados no Brasil.

Quadro 2. Diferenças entre o SUS e o sistema privado de saúde no Brasil, pós-1990

	Saúde Pública (SUS)	Saúde Privada
Cobertura populacional	Todos os indivíduos em solo brasileiro (cidadãos ou não)	Exclusivamente para assinantes do plano de saúde
Foco	Atenção primária, incluindo cuidados hospitalares	Atendimento ambulatorial e hospitalar
Financiamento	Recursos Fiscais Federais, Estaduais e Municipais	Pagamentos individuais e do empregador
Gestão	Tripartite - Governos Federal, estaduais e municipais	Direcionado por funções (provedores e pagadores)
Vigilância Sanitária	Sim	Não
Assistência Farmacêutica	Sim, para saúde primária	Apenas para internação
Alcance	Responsabilidade total de alto custo terapêutico, procedimentos e transplantes	Restrito a terapêuticos em uma lista de tratamentos e procedimentos, revisados periodicamente
Investimentos em infraestrutura	Baixo	Alto
Investimentos em Tecnologia	Baixo	Alto
Compensação por Profissional da Saúde	Baixo - Causando redução de eficiência e alta rotação pessoal	Adequado para mudanças de mercado

Fonte: Novaretti, et al., 2018.

Desde que o SUS foi criado em 1990, ele tem feito progressos consistentes em direção à universalização e saúde integral à disposição dos brasileiros, reduzindo as desigualdades no acesso à saúde, e alcançando melhores resultados de saúde. No entanto, em resposta a uma deterioração dos resultados econômicos durante um longo período, o SUS tem sido recentemente desafiado pela austeridade, medidas resultantes de uma alteração constitucional de

2016 que impôs um limite ao crescimento de despesas públicas, ameaçando assim a expansão e sustentabilidade do SUS, com potencial de consequências adversas para a equidade na cobertura dos cuidados de saúde e nos resultados sanitários.

Após a criação do SUS, os mecanismos legais para a sua operacionalização e expansão foram desenvolvidos ao longo dos 26 anos subsequentes. Os principais programas de saúde foram lançados para abordar problemas persistentes e emergentes como doenças infecciosas, alta mortalidade materna e infantil, e novos desafios impulsionados por importantes transições demográficas, sociais e biológicas, incluindo: migração das zonas rurais para as urbanas que levou ao crescimento caótico dos municípios com capacidade limitada de serviço público; a abertura da fronteira amazônica na década de 1980; um rápido declínio em fertilidade total e no envelhecimento da população; e aumento da mortalidade e morbidade de doenças não transmissíveis. O SUS ajudou a reduzir as disparidades de saúde através de melhorias na cobertura e acesso aos cuidados de saúde em todo o país. No entanto, persistem variações substanciais entre os municípios brasileiros em termos de infraestruturas de saúde, recursos humanos, capacidade de gestão, e acesso aos serviços de saúde.

Como parte do processo de descentralização no desenvolvimento do SUS, os municípios foram obrigados a criar departamentos para a administração dos estabelecimentos de saúde e assumir a responsabilidade de co-financiar programas de saúde, prestação de serviços e gestão diária de cuidados de saúde. As municipalidades assumiram a responsabilidade pela vigilância à saúde e garantia dos pacientes acessos a cuidados hospitalares gerais e especializados, incluindo cuidados de emergência e serviços de saúde mental. Foram criadas “regiões de saúde” que incluíam grupos contíguos de cidades para integrar a organização e planejamento de serviços e ações de saúde, o desenvolvimento de diretrizes para planejamento integrado de saúde, e a criação de conselhos de administração regionais que seriam coordenados pelas secretarias de saúde do estado em parceria com as autoridades municipais.

O SUS passou por fases distintas desde o seu início. Durante os primeiros anos (1990-2002), após a sua fundação, a direção do SUS concentrou-se na diferenciação dos papéis entre os governos federal, estadual e municipal. O Ministério da Saúde federal serviu como principal regulador e entidade que elabora políticas. Delegou nos estados e municípios responsabilidades de média e alta complexidade dos cuidados de saúde. A base da regulamentação durante estes primeiros anos envolveu os mecanismos operacionais iniciais de transferências financeiras para três níveis de cuidados (cuidados primários, cuidados de complexidade média, e cuidados de alta complexidade) com base em determinações semelhantes às do modelo “taxa por serviço”. Durante este período, o setor privado concentrou-se em ações de controle de custos associados a procedimentos clínicos mais dispendiosos e requisitos para prospecção de autorizações para casos de alta complexidade.

Para além das ações de prevenção e cuidado, o sistema nacional conta com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária que foi criada em 1999 com o objetivo de vigilância e controle dos serviços e produtos de saúde, incluindo medicamentos, numa base nacional. Destaca-se também a Agência Nacional de Saúde que foi criada para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados. Com base nas abordagens americana e canadiana, o medicamento genérico do Brasil foi também iniciado em 1999. Em 2000 foi aprovada uma emenda à constituição que especificou os deveres dos governos federal, estadual e municipal relativamente ao financiamento do SUS, incluindo a percentagem mínima exigida dos orçamentos públicos para os cuidados de saúde.

Durante a segunda fase (2002-2006), os serviços do SUS foram expandidos entre os estados brasileiros. Em 2003, foi introduzido um sistema nacional de cuidados de emergência móvel, criando um sistema de emergência, serviço de resposta que reduziu as mortes e melhorou o tratamento de ferimentos graves. Em 2006, o Pacto pela Saúde estabelece prioridades para a promoção da saúde e normas de prevenção. Este programa tornou-se progressivamente eficaz, atingindo mais de 55 por cento dos brasileiros em 2012. O Pacto para a Saúde também ampliou o Programa de Saúde da Família e a sua equipe multiprofissional de apoio à saúde da família na abordagem a todos os estados brasileiros.

A introdução do Programa de Promoção da Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica, e a Política Nacional de Saúde Bucal em 2006 proporcionou avanços nos cuidados de saúde, especialmente para a população de brasileiros pobres e historicamente mal atendidos. Foram também introduzidos novos requisitos legais para proteger os direitos dos consumidores e promover mudanças no setor privado. Isto envolveu um enfoque em assegurar existirem mecanismos de acesso a hospitais privados e de manutenção de reservas financeiras para o mercado de terceiros pagadores.

Desde 2008 até ao presente, o SUS incorporou o conceito de “redes de serviços de saúde”. Surgiram cinco Redes de Serviços de Saúde:

1. Rede de Urgência e Emergência - concebido para eventos de trauma agudo, doenças cardiovasculares, AVC, e complicações agudas de doenças crônicas ou outras doenças;
2. Rede Materno Infantil - a 'rede cegonha', centrada nos cuidados da mulher, pediátricos e perinatais;
3. Rede de doenças Crônicas - centrada na hipertensão crônica, diabetes mellitus, e oncologia;
4. Rede Psicossocial - centrada nos cuidados de saúde mental e na dependência do álcool e drogas;

5. Rede de Pessoas com Necessidades Especiais - centrada na reabilitação e reintegração social de indivíduos, eventos pós-agudos.

Durante esta terceira fase, os decisores políticos federais liderados pela Presidente Dilma Rousseff e pelo SUS procuraram melhorar a capacidade do sistema público nacional para satisfazer as necessidades de serviço em todas as regiões do país. O Programa Mais Médicos (PMM) procurou dar uma resposta imediata às insuficiências dos recursos humanos, recrutando médicos estrangeiros. Isto resultou em 18.000 médicos, principalmente de Cuba, que vieram para o Brasil para prestar níveis de serviço a áreas remotas da nação que tinham anteriormente sido inadequadamente servidas ou não servidas. O PMM também procurou melhorar a capacidade de o Brasil formar um número adequado de médicos com competências de cuidados.

Por outro lado, com o interesse de assegurar a excelência nos atendimentos e segurança dos pacientes, no setor privado, foram implementados programas e acreditação internacional em hospitais, e clínicas tornaram-se mais comuns. Clínicas, hospitais, e prestadores de seguros de saúde eram também fundidos em grandes planos de previdências para os funcionários.

3.2. *Características de funcionamento do sistema de saúde brasileiro*

3.2.1. *Características financeiras*

Cerca de 75 por cento dos brasileiros dependem exclusivamente do SUS. Embora os criadores de políticas pretendiam que o SUS fosse um sistema universal e integrado, o objetivo da universalidade não tem sido realizado. Enquanto os cuidados de saúde brasileiros estão disponíveis para todas as pessoas no país que deles necessitam, a universalidade do acesso a todos os serviços de saúde não se concretizou devido às realidades financeiras do Brasil. Desde a sua criação, o SUS tem sido subfinanciado. Ao contrário dos sistemas de saúde dos países-membros da OCDE, o Brasil é o único país com um sistema de saúde universal em que as despesas do setor privado excedem as despesas do setor público. No Brasil, as despesas privadas são 25 por cento mais elevadas do que as do sistema público, no entanto, o setor privado serve um quarto do número das pessoas.

Para além da definição das características e responsabilidades básicas do que se tornaria o SUS, a CF também identificou as responsabilidades fiscais dos governos central, estadual e municipal. A CF também permitiu o envolvimento de recursos privados no fornecimento de serviços aos cidadãos brasileiros, resultando em um sistema de financiamento para assistência à saúde com o público e categorias privadas. Embora os recursos públicos forneçam serviços

de saúde disponíveis a todos os 210 milhões de brasileiros, 50 milhões são cobertos por planos com financiamento privado. 48 por cento dos custos do sistema privado são financiados por pagamentos de indivíduos e famílias, enquanto os empregadores pagam 52% dos custos como um benefício de emprego para seus funcionários. O crescimento do setor privado da saúde foi impulsionado pela oferta de concessões públicas e benefícios fiscais que apoiaram a adesão de trabalhadores a planos de saúde privados. Isto levou ao fornecimento de financiamento público e incentivos para o setor privado, apoiando um surgimento de um sistema de saúde fragmentado e estratificado, tanto para a sociedade brasileira como um todo e entre aqueles atendidos por planos privados.

A CF afirma que os recursos públicos para os cuidados de saúde devem vir dos governos federal, estadual e municipal. No entanto, as fontes de financiamento do SUS não foram adequadamente definidas no orçamento federal da previdência social (seguridade social) e o financiamento destinado a ser utilizado para a saúde nacional é normalmente alocado a outros setores. Em 2000, uma emenda constitucional definiu o montante mínimo de financiamento do sistema de saúde como 15% das receitas anuais para os municípios, 12 por cento para os estados, e uma parcela federal conforme o crescimento do produto interno bruto. Os gastos com saúde em 2017 foram 15% da receita líquida federal. Outra emenda constitucional aprovada em 2016 limita as despesas entre 2017 e 2036 ao montante em 2017, com gastos ajustados pela inflação.

Entre 1989 e 2014, os gastos reais com saúde per capita no Brasil aumentaram 149 por cento, mas o crescimento dos setores de saúde público e privado variou amplamente durante diferentes períodos. Por exemplo, durante a década de 1990, as despesas com saúde per capita aumentaram 15%, impulsionado principalmente por um crescimento nas despesas do setor privado, na sequência da expansão da saúde privada, como cobertura de seguro para grupos de pessoas com rendimentos médios insatisfeitos com a qualidade dos serviços do SUS. O orçamento do SUS cresceu 95 por cento em termos reais entre 2001 e 2011, com maior impacto nos estados e recursos municipais. Entre 2006 e 2011, o orçamento do sistema público (ajustado para taxas de inflação) aumentou 42 por cento, passando de 51,6 bilhões de dólares para 95,4 bilhões de dólares. Durante este período, a população coberta aumentou de 174,0 milhões para 193,5 milhões de cidadãos. Entre as causas deste crescimento estão o aumento da frequência das doenças crônico-degenerativas e o impacto da população envelhecida. Entre 2000 e 2014, houve um crescimento de 45% nas despesas do sistema privado.

3.2.2. Características da estrutura de serviço do SUS

A introdução do SUS marcou uma mudança no modelo de atenção à saúde através da rápida expansão dos centros abrangentes de APS e o desenvolvimento de redes de saúde

para serviços de saúde mental, atendimentos de emergência, e atendimentos ambulatoriais especializados. Até os últimos anos, havia um consenso entre os profissionais de saúde brasileiros que o SUS aumentou o acesso à atenção primária e serviços de emergência. Como resultado, observaram-se melhorias nas taxas de cuidados pré-natais e imunização. Ao longo do tempo foram introduzidas alterações para tornar o SUS mais eficaz na prestação de cuidados de assistência da saúde, incluindo a melhoria da qualidade dos cuidados primários e a redução da taxa de hospitalizações. O governo federal brasileiro também procurou tornar-se menos dependente da importação de medicamentos amplamente utilizados. Por exemplo, o governo federal promoveu a formação ou transformação de empresas públicas dedicadas à produção de hemoderivados. Laboratórios farmacêuticos foram modernizados e receberam subsídios para apoiar iniciativas federais de saúde que forneceram medicamentos gratuitos a todos os que são portadores de AIDS e que têm hepatite C, bem como outros medicamentos e vacinas de alto custo.

Com a instituição de conselhos de decisão e uma ênfase na atenção básica, em 2006 o SUS iniciou uma série de mudanças para melhorar as operações de saúde a nível local e estadual. Estas alterações incluíram um intenso programa de educação médica e de saúde, e a introdução de equipes de saúde familiar, incluindo um clínico geral, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Estas equipes eram responsáveis pelo cuidado de comunidades de até 1.000 famílias, como também, na gestão da utilização dos recursos sanitários para as suas comunidades. A partir de 2012, existiam 33.404 equipes do Programa Saúde da Família e 257.265 agentes comunitários, atingindo 54,8 por cento da população brasileira.

Em 2011, outra iniciativa envolveu a criação de Redes de Atendimentos à Saúde. Estas redes requeriam serviços integrados de várias unidades e equipamentos especializados, sendo apoiados por um sistema único de informação, comunicação e controle. Em 2012 e 2013 as redes foram implementadas para cuidados urgentes e de emergência, cuidados perinatais, condições crônicas, e cuidados psicossociais. Estas redes oferecem programas de atendimento e reabilitação para condições como: emergências cardiovasculares e cerebrovasculares e traumas; cuidados de pré-natais a pós-natais de gravidez, incluindo o nascimento até um ano de vida; hipertensão; diabetes; câncer; e doenças mentais, como também dependência química.

Outras alterações na atenção à saúde pelo SUS incluem o desenvolvimento de referências especializadas em centros e redes de cuidados de saúde compostos por instalações de APS e hospitalares. Por exemplo, a reforma do tratamento e cuidados psiquiátricos incluíram inovações nos serviços de saúde mental, como a criação de centros comunitários de apoio psicossocial. Uma rede de serviços de emergência foi também estabelecida interligando os serviços de ambulância, coordenadores de resposta a emergências e serviços de emergência pré-hospitalar. No entanto, o acesso inadequado e contínuo a cuidados especializados resultou

em uma procura não satisfeita, longas esperas e atrasos nos diagnósticos. Além disso, a procura induzida pelo fornecedor, a utilização excessiva e o uso excessivo de diagnósticos exacerbaram a situação. Em resposta, os setores público e privado têm colaborado de diversas formas: incluíram a criação de APS integradas; redes de cuidados secundários e de cuidados terciários; e introdução da terceirização e parcerias público-privadas, tais como a Organização Social de Saúde, na qual o financiamento e as instalações são pagos pelo setor público, mas a gestão e o pessoal são fornecidos pelo setor privado.

Com a expansão do SUS, houve um acesso quase universal a serviços essenciais de saúde, como imunizações e cuidados pré-natais, com melhores resultados de saúde da população, e declínios em desigualdades regionais em saúde. No entanto, apesar dos progressos, as disparidades na saúde continuam a ser uma característica do Brasil, refletindo as desigualdades de riqueza e rendas do país.

3.2.3. Papel dos seguros de saúde privadas

O seguro de saúde privado brasileiro é voluntário e atua de forma paralela ao SUS, sendo regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. A partir de 2018, 23% dos brasileiros tinham seguro médico/hospitalar, e aproximadamente 10% tinham seguro odontológico privado. Cerca de 70 por cento das pessoas com seguro de saúde privado o recebem como um benefício de seus empregos. Os planos de saúde privados oferecem serviços de saúde nas instalações que operam ou em outras operadoras de saúde credenciadas. As seguradoras privadas também reembolsam seus participantes por serviços de saúde adquiridos de outras formas. Cerca de 0,5% do PIB do Brasil vai para isenções fiscais para cuidados de saúde privados, isto é, principalmente na forma de subsídios para indivíduos e famílias que pagam seguros de saúde privados. Indivíduos e empresas podem deduzir custos do seguro de saúde e a compra de serviços de saúde, medicamentos, e prestações médicas dos seus rendimentos tributáveis.

3.3. Características da mão de obra brasileira

Apesar das conquistas do SUS ao longo de três décadas, como a redução da taxa de mortalidade infantil, um aumento na expectativa de vida, e uma diminuição da mortalidade devido a doenças infecciosas, o sistema experimenta graves problemas envolvendo equidade, qualidade e eficiência. Investimento insuficiente, corrupção, e a má gestão burocrática governamental estão entre os problemas associados com o funcionamento do SUS. No entanto, investigadores avaliaram que o mais importante determinante dos cuidados de baixa qualidade prestados pela rede SUS tem sido a limitação dos recursos humanos em termos de qualidade

mais do que de quantidade.

A mão de obra de saúde do Brasil inclui 1,5 milhões de trabalhadores de saúde registados em conselhos profissionais. A tabela 3 fornece uma divisão por grupo profissional de saúde em termos do número de programas educativos, estudantes e profissionais inscritos em cada grupo e a proporção empregada pelo SUS e fora do SUS a partir de 2010. A rede do SUS é o principal empregador do país no setor da saúde. A partir de 2010, 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos eram funcionários do SUS. Em 2010 o país contava com 3.493 cursos de nível universitário na área da saúde com 185 escolas médicas a formar 97.994 estudantes. A Tabela 2 oferece provas das diferenças dramáticas entre os sistemas de saúde privados e públicos do Brasil.

Tabela 2. Estudantes de saúde e profissões registradas no Brasil, 2009-2010.

Profissão	Faculdades e Cursos	Estudantes	Profissionais Registrados	Razão por 1000 habitantes	Percentual de funcionários do SUS	Funcionários do SUS para cada 1000 habitantes	Funcionários que não trabalham no SUS para cada 1000 habitantes
Médicos	185	97.994	341.562	1.75	44.3	1.03	3.89
Enfermeiros	752	234.07	271.809	1.39	52.5	0.97	2.64
Odontólogos	196	53.586	219.575	1.12	26.9	0.40	2.93
Farmacêuticos	444	99.896	133.762	0.68	10.6	0.10	2.44
Psicólogos	495	124.593	236.100	1.21	10.4	0.17	4.32
O outras profissões	1.421	172.807	295.499	1.51	N/A	N/A	N/A

Fonte: SUS = Sistema Único de Saúde. N/A= não disponível. Almeida-Filho, 2020.

Em 2018, o Brasil tinha mais de 470.000 médicos registrados, representando uma densidade de 2,18 médicos por 1.000 habitantes. Deste número, cerca de 63 por cento eram especialistas e 38 por cento eram clínicos gerais. Embora isto seja uma melhoria em relação a 2010, quando no conjunto de sistemas de saúde públicos e privados brasileiros existiam 1,75 médicos por 1.000 população, é ainda bastante baixa em comparação com as outras nações incluídas neste estudo: Canadá (2,69), Alemanha (4,25), Espanha (3,88), e o Reino Unido (2,85). Em comparação com os países vizinhos, em 2010, o Brasil estava muito mais baixo do que a Argentina (3,21) e o Uruguai (3,74). Contudo, no Brasil, em 2010, também houve uma diferença dramática na densidade de médicos no setor público em comparação com o setor privado, com 1,03 médicos por 1.000 brasileiros atendidos pelo SUS em comparação com 3,89 fora do

sistema SUS. Há também um enviesamento substancial na distribuição geográfica de médicos para cidades maiores e mais ricas. Em 2018, existia um médico por 3.000 indivíduos em municípios com menos de 5.000 habitantes, em comparação com um médico por 230 indivíduos para municípios com mais de 500.000 habitantes. Esta disparidade reflete a localização das Faculdades de medicina.

As persistentes desigualdades regionais e sociais na atribuição de recursos deixaram os pobres, aqueles com menos recursos para educação, e os residentes das regiões do norte com maiores necessidades de saúde não satisfeitas. Acesso e disparidades de serviços resultaram da escassez de médicos nas zonas rurais e no nível da APS, com especialistas concentrados no setor privado e desigualmente distribuídos por todo o país. Embora várias políticas tenham sido criadas para lidar com a distribuição desigual dos profissionais de saúde, os problemas burocráticos no recrutamento de recursos humanos a nível local levaram a dificuldades na retenção de médicos. Como acima referido, em resposta a esta situação, em 2013 o governo de Rousseff lançou o PMM para expandir a APS, atribuindo mais médicos a áreas mal servidas do país.

Conscientes do caráter provisório da estratégia do PMM para o fornecimento de profissionais médicos, medidas foram também introduzidas na educação médica para ajudar o Brasil a alcançar a autossuficiência no número de médicos e para assegurar a sustentabilidade do SUS. Para o conseguir, o número de vagas nas escolas médicas foram aumentadas, foram introduzidas alterações nos programas de graduação, e os cursos de medicina foram aumentados em regiões remotas. Além disso, houve um aumento na oferta de residências médicas para garantir que todos os licenciados tenham acesso a estes programas. A residência em Medicina Familiar e Comunitária foi também estabelecida como pré-requisito para a educação em alta procura de especialidades.

O PMM mostrou avanços objetivos na contribuição do Estado para a organização da educação de recursos humanos para o SUS. Esta política está alinhada com o compromisso constitucional de construir um sistema de saúde universal, igual e abrangente. A sua implementação inicial, embora marcada por resistência política e profissional, ofereceu a possibilidade de uma inversão da lógica da educação em cursos de licenciatura médica e em residência médica. No entanto, em 2016, com a instalação do governo Temer, esta transformação educacional foi interrompida, principalmente na expansão de acesso a cursos de medicina de graduação, e no planejamento e regulamentação do ensino de especialistas.

Antes que a expansão das oportunidades educativas fosse interrompida, o aumento do número de vagas de licenciatura atingiu 60% do objetivo estabelecido pelo PMM. Para grandes centros urbanos, enquanto a ampliação das vagas foi autorizada para os cursos existentes, eles não foram submetidos aos critérios de regulamentação criados pelo PMM. Em 2017, uma 'mo-

ratória' de cinco anos na autorização de novas vagas de educação médica foram introduzidas, frustrando ainda mais as metas estabelecidas pelo PMM. A expansão de vagas de residência foi também suspensa, e os lugares existentes foram drasticamente reduzidos. Por conseguinte, o objetivo de universalizar o acesso à residência médica foi adiado, se não eliminado.

3.3.1. Escolas brasileiras de medicina

O número de escolas médicas tem crescido desde 2010, impulsionado principalmente pela abertura de instituições privadas. Em 2017, existiam 289 escolas médicas, com mais de 29.000 postos de formação. Destas escolas, 35% encontravam-se em universidades públicas e 65% em escolas médicas privadas. Em 2019, a parte dos programas médicos privados tinha aumentado para cerca de 80 por cento do total. A educação e a formação nas escolas médicas públicas são gratuitas, enquanto as aulas nas escolas médicas privadas variam de USD 1.400 a USD 3.000 por mês.

3.3.2. O 'modelo antigo'

Antes de 1988, a formação médica no Brasil representava um modelo de ensino centrado no hospital focado em procedimentos e tecnologia. A prática ensinada aos futuros médicos foi principalmente diagnóstica e terapêutica. O curso de educação médica foi baseado no racionalismo acadêmico transmitido por meio de aulas teóricas até ao quinto ano do curso. As atividades práticas começaram apenas no quarto ano, e o currículo do curso de medicina foi comparado de tal forma que os assuntos básicos do curso não foram retomados durante a formação clínica. O curso foi fragmentado em especialidades, limitando a compreensão dos cuidados primários. O componente teórico do curso representou 80 por cento do seu conteúdo, sendo que o cenário preferido para a formação prática foi o hospital universitário, com outros ambientes de ensino geralmente ignorados. O sexto ano de formação envolveu um estágio que teve lugar fora da instituição de ensino do estudante, os estudantes formados como profissionais especializados, atenderam a conjuntos genéricos de necessidades.

3.3.3. O 'modelo novo'

A transformação da abordagem da Faculdade de medicina brasileira começou após a criação da CF em 1988. A ideia de um sistema de saúde único e universal exigia uma mudança imediata no perfil de licenciados em medicina. Com a assistência prestada pela Organização Pan-Americana da Saúde, a Integração Docente Assistencial (IDA) e Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde (UNI) foram financiados pela Fundação W.K. Kellogg para desenvolver um novo paradigma educacional para a formação médica brasileira. Esta abordagem foi fundamentada no conceito de integralidade - a integração de todas as áreas de prática com os cuidados primários. Novas entidades como o Conselho Federal de Medicina

(CFM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), estiveram também envolvidos na reformulação da formação médica.

Para alterar efetivamente o modelo de formação médica, estas entidades tiveram que reconfigurar as relações entre o sistema de saúde, a universidade e a comunidade. Simultaneamente com requisitos de ensino, a educação médica se tornaria um instrumento para prestar serviço à comunidade. Colaboração entre estudantes, professores, associações médicas profissionais, organizações não governamentais, e o Estado levou à promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001. Essas diretrizes buscaram mudar o modelo centrado no hospital para atender as necessidades de saúde de uma nação enorme e diversificada. Os objetivos da educação médica brasileira foram modificados, dando ênfase à formação profissional humanista, generalista, ética, crítica e reflexiva dirigida ao nível das APS. As diretrizes reconhecem a necessidade de conectar tecnologias para a interação, ouvir, olhar, autonomia e aceitação do desenvolvimento da fundamentação clínica, habilidades práticas, conhecimentos científicos, formação de caráter e profissionalismo necessários para a holística e prática eficaz. Esta abordagem exigiu a introdução de um currículo que seria inserido cedo no ambiente de prática, e definiu que 75 por cento das grades curriculares dos cursos de medicina deveriam cobrir questões práticas. Enfatizava também a necessidade de colocar o estudante num contexto multiprofissional, nos três níveis de cuidados de saúde, e durante a regulação médica de estágio.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado em 2005 para integrar a formação médica com a prestação de serviços aos usuários do sistema público. Introduzido em 2010, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde) foi um componente Pró-Saúde que enfatizava a educação através do trabalho. O programa envolvia formação de grupos compostos por um tutor acadêmico, 30 estudantes cursando medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, trabalho social, ou farmácia, e seis preceptores que trabalhavam diretamente com os estudantes numa variedade de áreas e atividades. Faculdades de medicina participantes no Pro-Saúde ou Pet-Saúde recebem ajuda financeira se os seus projetos contribuírem para reforçar a relação universidade/educação/comunidade. Em 2010, 250 projetos, incluindo 686 grupos de trabalho, foram aprovados para a Pet Saúde.

4. Referências do Sistema de Saúde Brasileiro

- Almeida-Filho, N. (2011). Higher education and healthcare in Brazil. *The Lancet*, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60326-7.
- Castro, M.C et al. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7.
- Costa, N.R. (2017). Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector dominant, government sector failing. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4): 1065-1074.
- Falavigna,A., Canabarro, C.T. and Medeiros, G.S. (2013). Health System and Medical Education in Brazil: History, Principles, and Organization. *World Neurosurg*, 80(6): 723-727.
- Giovanella, L., Feo, O., Faria, M. and Tobar, S. (2012). Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Ministerio da Saúde Brasil.
- Massuda A et al. (2018). The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health*, doi:10.1136/bmjgh2018-000829.
- Noronha, J.C et al. (2018). The future of the Brazilian Health System: a short review of its pathways towards an uncertain and discouraging horizon. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 2051-2060.
- Novaretti, M.C.Z., Cwiek, M.A. and Barbosa, A.P. (2018). Chapter 9: Brazil. In J.A. Johnson, C.H. Stoskopf & Leiyu Shi (Eds.), *Comparative Health Systems: A Global Perspective*, Second Edition, 149-167. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Pinto, H.A. et al. (2019). The More Doctors Program and the changing role of the State in the regulation and organization of medical education. *comunicação, saúde, educação*, 23(Supl. 1): 1-15.

5. O sistema canadense de saúde

5.1. Visão geral do sistema canadense e do papel do governo

O sistema de saúde canadense envolve responsabilidade compartilhada entre o sistema federal, provincial e governos territoriais. As áreas para as quais o governo federal tem jurisdição incluem: regulamentação e segurança dos medicamentos prescritos; financiamento e administração de uma série de benefícios e serviços para as Primeiras Nações e os inuítes; e cobertura de seguro de saúde para os membros das Forças armadas canadenses, veteranos militares, reclusos em penitenciárias federais, e refugiados elegíveis. O governo federal também tem responsabilidades nas áreas da saúde pública, investigação sanitária, e gestão do sistema de informação. O governo federal co-financia a gestão do sistema de informação provincial e territorial, que devem seguir os requisitos da Lei da Saúde do Canadá (CHA). A CHA inclui normas para serviços hospitalares, de diagnóstico, e serviços médicos. Também requer que seja elegível para receber contribuições federais completas para os serviços de saúde, cada plano de seguro de saúde provincial precisa ser administrado publicamente, abrangente na cobertura, universal, válido em todas as províncias, e não deve exigir taxas de utilização. O governo federal regula a segurança e eficácia dos dispositivos médicos, produtos farmacêuticos e produtos naturais para a saúde.

Embora o governo federal tenha um vasto papel no Canadá, a responsabilidade principal pelo financiamento e a administração dos serviços de saúde são de competência das suas províncias. As províncias normalmente organizam e prestam serviços de saúde e supervisionam os prestadores de serviços. A abordagem mais frequentemente utilizada por províncias envolve autoridades de saúde regionais (RHAs), que gerem o financiamento público e local de serviços prestados. Embora algumas províncias estabeleçam limitações ao âmbito das atividades empreendidas por RHAs, no geral as províncias atribuíram-lhes a responsabilidade pelo financiamento e entrega de hospital, comunidade e cuidados de longa duração, bem como serviços de saúde mental e pública. Isto é feito por meio da prestação direta dos serviços ou por contratos com outras organizações de saúde. Contudo, os RHAs não são responsáveis pela cobertura farmacêutica ou pela remuneração dos médicos. Embora a maioria dos médicos tenha consultórios privados, eles prestam serviços que são financiados e pagos por ministérios provinciais. Os médicos recebem pagamento com base em tabelas de honorários por serviço ou contratos de pagamento alternativo que são periodicamente renegociados com ministérios provinciais de saúde.

5.2. **Enfoque no papel federal**

Enquanto as províncias têm a responsabilidade primária de governança para a maioria dos serviços públicos de saúde, o governo federal lidera na definição de normas nacionais para hospitais, diagnósticos e serviços médicos através da CHA e da Transferência de saúde do Canadá (CHT). O departamento federal de saúde, referido como “Saúde Canadá”, assegura que os governos provinciais e territoriais se reúnam com os critérios da CHA. O uso do poder de gasto federal em saúde tem sido polêmico no Canadá, principalmente, porque alguns governos provinciais e defensores de políticas defendem um maior grau de descentralização fiscal e administrativa.

Embora os governos provinciais e territoriais devam fornecer serviços de seguro universal aos índios e reconhecidos residentes inuítes, as Primeiras Nações e o Ramo de Saúde Inuit do Ministério da Saúde do Canadá fornecem a estes cidadãos uma cobertura suplementar para “prestações de saúde não seguradas” (NIHB), tais como medicamentos prescritos, serviços odontológicos e serviços de oftalmologia. São também fornecidos transportes para acesso aos serviços de Medicare não prestados nas suas reservas ou comunidades de residência.

O sistema de saúde do Canadá também regula a segurança e eficácia dos produtos terapêuticos, incluindo dispositivos médicos, produtos farmacêuticos e produtos naturais para a saúde. Assegura também que os alimentos e outros produtos de consumo são seguros e administram a proteção de dados e patentes de produtos farmacêuticos. A Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC) desempenha funções de saúde pública, incluindo controle de doenças infecciosas, vigilância, preparação para emergências, imunização nacional e iniciativas de vacinação, e coordenação ou administração de programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e saúde viagem. A PHAC é também responsável pelos centros e laboratórios regionais, incluindo o Laboratório Nacional de Microbiologia.

Em termos de agências de saúde nacionais secundárias, o Conselho de Revisão de Preços de Medicamentos Patenteados (PMPRB) regula os preços pelos quais os fabricantes farmacêuticos vendem aos hospitais, farmácias e outros atacadistas. O PMPRB não regula os preços cobrados pelos atacadistas ou farmácias, ou honorários profissionais dos farmacêuticos. Embora a PMPRB não regule os preços genéricos dos medicamentos, ele informa anualmente ao Parlamento canadense sobre as tendências de todos os preços dos medicamentos. Os Institutos canadenses de Investigação em Saúde (CIHR) desempenham um papel importante na investigação em saúde. Em 2000, tornou-se a agência nacional de financiamento da investigação em saúde do país. O CIHR é composto por institutos que oferecem financiamento de investigação para muitas áreas da saúde: A saúde dos povos aborígenes; o envelhecimento; câncer; saúde circulatória e respiratória; gênero e saúde; genética; política de saúde; saúde de

desenvolvimento infantil e juvenil; infecção e imunidade; saúde músculo-esquelética e artrite; neurociências, saúde mental e toxicodependência; nutrição, metabolismo e diabetes; e saúde pública. Enquanto a maioria da investigação patrocinada pelo CIHR é dirigida por investigadores, cerca de 30 por cento da sua investigação é enquadrada por objetivos estratégicos estabelecidos pelo conselho diretivo da organização. O Canadá aspira ser uma das cinco nações líderes na investigação em saúde no mundo. O Statistics Canada apoia investigação na área da saúde através de uma extensa infra-estrutura para dados de saúde, incluindo recenseamentos quinquenais e uma série de inquéritos de saúde. O governo federal também fornece financiamento para iniciativas de investigação que são operadas independentemente, incluindo o Genome Canada e a Fundação de Investigação de Serviços da Saúde Canadense (CHSRF). A CHSRF concentra-se na investigação em serviços de saúde destinados a melhorar a organização, administração e prestação de serviços de saúde, bem como a gestão do conhecimento entre as comunidades de investigação e de tomada de decisões.

5.3. Foco no papel das províncias e territórios

As províncias e territórios possuem legislação que enquadra a administração nacional de um sistema de pagamento único de serviços hospitalares universais e médicos em geral referido como “Medicare”. As províncias pagam os cuidados hospitalares, através do financiamento de RHAs, ou diretamente. Também estabelecem taxas de pagamento a médicos que são negociadas com associações provinciais. Os RHAs não pagam por serviços médicos. Em vez disso, os governos provinciais e territoriais pagam diretamente aos médicos e aos programas de medicamentos. Os governos provinciais também geram numerosos subsídios e serviços de cuidados a longo prazo, bem como planos de medicamentos prescritos. Em 2011, estes serviços hospitalares e médicos não pertencentes ao Medicare representavam cerca de 40% do total provincial e despesas de saúde territorial. Os ministros provinciais e territoriais da saúde cumprem o quadro administrativo para a cobertura universal do Canadá para hospitais clinicamente necessários e serviços médicos. Em algumas jurisdições, isto assume a forma de duas leis distintas, uma relativa aos serviços de hospitalização e outra aos serviços médicos. Em outras jurisdições, estes serviços são governados através de uma única lei. Nas províncias e territórios com RHAs, algumas destas autoridades e a responsabilidades pelo sistema de saúde é delegada aos RHAs, que gerem os serviços de saúde dentro de uma região geograficamente definida.

Na maioria das províncias, os RHAs são simultaneamente prestadores e compradores de cuidados hospitalares, cuidados de longa duração e outros serviços identificados pela lei provincial. Em Ontário, os RHAs, conhecidos como “Redes de Integração de Saúde Local” (LHINs),

atribuíram recursos entre hospitais e outras organizações independentes, em vez de prestarem serviços diretamente. Embora em alguns casos, os RHAs apoiem integração horizontal - particularmente dos hospitais, a intenção central da regionalização era encorajar a integração vertical. Ao integrar instalações e fornecedores em todos os setores da saúde, os RHAs tinham como objetivo melhorar a continuidade dos cuidados e reduzir os custos, incentivando os cuidados preventivos e substituição de serviços domésticos, comunitários e institucionais de baixo custo por hospitais mais caros. A expectativa é que os RHAs afetem recursos de saúde de forma que as necessidades do seu serviço sejam servidas a população de maneira ótima. No entanto, nenhum governo provincial delegou o pagamento de médicos ou a administração de planos públicos de prescrição de medicamentos a RHAs.

5.4. Coordenação intergovernamental

Como um estado descentralizado que opera num ambiente de crescente interdependência das políticas de saúde, os governos federal, provincial e territorial devem utilizar uma variedade de métodos intergovernamentais para coordenar a política e os programas de saúde. Isto envolve uma variedade de conselhos consultivos e comissões. Corporações intergovernamentais sem fins lucrativos financiadas e parcialmente governadas pelos governos patrocinadores estão também envolvidas na coordenação intergovernamental. Novas iniciativas intergovernamentais surgem em resposta a problemas ou novas prioridades que desafiam pressupostos relativos ao financiamento federal e subnacional, e funções de gestão. Como por exemplo, o CHI foi uma resposta ao desejo dos governos federal, provincial e territorial com uma abordagem coordenada a nível nacional para recolher e analisar as suas respectivas finanças e dados administrativos. O *Canada Health Infoway* (CHI) é um produto de prioridade identificado pelo governo federal, ministérios da saúde provinciais e territoriais em relação ao desenvolvimento da saúde digital e a utilização de normas compatíveis. O Serviço Canadense de Sangue (CBS) é uma organização de caridade sem fins lucrativos estabelecida pelas províncias e territórios no final dos anos 90, em resposta a uma controvérsia de sangue contaminado e a saída da Cruz Vermelha canadense da gestão de serviços hemoderivados no Canadá. O CSB é financiado e gerido numa base de colaboração entre as províncias e territórios participantes. Quebec não é um membro participante da CBS, e tem uma agência de gestão de sangue separada.

Os governos federal, provincial e territorial também colaboram com entidades não governamentais sobre iniciativas nacionais em matéria de saúde. Exemplos disso, incluem a Parceria Canadense contra a Corporação de câncer e a Rede Pan-Canadense de saúde pública. Através do *quasi-governmental* o Conselho da Federação, os governos provinciais e territoriais criaram um Grupo de Trabalho de Inovação em saúde constituído por ministros da saúde pro-

vinciais e territoriais. Este Grupo de Trabalho era formado para examinar a gestão de recursos humanos, áreas de práticas dos fornecedores e as diretrizes de prática clínica para aprender com iniciativas inovadoras no Canadá.

5.5. **Mão de obra no setor da saúde**

Durante o início do século XXI, os líderes dos governos provinciais e territoriais expressaram preocupações com a escassez de recursos humanos no setor de saúde canadense, particularmente, para médicos e enfermeiros. Estes governos responderam com políticas destinadas a aumentar as matrículas em programas educacionais, bem como o recrutamento de profissionais de fora das suas jurisdições e de outros países. Os governos nacionais e subnacionais canadenses têm colaborado com as profissões e instituições pós-secundárias para aumentar também a oferta de médicos e enfermeiros à medida que aumenta o número de novos participantes nestas profissões.

No mínimo, estes esforços produziram salários mais elevados no setor da saúde. Pode ser visto na Tabela 3, em 2017/18, tinham também aumentado a oferta per capita de médicos. Contudo, o número de enfermeiros não atingiu o nível de 2000. Outras profissões da saúde foram menos afetadas por restrições orçamentais experimentadas pelos governos federal e provincial na última década do século XX. Naquele país, os cuidados odontológicos são em grande parte privados, os odontólogos não eram afetados por cortes nas despesas do setor público nos anos 90. O crescimento do número de farmacêuticos têm refletido o rápido aumento da utilização de remédios durante os anos 90 e início dos anos 2000, que tinha continuado a partir de 2018.

Tabela 3. Profissionais de saúde em exercício no Canadá por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1990–2017/18.

Agrupamento Profissional	1990	1995	2000	2005	2010	2017/18
Enfermeiros	11.10	10.89	10.13	9.95	9.32	9.96
Todos os Médicos	2.10	2.10	1.89	1.90	2.04	2.61
Médicos de Saúde Primária	1.06	1.03	1.00	1.04	1.12	1.13
Psiquiatras	0.13	0.14	0.14	0.15	0.15	--
Odontólogos	0.52	0.53	0.56	0.58	0.59	0.64
Farmacêuticos	0.68	0.70	0.77	0.79	0.88	1.02
Fisioterapeutas	--	--	--	0.50	0.52	--

Fonte: Marchildon, 2013; World Bank, 2020; OECD, 2020.

Visto que o Canadá cobre uma vasta área geográfica com dramáticas diferenças demográficas entre as províncias mais populosas e urbanizadas e os territórios escassamente povoados. As variáveis demográficas e geográficas são essenciais para compreender a dinâmica dos sistemas de serviços de saúde canadenses. Existem variações significativas na densidade das profissões da saúde entre as províncias e territórios que podem ser largamente atribuídos à geografia, dispersão populacional e diferenças nos sistemas e políticas de saúde, como ilustrado na Tabela 4, a densidade de enfermeiras registradas no *Northwest Territories* e Nunavut é notavelmente mais elevado do que a média canadiana, enquanto a densidade dos médicos é inferior. Isto resulta de comunidades árticas isoladas que dependem de cuidados primários prestados por enfermeiros em centros de saúde administrados publicamente e não por médicos de família. As profissões odontológicas tendem a concentrar-se nas províncias mais urbanizadas do Canadá - Ontário, Québec, British Columbia e Alberta.

Tabela 4. Densidade da força de trabalho da saúde canadense por província e território, taxa por 1.000 população, 2009.

Província/Território	Enfermeiros registrados	Enfermeiros práticos licenciados	Doutores de Saúde Primária	Doutores especialistas
Colúmbia Britânica	0.69	0.17	0.12	0.10
Alberta	0.79	0.18	0.11	0.09
Saskatchewan	0.88	0.25	0.09	0.07
Manitoba	0.91	0.21	0.10	0.09
Ontario	0.72	0.21	0.09	0.10
Quebec	0.84	0.24	0.11	0.11
Novo Brunswick	1.05	0.36	0.12	0.12
Nova Escócia	0.95	0.35	0.12	0.06
Ilha do Príncipe Eduardo	1.00	0.47	0.09	0.08
Terra Nova/Labrador	1.14	0.49	0.12	0.10
Y.U.K.on	1.08	1.88	0.19	0.03
Territórios do Noroeste	1.35	0.22	0.07	0.03
Nunavut	1.35	--	0.03	--
Canadá	0.79	0.28	0.10	0.10

Fonte: Marchildon, 2013

5.5.1. Imigração e mobilidade dos trabalhadores da saúde

A movimentação territorial dos médicos é alta no Canadá e a competição entre médicos dentro dos sistemas de saúde provinciais e territoriais é muito intensa. Isto resulta em uma

substancial mobilidade interprovincial. Dois terços dos médicos que deixam uma província ou território, mudam-se para outra parte do Canadá em vez de ir para outro país. Quando os médicos se mudam para outros países, a maioria vai para os Estados Unidos. Como se pode ver na Tabela 5, há uma migração líquida constante de médicos para o Canadá, em grande parte devido ao influxo de licenciados em medicina internacional (IMG).

Tabela 5. Migração internacional de médicos no Canadá, por década, 1980-2009.

Década	Mudou-se para o exterior	Voltou do exterior	Novos IMGs	Migração de rede	Média anual do impacto de Doutores (por cento)
1980-1989	3,244	1,806	5,216	3,778	0.9
1990-1999	5,541	2,091	4,755	1,305	0.2
2000-2009	2,859	2,000	7,181	6,322	1.0

Fonte: Marchildon, 2013.

O impacto global da migração teve um peso marginal sobre a oferta global de médicos no Canadá. No entanto, a Tabela 5 apresenta o grau de dependência de algumas províncias em relação aos IMGs. Em Saskatchewan, por exemplo, durante os anos 2000, quase 50% dos novos médicos eram estrangeiros, sendo a maioria destes provenientes de países em desenvolvimento. Alguns ministérios provinciais de saúde e organismos médicos provinciais operam programas para ajudar com o licenciamento de IMGs, muitos dos quais migram para áreas pouco servidas do Canadá. A mobilidade dos enfermeiros também é alta, e como a escassez de enfermeiros intensificou-se durante os anos 2000, a concorrência cresceu entre as províncias, territórios, RHAs e hospitais independentes. Durante este período, entre 7% e 8% dos enfermeiros foram originalmente educados fora do Canadá. Enfermeiros de outros países, tais como as Filipinas, foram recrutados ativamente por algumas jurisdições e organizações de saúde.

5.5.2. Educação da mão de obra no setor da saúde

Para educar e formar profissionais de saúde, os ministérios provinciais de saúde colaboram com organizações para definir o número de posições de entrada em programas profissionais nas instituições pós-secundárias do Canadá. Uma vez que a educação é uma jurisdição exclusivamente provincial e quase toda educação no Canadá é financiada publicamente, os governos provinciais determinam o financiamento para a ensino pós-secundário das profissões da saúde ministrado por universidades, colégios e instituições técnicas. A tabela 6 resume os

requisitos de educação e formação para 22 ocupações de instituições técnicas de saúde,

Tabela 6. Requisitos canadenses de educação e formação para 22 ocupações de saúde, 2009

Descrição	Educação mínima exigida	Estágio ou prática clínica obrigatório	Exame nacional (além de qualquer P / T requisitos)
Audiologista	Mestrado	Sim	Sim
Quiroprático	Doutorado Profissional	Sim	Sim
Higienista dental	Diploma	Sim	Sim
Odontólogo	Doutorado Profissional	Sim	Sim
Nutricionista	Bacharelado	Sim	Sim
Profissional de saúde pública ambiental	Diploma ou Bacharelado	Sim	Sim
Profissional de gestão de informação em saúde	Diploma ou Bacharelado	Sim	Sim
Licença prática de enfermeira	Diploma	Sim	Sim
Tecnólogo de laboratório médico	Diploma	Sim	Sim
Tecnólogo em radiação médica	Diploma	Sim	Sim
Parteira	Bacharelado	Sim	Sim
Enfermeira	Certificado de Mestrado ou Pós-Graduação	Sim	Sim
Terapeuta ocupacional	Mestrado	Sim	Sim
Optometrista	Doutorado Profissional	Sim	Sim
Farmacêutico	Bacharelado	Sim	Sim
Médico	Doutorado em Medicina mais residência	Sim	Sim
Fisioterapeuta	Mestrado	Sim	Sim
Psicólogo	Doutorado	Sim	Sim
Enfermeiro registrado	Diploma ou Bacharelado	Sim	Sim
Enfermeira psiquiátrica registrada	Diploma ou Bacharelado	Sim	Sim
Terapeuta respiratório	Diploma	Sim	Sim
Fonoaudiólogo	Mestrado	Sim	Sim

Fonte: Marchildon, 2013.

Existem 17 programas médicos nas universidades canadenses que oferecem um doutorado médico (MD). Os programas variam em duração, de três anos até ao mais típico programa de quatro anos que inclui uma prática clínica. Após a graduação, os estudantes de medicina entram em um programa de residência para completar a sua formação - um programa de residência mínimo de dois anos no caso de prática familiar e quatro ou mais anos em outras especialidades. O número de especialidades médicas tem crescido, com um total de 28 especialidades, 36 subespecialidades e dois programas especiais representados em faculdades de medicina. Um pequeno número de assistentes médicos trabalha em Manitoba e Ontário, as duas províncias que oferecem programas universitários para estes cargos que fornecem alguns serviços médicos. Enquanto a educação universitária e a atribuição de diplomas de licenciatura médica são da competência de 17 faculdades médicas do Canadá, o Colégio Real de Médicos e Cirurgiões do Canadá (RCPSC) é responsável pela supervisão da educação e formação dos médicos graduados. O RCPSC credencia os 17 programas de residência que são operados pelas escolas médicas com base na universidade. Os médicos com especialização também recebem a certificação do RCPSC.

Os requisitos educacionais canadenses para enfermeiros aumentaram drasticamente nas últimas décadas, com uma mudança de programas de diploma de dois anos para programas de bacharelado de quatro anos. Enfermeiros profissionais são enfermeiros registrados cuja formação e educação extra lhes dá direito a uma "extensão designada da classe". O seu âmbito de prática - que inclui a prescrição de algumas classes de medicamentos e encomenda de alguns testes de diagnóstico - sobrepõe-se com o dos médicos de família. Em luz do declínio da abrangência dos cuidados primários oferecidos pelos médicos desde os anos 80, a gama de serviços de saúde oferecidos por enfermeiros profissionais tem sido de interesse para defensores da reforma dos cuidados de saúde primários e para os ministérios provinciais da saúde. Além da educação e formação de enfermeiros registrados, os enfermeiros profissionais devem obter formação adicional de instituições acreditadas. A duração destes programas, incluindo uma prática clínica, varia de um ano a mais de dois anos.

6. Referências do Sistema de Saúde Canadense

Allin, S. and Rudoler, D. (2020). The Canadian Healthcare System. New York: The Commonwealth Fund.

CIHI (2010). National Health Expenditure Trends. Ottawa, CA: Canadian Institute for Health Information, retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/NHEX_percent20Trends_percent20Report_percent202010_final_ENG_web.pdf

CIHI (2011). Canada's healthcare providers, 2000 to 2009: a reference guide. Ottawa, CA: Canadian Institute for Health Information.

Government of Canada (2019). Canada's Healthcare System. Retrieved from <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reportspublications/health-care-system-canada.html>

Marchildon, G.P. (2013). Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(1): 1 – 179. World Bank (2020). The World Bank: Data. Washington, DC: The World Bank, retrieved from <https://data.worldbank.org/country/canada>

7. O sistema de saúde alemão

7.1. Visão geral do sistema alemão e o papel do governo

O sistema de saúde alemão envolve a partilha de poderes de decisão entre os Länder (os estados), o governo federal, e entidades para-governamentais. A Autoridade foi delegada do governo federal a organizações autorreguladas de contribuintes e provedores. Os seus conhecimentos e motivação estão, de fato, envolvidos no financiamento e entrega de cuidados de saúde cobertos por regimes de seguro obrigatórios.

Todos os cidadãos e residentes permanentes da Alemanha devem ter um seguro de saúde. Este seguro é fornecido através de dois sistemas:

- O sistema de seguro de saúde estatutário (SHI), que é composto por fundos de seguro de saúde não governamentais, concorrentes e sem fins lucrativos, são referidos como “fundos de doença” pelos alemães. A partir de 2016, existiam 118 fundos de previdência.
- O seguro de saúde privado (PHI) que substitui o SHI.

A prestação de serviços de saúde na Alemanha é apoiada por investimentos públicos com apoio fiscal em componentes de infraestrutura do sistema de saúde, incluindo hospitais. Os estados alemães possuem a maioria dos hospitais universitários, enquanto os municípios possuem cerca de metade dos leitos hospitalares e desempenham um papel em atividades de saúde pública. No entanto, os diferentes níveis de governo possuem pouco papel na ação direta em financiamento ou prestação de cuidados de saúde. A regulação da prestação de serviços de saúde é principalmente delegada a associações autônomas dentro dos fundos de previdência e associações de prestadores, que são representadas no principal órgão governamental nacional, o Comitê Misto Federal. Dos custos totais do sistema de saúde alemão, aproximadamente 70% são pagos através do SHI, 5% através de fontes públicas apoiadas pelos impostos, 10% através do PHI, e 15% através de empregadores e indivíduos.

Aproximadamente 73 milhões de pessoas ou 88% da população estão cobertas por fundos de doença, enquanto 11% recebem cobertura através de PHI. No sistema SHI, as associações de fundos de previdência e as associações de médicos filiados no SHI funcionam como corporações *quasi-governmental* com estruturas autorreguladas que operam o financiamento e a entrega dos benefícios cobertos pelo SHI. Estas associações são baseadas na adesão obrigatória e processos democráticos internos. A partir de 2019, todos os cidadãos empregados e outros grupos qualificados, tais como aposentados que ganhem menos de 78.000 USD por ano, foram obrigatoriamente cobertos pelo SHI. Aqueles cujos rendimentos excedem este limi-

te e os trabalhadores independentes qualificados podem optar por permanecer no regime de financiamento público ou por comprar PHI. Cerca de 75% permanecem no SHI. Os funcionários públicos estão isentos do SHI e seus custos dos seguros privados são parcialmente reembolsados pelo governo. Membros militares, policiais e outros funcionários do setor público são cobertos por programas separados do SHI. Refugiados e imigrantes indocumentados são cobertos pela previdência social em casos de doença aguda e dor, bem como para gravidez e parto.

Os fundos de previdência são financiados através de contribuições salariais obrigatórias cobradas pelo governo da Alemanha como uma porcentagem dos salários brutos até um limite máximo. Dependentes (cônjuges não-remunerados e crianças) são cobertos gratuitamente. Desde 2016, a taxa de contribuição tem sido de 14,6% de salários brutos, partilhados em partes iguais pelo empregador e pelo empregado. A partir de 2019, os ganhos acima de USD 70.000 por ano estão isentos de contribuição.

Comitês mistos de pagadores (associações de fundos de previdência) e de prestadores (associações regionais de médicos ou dentistas da SHI, ou hospitais individuais), são atores democraticamente selecionados que definem benefícios, preços e normas a nível federal. A nível regional, os atores corporativos/*quasi-governmental* de pagadores e fornecedores negociam contratos e regulam seus membros. Isto representa a coordenação vertical (nível federal a nível regional) e horizontal (dentro das regiões) de tomada de decisões e contratação entre os atores intersetoriais envolvidos nos cuidados do sistema de saúde. Além dessas organizações corporativas/*quasi-governmental* de tomada de decisões, outras organizações possuem direitos formais de participar em órgãos de decisão por meio de consulta (por exemplo, enfermeiros e profissionais de saúde afins), participação e propostas (organizações de pacientes) ou tornar-se um parceiro decisivo e financiador (PHI para pagamentos hospitalares). Outra organização característica do sistema alemão é a separação do subsistema de atenção ambulatorial, que envolve médicos individuais de consultórios e associações regionais do SHI e o subsistema de atendimento hospitalar que se concentra nos cuidados hospitalares.

7.2. Enfoque no papel federal

A nível federal, a Assembleia Federal (Bundestag), o Conselho Federal (Bundesrat) e o Ministério Federal da Saúde (Bundesministerium für Gesundheit) desempenham os papéis centrais no sistema de saúde da Alemanha. O Ministério Federal da Saúde está organizado em seis departamentos:

- Departamento central, política de saúde europeia e internacional (Dep. Z).
- Questões políticas fundamentais e telemática (Dept. G).

- Produtos farmacêuticos, dispositivos médicos e biotecnologia (Dept. 1).
- Prestação de serviços de saúde e SHI (Dep. 2).
- Proteção da saúde, controle de doenças e biomedicina (Dep. 3).
- Seguro de cuidados a longo prazo e prevenção (Dep. 4).

O Ministério da Saúde também inclui o Comissário Federal para os Narcóticos (Drogenbeauftragter der Bundesregierung) e o Comissário Federal para as Preocupações dos Pacientes (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten). Comitês *ad hoc* aconselham o Ministério da Saúde, bem como o Conselho Consultivo para a Avaliação dos Desenvolvimentos no Sistema de saúde (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)).

Para apoiar suas funções de licenciamento e supervisão, trabalho de consultoria científica, e informação serviços que presta aos cidadãos e à comunidade científica, o Ministério da Saúde é assistido pelas seguintes agências subordinadas:

O Instituto Federal de Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) regula os produtos farmacêuticos e os dispositivos médicos.

O Instituto Paul Ehrlich (Instituto Federal de Vacinas e Biomedicinas) licencia vacinas e biomedicinas.

O Instituto Robert Koch (Instituto Federal para doenças Infecciosas e não infecciosas) realiza trabalhos relativos à vigilância, detecção, prevenção e controle de doenças. Também publica relatórios de saúde e boletins epidemiológicos.

O Centro Federal de Educação para a Saúde (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) desenvolve e divulga materiais de educação sanitária. Também organiza, coordena, apoia campanhas de prevenção e prossegue a investigação em marketing social para a concepção e fins avaliativos.

O Instituto Alemão de Documentação e Informação Médica (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) fornece informação atual sobre todas as áreas da medicina e das ciências da vida para o público e profissionais. O Instituto oferece uma coleção de bases de dados que abrangem produtos farmacêuticos, dispositivos médicos e muitos outros campos da medicina e dos cuidados de saúde, bem como tópicos das ciências sociais. O Instituto dá prioridade, comissiona e publica relatórios de avaliação de tecnologias de saúde, publica versões alemãs de sistemas de classificação, tais como a Classificação de Doenças Internacionais, a Classificação Internacional de Funcionamento,

Deficiência e Saúde, e a Classificação de Procedimento Alemão (Operationen und Prozedurenschlüssel)

Outras instituições federais relevantes para o sistema de saúde são a Autoridade Federal de Supervisão Financeira (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), que é responsável pela supervisão de seguradoras privadas, e a Autoridade Federal de Seguros (Bundesversicherungsamt), que é responsável pela supervisão da legalidade das decisões tomadas pelas empresas *quasi-governmental*, sendo encarregada de administrar os vários regimes legais de seguros.

7.3. Foco no papel do Estado (Länder)

A estrutura federal do sistema governamental alemão inclui 16 estados (Länder), governos e legislaturas. Nenhum dos 16 Länder possuem seus próprios ministérios da saúde. Pelo contrário, de políticas e programas de saúde, é tipicamente combinada com a gestão do trabalho e dos programas sociais ou com assuntos de família e juventude, assuntos ambientais, e/ou defesa do consumidor.

Dentro de um ministério típico, a responsabilidade pela saúde é normalmente dividida entre quatro ou mais unidades. Uma divisão de saúde típica da Länder pode ser dividida nas seguintes unidades:

- serviços de saúde pública, doenças transmissíveis, higiene ambiental, preparação de catástrofe e planejamento de emergência civil;
- promoção da saúde, produtos farmacêuticos, dispositivos médicos, biotecnologia;
- segurança no trabalho, segurança dos produtos/proteção do consumidor, prevenção do abuso de substâncias, comissário do estado para os narcóticos;
- hospitais;
- profissões de saúde; e
- psiquiatria.

7.4. Foco no papel corporativo/quasi-governmental

Como discutido acima, a política pública alemã de saúde é geralmente construída em torno de uma estrutura empresarial/*quasi-governmental* que operacionaliza os compromissos políticos da nação para a cobertura universal dos cuidados de saúde para os alemães. Dentro do sistema SHI, a estrutura consiste no lado do prestador de serviços de saúde, de associações regionais e federais de médicos e dentistas SHI e, do lado do pagador, dos fundos de previdência e da Associação Federal dos Fundos de Doença. Estas empresas *quasi-governmental* são instituições baseadas na adesão obrigatória para apoiar compromissos de política pública para uma cobertura universal. O órgão máximo de tomada de decisões dentro deste sistema de autogoverno é o Comitê Misto Federal. Ele é composto por representantes de associações federais de prestadores e pagadores, bem como da Federação Hospitalar Alemã (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft) e vários membros não alinhados com os outros representados interesses.

7.4.1. Prestadores de serviços de saúde

Os médicos abrangidos pelo sistema SHI trabalham no âmbito de associações regionais de médicos SHI (Kassenärztliche Vereinigungen), que se baseiam na adesão obrigatória e democraticamente representada. Há uma ou duas destas associações em cada Länders alemão. Estas associações são lideradas por conselhos executivos com cargos compostos por membros em tempo integral que são eleitos por uma assembleia de delegados (Vertreterversammlung) através de uma eleição proporcional, sistema que responde pelos interesses de grupos menores entre os médicos e psicólogos.

A partir do final de 2012, 141.038 médicos (excluindo psicoterapeutas) eram membros das associações regionais de médicos da SHI. As associações regionais estão representadas nas associações federais pela Associação Federal de Médicos da SHI (Kassenärztliche Bundesvereinigung), que é outra empresa *quasi-governmental* dentro do sistema de autogoverno conjunto, e representa os interesses políticos de médicos e psicoterapeutas credenciados pela SHI nas negociações com o governo federal. Os odontólogos credenciados pela SHI estão organizados da mesma forma que os médicos - ou seja, através de associações regionais de dentistas SHI (Kassenzahnärztliche Vereinigungen) e a Associação Federal de Dentistas SHI (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung).

Ao contrário dos médicos e odontólogos, os mais de 2.000 hospitais alemães estão representados dentro do sistema através de organizações privadas e não de corporações *quasi-governmental*. Estas organizações passaram a assumir responsabilidades legais e poder

de decisão no âmbito do sistema SHI. O mais importante destas organizações é a Federação Hospitalar Alemã, que para além de representar hospitais em relações com outros intervenientes do sistema SHI e o governo federal, tem dois representantes no Comitê Federal Misto. A Federação Hospitalar Alemã é composta por 16 organizações de Länder e 12 associações hospitalares que incluem uma variedade de tipos de hospitais e formas de propriedade, incluindo instituições universitárias, instituições públicas, municipais e privadas com fins lucrativos.

7.4.2. Pagadores dos Serviços de Saúde

Os fundos de previdência são os principais pagadores dos serviços de saúde alemães. Todos os fundos de previdência são representados no sistema de autogoverno conjunto da SHI pela Associação Federal de Fundos de Doenças. A partir de 2016, existiam 118 fundos de doença que proporcionaram a cerca de 70 milhões de pessoas a cobertura SHI (aproximadamente 51,0 milhões de membros mais os seus dependentes). Os 10 maiores fundos de doença seguiram dois terços de todos os pacientes cobertos por SHI. Existem 100 dos chamados “fundos abertos de doença” que podem ser escolhidos por cada pessoa, independentemente da sua ocupação.

Os fundos de previdência são representados pela Associação Federal dos Fundos de Doença, que é responsável por todas as tarefas do SHI, exceto aquelas em que os fundos de doença competem entre si. Entre estas responsabilidades encontram-se as negociações coletivas relativas às condições contratuais e abordagens de pagamento para atendimentos ambulatoriais e de internamento. A Associação Federal dos Fundos de Doenças tem cinco membros no Comitê Misto Federal, onde as decisões mais importantes do SHI são tomadas.

Mais uma vez, os fundos de previdência são empresas sem fins lucrativos, *quasi-governmental*. São exigidas por lei recolher as contribuições SHI dos seus membros, que são obrigatórias e geralmente divididas entre empregadores e empregados. As contribuições do SHI são transferidas pelos fundos de previdência no dia de recebimento para um Pool Central de Reatribuição, que redistribui as contribuições entre os fundos de previdência, após fazer ajustamentos por risco. Os fundos de doenças são normalmente geridos por um executivo com dois gestores a tempo integral responsáveis pelas operações do dia a dia, e um administrativo que elege os membros do conselho executivo, adota o regulamento dos fundos e aprova seus orçamentos.

7.5. Autogoverno conjunto

O conceito de 'autogoverno conjunto' é o princípio operacional orientador do sistema de saúde universal alemão. De acordo com o princípio da subsidiariedade, uma variedade de instituições *quasi-governmental*, tais como os fundos de doenças e as associações regionais de médicos do SHI, são mandatados por lei federal para administrar a abordagem SHI sob a supervisão de autoridades estatais (Länder). Dentro deste sistema de autogoverno conjunto, as autoridades *quasi-governmental* e instituições entram em negociações diretas entre si ou formam uma tomada de decisão conjunta com representação igualitária. Enquanto algumas tarefas, como a definição de benefícios atribuídos por lei às instituições *quasi-governmental*, exigem decisões tomadas por comitês mistos, outras tarefas são da responsabilidade de comissões conjuntas se não for possível chegar a acordo em negociações abertas (por exemplo, a fixação do orçamento para atendimentos ambulatoriais). Em outros casos, um comitê conjunto é o primeiro nível de recurso de decisões tomadas por outro comitê misto (por exemplo, um recurso apresentado por um médico credenciado pela SHI com um comitê de arbitragem de revisão de reclamações contra sanções impostas por uma comissão de análise de reclamações).

Com base na estrutura legislativa federal para o sistema de saúde alemão, o Comitê conjunto emite diretrizes, envolvendo quase todos os setores da saúde. Estas diretrizes são transferidas para o Ministério da Saúde Federal. A menos que o ministério se oponha a uma diretiva, ela se torna legalmente vinculativa para todos os atores institucionais no SHI. As diretrizes se referem principalmente à cobertura de benefícios e garantias de que os serviços de SHI são adequados, apropriados e eficientes. Também esclarecem regras de acesso do paciente, estabelecem o comportamento responsável dos médicos em consultório e abordam questões de capacidade e distribuição dos cuidados de saúde. O Comitê Misto Federal aprova os regulamentos nas seguintes áreas:

- tratamento médico;
- tratamento dentário;
- medidas para a detecção precoce de doenças;
- gravidez e cuidados neonatais;
- introdução de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento;
- prescrição de produtos farmacêuticos, material de curativo/bandagem, tratamento não médico, tais como fisioterapia, ergoterapia e fonoaudiologia, ajudas médicas, tratamento hospitalar, atendimento domiciliar, e socioterapia;
- atestado de ausência por doença;
- prescrições e aconselhamento relacionado a serviços médicos de reabilitação;

- planejamento de requisitos;
- tecnologia de reprodução assistida, contracepção, abortos e esterilização;
- garantia de qualidade;
- cuidados paliativos ambulatoriais especializados; e
- imunizações.

Para gerenciar essas responsabilidades, o Comitê Misto Federal realiza o seu trabalho através de nove subcomitês em:

- produtos farmacêuticos;
- garantia de qualidade;
- programas de gestão de doenças (DMPs);
- avaliação de métodos;
- atendimento ambulatorial especializado;
- serviços encaminhados (por exemplo, reabilitação, atendimentos prestados por não médicos, ambulância, transporte, etc.);
- planejamento baseado nas necessidades;
- psicoterapia; e
- serviços odontológicos

Todos os subcomitês incluem representantes dos fundos de previdência, organizações provedoras e representantes de pacientes.

7.6. Mão de obra no setor da saúde

Com aproximadamente 5 milhões de trabalhadores, o setor da saúde emprega mais de 11% do total da mão de obra alemã. A tendência de 50 anos em relação ao número de trabalhadores essenciais do sistema de saúde (médicos e enfermeiros) mostra um crescimento substancial no seu número e densidade. A tabela 7 representa a tendência de 26 anos do número de médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, e parteiras por 1.000 habitantes. A tendência mais notória revelada nesta tabela é o consistente crescimento da densidade em todas as profissões da saúde. Isto indica um compromisso alemão de melhorar continuamente a sua capacidade de saúde.

Tabela 7. Profissionais de saúde em exercício na Alemanha por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1991-2017

Agrupamento profissional	1991	1995	2000	2005	2011	2017
Enfermeiras e parteiras	--	--	9.97	10.65	11.78	13.22
Todos os médicos	2.76	3.07	3.26	3.41	3.82	4.25
Médicos de atenção primária (GP)	0.59	0.66	0.66	0.67	0.66	1.00
Odontólogos	0.65	0.71	0.74	0.76	0.80	0.85
Farmacêuticos	0.52	0.55	0.58	0.58	0.62	0.65

Fonte: Busse & Blümel, 2014; OECD, 2020.

A partir de 2012, aproximadamente 50% dos médicos ativos na Alemanha praticavam em hospitais, e 41% em atendimentos ambulatoriais (85% de médicos credenciados pela SHI e cerca de 15% nos consultórios médicos da SHI). Cerca de 9% de todos os médicos trabalham no setor da saúde pública, administração, governo, ou outros setores, como a indústria farmacêutica. Como se vê na tabela 8, havia 4,25 médicos para cada 1.000 habitantes em 2017. Esta densidade era ligeiramente superior à média da UE15, mais ou menos, o mesmo que a Suíça, mas abaixo da Áustria. O número de médicos aumentou consistentemente ao longo do período de 26 anos abrangido por esta tabela, enquanto o crescimento substancial da densidade de médicos de clínica geral/de cuidados primários apenas ocorreu nos últimos anos. A Alemanha tem atualmente 40 faculdades médicas, 35 são públicas, enquanto 5 são privadas. Os programas públicos são gratuitos, enquanto os programas privados custam entre USD 6.700 e USD 12.900 por semestre.

A densidade e o número absoluto de odontólogos na Alemanha aumentaram ao longo do período representado na tabela 8, atingindo 0,85 por 1.000 habitantes em 2017. Este valor é superior à média dos outros países da UE. O número e a densidade de enfermeiros e parteiras também aumentaram desde os anos 90, quando o seguro de cuidados prolongados foi introduzido e proporcionou mais empregos em cuidados ambulatoriais. Enquanto a densidade de enfermeiros (12,9 por 1.000) em 2017 estava acima da média da UE28, estava muito abaixo da densidade da Suíça (17,2 por 1.000).

7.6.1. Imigração de profissionais da saúde

A extensão da migração para a Alemanha tem sido relativamente pequena em comparação com a de outros países da UE. Em 2008, a quota de profissionais de saúde estrangeiros entre todos os profissionais de saúde que trabalham na Alemanha era apenas 6%. Destes profissionais de saúde estrangeiros, cerca de 15% tinham nascido na Alemanha e 57% tinham

também recebido formação na Alemanha. Em 2012, a Câmara Federal de Médicos registrou 32.548 médicos estrangeiros. Destes, 56% eram provenientes de Estados-Membros da UE, 17% de outros países europeus, 5% da África, 18% da Ásia, 1% da América do Norte, 2% da América Central e do Sul, e 0,1 por cento da Austrália. A maioria dos médicos estrangeiros trabalhava em hospitais (69%), com apenas 11% trabalhando em atendimentos ambulatoriais. A razão para este desequilíbrio pode ser o maior custo de investimento para médicos baseado na prática e o estrito quadro jurídico.

Como os enfermeiros estão menos organizados do que os médicos na Alemanha, não há instituição de controle do número de enfermeiros e das suas qualificações profissionais. De acordo com a Agência Federal de Emprego, um total de 24.387 enfermeiros e parteiras estrangeiras foram registradas em 2008. Destes, 45% vieram de outros países europeus, 3% da África, 2% dos Estados Unidos, 9% da Ásia, e 0,2% da Austrália.

7.6.2. Educação da mão de obra no setor da saúde

A formação de profissionais de saúde alemães é uma responsabilidade partilhada pelo governo federal, Governos dos Länder e associações profissionais. De acordo com a estrutura federal global, os 16 estados são geralmente responsáveis pela regulação e financiamento da educação, bem como pelo registro e supervisão das profissões da saúde. Historicamente, as profissões da saúde têm diferido de outras profissões devido à regulamentação nacional para a sua educação primária necessária, e a autonomia exercidas pelos organismos que regulam a sua formação profissional secundária especializada, e educação contínua. A Alemanha tem padrões nacionais para faculdades de medicina, farmácia e enfermagem há mais de 100 anos. Os currículos uniformes são definidos por lei federal para 17 das 23 profissões não acadêmicas da área da saúde, incluindo enfermagem, enfermagem pediátrica, enfermagem assistente, obstetrícia, fisioterapia, fonoaudiologia, assistência técnica ou de emergência, atendimento de resgate e cuidados aos idosos.

A formação primária de profissionais não acadêmicos e acadêmicos é essencialmente gratuita na Alemanha. No entanto, as faculdades privadas com formação para profissões terapêuticas cobram propinas. Essas recebem formação baseada na prática em instituições de saúde, tais como os enfermeiros em formação, recebem um rendimento básico. O ensino universitário é financiado pelos Länder, embora em alguns casos, as taxas são cobradas. A formação baseada na prática nos hospitais é financiada por fundos de doença como parte dos seus contratos financeiros com hospitais individuais. A responsabilidade pelo financiamento das faculdades de enfermagem é dos fundos de previdência.

Muitas universidades alemãs oferecem cursos de medicina, odontologia e/ou farmácia.

Há também muitas instalações com financiamento público para a formação primária de enfermeiros e enfermeiros infantis, cuidados de idosos que são formados no trabalho com blocos ou dias adicionais para a aprendizagem baseada em cursos. Faculdades para fisioterapeutas, massagistas, parteiras, nutricionistas e terapeutas da fala e linguagem são frequentemente privadas e exige taxas (aproximadamente 315 a 735 euros por mês*). A formação primária da maioria dos profissionais de saúde não acadêmicos requer um grau avançado após o ensino secundário, e normalmente leva três anos para completar.

A admissão nas universidades alemãs requer 12 ou 13 anos de escolaridade primária. Educação Acadêmica em saúde é uma disciplina para a qual as vagas são disponibilizadas de acordo com registros, tempos de espera e cotas específicas (por exemplo, estrangeiros ou pessoas com deficiência). Além disso, aproximadamente 15% dos estudantes de medicina são aceitos por meio de entrevistas nas universidades. Os estudos dos profissionais de saúde universitários situam-se entre quatro (farmácia) e seis (medicina) anos de duração.

Os currículos universitários em medicina, odontologia e farmácia diferem de outros programas acadêmicos no sentido em que são organizados em torno de dois a quatro exames centralizados, conforme definido por lei federal. A lei federal permite que as faculdades médicas individuais elaborem os seus currículos de forma discricionária, desde que preservem as normas federais básicas, como dois exames finais centralizados. Os requisitos federais de educação foram revistos ao longo das últimas duas décadas com o objetivo de facilitar inovações sob a forma de ensino de cabeceira e baseado na comunidade, competências para a resolução de problemas e a integração das ciências básicas e disciplinas clínicas.

Desde os anos 80, as considerações de custos motivaram os responsáveis pela política de saúde a reduzir as vagas de universidade para estudantes de saúde. Embora os educadores universitários não tenham, de um modo geral, concordado, eles aceitaram este objetivo modificando a proporção docente-discente. Assim, desde o início dos anos 90, o número de graduados em medicina, odontologia e farmácia diminuíram, situação que levou a preocupações relativas a um número insuficiente de graduados na área da saúde após meados dos anos 2000. Estas preocupações se refletem no número decrescente de estudantes e graduados em medicina, odontologia e farmácia representados na Tabela 8. Após a graduação, os profissionais de saúde se cadastram com os ministérios Länder responsáveis pela saúde. A especialização leva geralmente dois ou três anos para profissões de saúde não acadêmicas e de quatro a seis anos para profissões acadêmicas. Graduados em medicina são obrigados a se especializar para trabalhar como médicos credenciados pela SHI na prática privada, enquanto a especialização é opcional para as outras profissões da saúde. Os diferentes Länder na Alemanha reconhecem um máximo de 8 especialidades em farmácia, 3 em odontologia, 48 em medicina veterinária, 7 em psicologia, e 12 em enfermagem. O número de especialidades médi-

cas aumentou para 37 em 2008, com outras 52 subespecialidades ou qualificações adicionais. A Câmara Federal de Médicos emite o regime de formação avançada que recebe detalhes adicionais por câmaras de médicos de nível estatal. Para cada conjunto de qualificações, a duração mínima da formação e os procedimentos e competências são detalhados no regime de formação. Após completarem o seu período de formação avançada, os médicos devem passar por um exame administrado por especialistas na sua área de qualificação.

Tabela 8. Alunos e graduados em faculdades de saúde selecionadas, por anos selecionados, de 1990 a 2009/10

	1992-3	1995-6	2000-1	2006-6	2009-10
<i>Estudantes</i>					
Medicina	93,198	84,958	80,200	79,847	79,73
Odontologia	15,136	14,152	13,218	13,335	13,381
Farmácia	12,752	13,106	13,201	12,069	--
	1990	1995	2000	2005	2008
<i>Graduados</i>					
Medicina	10,048	10,266	9,174	8,877	9,857
Odontologia	2,131	1,892	1,585	1,504	1,780
Farmácia	2,013	1,622	1,842	1,889	1,883

Fonte: Busse & Blümel, 2014.

Para garantir qualidade e status profissional entre os profissionais da família, a duração necessária da especialização em medicina geral é de cinco anos. No entanto, os médicos de clínica geral representam apenas cerca de 20% dos médicos que recebem diplomas de especialidade. A baixa proporção de generalista/especialista reflete as perspectivas de rendimentos mais baixos. Também pode ser visto como devido à falta de formação disponível em atendimento ambulatorial e menor prestígio de médicos em atendimentos hospitalares secundários e terciários. Assim, os fundos de previdência, as seguradoras de saúde privadas e as associações regionais de médicos SHI são legalmente obrigados a financiar metade dos salários dos estagiários de clínica geral durante o seu período de formação oficial durante um mínimo de dois dos cinco anos totais exigidos. Na realidade, o subsídio muitas vezes é o único rendimento do estagiário. Isto pode explicar por que em 2008, dos 11.631 médicos que obtiveram um diploma de especialista, apenas 7,7% eram médicos generalistas, em comparação com os 15,3% que eram internistas.

A escassez de enfermeiros foi um fator que motivou a introdução da enfermagem baseada em cursos de especialização em universidades públicas e privadas. Os cursos, de meio

período ou tempo integral, são cada vez mais oferecidos para outras profissões não-médicas, incluindo fisioterapeutas, fonoaudiólogos e prestadores de cuidados a idosos. As instituições politécnicas e privadas também oferecem cursos em áreas como desenvolvimento da saúde e gestão hospitalar. A Universidade da Saúde de Ciências Aplicadas (Hochschule für Gesundheit), fundada em 2010, oferece cursos de licenciatura em terapia ocupacional, obstetrícia, terapia da fala e linguagem, enfermagem e fisioterapia.

A saúde pública era uma especialidade exclusivamente médica até 1989, quando os cursos de pós-graduação foram introduzidos nas universidades, predominantemente nas faculdades de medicina. Os cursos de dois anos em meio período são parcialmente gratuitos. A gestão da qualidade é outra qualificação a tempo parcial incluída por algumas câmaras de médicos, instituições privadas e algumas instituições politécnicas. Câmaras profissionais de médicos, psicólogos, dentistas e farmacêuticos são responsáveis pela regulação, promoção e supervisão da educação contínua dos seus membros. A educação contínua é obrigatória para todos os profissionais de saúde ambulatorial para pessoas credenciadas pelo SHI. Evidências de desenvolvimento profissional aceitável têm que ser apresentadas a cada cinco anos. Para os médicos membros da SHI, provas insuficientes de desenvolvimento profissional contínuo podem resultar numa redução de reembolso.

8. Referências do Sistema de Saúde Alemão

Busse R, and Blümel, M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2):1-296.

Busse R, and Blümel, M. (2020). *The German Healthcare System*. New York: The Commonwealth Fund.

OECD (2020). OECD.Stat. Organization for Economic Co-Operation and Development, retrieved from <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177>

NCBI Bookshelf (2018). *Healthcare in Germany: The German healthcare system*. Washington, DC: National Institutes of Health.

9. O sistema de saúde espanhol

9.1. Visão Geral do Sistema de Saúde Espanhol e o papel do Governo

A Espanha tem um sistema de saúde universal. O sistema de saúde espanhol inclui três subsistemas estabelecidos ao abrigo da legislação nacional: o sistema nacional de saúde universal (*Sistema Nacional de Salud*, “SNS”); fundos mútuos que atendem a funcionários públicos, membros das Forças Armadas e do judiciário; e Mutualidades que atendem acidentes e doenças ocupacionais, conhecidas como ‘Mutualidades Colaboradoras com a Previdência Social’. Como sistema público nacional da Espanha, o SNS é baseado nos princípios de universalidade, livre acesso, equidade e justiça de financiamento, sendo financiado principalmente por fontes fiscais nacionais. Com exceção de produtos farmacêuticos ambulatoriais, prescrições e próteses específicas, os serviços SNS são gratuitos. Desde 2002, todas as 17 regiões da Espanha, conhecidas como Comunidades Autônomas (ACs) e a nacional “Instituto de Gestão de Saúde” (INGESA) administram os serviços públicos de saúde. Uma vez que o SNS não tem uma fonte de receita específica, seu financiamento é regulado por um arranjo estatutário, através do qual o governo espanhol transfere receitas fiscais e estabelece subsídios de nivelamento ao sistema público de saúde, de acordo com fórmulas baseadas nas necessidades estabelecidas nas leis do Quadro Financeiro de 2001 e 2009. A descentralização da administração SNS para os ACs foi concluída em 2001. Em 2003, as leis foram promulgadas com a intenção de melhorar a integração institucional, coordenação e coesão das funções do SNS. A legislação também atualizou-se, com o estatutário homogeneizado, regulamentando diferentes tipos, funções, formação e carreiras para profissionais de saúde e especializações profissionais.

Entre 2004 e 2010, o efeito da descentralização do SNS foi ampliado. O Legislativo durante este período criou o Quadro de Regulamentação de Financiamento do AC, que permitiu aos ACs gastar mais fundos em serviços de previdência e aumentar as receitas. A estrutura também transferiu impostos parcialmente capacitados de regulamentação e devolveu parcialmente uma série de impostos indiretos às autoridades regionais. Dentro do reforço da autonomia dos ACs para a administração do SNS, esta ação legislativa também fortaleceu a sua capacidade regulatória na organização e gestão da saúde pública. Os ACs foram capazes de expandir suas redes de atendimento, os serviços que prestavam e ajudar também aos trabalhadores. Ao fazê-lo, esta ação estatutária diminuiu a capacidade de coordenação da central de autoridades governamentais de planejamento.

Em 2011, a estrutura estatutária do SNS foi posteriormente modificada sob a rubrica ‘Saú-

de para todos'. Este enquadramento político fortaleceu os princípios e ações a serem tomadas no âmbito institucional de ação em saúde. Ele incluiu uma abordagem para atualizar e melhorar os mecanismos de coordenação entre as 17 autoridades de saúde do AC e o INGESA. Antes desta ação, enquanto a coordenação era razoavelmente bem desenvolvida em termos de vigilância e monitoramento de epidemias, provou ser disfuncional em termos de estratégias comuns para a prevenção de doenças não transmissíveis ou para o desenvolvimento de promoção e prevenção de doenças. A nova estrutura melhorou a coordenação de mecanismos em termos de vigilância e controle de epidemias e promulgou um pacote comum de benefícios de saúde pública para toda a nação.

Desde 2011, as condições econômicas levaram a ajustes adicionais no setor de saúde espanhol, regulamentando através da implementação de fortes políticas fiscais e de consolidação. Como resultado, houve mudanças que afetaram o sistema de bem-estar geral, incluindo reduções nos recursos, reduções no tamanho e remuneração da força de trabalho pública e salários, e diminuição do escopo e do sistema, bem como de seus mecanismos centrais de controle. Em 2012, com a mudança de regime de governo, o ritmo de mudanças regulatórias e medidas de austeridade aceleraram por meio do 'Real Decreto-Lei'. As principais reformas que afetaram o sistema de saúde incluíram a especificação das condições para o recebimento dos benefícios do SNS e do estabelecimento de procedimentos e custos para indivíduos não autorizados a adquirir cobertura pública do SNS.

Em 2012, a cobertura do SNS era essencialmente universal (99,5%) e garantia um pacote abrangente de benefícios para todos os cidadãos. Antes de 2012, o direito era independente de situação de trabalho e riqueza pessoal. A mudança estatutária de 2012 alterou a base para o direito, vinculando-o ao status jurídico e profissional do indivíduo. Como resultado, a saúde com financiamento público foi assegurada aos empregados que contribuem para o sistema previdenciário e seus dependentes, aposentados, aqueles que recebem subsídio de desemprego, e os desempregados que esgotaram seus subsídios de desemprego. No entanto, os espanhóis não incluídos entre esses critérios e os estrangeiros com residência legal na Espanha continuaram com direito ao seguro público. Em termos práticos, apenas imigrantes sem documentos acabaram excluídos da cobertura.

As mudanças estatutárias de 2012 também buscaram regular o pacote de benefícios proporcionado pelo sistema estatutário de saúde para definir quais benefícios devem ser co-financiados pelos pacientes. O novo regime de regulação não excluiu qualquer benefício (aqueles como psicanálise e hipnose, tratamentos em spa, cirurgia plástica não relacionada a acidentes ou alguns produtos farmacêuticos permaneceram fora da cobertura), mas estabeleceram quais benefícios estão sujeitos ao compartilhamento de custos do paciente. A nova regulamentação definiu duas categorias de serviços: o pacote comum com três subcategorias - pacote

principal, pacote suplementar e serviços acessórios - comum às 17 Autoridades de prestação de serviços AC que integram o SNS; e pacotes complementares, decididos pelo ACs. O pacote básico comum de serviços de saúde do SNS inclui prevenção de saúde, serviços de diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como transporte médico de emergência.

Isto cobre um pacote abrangente de benefícios de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde especializados. Esses benefícios básicos não estão sujeitos a nenhuma divisão de custos do paciente. Prescrições farmacêuticas e dispositivos ortoprotéticos sob o pacote comum suplementar estão sujeitos para compartilhamento de custos dos usuários. Os co-pagamentos são definidos no preço do produto final e de acordo com a renda familiar e teto máximo de pagamento mensal. Serviços acessórios, também sujeitos ao mesmo esquema de compartilhamento de custos, foram descritos como todas as atividades, serviços ou técnicas que não são considerados essenciais e/ou são usados como dispositivos de ajuda para doenças crônicas e melhoria do cuidado. Este terceiro pacote ainda não foi regulamentado. No caso dos pacotes complementares de serviços, os ACs podem incluir qualquer técnica, tecnologia ou procedimento não abrangidos pelo pacote central comum de SNS, se eles fornecerem os recursos necessários para seu financiamento.

9.1.1. Seguro saúde voluntário

Cerca de 20% dos espanhóis possuem um plano de seguro saúde voluntário, além do seguro público universal obrigatório. O seguro saúde voluntário espanhol é complementar e independente do SNS estatutário e pode fornecer os mesmos bens e serviços que os oferecidos pelo sistema público. A motivação para adquirir planos de seguro saúde voluntário é impulsuada principalmente por um desejo para acesso mais rápido a alguns serviços. Essa motivação tem sido apoiada por incentivos com trabalhadores empregados e empresas que oferecem cobertura para seus funcionários, que têm direito a dedução de prêmios de seguro com suas declarações de imposto de renda. Embora o mercado de seguros privados em Espanha esteja em crescimento, a sua contribuição para o conjunto das despesas com saúde permanecem mínimas - 4,3% em 2015.

9.1.2. Coexistência de três subsistemas

Conforme indicado acima, três subsistemas legais de saúde coexistem na Espanha:

- O sistema público SNS nacional composto por 17 administrações descentralizadas operadas pelos ACs que têm responsabilidade pelo planejamento e pela provisão de saúde pública e serviços de saúde;
- Fundos Mútuos (MFs) fornecem serviços de saúde para funcionários públicos (Fundo Mútuo

para o Estado Funcionários públicos, 'MUFACE'), membros das Forças Armadas (Instituto Social das Forças Armadas, 'ISFAS'), e o judiciário (Fundo Mútuo de Justiça Geral, 'MUGEJU');

- Mutualidades com foco na assistência à saúde associada a acidentes de trabalho e doenças (Mutualidades Colaboradoras com a Previdência Social – MCSS).

Cobrindo 2,2 milhões de segurados em 2014, os MFs representavam 3,4% do público total com as despesas em saúde. A base para a cobertura é o emprego no serviço público, seja trabalhar para o governo central ou para um dos ACs. Todos os anos, os membros dos MFs têm direito de optar por serviços de saúde prestados tanto pelo sistema público quanto pelo privado. Cerca de 80% dos beneficiários do MF optam por serviços do setor privado. Ao contrário do sistema SNS, o esquema de financiamento MF é composto por uma contribuição orçamentária do governo central como empregador (até 85%) e funcionários (pelo menos 15%). O subsistema MCSS que fornece assistência médica para acidentes e doenças ocupacionais é diretamente operado pelo sistema público de Previdência Social, que arrecada contribuições das empresas e canaliza os fundos para várias entidades associadas. Esses provedores não têm fins lucrativos, são organizações sob a supervisão regulatória do sistema público de Previdência Social. No MCSS os gastos representam 2,4% do total dos gastos nacionais com saúde. Além de seu papel na prevenção e gestão de acidentes e doenças ocupacionais, MCSSs recolhem prêmios e pagam subsídios por conta da Segurança Social. No final dos anos 2000, preocupações crescentes em relação à fraude, absenteísmo, e falta de controle sobre a utilização de benefícios de licença por doença, levaram à provisão de mais monitoramento e controle aos MCSSs. Esta função é desempenhada sob supervisão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e dos órgãos fiscalizadores dos ACs.

9.2. Características organizacionais e operacionais do sistema espanhol

9.2.1. Atores do governo central

Os papéis e o desempenho dos principais atores do sistema público de saúde espanhol mudaram desde 2011, quando as autoridades fiscais foram chamadas a desempenhar papéis mais proeminentes. Os atores centrais no SNS são o Ministério da Saúde da Espanha (MSSI) e os Departamentos de Saúde nos 17 ACs. Com a ajuda do Conselho Interterritorial para o SNS (*Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud - CISNS*), o MSSI desempenha a supervisão central e funções de coordenação do sistema público espanhol. CISNS é um órgão de governança composto pelos Ministros da Saúde da AC e o Ministro da Saúde Nacional. A missão da MSSI é apoiada por quatro agências especializadas:

- Agência de Medicamentos e Dispositivos Médicos;
- Organização Nacional de Transplantes;
- Agência de Defesa do Consumidor, Segurança Alimentar e Nutrição;
- Instituto de Saúde Carlos III (*Instituto de Salud Carlos III*, 'ISCIII') e Ministério da Ciência e Competitividade (que combinam avaliação de tecnologia em saúde, centros de pesquisa, serviços de saúde pública e coordenação e financiamento de pesquisa biomédica).

A MSSSI também financia e administra os cuidados de saúde para as cidades autônomas de Ceuta do Norte da África e Melilla através do INGESA. O INGESA é encarregado de organizar a aquisição central para muitos bens e serviços de saúde, incluindo alguns medicamentos em nome dos ACs que desejam receber esta assistência. Outros atores do governo central que participam do sistema de saúde são:

- Ministério do Trabalho que, por meio do INSS, trata de parte do financiamento do MF e Subsídios MCSS;
- Ministério da Administração Pública, Justiça e Defesa, que fiscaliza a saúde, o subsistema de seguros para funcionários públicos e a rede de serviços de saúde para militares e presidiários;
- Ministério da Economia atua na Comissão Interministerial de Precificação de Medicamentos;
- Ministério das Finanças que influencia e coordena os sistemas de financiamento dos ACs e supervisiona o pagamento da dívida e a adição de novos benefícios.

9.2.2. Papel dos ACs

A descentralização do SNS foi firmemente estabelecida e os ACs ganharam influência em seu desenvolvimento contínuo. Os principais atores nos ACs são as Secretarias de Saúde, que atuam como autoridades sobre regulamentação, planejamento, orçamento e responsabilidades de terceiros. Elas executam esse trabalho por meio de agências especializadas que, geralmente, incluem uma que gerencia os serviços de saúde e outra que se destina à ação de saúde pública na forma de vigilância, proteção e promoção da saúde. Alguns ACs também incluem uma tecnologia de saúde de avaliação, participando de uma rede nacional.

A complexidade da gestão e entrega de serviços é encontrada na operação das agências de saúde de AC que prestam serviços de saúde. Nessas organizações regionais, os atores mais importantes são os de Atenção Primária à Saúde e as Divisões de Atenção Especializada. Ambos são operados por meio geográfico em áreas da saúde. Dentro de uma determinada área de saúde, o foco da prestação de serviços é por meio de centros de atendimento (CPS). Esses prestadores de cuidados primários estão diretamente ligados aos prestadores de cuidados

hospitalares, facilitando assim a continuidade entre os níveis de atenção. As configurações de cuidados primários funcionam como os guardiões do sistema de saúde e é feito atendimento por meio de equipes de atenção básica, compostas por médicos especializados e enfermeiras. Quando é necessária atenção especializada, principalmente hospitalar, o modelo de atenção é consistente em todo o país, em termos de como o atendimento ambulatorial especializado está vinculado ao hospital de departamentos, o número de leitos dentro de cada departamento do hospital e a forma como hospitais estão ligados a hospitais maiores com mais recursos completos. No entanto, existe uma variedade entre os ACs no que diz respeito aos modelos de propriedade e organizacionais.

9.2.3. Experiência típica do paciente

Apesar da existência de 17 sistemas regionais de saúde mais a INGESA, dentro do SNS, o paciente tem a experiência de contato com o sistema bastante homogêneo em toda a Espanha. Como o primeiro ponto de contato com o sistema, os clínicos gerais (GPs) desempenham o papel de guardião no SNS, exceto em caso de emergências. O julgamento clínico do GP determinará se o encaminhamento para cuidados especializados é preciso. Os GPs espanhóis são treinados e equipados para lidar com uma ampla gama de condições. Como resultado, os pacientes geralmente têm seus problemas resolvidos neste nível de atendimento. Se uma referência for necessária, uma consulta será marcada para o paciente com um médico da área de especialização apropriada, geralmente em um ambiente ambulatorial. Com base no relatório de referência do GP e sua avaliação clínica, especialistas tomam decisões sobre testes adicionais, ou procedimentos de internação, ou irão prescrever tratamento e enviar o paciente de volta ao médico, bem como providenciar exames de acompanhamento. Uma vez que o especialista dá alta ao paciente, um relatório é enviado ao médico de referência. Se as decisões dos GPs e especialistas resultarem em um encaminhamento para atendimento hospitalar, o paciente será internado no serviço hospitalar necessário, sendo o tempo dependente do tempo de espera pelo procedimento diagnóstico ou cirúrgico necessário. Os médicos podem priorizar os pacientes de acordo com seus julgamentos clínicos para acelerar o processo. Depois de receber alta do hospital, o paciente é encaminhado para acompanhamento ambulatorial, seja em serviços ambulatoriais especializados vinculados ao hospital em questão, ou no nível de atenção primária à saúde, onde médicos e enfermeiras dão atenção primária, assumem a responsabilidade de prescrições ou outras terapias registradas no relatório de alta. Se a condição do paciente for avaliada como crônica em qualquer estágio, desse processo, o GP irá direcionar a intervenção de uma enfermeira de cuidados primários para apoio e coordenação da continuidade do cuidado, e se necessário, avaliação dos serviços sociais. Se necessário, os pacientes também podem ser encaminhados para serviços de reabilitação por especialistas ou por GPs.

9.2.4. Integração de cuidados

Apesar de sua abordagem de entrega de serviço regionalizada, longe de ser um sistema fragmentado, o SNS tem uma cultura profissional e organizacional bem equipada, que provou ser responsiva às necessidades de desenvolvimento de reformas que visam uma melhor integração do cuidado, principalmente em doenças crônicas, pacientes multimórbidos e frágeis. Por exemplo, reformas foram introduzidas para facilitar as transições para pacientes com condições difíceis, adaptando a continuidade vertical e horizontal de acordo com as necessidades individuais em todos os níveis de atendimento, incluindo atendimento domiciliar e atendimento social. Para apoiar mudanças em prioridades, os ACs desenvolveram mudanças estruturais e organizacionais que visam melhorar cuidados integrados.

9.2.5. Papel do setor privado

Conforme mencionado acima, o setor privado desempenha um papel importante no sistema de saúde espanhol. Isto fornece planos de seguro saúde voluntário para indivíduos e constitui a rede alternativa para 80% dos funcionários públicos segurados dentro do MF. O setor privado também oferece atendimento odontológico e cuidados ópticos não cobertos pelo sistema nacional de saúde. Enquanto o mercado de seguros privados representa uma pequena porcentagem da área de despesas em saúde da Espanha (menos de 5%), os prestadores de serviços privados desempenham um papel muito maior. Em 2017, 29% das despesas totais com saúde foram para serviços em instalações de propriedade privada, incluindo hospitais. Em 2017, havia 451 hospitais privados, o que representava 57% de todos os hospitais na Espanha. Os hospitais privados incluem 51.332 leitos, 33% do total do país e realizaram 29% do total de procedimentos cirúrgicos.

9.3. ***Características da força de trabalho de saúde***

Conforme refletido na Tabela 9, após experimentar diminuições durante o período de 1995 a 2000, a densidade de médicos aumentou entre 2000 e 2017. Desde 2000, o número de médicos na Espanha seguiu a mesma tendência de crescimento de outros países da UE, mas tem estado consistentemente acima da média da UE.

Tabela 9. Profissionais de saúde em exercício na Espanha por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1995-2017

Agrupamento Profissional	1995	2000	2005	2010	2017
Enfermeiros	3.26	3.52	4.33	5.11	5.74
Todos os médicos	4.09	3.12	2.76	3.03	3.88
Médicos de atenção primária (GP)	--	--	0.71	0.74	0.76
Odontólogos	--	0.43	0.51	0.60	0.75*
Farmacêuticos	--	0.81	0.93	1.03	1.16

Fonte: OECD, 2020; World Bank, 2020; * 2015

O número de enfermeiros aumentou consistentemente ao longo do período de 20 anos, de 1995 a 2017. No entanto, a densidade de enfermeiros em Espanha permanece muito abaixo da média da UE. Além disso, de acordo com a OCDE, a proporção de enfermeiras para médicos é uma das mais baixas entre os países da OCDE.

O SNS convergiu com a UE em termos de densidade de dentistas nos últimos 25 anos, ultrapassando a densidade média da UE, e atingindo 0,76 dentistas por 1.000 pessoas em 2015. A densidade de farmacêuticos na Espanha excede a média de outras nações da UE.

Em 2015, a grande maioria dos recursos humanos na atenção primária: 92% de todos os médicos e 90% dos enfermeiros em cuidados especializados trabalhavam para o SNS. A distribuição de médicos e enfermeiros mostraram alguma variação entre ACs: entre os trabalhadores da atenção primária, variando de 0,63 a 1,10 para médicos e de 0,50 a 0,88 para enfermeiros por 1.000 segurados designados; no caso de especializados, trabalhadores assistenciais, variando de 1,25 a 2,33 médicos, e de 2,31 a 4,37 enfermeiros por 1.000 habitantes. No caso dos farmacêuticos, embora exista uma força de trabalho assalariada atuando em hospitais públicos, a maioria trabalha em farmácias privadas. A variação na densidade de farmacêuticos entre ACs foi maior em 2015 do que para médicos e enfermeiras - variando de 0,91 a 2,26 por 1.000 habitantes. Em relação aos dentistas, embora existam dentistas trabalhando como funcionários assalariados em ambientes de cuidados primários, a maioria são prestadores privados que trabalham sozinhos ou em pequenos consultórios, cada vez mais, como trabalhadores assalariados em empresas de franquia. Em alguns ACs, os dentistas são contratados pela autoridade regional de saúde para expandir os programas de prevenção infantil. A variação na densidade do dentista entre os ACs foi alta: variando de 0,42 a 1,20 por 1.000 habitantes.

9.3.1. Formação da força de trabalho de saúde

Na Espanha, como em outras nações da UE, todos os diplomas universitários e qualificações profissionais são regulamentados publicamente. No caso das especialidades em medi-

cina, as universidades são responsáveis pelo diploma em medicina. Porém, após a formatura, a maioria dos médicos busca a especialização na residência médica, o Sistema de Residência (RS) é regulado e administrado pelo governo central. No início da década de 1980, o RS foi concebido como um sistema de aprendizagem por meio do exercício profissional supervisionado, para adquirir progressivamente os conhecimentos, habilidades, técnicas e responsabilidades necessárias para se tornar um especialista independente.

O quadro regulamentar das especialidades médicas na Espanha é de responsabilidade do Conselho Nacional de Especialidades Médicas (NCMS) e da Comissão Nacional de Especialidades (NSC) para cada especialidade. O sistema é baseado na ideia de um sistema de acesso justo, competitivo e baseado no mérito para o RS, incluindo um concurso nacional anual de admissão ao RS. A responsabilidade primária pela formação de médicos especialistas é do Ministério da Saúde, tendo o Ministério da Educação autoridade para conceder certificados aos alunos que concluírem o RS. O Sistema de Residência inclui 49 especialidades médicas reconhecidas. A formação unificada do RS inclui credenciamento de hospitais universitários de pós-graduação e escolas universitárias especializadas para especialidades sem formação hospitalar. O RS espanhol inclui formação específica de pós-graduação para GPs, com um exame específico para prática de medicina familiar.

Seguindo o formato prescrito no Espaço Europeu do Ensino Superior (EHEA), a formação para enfermagem na Espanha é canalizada através de três subsistemas: Ensino de Graduação, Mestrado e Doutorado. A educação universitária de enfermagem espanhola também segue as diretrizes no *Manual de Graduação em Enfermagem* publicado pela Agência Nacional da Qualidade (ANECA) para treinar enfermeiros para as responsabilidades associadas aos cuidados gerais. Neste documento, os perfis e os objetivos da Pós-Graduação em Enfermagem também são traçados. A Espanha também oferece educação universitária de pós-graduação que leva ao Mestrado e Doutorado, além de cursos de aperfeiçoamento e atualização em eventos científicos. A Licenciatura em Enfermagem visa a formação de profissionais de enfermagem geral com conhecimentos científicos e humanos, com preparação e desenvolvimento suficientes para avaliar, identificar, implementar e avaliar as necessidades de saúde e cuidar de indivíduos saudáveis e doentes, treinando as famílias e a comunidade.

Em 2014, foram introduzidas reformas educacionais para a formação médica que teriam afetado os programas de internato de pós-graduação em medicina e o regulamento da especialização de enfermagem. Ao contrário do sistema pré-existente, com 49 especialidades médicas divididas em programas separados de internato médico, as reformas procuraram estabelecer um programa de formação comum de dois anos para pós-graduação, dividindo-se em subespecialidades para a maioria das especialidades médicas. Eles procuraram fornecer uma base holística de conhecimento para todos os profissionais de saúde, para melhorar sua

resposta à complexidade do paciente e mitigar a fragmentação do cuidado, superando a mentalidade que impede a flexibilidade na gestão de recursos humanos. As reformas causaram controvérsias com algumas especialidades médicas, fortemente opostas a entrar nos módulos principais da área médica. O processo de reforma acabou nos tribunais de justiça com a decisão da Suprema Corte, declarando as reformas nulas, deixando a abordagem pré-existente em vigor.

O panorama da Espanha, de profissionais de saúde treinados internamente e estrangeiros recentemente chegados, foi complexo e confuso. Em 2011, 9,4% dos médicos na Espanha, quase 20.000, foram treinados em outros países, principalmente na América Latina, Alemanha e Itália. 2,1% dos profissionais de enfermagem foram formados em outros países, principalmente na América Latina, Portugal e Romênia. Depois da crise econômica, das políticas orçamentárias de redução profissional da Espanha, o resultado foi uma saída de médicos e enfermeiras procurando emprego em outros países. O SNS não foi capaz de absorver o número de trabalhadores de saúde formados no país e a taxa de desemprego aumentou no setor saúde. No período de 2011 a 2016 o número de médicos solicitando certificação para atuar em outros países da UE aumentaram de 1.380 em 2011 para 3.500 em 2016. Um padrão semelhante foi exibido entre os enfermeiros.

10. Referências do Sistema de Saúde Espanhol

Avanzas, P., Pascual, I. and Moris, C. (2017). The great challenge of the public health system in Spain. *Journal of Thoracic Disease*, 9(Sup 6): S430-S433.

Bernal-Delgado, E et al (2018). Spain: Health System Review 2018. *Health Systems in Transition*, 20(2):1-179.

DIS (2018). Análisis de Situación de la Sanidad Privada. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, retrieved from <https://www.fundacionidis.com/informes/analisis-desituacion-de-la-sanidad-privada/private-healthcare-adding-value-situation-analysis-2018>

Freire, J.M., Infante A., de Aguiar, A.C., and Carbajo, P. (2015). An analysis of the medical specialty training system in Spain. *Human Resources for Health*. 2015, 13:42. DOI: 10.1186/s12960-015-0038-y.

OECD (2020). OECD.Stat. Organization for Economic Co-Operation and Development, retrieved from <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177>

Ortega, M.C.B et al. (2015). Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3):404-10

11. O sistema de saúde do Reino Unido

11.1. Visão geral do sistema do Reino Unido e o papel do governo

O Reino Unido introduziu a saúde universal em 1948 com o estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (NHS). Embora tivesse a intenção de ser um sistema nacional, o NHS oferece serviços localmente. Ainda que os cuidados de saúde nunca tenham sido prestados da mesma forma no Reino Unido, o sistema de cuidados de saúde tornou-se cada vez mais diferenciado ao longo do tempo, à medida que as decisões de política de saúde são tomadas ao nível das nações individuais integrantes: Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales. Apesar desta diversidade na forma como o NHS está organizado, alguns aspectos do quadro regulamentar continuam a operar a nível do Reino Unido e em conformidade com as normas europeias.

11.1.1. Papel do governo do Reino Unido

O Tesouro do Reino Unido (Ministério das Finanças) determina o orçamento para serviços sociais, incluindo saúde na Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte. Cada nação recebe um orçamento proporcionalmente semelhante de acordo com uma fórmula em um sistema financeiro regulamentado, que se baseia nas decisões orçamentárias do Gabinete do Reino Unido para a Inglaterra. O Ministério da Saúde do Reino Unido é responsável pela gestão do sistema de saúde da Inglaterra e por algumas questões regulatórias em todo o Reino Unido e pela colaboração internacional, envolvendo entidades como a UE ou agências da ONU. O Ministério da Saúde trabalha em conjunto regularmente com as administrações nacionais de saúde na Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

11.1.2. NHS na Inglaterra

O Secretário de Estado da Saúde tem controle financeiro e supervisão de toda a entrega e desempenho do NHS. O Departamento de Saúde e Assistência Social é responsável principalmente por definir a política para o sistema de saúde e assistência social na Inglaterra. Desde 2012, as funções e responsabilidades do Departamento mudaram da responsabilidade direta pela prestação de serviços do NHS para a provisão de direção estratégica, desenvolvimento de políticas nacionais e liderança geral em questões de saúde. A responsabilidade pela entrega do NHS e dos serviços de atendimento foi transferida para o NHS Inglaterra.

O NHS Inglaterra é um órgão executivo não departamental sob a direção do Secretário de Estado da Saúde. As suas funções estatutárias incluem a supervisão da prestação dos

serviços do NHS e a responsabilidade pela contratação e aquisição de serviços de saúde de cuidados primários, bem como algumas funções com base nacional. O NHS Inglaterra oferece: liderança nacional para melhorar os resultados dos cuidados de saúde e melhorar a qualidade dos cuidados; supervisão do funcionamento dos grupos de comissionamento clínico (CCGs); alocar recursos para CCGs; e aquisição de atenção primária e serviços diretamente contratados, como serviços especializados, saúde para infratores e alguns serviços para as forças armadas.

A Lei de Saúde e Assistência Social de 2012 estabeleceu 221 CCGs, liderados por clínicos gerais (GPs). Esta abordagem foi impulsionada pela ideia de que os GPs deveriam ter mais controle sobre as decisões relativas aos gastos, porque eles veem os pacientes mais regularmente do que outros provedores de saúde e, portanto, deveriam ter um melhor entendimento de suas necessidades. Os CCGs autorizam serviços que incluem atendimento de urgência e emergência, atendimento hospitalar eletivo, serviços de saúde comunitária, serviços de saúde mental, maternidade, serviços de saúde neonatal e infantil. Esses serviços são contratados por uma variedade de provedores, como hospitais públicos e provedores de saúde mental e comunitários, inclusive dos setores voluntário e privado, desde que sejam registrados em um órgão regulador. Os CCGs são apoiados em seus serviços de compra por unidades de suporte de comissionamento, redes clínicas estratégicas e grupos consultivos profissionais, conhecidos como 'senados clínicos'.

O Departamento de Saúde inclui a Saúde Pública Inglaterra (PHE) e sua Agência de Proteção à Saúde. A PHE assessora o governo na política de saúde e administra o serviço nacional de proteção à saúde. Fornece informações ao público sobre questões de saúde, conduz pesquisas de saúde pública e atua como consultor especializado para o NHS, como para autoridades locais e o setor de saúde. O Departamento de Saúde também inclui a Comissão de Qualidade de Cuidados (CQC), que relaciona provedores de saúde e assistência social a adultos na Inglaterra. Tem a responsabilidade de proteger os direitos das pessoas vulneráveis, incluindo aquelas com doenças mentais. O CQC também regula as organizações de saúde e assistência social, incluindo hospitais, lares de idosos, dentistas, serviços domiciliares e GPs.

A Vigilância em Saúde Inglaterra é responsável por proteger os direitos do consumidor na área da saúde. Aconselha as principais organizações inglesas relacionadas com a saúde sobre como melhorar a saúde. Embora não tenha poderes de aplicação, pode exigir justificativas públicas do motivo pelo qual as entidades de saúde não agem de acordo com os conselhos da Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde Inglaterra tem representantes em cada uma das autoridades locais na Inglaterra, nos Conselhos de Saúde e Bem-estar e no CQC. Saúde e os Conselhos de Saúde e Bem-estar atuam como fóruns voltados para a melhoria da saúde da população local de sua abrangência. As autoridades locais formam os Conselhos, que incluem representantes do NHS, saúde pública, assistência social para adultos, serviços pediátricos e

vigilância em saúde. Esta abordagem é baseada na ideia de que os grupos locais sabem melhor como lidar com as necessidades da população local e as desigualdades na prestação de cuidados de saúde.

11.1.3. NHS na Escócia

Com base no quadro legislativo definido para o NHS pelo Parlamento escocês, o governo escocês determina o nível de recursos dedicados ao NHS. O sistema de saúde é supervisionado pelo Secretário do Gabinete Escocês para Saúde e Bem-estar, que também atua como Diretor Executivo do NHS da Escócia. O Secretário recebe apoio estratégico e gerencial das Diretorias de Saúde e Assistência Social. A responsabilidade pelo planejamento e entrega de saúde é delegada a 14 conselhos regionais do NHS. Essas organizações planejam e comissionam serviços de saúde hospitalares e comunitários. Sete conselhos nacionais, ou “especiais”, do NHS fornecem serviços ao país. Esses conselhos colaboram em bases regionais e nacionais para planejar e adquirir serviços de saúde especializados. A entidade Desenvolvimento da Atenção à Saúde Escócia fornece supervisão e garantia pública dos serviços de saúde. A nível local, existem parcerias de saúde comunitária e parcerias de saúde comunitária e assistência social que cobrem todas as áreas da Escócia. Esses comitês dos conselhos do NHS têm processos formais que garantem o envolvimento das autoridades locais, dos pacientes e do público.

A Lei dos Órgãos Públicos (Trabalho Conjunto) foi aprovada em 2014 pelo Parlamento Escocês. Este ato criou uma estrutura para integrar saúde e assistência social. A lei exige que conselhos de saúde e autoridades locais formem acordos de parceria integrados e estabeleçam um orçamento integrado para saúde e assistência social. Esses conselhos têm responsabilidade abrangente pelo planejamento, obtenção de recursos e prestação de todos os serviços de saúde e assistência social.

11.1.4. NHS no País de Gales

O Departamento de Saúde e Serviços Sociais do País de Gales financia o NHS no País de Gales e é responsável pelo desenvolvimento da política de saúde do governo galês. O Departamento estabelece uma estratégia para melhorar a saúde, assistência social e saúde pública, tem responsabilidade geral pelos serviços sociais e de saúde e é responsável pelo desempenho do NHS no País de Gales perante a Assembleia Nacional do País de Gales. O Diretor-Geral de Saúde e Serviços Sociais também é o Diretor Executivo do NHS no País de Gales. Este cargo é controlado pelo Ministro da Saúde e Serviços Sociais e é responsável por fornecer aconselhamento político, liderança estratégica e gestão direta do NHS. O planejamento e a prestação de serviços de saúde no País de Gales são delegados a sete Conselhos Locais de Saúde (LHBs), com seus diretores locais diretamente responsáveis perante o Diretor Executivo. Existem tam-

bém três Fundos NHS com foco nacional em serviços de emergência, serviços especializados em tratamento de câncer e Saúde Pública no País de Gales. Os interesses dos pacientes e do público em geral são representados por sete Conselhos Comunitários de Saúde (CHCs) estatutários, que atuam como monitores em todos os aspectos dos cuidados e tratamento do NHS.

O NHS País de Gales recebe apoio da NHS Parceria de Serviços Compartilhados do País de Gales (NWSSP), que busca apoiar os órgãos estatutários como LHBs e Fundos NHS, por meio da padronização e simplificação de processos, uso de tecnologia e aprimoramento da cadeia de suprimentos e funções de aquisição. A Inspetoria de Saúde do País de Gales (HIW) é responsável pela inspeção e regulamentação independente de todos os cuidados de saúde no País de Gales.

11.1.5. Saúde e assistência social na Irlanda do Norte

O Ministro da Saúde do Reino Unido dirige o Departamento de Saúde, Serviços Sociais e Segurança Pública da Irlanda do Norte (DHSSPS), que é responsável pela política, saúde pública e segurança pública. O Conselho de Saúde e Assistência Social, em conjunto com grupos locais de comissionamento (LCGs), trata da assistência médica. O pequeno tamanho dos LCGs significa que o Conselho de Saúde e Assistência Social e os fundos de Saúde e Assistência Social assumem grande parte da responsabilidade de comissionar e fornecer serviços de saúde.

11.1.6. Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE)

O NICE é um órgão público não-departamental executivo com a responsabilidade de desenvolver orientações e padrões de qualidade em saúde e assistência social. Embora operacionalmente independente do governo, é responsável perante o Departamento de Saúde. As orientações e outras recomendações feitas pelo NICE são produtos de comitês independentes. Embora a orientação fornecida pelo NICE seja oficialmente aplicável apenas diretamente à Inglaterra, ela também tem acordos para fornecer alguns produtos e serviços à Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales. A Escócia tem sua própria agência, o Consórcio Escocês de Medicamentos, que fornece orientação aos Conselhos do NHS na Escócia sobre medicamentos. O País de Gales criou o Grupo de Estratégia de Medicamentos de Todo o País de Gales para aconselhar sobre a gestão de medicamentos e prescrição para o Ministro da Saúde e Serviços Sociais Galeses. Uma vez que, sua responsabilidade envolve a descrição dos padrões em áreas específicas.

O trabalho central do NICE envolve a avaliação de novos medicamentos e tratamentos, envolvendo avaliações de eficácia e custo-efetividade. Com base nessa pesquisa de avaliação, ele fornece diretrizes clínicas sobre como as condições devem ser tratadas usando as melhores evidências disponíveis e como os serviços de saúde pública e de assistência social podem

ser mais eficazes. A agência também atua como consultora para aqueles que gerenciam e fornecem serviços de saúde e assistência social. O NICE também define padrões de qualidade e determina indicadores para a Estrutura de Qualidade e Resultados usada na Inglaterra.

11.1.7. Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde (MHRA)

A MHRA regulamenta todos os medicamentos e dispositivos médicos no Reino Unido para garantir que funcionam e se são seguros. Também incentiva a inovação e a pesquisa que beneficiarão a saúde pública. A MHRA e a Agência Europeia de Medicamentos (EMA) colaboram na avaliação de medicamentos da EMA e na determinação de qual comercialização é permitida no Reino Unido e na UE. Com a saída do Reino Unido da UE, a relação futura com a EMA é incerta.

11.1.8. Associações

A Associação Médica Britânica (BMA) é uma organização voluntária que representa médicos em todos os ramos da medicina. Com mais de 150.000 membros, a BMA representa mais de 60 por cento dos médicos do Reino Unido. O BMA é um sindicato independente que busca proteger os membros individuais e seus interesses coletivos. Não registra nem disciplina dos médicos - esta é a responsabilidade do Conselho Geral de Medicina (GMC), que também define e faz cumprir as normas da prática médica. Outros sindicatos do setor de saúde / NHS incluem UNISON, Associação Britânica de Odontologia (BDA), Unite the Union, GMB, Associação de Consultores e Especialistas Hospitalares, Colégio Real de Parteiras e Colégio Real de Enfermagem.

11.1.9. Os setores privados e sem fins lucrativos

As instituições de caridade são os principais fornecedores de serviços de cuidados paliativos no Reino Unido, e recebem a maior parte de seu financiamento do NHS. Embora as empresas privadas forneçam a maioria dos cuidados de enfermagem para idosos, também existem muitos hospitais e clínicas privadas que prestam serviços para pacientes, pagando diretamente ou aqueles com seguro médico privado. Provedores privados também podem ser contratados pela NHS para fornecer uma série de serviços na Inglaterra. Na Escócia, os prestadores privados são geralmente usados pelo NHS em resposta às pressões do tempo de espera. Alguns hospitais do NHS também prestam serviços a pacientes pagantes em enfermarias privadas, embora a receita que eles podem receber por esta atividade seja limitada. Os serviços odontológicos e oftálmicos gerais também são comumente fornecidos de forma privada. No entanto, todos os prestadores de cuidados de saúde e os serviços que prestam estão sujeitos ao mesmo quadro regulatório nacional. Os profissionais de saúde dos setores público e privado estão sujeitos ao mesmo licenciamento e registro.

11.2. Descentralização e centralização no sistema de saúde do Reino Unido

A saúde no Reino Unido nunca operou como um sistema único nas configurações nacionais de seus componentes. Desde que os poderes do governo foram transferidos do parlamento do Reino Unido para os governos da Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte em 1997, os sistemas divergiram ainda mais, com a extensão da descentralização, variando entre os cenários nacionais. A devolução da autoridade de saúde significa que a Escócia, o País de Gales e a Irlanda do Norte podem estabelecer seus planos de gastos dentro das alocações determinadas por meio de uma fórmula geral do Reino Unido, embora a responsabilidade pela arrecadação de receitas permaneça sob o domínio do governo central do Reino Unido.

Na Inglaterra, a autorização da maioria dos serviços de saúde é feita em nível local desde a década de 1990. No entanto, a política de saúde e a autorização de serviços especializados foram definidas de forma centralizada. Na Escócia, os conselhos do NHS são responsáveis por definir a estratégia e fornecer serviços. Como nações muito pequenas, o País de Gales e a Irlanda do Norte têm uma distância menor entre os formuladores de políticas nacionais e a prestação de serviços, e um número maior de formuladores de políticas nacionais per capita do que na Inglaterra. Isso contribui para o exame minucioso da política de saúde e da prestação de serviços.

A tradição de descentralização na regulamentação do sistema de saúde do Reino Unido é forte. Isso se reflete no licenciamento e no registro de profissionais da força de trabalho de saúde que são conduzidos por agências sujeitas a um controle central limitado. É uma tendência contínua de descentralização da autoridade entre esses órgãos reguladores responsáveis pelo controle de qualidade no SUS e nos serviços de saúde do setor privado. Embora a privatização também seja uma tendência no sistema geral do Reino Unido, ela tem sido geralmente limitada a áreas como compras e logística. A privatização também pode ser vista na contratação de prestadores de serviços privados na Inglaterra, que foram autorizados nos termos da Lei de Saúde e Assistência Social de 2012. O número de serviços prestados pelo setor privado está crescendo na comunidade e nos serviços de saúde mental.

11.3. Financiamento do NHS

Aproximadamente 80 por cento do custo do NHS é financiado por impostos gerais. Isso é complementado por Contribuições para o Seguro Nacional (NICs). O NIC é um imposto sobre a folha de pagamento dedicado aos serviços do NHS. O NIC é deduzido do pagamento dos trabalhadores que ganham mais de U\$ 230 por semana. Além disso, uma pequena proporção do financiamento do NHS vem de despesas com pacientes. Isso inclui despesas com prescrições

e tratamento odontológico. Em 2018/19, a receita de honorários de pacientes e encargos para prescrições e atendimento odontológico foi de aproximadamente um por cento do custo total de saúde pública. Organizações individuais do NHS - como fundos de hospitais - podem gerar renda adicional por meio de fontes como taxas de estacionamento, vendas de terrenos e tratamento de pacientes particulares.

O nível de financiamento do NHS é definido pelo governo central do Reino Unido, por meio do processo de Revisão de Gastos. Este processo estima a receita que o NHS receberá de fontes como taxas de uso, seguro nacional e tributação geral. Se a Previdência Social ou os encargos com os pacientes levantarem menos financiamento para o NHS do que originalmente estimado, os fundos da tributação geral são usados para garantir que o NHS receba o nível de financiamento originalmente alocado.

11.4. Regulamentação e características da força de trabalho de saúde

11.4.1. Quadro regulatório

A regulamentação da maioria das profissões de saúde é realizada pelo governo do Reino Unido. A maioria dos profissionais de saúde é regulamentada por órgãos legalmente designados. Essas entidades reguladoras protegem e promovem a transparência pública, estabelecendo padrões de comportamento profissional, educação e ética que os profissionais de saúde devem seguir. Eles também lidam com casos relativos a profissionais de saúde que são inadequados para a prática devido a problemas de saúde, má conduta ou mau desempenho. Os reguladores registram os profissionais de saúde que se qualificam para a prática no Reino Unido e, também, os removem do registro qualificado, impedindo-os de praticar quando é considerado do interesse da segurança da população.

Os órgãos reguladores do sistema de saúde do Reino Unido mantêm registros de indivíduos que atendem aos padrões de formação e têm permissão para usar um título profissional protegido. Eles definem padrões de formação e educação, incluindo requisitos para o desenvolvimento profissional continuado (DPC) e revalidação de sua competência profissional. Eles também estabelecem padrões de prática e códigos de conduta e monitoram e reforçam os padrões de prática, agindo contra profissionais que não estão aptos para a prática. Os principais reguladores da força de trabalho em saúde no sistema de saúde são:

- Conselho Geral de Medicina - regulamenta os médicos no Reino Unido;
- Conselho de Enfermagem e Obstetrícia - regula enfermeiras, parteiras e visitantes de saúde

no Reino Unido;

- Conselho Geral de Odontologia - regula dentistas, enfermeiras dentais, técnicos dentais, higienistas dentais, terapeutas dentais, técnicos dentais clínicos e terapeutas ortodônticos em todo o Reino Unido;
- Conselho Geral de Oftalmologia - regulamenta os optometristas, oftalmologistas, estudantes de óptica e empresas ópticas em todo o Reino Unido;
- Conselho de Profissões de Saúde - regula membros de 13 profissões de saúde: arteterapeutas, biomédicos, quiropodistas/podólogos, cientistas clínicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, médicos do departamento operacional, ortoptistas, paramédicos, fisioterapeutas, protesistas/ortotistas, radiologistas e fonoaudiólogos terapeutas em todo o Reino Unido;
- Conselho Geral de Farmácia - regula os farmacêuticos e técnicos de farmácia e registra farmácias na Inglaterra, País de Gales e Escócia. A Sociedade Farmacêutica da Irlanda do Norte regulamenta os farmacêuticos na Irlanda do Norte;
- Conselho Geral de Osteopatia - regula a prática da osteopatia em todo o Reino Unido; e
- Conselho Geral de Quiropraxia - regula os quiopráticos em todo o Reino Unido.

Educação em Saúde Inglaterra é responsável pelo planejamento da força de trabalho, aquisição de serviços de educação e fornecimento de educação. Seu objetivo é promover a consistência e os padrões nacionais para o planejamento e a educação da força de trabalho da saúde.

11.4.2. Características da força de trabalho de saúde

Mais de 1,5 milhão de pessoas trabalham para o NHS, tornando-o o maior empregador do Reino Unido e da Europa. Entre 2000 e 2009, a força de trabalho do NHS cresceu a uma média de 3,4 por cento ao ano. No entanto, o Reino Unido ficou para trás em relação aos membros mais ricos da UE em termos de tamanho e densidade da força de trabalho de saúde em geral. Apesar de um crescimento geral no número de profissionais de saúde, a escassez que afeta a qualidade do atendimento continua sendo uma preocupação no Reino Unido. Essa preocupação é intensificada, porque os provedores de saúde têm que contar com soluções mais caras, como a contratação de funcionários de agências privadas, como por exemplo, o aumento do número de pacientes por enfermeira.

Conforme indicado na Tabela 10, o número de médicos no Reino Unido aumentou constantemente entre 1990 e 2018 - de 1,62 por 1.000 habitantes em 1990 para 2,85 em 2018. No entanto, o Reino Unido ainda tem uma das densidades mais baixas de médicos da Europa. O

número de médicos em todas as áreas de especialidade cresceu durante esse período. Embora a taxa de crescimento do número total e da densidade de GPs também tenha crescido, a taxa de crescimento tem sido inadequada para atender ao nível de demanda.

Tabela 10. Profissionais de saúde em exercício no Reino Unido por 1.000 habitantes, anos selecionados, 1990-2018.

Agrupamento profissional	1990	1995	2000	2005	2010	2018
Enfermeiros	--	--	8,15	9,15	8,41	7,80
Parteiras	--	--	0,45	0,49	0,48	0,48
Todos os médicos	1,62	1,76	1,99	2,41	2,63	2,85
Médicos da atenção primária (GP)	0,53	0,55	0,56	0,63	0,65	0,75
Dentistas	--	--	--	--	0,51	0,53
Farmacêuticos	--	--	--	0,60	0,65	0,90

Fonte: Palmer, 2019; OECD, 2020; World Bank, 2020.

Conforme refletido na Tabela 10, o número absoluto e a densidade de enfermeiras diminuíram desde 2005. Isso se deve, pelo menos em parte, às reduções do orçamento governamental. Embora o número de enfermeiras no Reino Unido tenha estado acima da média da UE, ao longo do tempo, assim como a proporção de enfermeiros por médico, essa média esconde uma grande variação na UE.

O número de dentistas no Reino Unido aumentou a uma taxa média de crescimento anual de 2,1 por cento entre 2007 e 2013. No entanto, a densidade de 0,53 dentistas por 1.000 habitantes em 2018 permanece inferior à de países comparáveis e à média da UE. Assim como no Canadá e na Alemanha, nos últimos anos, houve um aumento substancial no número absoluto e na densidade de farmacêuticos no Reino Unido. Entre 2005 e 2018, a densidade de farmacêuticos medida em uma base de 1.000 habitantes aumentou em 50 por cento.

11.4.3. Imigração e mobilidade de profissionais de saúde

O Reino Unido historicamente empregou profissionais de saúde de países da Commonwealth e da UE. Às vezes, também, ocorre recrutamento internacional, como para enfermeiras nas Filipinas. O Comitê Consultivo de Migração faz listas de carências para Agência de Fronteiras e Imigração do Home Office Britânico. Apenas especialistas em um pequeno número de especialidades estão nessas listas, o que significa que os trabalhadores estrangeiros de fora da UE só devem entrar se exercerem uma especialidade listada. A maioria dos grupos profissionais circula livremente entre as quatro nações do Reino Unido.

11.4.4. Educação da força de trabalho de saúde

Existem apenas pequenas variações na formação entre Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.

Médicos

A formação médica requer cinco anos em um curso de graduação. Este é supervisionado pelo Conselho Geral de Medicina do Reino Unido (GMC). Existem 34 escolas médicas credenciadas no Reino Unido. Os graduados entram em um programa básico de dois anos (F1 e F2) e podem ter colocações em várias especialidades e configurações de saúde. A formação especializada começa após as rotações F1 e F2. Os colégios reais médicos criam currículos e avaliações para formação especializada. O GMC aprova os currículos, as avaliações e a distribuição das vagas.

Os especialistas treinam em hospitais por cinco a sete anos e, em seguida, ingressam no Registro de Especialistas do GMC e podem ser indicados para cargos de especialistas. Os GPs treinam por pelo menos três anos, incluindo dois anos em hospitais e o terceiro em uma clínica de GP. Eles então ingressam no Registro de GP do GMC. Em média, leva nove anos de formação clínica depois da faculdade de medicina para se tornar um clínico geral e onze anos para se tornar um especialista hospitalar. Os médicos graduados são aqueles que não se tornam especialistas, seja por opção ou por não conseguirem obter um cargo. Todos os médicos são obrigados a participar do desenvolvimento profissional continuado (DPC). Os médicos mostram sua proficiência no DPC por dois métodos: um processo de avaliação anual (um para GPs e outro para especialistas) e um processo de revalidação a cada cinco anos.

Dentistas

A formação para ser dentista no Reino Unido requer cinco anos de estudo odontológico em uma das 16 escolas de odontologia credenciadas no Reino Unido. Os graduados da escola de odontologia se registram no Conselho Geral de Odontologia do Reino Unido (GDC) para exercer a profissão de dentista. Mais treinamento é necessário para especialistas em odontologia, como ortodontistas. Os especialistas costumam trabalhar em hospitais. Os dentistas são revalidados pelo GDC.

11.4.5. Enfermeiras e parteiras

A formação de enfermeiras e parteiras começa com os alunos que frequentam um curso de graduação de pré-registro de três ou quatro anos. Os cursos são ministrados por universidades com colocação em hospitais e comunidades. O primeiro ano para enfermeiros em formação é o Programa de Fundamento Comum. Depois disso, os alunos passam por uma formação

de especialização. As parteiras devem ter diploma de obstetrícia ou, se já forem enfermeiras, podem ingressar em um programa de formação adicional de curta duração. Após a formação, enfermeiras e parteiras se registram no Conselho de Enfermagem e Parteiras do Reino Unido (NMC) para exercer a profissão. Enfermeiras e parteiras devem se registrar anualmente, e a cada três anos, revalidar com o NMC para demonstrar que atenderam aos padrões exigidos para a prática segura em sua área de trabalho escolhida. As parteiras também precisam confirmar anualmente sua intenção de praticar para o NMC. Os requisitos para a revalidação incluem um número mínimo de horas de prática, evidência de desenvolvimento profissional contínuo e avaliação de sua experiência com outras enfermeiras ou parteiras. Existem programas que incentivam os enfermeiros a retornar à prática após uma pausa na carreira.

12. Referências do Sistema de Saúde do Reino Unido

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neill, C., & David Steel, D. (2015). United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(5): 1-125.

Grosios, K., Gahan, P.B., & Burbidge, J. (2010). Overview of healthcare in the U.K.. *EPMA Journal*, 1(4): 529-534.

OECD (2020). OECD.Stat. Organization for Economic Co-Operation and Development, retrieved from <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177>

Palmer, B. (2019). Is the number of GPs falling across the U.K.? London: Nuffield Trust, retrieved from <https://www.nuffieldtrust.org.UK/news-item/is-the-number-of-gps-falling-acrossthe-U.K.>

Thorlby, R. & Arora, S. (2020). The English Healthcare System. New York: The Commonwealth Fund. WHO (2019). European Health for All database (HFA-DB). New York: World Health Organization, retrieved from <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-healthfor-all-database/>

World Bank (2020). Data. Washington, DC: The World Bank, retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=GB>